

## SANITÀ

Un quadro generale dello “Stato di salute del sistema sanitario pugliese” si può riscontrare attraverso i 19 indicatori riportati nel 14° Rapporto CREA 2019. Di questi indicatori che descrivono il contesto demografico, la spesa, l’equità, la prevenzione, l’area ospedaliera, la farmaceutica, l’assistenza domiciliare e le provvidenze in denaro, solo 6 indicano prestazioni migliori rispetto alla media italiana.

Il valore pugliese più negativo rispetto alla media italiana è il quinto dell’area ospedaliera, quello della percentuale di persone dimesse vive non al domicilio, che accedono dunque a forme di assistenza intermedia, residenziale o domiciliare integrata. In particolare, è evidente la carenza delle dimissioni protette a domicilio con ospedalizzazione domiciliare.

Drammatico anche il dato sulla quota di famiglie impoverite a causa delle spese per consumi sanitari e deludente quello delle persone molto soddisfatte dall’assistenza medica ed infermieristica e dei servizi Asl. Scarso risulta il dato degli ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, specialmente per quel che riguarda i disabili. Le migliori prestazioni riguardano le coperture vaccinali contro l’influenza dell’anziano over 65 e la percentuale di fumatori adulti (18-69 anni).

### **Valutare in modo integrato gli impatti su salute e ambiente**

Riteniamo fondamentale che tutti i piani e i progetti di competenza regionale siano attentamente valutati non solo dal punto di vista ambientale, ma anche degli effetti che gli stessi possono avere sulla salute. Questo perché non possono esistere scelte sostenibili dal punto di vista ambientale se non vengono adeguatamente integrate con una valutazione degli effetti sulla salute, sulla quale tra l’altro è esercitata la competenza regionale. Per questo intendiamo anche promuovere, con il supporto del governo nazionale la valutazione preventiva del danno sanitario per tutte le opere e i progetti, in grado di verificare prima della relativa autorizzazione gli effetti sulla salute al fine di definire limiti e prescrizioni più severi ed efficaci a tutela dei cittadini.

Nell’ambito della tematica Salute e Ambiente, la Regione Puglia coordina le attività di indagine e ricerca, attraverso il Centro Salute e Ambiente Puglia, il cui obiettivo principale è quello di valutare la correlazione tra esposizioni ambientali attraverso tutte le matrici e gli effetti sulla salute umana, implementando specifiche attività di monitoraggio epidemiologico e ricerca, le relative dotazioni strutturali e infrastrutturali e, parallelamente, attività di prevenzione primaria e secondaria e di potenziamento e ottimizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici delle patologie correlate all’inquinamento ambientale.

Dal Rapporto 2015 del Registro Tumori Puglia, pubblicato il 13/09/2016, (<https://www.sanita.puglia.it/documents/36136/426747/Registro+Tumori+Puglia+-+Rapporto+2015/32bd2713-c206-4343-a597-8841da8c3596?version=1.1&t=1474461615395>), è possibile avere informazioni dettagliate su: misurazione della mortalità e incidenza del cancro in modo omogeneo e standardizzato sull’intero territorio; frequenza della patologia neoplastica in Puglia e sullo stato di prevenzione primaria e secondaria del cancro, per individuare aree critiche e priorità. L’analisi regionale è ferma al 2015 e mostra come in Puglia l’incidenza tumorale è un dato importante rispetto al panorama meridionale ma è meno impattante del dato medio nazionale, sia per uomini che per donne. Buono il dato della sopravvivenza. Il tumore dello stomaco è meno frequente che nelle altre ripartizioni territoriali nazionali e meridionali mentre è più presente il tumore del fegato, soprattutto negli uomini. Le donne pugliesi soffrono meno di tumore al polmone degli uomini, così come di quello alla vescica (per cui gli uomini sono colpiti da un tasso di incidenza superiore alla media nazionale e meridionale).. Le Province più colpite dalle malattie oncologiche sono Taranto e Lecce.

Alla luce di tutti questi dati, il M5S Puglia prevede di:

- potenziare le funzioni dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale per giungere a una pubblicazione triennale dei dati epidemiologici e conseguenti raccomandazioni sulle opportune politiche di prevenzione e dell'offerta sanitaria territoriale e ospedaliera;
- monitorare e consentire il pieno funzionamento del Registro Tumori.

Occorre altresì attivare un punto rosa per la prevenzione e cura del tumore della mammella, sede delle Breast Unit, che allo stato esistono solo sulla carta. Occorre infatti garantire che il paziente sia seguito da una équipe multidisciplinare (Oncologi, Radiologi senologi, Anatomopatologi specializzati, Chirurghi senologi) con la presenza di uno o più psicologi e di uno o più data manager.

Anche la rete oncologica regionale merita concreta attuazione e comunque un monitoraggio annuale.

### **Prevenzione.**

Occorre incentivare le attività di prevenzione primaria, individuando come priorità la diffusione di corretti stili di vita in età pediatrica ed adolescenziale, con il coinvolgimento dei medici, delle famiglie e delle istituzioni Scolastiche:

- screening neonatali estesi rafforzando le sinergie tra i vari portatori di interesse: Istituzioni centrali, Regioni, centri clinici, associazioni di pazienti e famiglie, e società scientifiche, come suggerito dall'Istituto Superiore di Sanità nel primo report di monitoraggio sullo stato di attuazione della Legge 167/2016 e del DM 13 ottobre 2016, "*Screening neonatale esteso nelle Regioni: monitoraggio dell'attuazione della Legge 167/2016 e del DM 13 ottobre 2016. Stato dell'arte al 30 giugno 2017*";
- informazione e coinvolgimento attivo dei cittadini nel miglioramento del sistema vaccinale;
- Comunicazione istituzionale di incentivazione all'allattamento materno, educazione alla nutrizione preventiva, educazione ad una corretta attività fisica;
- Programmazione delle attività di prevenzione, trattamento e recupero delle dipendenze (anche GAP) e monitoraggio periodico dei risultati attraverso l'Osservatorio regionale sulle dipendenze patologiche e la rete dei SERD;
- diagnosi precoce.

Nel contempo è necessario contrastare le forme di dipendenza patologica (alcol, fumo, sostanze psicotrope, internet, gioco d'azzardo). Come, affermato, questo può avvenire potenziando la rete dei SERD che, stando a quanto affermato nella *RELAZIONE ANNUALE AL PARLAMENTO SUL FENOMENO DELLE TOSSICODIPENDENZE IN ITALIA ANNO 2019 (DATI 2018)* del Dipartimento per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri, sono 58 in Puglia, tutti in sede ambulatoriale, con 91 medici, 132 infermieri, 79 psicologi, 78 assistenti sociale e 26 educatori.

Tra le azioni che si intendono porre in essere per contrastare efficacemente la ludopatia, si evidenziano:

- garantire il trattamento e il recupero dei soggetti affetti da Gioco d'Azzardo Patologico (GAP), supportando anche le loro famiglie;
- attivare l'osservatorio regionale sulle dipendenze patologiche;
- promuovere iniziative di informazione e sensibilizzazione sui fattori di rischio rivolte agli studenti delle scuole di primo e di secondo grado.

Analoghe iniziative informative e di sensibilizzazione dovranno essere poste in essere negli istituti scolastici con riferimento all'uso delle droghe ed alla diffusione delle malattie ad esso correlate, tra cui l'HIV.

### **Assistenza territoriale e specialistica ambulatoriale**

Il piano di riordino ospedaliero ha comportato la chiusura di numerosi ospedali e reparti, cui tuttavia non ha fatto seguito il potenziamento dell'assistenza territoriale. Secondo la rielaborazione del M5S Puglia dei dati della DGR Puglia 239 del 28.02.2017, la prima versione del Piano di Riordine ha complessivamente prodotto la seguente variazione di posti letto:

- a Foggia, -81 (-117 se considerati al netto delle post acuzie);

- nella Bat, -30 (-46 se considerati al netto delle post acuzie);
- nella Provincia di Bari, +28 (-52 se considerati al netto delle post acuzie);
- a Brindisi, -111 (+9 se considerati al netto delle post acuzie);
- a Taranto, +41 (-47 se considerati al netto delle post acuzie; -10 i posti letto oncologici);
- a Lecce, -172 (-194 se considerati al netto delle post acuzie).

Gli ospedali sono quindi congestionati, mentre sono rimasti sulla carta i servizi socio-sanitari territoriali (Ospedali di comunità, PTA, Aggregazioni funzionali territoriali e Unità complesse di cure primarie). Nella DGR Puglia 375 del 30.03.2020, sono previsti 5 PTA nella Provincia di Foggia, 4 nella Asl BAT, 11 PTA per la Provincia di Bari, 6 nella Asl Brindisi, 3 nella Asl Taranto, 5 nella Asl Lecce.

In Puglia non è stata avviata la sperimentazione dell'infermiere di famiglia come accaduto, secondo quanto riferito in audizione in Commissione Sanità Senato da Nicola Draoli, Consigliere della Federazione degli Ordini delle professioni infermieristiche in Piemonte, Toscana e Friuli Venezia Giulia. Secondo lo stesso Draoli, la figura dell'infermiere di famiglia ha portato a una riduzione del 20% degli accessi per codici bianchi in Pronto soccorso e a un meno 10% dei tassi di ospedalizzazione con uno sgravio anche per i medici di famiglia e un aumento degli accessi domiciliari.

Occorre quindi:

- potenziare il servizio di assistenza primaria e continuità assistenziale, garantendo la copertura assistenziale nelle 24 ore 7 giorni su 7;
- consentire la piena operatività degli Ospedali di comunità e dei PTA;
- incrementare l'offerta di specialistica ambulatoriale e di diagnostica, previa opportuna mappatura per una ricognizione che individui le caratteristiche della distribuzione territoriale delle prestazioni;
- previa ricognizione dell'esistente e prioritariamente per le patologie più frequenti e gravi, sviluppare nuovi percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali per patologia, sì da consentire, attraverso il coordinamento e l'attuazione di attività consequenziali standardizzate da parte di un team multidisciplinare, la presa in carico integrata dei pazienti;
- per la cura dei malati psichiatrici: elaborare un progetto regionale *"per una psichiatria NO Restraint"* che veda coinvolti oltre agli SPDC anche i Centri di Salute Mentale, potenziare la formazione del personale aziendale e coinvolgere e aree sanitarie che non si occupano direttamente di salute mentale, tra cui Reparti Ospedalieri, Case di Cura Private, Comunità Terapeutiche, RSA;
- Sperimentare forme di collaborazione fra medici di assistenza primaria e psicologi;
- Potenziare le cure primarie attraverso l'introduzione della figura dell'infermiere di famiglia che favorirebbe un coordinamento tra strutture ospedaliere e rete territoriale, a garanzia della continuità assistenziale e delle esigenze di equità e solidarietà;
- Identificare, anche al fine di una semplificazione burocratica, un unico modello regionale di assistenza domiciliare integrata (ADI) che tenga conto delle specificità degli operatori coinvolti;
- Promuovere le forme associative tra i MMG (oggi presenti solo a Trani, Bari San Paolo, Casamassima, Palagianello) per l'erogazione dei servizi di competenza dell'assistenza primaria con contestuale ricorso a competenze specifiche, come quelle infermieristiche, per costruire un modello assistenziale integrato di tipo multidisciplinare e multi professionale;
- Avviare un processo di partecipazione alla programmazione aziendale e distrettuale da parte dei medici di medicina generale che miri anche allo sviluppo tecnologico ed alla formazione professionale del MMG;
- incentivare forme di cohousing sociale, che veda coinvolti tutti gli attori preposti e le componenti sociali e che interessi anche gli anziani e il dopo di noi, costituendo così un modello alternativo al ricovero in strutture residenziali.

Con una popolazione soggetta ad un costante processo di invecchiamento si dovranno prendere in carico persone con bisogni sempre più multi-fattoriali. Pertanto si potenzieranno le forme di interazione tra sanitario e sociale, non solo per gli anziani ma anche per le altre categorie fragili. Se manca infatti la presa in carico in ambito socio-sanitario o sociale c'è il rischio di una transizione degli utenti verso altre

tipologie di interventi di tipo sanitario (es. ricoveri ospedalieri in medicina), in maniera più o meno appropriata.

Si procederà ad istituire un Tavolo permanente regionale con gli Ordini provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, sì da consentire una interlocuzione e una adeguata concertazione con l'Amministrazione regionale sulle tematiche sanitarie indicate nel protocollo d'intesa approvato dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano con la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri in data 22 novembre 2018.

Nell'ambito della specialistica ambulatoriale merita rivisitazione la D.G.R. Puglia n. 736 del 16/05/2017 recante in oggetto *"Riorganizzazione della Rete dei Laboratori di Patologia clinica privati accreditati – approvazione nuovo modello organizzativo"*. Con detto provvedimento la Regione ha previsto che le strutture private accreditate, che non raggiungono la soglia di produttività indicata dall'Accordo della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano del 23/03/2011, si aggregino tra loro per garantire al Sistema Sanitario Regionale (del quale fanno parte) il raggiungimento delle soglie di produttività. La Regione ha poi dato attuazione al processo di riorganizzazione avviato con la DGR 736/2017 mediante l'adozione delle DGR n. 25 e 34 del 12 gennaio 2018, con le quali ha modificato ed integrato le delibere G.R. n. 2671/09 e 1500/10 (con particolare riferimento al Fondo A di cui all. A, stabilendo nuove modalità di calcolo dei tetti di spesa) e stabilito tabelle integrative della DGR 1500/2010, facendo riferimento a criteri non ancora modificati da apposito provvedimento regionale. Tuttavia per l'attribuzione dei budget da un lato si è previsto che il fondo A venga ripartito in parti uguali tra tutte le strutture, senza tener conto della reale quantità di domanda assistenziale, dall'altro sono stati indicati requisiti non ancora esistenti ed anzi facenti riferimento a tipologie di presidi, quali quella del laboratorio di base X Plus, non contemplate dalla disciplina vigente in materia di autorizzazione ed accreditamento dei servizi di medicina di laboratorio, dall'altro ancora si è stabilito di confermare per il quadriennio 2019-2022 il tetto di spesa assegnato per ogni struttura nel 2018 alle aggregazioni che si evolvono nel modello B1 e B2. Occorre invece garantire che la ripartizione del budget tenga conto dell'effettivo fabbisogno di assistenza sanitaria del singolo territorio e del livello quanti-qualitativo delle prestazioni che le singole strutture sono in grado di poter garantire Sistema Sanitario Regionale, inserendo indicatori di qualità come la professionalità del personale e la certificazione di qualità. A ciò si aggiunge che, mentre in sede di Conferenza Stato-Regioni del 23 marzo 2011 è stato stabilito che *«al fine di evitare concentrazioni e possibili posizioni dominanti vanno vietate le aggregazioni che prevedano l'ingresso di soggetti economici diversi dalle strutture di laboratorio, quali ad esempio fornitori di reagenti, assicurazioni e società finanziarie»*. *«Al fine di evitare la formazione di Trust, le costituite aggregazioni non possono detenere quote di partecipazione in altre aggregazioni presenti in tutto il territorio nazionale»*, alcuni fondi di investimento stranieri (private equity) hanno acquisito la proprietà di un numero rilevante di laboratori di analisi cliniche regionali accreditati con il SSR, con l'obiettivo di acquisire a livello nazionale una posizione leader del settore. Peraltro a valle dell'acquisizione sono stati effettuati numerosi licenziamenti del personale sanitario, che non ha trovato ricollocazione. Occorre pertanto procedere alla verifica della legittimità delle acquisizioni finora poste in essere sì da garantire il rispetto di quanto sancito dall'accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2011 e dalla normativa regionale.

Anche grazie alle risorse di recente messe a disposizione dal Governo nazionale, occorre potenziare l'intero settore della specialistica ambulatoriale, da considerare come uno degli assi strategici della prevenzione e della sanità territoriale. La domanda di prestazioni territoriali si è infatti sviluppata, ma l'offerta dei servizi (soprattutto specialistici) resta sottodimensionata rispetto a quella ospedaliera e le strutture territoriali, soprattutto gli ambulatori specialistici, non sono sufficienti a soddisfare i bisogni. Occorre procedere ad una programmazione sanitaria coerente e concertata anche con gli specialisti ambulatoriali, che veda al centro per ogni territorio i bisogni della salute dei cittadini, che gli specialisti territoriali insieme ai MMG conoscono in modo approfondito. Vanno altresì realizzate le Case della salute, che come visto sono esistenti in numero esiguo sul territorio regionale, in modo da concentrare, in uno stesso spazio fisico, i servizi territoriali che erogano prestazioni sanitarie, ivi compresi gli

ambulatori di Medicina generale e Specialistica ambulatoriale, e sociali per una determinata e programmata porzione di popolazione. In essa si attua infatti la prevenzione per tutto l'arco della vita e la comunità locale si organizza per la promozione della salute e del benessere sociale.

### **Assistenza ospedaliera**

Nell'ultimo decennio, l'assetto dell'offerta ospedaliera è stato interessato da un progressivo smantellamento dei nosocomi pubblici, e la Puglia risulta la Regione che maggiormente ha diminuito l'offerta di stabilimenti a gestione diretta secondo i dati elaborati da OASI sui dati del Ministero della Salute. Inoltre, è la penultima regione per posti letto per acuti e non acuti ogni 1000 abitanti. A fronte di detta consistente diminuzione, non è stata adeguatamente potenziata l'offerta di assistenza territoriale, in effetti paragonando i valori pugliesi con quelli di Piemonte e Toscana (regioni con un numero di abitanti paragonabile alla Puglia), la nostra Regione presenta un maggior numero di ambulatori e laboratori e un minor numero di strutture residenziali, semiresidenziali e altre strutture territoriali.

Lo stato di salute della popolazione è influenzato, oltre che dalle politiche sanitarie pregresse e dall'operato delle aziende, anche da molteplici fattori sociali e demografici. Tra gli indicatori di efficacia gestionale assumono particolare rilevanza quelli relativi ai flussi di mobilità; tempi di attesa (su cui si tornerà infra); scelte di uscita dal sistema pubblico di tutela della salute per accedere alle prestazioni sanitarie e relative motivazioni; rinuncia a prestazioni sanitarie; grado di soddisfazione dei cittadini per le prestazioni sanitarie. E' stata (elaborazioni OASI su dati del Ministero della Salute) definita nel 2017, una "regione in deficit" insieme a Campania e Calabria. La Puglia registra ancora oggi dunque una mobilità passiva elevata, dato che attesta l'inefficiente organizzazione regionale.

Il piano di riordino approvato dalla Regione Puglia ha aggravato tale situazione e sconta evidenti carenze istruttorie. La riorganizzazione avrebbe dovuto essere realizzata previa analisi dell'articolazione esistente, con particolare riferimento alla distribuzione delle unità operative per bacino di utenza, all'indice di occupazione, alle soglie minime di volumi di attività specifici (correlati agli esiti migliori) e soglie per rischi di esito, tenendo conto del profilo epidemiologico e delle caratteristiche logistiche dei territori. Le numerose modifiche apportate al piano di riordino attestano l'incompletezza dell'originaria analisi dei dati che avrebbero dovuto essere previamente esaminati. La lungaggine delle tempistiche di realizzazione dei 4 nuovi ospedali, cui invece si è contrapposta l'immediata riconversione (rectius chiusura) di alcuni attualmente esistenti, ha creato evidenti disservizi all'utenza. Il piano avrebbe dovuto contenere, a valle di una adeguata istruttoria che tenesse conto degli effettivi bacini d'utenza e delle specificità dei singoli territori nonché dell'appropriatezza delle prestazioni attualmente rese da ciascun presidio, la riorganizzazione dell'intera rete dell'assistenza ospedaliera, e non intervenire – come è invece avvenuto - sul numero di posti letto, trasferendo semplicemente le risorse umane e tecnologiche da una struttura ad un'altra o a più strutture, senza tener conto della ricettività di quelle ospitanti, correndo così il rischio che il numero di posto letto previsti rimanga in realtà solo sulla carta e non sia immediatamente disponibile. A ciò si aggiunge la mancata contestuale effettiva riorganizzazione della rete dell'emergenza e di quella dell'assistenza territoriale. Occorre quindi riesaminare le scelte operate e comunque potenziare l'offerta territoriale degli ospedali già riconvertiti.

In sintesi, dunque, il M5S Puglia si propone di elaborare una proposta di revisione del Piano di riordino Ospedaliero, da sottoporre al Ministero della Salute, alla luce della ricognizione e verifica dei seguenti obiettivi e parametri:

- equa distribuzione delle unità operative per bacino di utenza;
- adeguato indice di occupazione dei posti letto;
- soglie minime garantite di volumi di attività specifici (correlati agli esiti migliori) e soglie per rischi di esito;
- corrispondenza dati epidemiologici e offerta ospedaliera;
- correzione del dato della distribuzione delle unità operative con le caratteristiche logistiche dei territori;
- progressiva riduzione della mobilità passiva;
- reale efficacia delle unità operative previste (ricognizione risorse umane e tecnologiche).

Gli interventi in materia di edilizia sanitaria devono poi essere preceduti da una compiuta progettazione che tenga conto, in conformità alle leggi vigenti, delle caratteristiche urbanistiche ed ambientali dell'area, della distribuzione dei servizi diagnostici, terapeutici, generali e dei locali di degenza completa e diurna rispetto all'aggregazione dei corpi di fabbrica, della capacità ricettiva complessiva e delle singole unità di degenza in relazione alle specialità che si intendono attivare, del costo non solo di realizzazione ma anche di gestione dell'opera. Nella cornice generale del riordino della rete ospedaliera e della rete territoriale delle strutture sanitarie, occorre adeguare l'esistente sì da garantire il soddisfacimento dei requisiti minimi per l'accreditamento nonché tendere al finanziamento di progetti di adeguamento alla normativa sulla prevenzione incendi e sul rischio sismico, di efficientamento energetico nonché di ammodernamento tecnologico.

In ambito ospedaliero occorre poi porre in atto misure finalizzate alla riduzione delle infezioni. Il legislatore nazionale con Legge n. 208/2015 (Legge di stabilità per il 2016), sul presupposto che *"la realizzazione delle attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario rappresenta un interesse primario del SSN perché consente maggiore appropriatezza nell'utilizzo delle risorse disponibili e garantisce la tutela del paziente"*, ha previsto che le Regioni debbano disporre che tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management) per la messa in sicurezza dei percorsi sanitari, l'individuazione/soluzione delle criticità più frequenti e la prevenzione del rischio sanitario. Decisivo è il ruolo degli strumenti e delle politiche preventive. Nonostante l'elevato impatto economico e sanitario delle infezioni ospedaliere, gli attuali sistemi di sorveglianza e controllo nella Regione Puglia sono ancora insufficienti e fortemente disomogenei da struttura a struttura, con ciò determinando una notevole riduzione della qualità del servizio sanitario offerto. Occorre pertanto:

- definire un Piano e Programma regionale di prevenzione delle infezioni ospedaliere, attraverso cui perseguire l'obiettivo della progressiva riduzione del tasso di infezioni registrate nelle strutture sanitarie della Puglia, anche mediante il recepimento di protocolli e azioni implementate in altri contesti;
- avviare le opportune iniziative volte a prevedere, tra i criteri per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie, l'inclusione di requisiti specifici relativi al controllo delle infezioni correlate all'assistenza;
- attivare gruppi di approfondimento tecnico su specifiche problematiche, favorendo il confronto tra Aziende Ospedaliere Universitarie, IRCCS, strutture sanitarie accreditate e ASL per la presentazione delle azioni adottate, degli indirizzi dettati, dei risultati e delle criticità verificate;
- istituire e rafforzare i sistemi di sorveglianza attiva delle infezioni nosocomiali, anche attraverso l'utilizzo di specifici indicatori mirati al monitoraggio dei programmi regionali di prevenzione e al controllo del rischio infettivo in ambito assistenziale;
- assumere iniziative affinché le strutture ospedaliere inviino periodicamente alla Regione una relazione consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno dell'ospedale e sulle conseguenti iniziative messe in atto dalla struttura;
- porre in capo alla Direzione Sanitaria di presidio, l'attuazione della attività di sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere, secondo modalità organizzative scelte autonomamente, ma improntate a coordinamento, integrazione e trasversalità;
- sperimentare un sistema di segnalazione rapida di eventi sentinella ed epidemie da attivare in ciascuna ASL;
- garantire che i laboratori di microbiologia presenti nelle strutture ospedaliere assicurino il supporto ai programmi di controllo delle infezioni e di governo dell'uso responsabile di antibiotici attraverso attività di sorveglianza, di supporto ai clinici nella diagnosi e trattamento delle infezioni e di formazione;
- garantire che anche il Servizio di Farmacia ospedaliera assicuri il supporto ai programmi di controllo delle infezioni attraverso attività di monitoraggio dell'uso di antibiotici e antisettici, partecipazione alla definizione di protocolli e procedure operative ed alla conduzione di audit clinici e formazione;

- promuovere l'istruzione e la formazione degli operatori sanitari in tema di infezioni ospedaliere, anche attraverso corsi di aggiornamento professionale;
- migliorare l'informazione dei pazienti tramite le istituzioni sanitarie regionali.

Ulteriore intervento, finalizzato anche alla razionalizzazione della spesa, attiene alla sterilizzazione di rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo (CER 18.01.03). La possibilità di sterilizzare i rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo, è prevista dell'articolo 7 del DPR 15 luglio 2003, n. 254 (Regolamento recante disciplina della gestione dei rifiuti sanitari a norma dell'articolo 24 della legge 31 luglio 2002, n. 179) e rappresenta una soluzione eco-efficiente per la gestione di tale tipologia di rifiuto, in modo da ridurre la pericolosità e ottimizzarne la raccolta, il trasporto e lo smaltimento. La sterilizzazione on-site rappresenta un processo di autosmaltimento praticato all'interno della singola struttura sanitaria, che trasforma il rifiuto speciale pericoloso a rischio infettivo in rifiuto classificato come urbano (CER 20.03.01), riducendo di 25% il peso e di 75% il volume dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo e i costi di smaltimento. Esistono tecnologie in grado di ottenere una sterilizzazione certificata, la riduzione del peso e del volume e la de-caratterizzazione e la irriconoscibilità dei rifiuti come previsto dalla norma UNI 10384/94, attraverso la distruzione batterica per lisi termica cellulare ottenuta dal raggiungimento, per attrito, di un'alta temperatura di processo a pressione ambiente. Sulla base dei dati richiesti alle ASL relativamente alla produzione e gestione di tale tipologia di rifiuti, è stato calcolato che l'introduzione della sterilizzazione on-site dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo potrebbe permettere una sensibile riduzione dei costi di smaltimento dagli attuali 5.700.000,00€ all'anno a circa 1.360.000,00€, con un risparmio medio di circa il 75% (circa 4.340.000,00€) se gli impianti di sterilizzazione fossero gestiti direttamente dagli ospedali ed il ritiro del rifiuto sterilizzato residuo, classificato come urbano, avvenisse da parte delle società che gestiscono il servizio di igiene urbana. Calcolando che il valore tecnologico complessivo per l'installazione degli impianti di sterilizzazione ammonterebbe a circa 8.250.000,00€ è possibile stimare un tempo di ammortamento, a parità di spesa attuale, di circa 18 mesi. Inoltre, la sterilizzazione on-site permette di stoccare i rifiuti che hanno subito il processo di sterilizzazione per lunghi periodi (tre mesi) in quanto resi inerti e ridotti di peso e volume, riducendo in questo modo la movimentazione di mezzi pesanti per il ritiro frequente dei rifiuti infetti e i rischi sanitari connessi alla loro manipolazione. Purtroppo i bandi di gara per l'affidamento dei servizi di raccolta, trasporto e smaltimento dei rifiuti di origine sanitaria non prevedono la partecipazione alle gare degli operatori che offrono tale modello di gestione, eppure le procedure ad evidenza pubblica devono costituire uno strumento efficace di apertura al mercato, incentivando la ricerca dell'efficienza allocativa e produttiva da parte degli operatori. Ciò al fine di esplicitare appieno gli effetti pro-competitivi e assicurare la più ampia partecipazione dei soggetti interessati e maggiori opzioni di scelta per gli enti appaltanti in merito al modello di gestione maggiormente in grado di ridurre i costi di smaltimento con risparmi economici per le Asl ed i contribuenti. Un esempio, di tale modello di gestione è dato dall'Ente Ecclesiastico di Tricase dove da 10 anni sono stati ridotti i costi per lo smaltimento dei rifiuti sanitari infetti provenienti dai diversi reparti, smaltendo tale tipologia di rifiuto, dopo il processo di sterilizzazione, come rifiuto urbano (e dunque al costo previsto per lo smaltimento del rifiuto urbano). Ed ancora obiettivo di governo regionale è la doverosa attenzione alla problematica ed agli episodi di violenza di genere, garantendo l'integrazione tra l'assistenza ospedaliera ed i servizi territoriali già presenti, in tale prospettiva la legge 28 dicembre 2015, n. 208 recante «*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (c.d. legge di stabilità 2016)*» all'art. 1, commi 790 e 791 ha previsto l'istituzione, nelle Aziende sanitarie e ospedaliere, di un percorso di protezione a tutela delle persone vittime della altrui violenza, con particolare riferimento alle vittime di violenza sessuale, maltrattamenti o atti persecutori (stalking) e la definizione di apposite Linee guida nazionali, volte a rendere operativo il percorso. Con DPCM 24.11.2017 sono state emanate le «*Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza*». È quindi in conformità alle predette Linee Guida ed al fine di rendere immediatamente operativo il Percorso a protezione delle vittime di violenza che occorre istituire un percorso di accoglienza-assistenza all'interno delle strutture ospedaliere sede di Dipartimenti d'Emergenza e Accettazione di I e II livello o di Pronto Soccorso della Regione Puglia (c.d. «Percorso

Rosa”) identificato al momento dell’accesso mediante l’attivazione di un codice visibile esclusivamente agli operatori sanitari coinvolti, i quali, in presenza di un caso con caratteristiche compatibili con la violenza sessuale o fisica, si adopereranno per una rapida presa in carico della vittima e per l’attuazione di un percorso clinico-assistenziale personalizzato nel pieno rispetto della privacy. Il percorso rosa deve garantire l’assistenza ed il sostegno alle vittime di violenza anche sotto il profilo clinico (medico e psicologico), in piena armonia con la rete dei servizi già attivi sul territorio, e favorire altresì lo scambio di flussi di informazione tra ASL, Giunta e Consiglio Regionale, allo scopo di monitorare costantemente gli episodi di violenza sulle donne e di analizzare l’efficacia delle misure di contrasto e di supporto previste dall’intervento normativo.

### **Personale sanità**

Elemento qualificante del SSN è l’organismo personale, in quanto risorsa critica, sia perché da questa dipende gran parte della qualità dei servizi erogati, sia perché costituisce una quota rilevante dei costi del sistema sanitario. La numerosità del personale SSN è stata influenzata soprattutto dalla Finanziaria 2010, che ha previsto un tetto alla spesa per il personale pubblico, che non può superare i livelli del 2004 diminuiti dell’1,4%. Tra 2001 e 2010, quindi, l’organico è rimasto sostanzialmente invariato, seppure con andamenti differenti per medici e personale di ruolo sanitario da un lato (+4,2% e +2,6%, rispettivamente) e altro personale dall’altro (-5,4%). A partire dal 2010, invece, si evidenzia un marcato trend di contrazione, pari a 5,8 punti percentuali a livello complessivo e comune a tutti i ruoli: medici (-5,4%), ruolo sanitario (-4,3%) e altro personale (-9,1%). I dipendenti totali sono diminuiti da 688.378 unità nel 2001 a 647.048 nel 2017.

Le normative introdotte di recente dal governo nazionale consentono ora una inversione di tendenza, non solo intervenendo sulle norme per la stabilizzazione, ma più in generale stanziando ulteriori risorse per l’assunzione di nuovo personale: occorrerà quindi in primo luogo procedere alla ricognizione del personale attualmente in servizio, alla rideterminazione delle dotazioni organiche e alla approvazione degli atti aziendali.

La determinazione del fabbisogno di personale sarà necessariamente dipendente dalla riorganizzazione della rete ospedaliera e di quella territoriale, così come fra l’altro previsto dalla normativa nazionale, tenuto anche conto che l’emergenza COVID ha messo in luce la necessità di potenziare l’attuale offerta ospedaliera. Essa dovrà passare, come anticipato, attraverso una iniziale ricognizione delle attuali unità di personale e delle tipologie di contratto esistenti all’interno del settore sanitario pubblico. Nello stabilire il corretto dimensionamento delle singole unità occorre considerare le peculiarità di taluni servizi e fare riferimento ai dati di produzione dei periodi precedenti e di produzione programmata. I luoghi di lavoro devono essere idonei, anche per i lavoratori con prescrizioni o limitazioni, temporanee o permanenti. Si procederà ad una progressiva internalizzazione del personale addetto a servizi precedentemente esternalizzati. Tale processo dovrà necessariamente tener conto delle esperienze maturate, in qualsiasi forma lavorativa, all’interno del settore. Occorre limitare ai casi espressamente consentiti dalla normativa nazionale sia il ricorso al lavoro a tempo determinato sia alle altre tipologie contrattuali di cui all’art. 15 septies D.lgs. 502/92, norma attualmente abusata sì da aggirare le ordinarie procedure di reclutamento.

Occorre anche far fronte alla carenza di medici, tenuto conto che, secondo i dati AFORP 2019, *“in Puglia da qui al 2025 andranno in pensione 3292 medici a fronte di 2422 neo specialisti con un ammanco di 1686 negli ospedali e nei servizi del SSR. Le principali carenze riguarderanno la medicina d’emergenza e urgenza con 498 medici, cardiologia con 104 medici, chirurgia generale con 97 medici, anestesia con 93, ginecologia con 73, medicina interna con 78, ortopedia con 64, pediatria con 216 e radiodiagnostica con 77.*

*Da un confronto tra fabbisogni dichiarati dalla Regione e previsione di medici in pensionamento nel periodo 2018-2025, si evince come la Regione Puglia esprima un’ingongra richiesta al ribasso di specialisti rispetto alla realtà, soprattutto per le branche più in sofferenza, mentre richiede un numero elevato specialisti in altre discipline, che andrebbero a creare un surplus al 2025. La Regione finanzia 29 contratti all’anno, spalmandoli a “pioggia” su diverse discipline, così di fatto prescindendo dalle reali*



*esigenze di acquisizione del personale per singola specialità. Ad esempio, finanzia 3 borse/anno di neuropsichiatria infantile che porteranno a un surplus di 23 specialisti al 2025, mentre non aggiunge nemmeno un contratto ad anestesia e rianimazione, che pure andrà in profonda sofferenza.”. Ciò all’evidenza impone una rivisitazione dei fabbisogni, cui consegue la congrua assunzione di personale. Occorre altresì proseguire nella stabilizzazione in favore di coloro i quali sono in possesso dei requisiti prescritti dalla cd legge Madia per come da ultimo modificata e nella internalizzazione del personale, garantendo che nell’ambito delle procedure selettive le prove e i criteri di valutazione dei titoli siano attinenti alla tipologia di impiego messo a concorso.*

La riorganizzazione del personale non può prescindere dalla rotazione delle figure addette alle aree a più elevato rischio di corruzione. L’obbligo di rotazione dei dirigenti e dei funzionari adibiti alle aree a rischio mira a prevenire i rischi che possono derivare da un’eccessiva vicinanza personale o da una fiducia sproporzionata tra dipendente pubblico e utente. La legge n. 190/2012 ha previsto: a) all’art. 1 comma 4 lettera e) che il Dipartimento della Funzione Pubblica deve definire: *“criteri per assicurare la rotazione dei dirigenti nei settori particolarmente esposti alla corruzione e misure per evitare sovrapposizioni di funzioni e cumuli di incarichi nominativi in capo ai dirigenti pubblici, anche esterni”*; b) all’art. 1 comma 5 della lettera b): *“Le pubbliche amministrazioni centrali definiscono e trasmettono al Dipartimento della funzione pubblica: ..... procedure appropriate per selezionare e formare, in collaborazione con la Scuola superiore della pubblica amministrazione, i dipendenti chiamati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, prevedendo, negli stessi settori, la rotazione di dirigenti e funzionari”*; c) all’art. 1 comma 10 lettera b): *“Il responsabile individuato ai sensi del comma 7 provvede anche ..... alla verifica, d’intesa con il dirigente competente, dell’effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione”*. Il Piano nazionale anticorruzione (P.N.A.), adottato dall’ANAC con delibera n. 75/2013, ha illustrato l’importanza che riveste la rotazione dei dirigenti e dei dipendenti come strumento fondamentale per contrastare la corruzione e prevede che le Pubbliche amministrazioni adottino i criteri per un’effettiva rotazione che coinvolga, non solo di Dirigenti, ma anche i Responsabili del procedimento nelle aree a più elevato rischio di corruzione. L’ANAC è altresì intervenuta con la delibera n. 13/2015 per formulare importanti orientamenti in tema di rotazione del personale nelle amministrazioni pubbliche che si aggiungono alle prescrizioni del Piano nazionale. Analoga previsione è contenuta nel PTPC 2017-2019. Nel settore sanitario il “rischio” connesso alla mancata e/o carente osservanza delle norme in materia di trasparenza e/o dei criteri di imparzialità e/o all’uso distorto della discrezionalità, assume ulteriore rilievo anche per gli aspetti inerenti la qualità delle cure. La corruzione può essere favorita dall’incrostarsi di funzioni, responsabilità e relazioni negli stessi incarichi, non fosse altro per la confidenza e la forza dell’abitudine che emergono. L’alternanza tra più professionisti nell’assunzione delle decisioni e internazionale nella gestione delle procedure riduce invece il rischio che possano crearsi relazioni particolari tra amministrazioni ed utenti, con il conseguente consolidarsi di situazioni di privilegio e l’aspettativa a risposte illegali improntate a collusione. La rotazione, pertanto, allontana il privilegio o la consuetudine e la prassi, che possono finire per favorire coloro che sono capaci di intessere relazioni con i dipendenti e dirigenti inamovibilmente inseriti in un certo ruolo, a discapito di altri. E già questo è un comportamento corruttivo, perché corrompe, lede il principio di imparzialità e parità di condizioni. In tale prospettiva la legge 190/2012 ha imposto l’obbligo di rotazione degli incarichi. Tuttavia, la rotazione dei dirigenti e del personale presenta non indifferenti profili di delicatezza e complessità, dal momento che la fase applicativa è rimessa alle scelte della singola amministrazione, chiamata ad individuare le posizioni a rischio di corruzione ed a compiere anche la valutazione in ordine alla fungibilità del singolo dipendente. Per quanto riguarda il personale dirigenziale, la rotazione dei responsabili dei settori più esposti al rischio di corruzione presenta delle criticità particolari. I dirigenti, infatti, per il tipo di poteri che esercitano e per il fatto di costituire un riferimento per il personale dipendente, sono le figure la cui funzione e azione – ove abusata - può provocare danni consistenti. Si tratta quindi di figure che dovrebbero essere maggiormente soggette a ruotare. L’amministrazione sanitaria, per mettere in atto questa misura, dovrebbe individuare le ipotesi in cui è possibile procedere alla rotazione degli incarichi attraverso la puntuale mappatura degli

incarichi/funzioni apicali più sensibili (ad esempio quelli relativi a posizioni di governo delle risorse come acquisti, rapporti con il privato accreditato, convenzioni/autorizzazioni, ecc.), a partire dall'individuazione delle funzioni fungibili, utilizzando tutti gli strumenti disponibili in tema di gestione del personale ed allocazione delle risorse.

Va parimenti favorito il turnover dei DG delle aziende sanitarie regionali, tenuto conto che la Puglia ha un indice di stabilità, inteso quale rapporto tra il numero effettivo di mutamenti dei DG che si sono realizzati nella regione e il numero di mutamenti teoricamente possibili, inferiore alla media nazionale.

Al fine di contrastare il fenomeno della corruzione in ambito sanitario, occorre altresì, in conformità a quanto stabilito da ANAC nelle "Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. whistleblower)" di cui alla Determinazione n. 6 del 28 aprile 2015:

- adottare ogni possibile accorgimento per rendere effettiva la tutela della riservatezza del dipendente che segnala illeciti, disciplinando la procedura per la ricezione e il trattamento delle segnalazioni;
- prevedere modalità di comunicazione differenziate e riservate per ricevere le segnalazioni, la cui gestione deve essere affidata ad un ristrettissimo nucleo di persone;
- prevedere codici sostitutivi dei dati identificativi del denunciante;
- predisporre modelli per ricevere le informazioni ritenute utili per individuare gli autori della condotta illecita e le circostanze del fatto;
- realizzare un sistema informatico di segnalazione che indirizzi la segnalazione ai destinatari individuati assicurando la copertura dei dati identificativi del segnalante;
- prevedere azioni di sensibilizzazione, comunicazione e formazione sui diritti e sugli obblighi relativi alla divulgazione delle azioni illecite, pubblicando sul sito istituzionale gli avvisi che informano i dipendenti dell'importanza dello strumento e sul loro diritto alla tutela nel caso di segnalazione, nonché sui risultati che l'attuazione della norma ha prodotto;
- prevedere una revisione periodica della disciplina per verificare possibili lacune o incomprensioni da parte dei dipendenti.

#### **Liste d'attesa e intramoenia**

Il soddisfacimento della domanda da parte degli utenti presuppone l'adeguatezza delle strumentazioni tecnologiche a disposizione e delle dotazioni organiche. In particolare quanto alla dotazione organica è evidente che questa vada rideterminata in funzione dell'accrescimento dell'efficienza e della realizzazione della migliore utilizzazione delle risorse umane, muovendo da una preventiva verifica degli effettivi fabbisogni di personale. E' questo un aspetto di fondamentale importanza, in quanto solo una coerente ed efficace rilevazione del fabbisogno del personale, che è necessario all'amministrazione per porre in essere le proprie attività e conseguire gli obiettivi che alla stessa sono demandati, consente di prevedere dotazioni organiche che siano razionali ed efficienti. Ciò vale tanto più al momento attuale, in cui l'approvazione del piano di riordino e l'avvio della fase attuativa, in assenza della previa valutazione della dotazione organica effettiva e della sua eventuale rimodulazione, certamente hanno creato squilibri nella suddivisione del personale tra le varie strutture, circostanza cui si aggiunge in linea generale la necessità di procedere a nuove assunzioni e stabilizzazioni. Necessario è pertanto in via prioritaria, anche ai fini del contenimento delle liste d'attesa, operare una ricognizione del personale attualmente in servizio in ciascuna struttura e provvedere alla successiva riallocazione dello stesso sì da garantire che tutte le strutture siano effettivamente poste nelle condizioni di operare a parità di dotazione, nonché procedere alla definizione oggettiva ed omogenea dei fabbisogni di personale da formalizzare nelle previsioni della dotazione organica aziendale. E' in altri termini indispensabile che le Aziende Sanitarie si avvicinino alla programmazione delle assunzioni tenendo conto delle criticità relative a quelle specializzazioni che maggiormente generano liste d'attesa lunghe e dilatate nel tempo.

Quanto alle attrezzature, devono essere fatte analisi costo/beneficio che considerino tutte le variabili in gioco (caratteristiche attrezzatura, risorse umane, ecc.) sì da valutare l'opportunità dell'acquisto di nuovi macchinari per ridurre i tempi d'attesa. Ed ancora, le possibilità che oggi, in alcuni ambiti disciplinari,

offrono il teleconsulto e la telemedicina (refertazione a distanza, ecc.) possono essere oggetto di progettualità specifiche aziendali e/o sovraziendali volte alla semplificazione del percorso dei pazienti, al miglior utilizzo delle competenze specialistiche e alla riduzione delle liste d'attesa. Occorre altresì procedere ad una completa separazione tra le richieste generate nell'ambito del primo contatto fra il cittadino e il sistema sanitario (proprie dei servizi delle cure primarie, dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta), per il quale deve essere soddisfatto il quesito diagnostico, e le richieste originate a seguito della presa in carico del paziente da parte del sistema delle cure primarie e/o dagli specialisti nel caso in cui problema di salute sia conosciuto e vi sia la necessità di seguirlo nel tempo (follow up, cronicità) per gli eventuali successivi approfondimenti ed i controlli generati successivamente al primo contatto. La gestione delle liste di attesa può trovare soluzioni adeguate quindi individuando modalità di stretta collaborazione tra i diversi professionisti, ed in particolare tra le cure primarie e il livello specialistico, attraverso l'attuazione e la gestione programmata di protocolli diagnostici integrati. È altresì evidente che, ove si fosse proceduto alla implementazione dei servizi territoriali e dei Distretti, la maggior parte delle prestazioni specialistiche avrebbero potuto essere garantite a livello distrettuale con modalità e tempi previsti nell'ambito dei piani aziendali. Il distretto ben avrebbe potuto infatti assicurare, oltre a tutto ciò che rientra nei percorsi diagnostico-terapeutici, nei follow-up e nei servizi di prossimità, l'offerta di prestazioni di primo accesso a bassa tecnologia e le visite specialistiche per le quali non sia espressamente previsto il livello aziendale, anche attraverso la qualificazione del ruolo di MMG e PLS e l'attivazione delle Case della Salute. Ulteriore intervento volto alla riduzione dei tempi d'attesa è l'estensione delle fasce orarie e delle giornate di erogazione delle prestazioni specialistiche, ampliandole alle ore tardo pomeridiane e serali e anche alle giornate di sabato e prefestive con il fine di migliorare le possibilità di accesso dei cittadini e di utilizzare in modo più intensivo le tecnologie. Occorre garantire la gestione trasparente e la totale visibilità da parte dei Sistemi Informativi aziendali e regionali delle agende di prenotazione, sia per il primo accesso che per i controlli successivi, nonché delle prestazioni specialistiche rese includendo tutta l'attività erogata a carico del SSR, ivi inclusa quella in ALPI. Anche le modalità di valutazione dei volumi e dei costi dell'attività effettuata in ALPI merita rivisitazione mediante l'obbligo di dotazione di un sistema di contabilità analitica separata e di previsione di un sottoconto cui allocare l'accantonamento del 5% degli introiti ALPI che devono essere utilizzati per l'abbattimento delle liste d'attesa e non mantenuti fermi nel bilancio generale della singola ASL. Le agende dovranno altresì indicare il medico erogatore della prestazione sì che possa effettuarsi un effettivo raffronto tra le prestazioni libero-professionali e quelle in regime di SSR. Contestualmente va effettuata la vigilanza sistematica delle situazioni di sospensione della prenotazione e dell'erogazione delle prestazioni in attuazione del comma 282 art. 1 legge finanziaria 2006, che fa divieto di sospendere le attività di prenotazione. Devono quindi essere avviate modalità di controllo per il monitoraggio delle sospensioni indebite della prenotazione di prestazioni ('chiusura' delle agende) i cui risultati devono essere utilizzati anche per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi di attività assegnati alle aziende per il contenimento dei tempi di attesa. Occorre quindi dare concreta attuazione a quanto previsto nel Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021, solo formalmente recepito dalla Regione Puglia. Tutte le predette azioni costituiscono presupposto per il corretto funzionamento delle liste d'attesa e per l'abbattimento dei tempi d'attesa, sì che a tali azioni si affiancherà la verifica dell'effettiva sospensione dell'ALPI nell'ipotesi di superamento dei volumi di attività istituzionale.

### **Rete dell'emergenza urgenza**

Il Ministero della salute con Decreto 2 aprile 2015, n. 70, recante "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" stabilisce che il sistema dell'emergenza urgenza opera attraverso le Centrali Operative 118 (CO118), la rete territoriale di soccorso e la rete ospedaliera. La CO effettua la valutazione del grado di complessità dell'intervento necessario, definendo il grado di criticità dell'evento e, conseguentemente, attiva l'intervento più idoneo, utilizzando i codici colore gravità; il decreto ministeriale prevede che le Centrali Operative gestiscono i **mezzi di soccorso del Sistema di Emergenza Territoriale 118**, tra cui le

ambulanze e le automediche con medico ed infermiere a bordo, le ambulanze con infermiere ed autisti soccorritori a bordo, le ambulanze con autisti-soccorritori a bordo, le postazioni di elisoccorso, e tutti gli eventuali altri mezzi, medicalizzati e non, che in forma continuativa o estemporanea intervengono nel soccorso sanitario. Il decreto, specifica altresì che *"Il nuovo modello organizzativo dell'assistenza, caratterizzato da un potenziamento delle attività sul territorio e dalla realizzazione di una rete ospedaliera dedicata alle patologie complesse, deve prevedere la presenza di uno sviluppo del servizio di emergenza territoriale tecnologicamente avanzato, in grado di affrontare le emergenze e di condividere le procedure con l'attività del distretto e con la rete ospedaliera garantendo, in tal modo, una reale continuità dell'assistenza nell'interesse della popolazione, anche attraverso la gestione tempestiva dei trasferimenti secondari urgenti in carico al 118 e la trasmissione di immagini e dati."*; la definizione del fabbisogno di mezzi di soccorso avanzati sul territorio regionale viene individuata utilizzando un criterio che si basa sulla attribuzione di un mezzo di soccorso avanzato ogni 60.000 abitanti con la copertura di un territorio non superiore a 350 Km<sup>2</sup>.

I servizi di emergenza-urgenza sanitaria sono sottoposti, da anni, a un continuo aumento della richiesta di prestazioni da parte dei cittadini e le attese in termini di qualità delle prestazioni erogate sono di pari passo cresciute, ritenendosi oggi irrinunciabili ai fini della dimissione del paziente, anche sotto l'aspetto medico-legale, procedimenti diagnostici che richiedono tecnologie disponibili solo in ambiente ospedaliero. Attualmente in Puglia il servizio è affidato ad Associazioni di Volontariato che svolgono, in regime di convenzionamento con le Aziende sanitarie regionali, attività di soccorso in emergenza integrate nel sistema 118. In tale contesto il personale impegnato in detta attività non risulta adeguatamente tutelato dal punto di vista contrattuale. Ulteriore elemento di criticità del Servizio di Emergenza Territoriale in Puglia è rappresentato dalla formazione del personale medico dell'Emergenza Territoriale. I predetti soggetti, infatti, non svolgono alcuna attività formativa in materia di diagnostica strumentale, né in materia di cure palliative, terapia del dolore (art. 8 L. 38/10) e tossicologia. Tale lacuna nell'organizzazione del sistema di emergenza è stata posta in risalto anche dal Ministero della Salute (Progetto Mattoni SSN: Pronto Soccorso e sistema 118. Milestone 1.2.4 - Predisposizione di modelli formativi relativi al Pronto Soccorso) che suggerisce un **percorso formativo permanente per il medico dell'emergenza**, comune per il servizio 118, il Pronto Soccorso e il DEA, percorso formativo che deve essere parte integrante dell'orario di lavoro.

Appare altresì strategica l'omogeneizzazione del personale medico del 118 e di quello ospedaliero. Sotto tale ultimo profilo il legislatore nazionale, nel disegnare la figura del medico dell'emergenza, aveva sottolineato la provvisorietà dell'adozione dello strumento del convenzionamento, prevedendo, in un orizzonte temporale di 5 anni, la trasformazione definitiva di quella figura in medico dipendente. Infatti, diversamente dalle altre professionalità della Medicina Generale, cui pure afferisce, il medico impegnato nel servizio di emergenza territoriale non può essere impegnato in attività territoriali alternative. Appare evidente che l'esercizio della professione di medico dell'emergenza sanitaria territoriale, altamente usurante e ad alto rischio di infortunio, richiedente elevati standard psicofisici, difficilmente può conciliarsi in sicurezza con il progredire dell'età del personale medico che in quell'incarico deve giungere al pensionamento e che il ricollocamento dei medici divenuti inidonei al servizio può avvenire in misura limitata. Tale problematica trova una soluzione nel **transito nel ruolo della dirigenza medica del personale convenzionato per il servizio di emergenza territoriale**. Le criticità di cui innanzi rendono quindi necessaria la complessiva riorganizzazione del servizio di emergenza urgenza, che deve mirare a fornire opzioni alternative al ricovero ospedaliero specie per le patologie croniche, l'assistenza oncologica, le problematiche della senescenza, l'assistenza al disagio socioeconomico, la tutela della salute dei soggetti privi di permesso di soggiorno, restituendo contestualmente funzioni alla figura del medico di medicina generale, valorizzandone le competenze e la professionalità.

Occorre quindi procedere alla riforma del sistema di emergenza territoriale di soccorso, allo scopo di conseguire gli obiettivi di efficacia, efficienza, appropriatezza, equità di accesso, sicurezza ed eticità attraverso:

- l'istituzione del modello organizzativo di base del Sistema di Emergenza Territoriale su base dipartimentale;
- l'omogeneizzazione contrattuale delle figure sanitarie impegnate nella componente territoriale (118) ed in quella ospedaliera;
- un percorso formativo permanente per il medico dell'emergenza;
- la riorganizzazione puntuale, in base al fabbisogno, del numero di mezzi di soccorso e delle postazioni del 118 in stretta relazione con l'assetto organizzativo della rete ospedaliera, in modo da garantire tempi corretti per tutte le patologie tempo-dipendenti;
- l'ammodernamento tecnologico dei mezzi di soccorso e il collegamento del sistema informatizzato 118 con i sistemi informatizzati ospedalieri per la gestione dei dati sanitari e dei flussi di attività a bordo dei mezzi di soccorso;
- il coordinamento del 118 con le attività degli altri organismi dello Stato, della Regione e del Volontariato per fronteggiare maxi-emergenze o rischi nucleari, batteriologici, chimici e nucleari;
- la dotazione di tutte le centrali operative del 118 della tecnologia più moderna ed efficace di geolocalizzazione del chiamante;
- l'introduzione in conformità dell'articolo 1, comma 2 della Direttiva 91/396/CEE del "numero unico europeo per chiamate di emergenza";
- la tutela del personale impiegato nel servizio di emergenza-urgenza sanitaria territoriale 118 per il tramite delle Associazioni di Volontariato.

#### **Spesa farmaceutica**

Già nell'ottobre 2019, la sezione pugliese della Corte dei conti nell'emettere il giudizio di parifica sul Rendiconto 2018 aveva segnalato lo sfioramento consistente della spesa farmaceutica come una criticità da tenere sotto controllo. I dati del report dell'Aifa (Agenzia italiana del farmaco) hanno fatto emergere che, nel periodo gennaio-novembre 2019, la Puglia, nel governo della spesa farmaceutica convenzionata, a fronte di un tetto programmato del 7,96% del fondo sanitario attribuito, ha registrato uno scostamento assoluto di circa 3 milioni di euro. La performance peggiore nella spesa convenzionata è stata registrata dalla Campania, seguita da Abruzzo, Calabria e Puglia. Tutte le altre Regioni e le province autonome sono rimaste nel tetto del 7,96%. Nello stesso periodo però, le compartecipazioni a carico dei cittadini è cresciuta dell'1%, passando da 90.090.000 euro a 90.964.000 euro (+ 874 mila euro in cifra assoluta). Per quanto riguarda la spesa farmaceutica per acquisti diretti, a fronte di una percentuale di spesa programmata del 6,89%, la Puglia è arrivata al 10,71%, con uno scostamento in termini assoluti di 278.014.023 euro.

I farmaci a brevetto scaduto (c.d. equivalenti) contengono lo stesso principio attivo del farmaco originator (con brevetto ancora valido) e, pertanto, ne hanno la stessa efficacia terapeutica, garantendo al contempo un aggravio sensibilmente minore della spesa per il Servizio Sanitario Regionale. In base al Rapporto OsMed 2016, pubblicato dall'AIFA il 21.07.2017, i farmaci a brevetto scaduto rappresentano il 56,1% della spesa convenzionata e il 2,1% della spesa per i farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche, costituendo complessivamente soltanto il 22% della spesa farmaceutica del SSN. Una razionalizzazione della spesa farmaceutica, da ottenersi attraverso una **maggiore prescrizione degli equivalenti ed una contestuale riduzione del consumo degli originator**, consentirebbe di liberare importanti risorse nel SSR, le quali potrebbero essere destinate all'implementazione ed al miglioramento di numerosi servizi territoriali o all'utilizzo di farmaci innovativi. In questo senso, è di rilevante importanza aumentare l'utilizzo dei farmaci equivalenti nella "distribuzione diretta" e nella "distribuzione per conto". Occorre altresì **favorire la distribuzione diretta**, vigilando sull'applicazione della normativa vigente e prevedendo opportuni provvedimenti sanzionatori nell'ipotesi di violazione

della stessa, disponendo la riserva esclusiva della dispensazione di ulteriori farmaci inseriti nel PHT in via diretta, con esclusione quindi anche della distribuzione per conto (Cons. di Stato, 3594/2014), nonché **adottando tecnologie innovative per la tracciabilità della dispensazione**, monitorando le prescrizioni di farmaci ad alto costo. Ciò mediante il coinvolgimento, nella fase di predisposizione degli atti regionali, delle figure professionali e associazioni di categoria interessate, anche mediante la costituzione di un apposito tavolo di consultazione, in conformità all'art. 5 D. L. 347/01.

#### **Riduzione dei costi di acquisto**

L'entità della spesa sanitaria per l'acquisto di beni e servizi è legata alla mancanza di controllo sugli ordinatori di spesa, al fallimento delle procedure di acquisto centralizzate e/o attraverso commercio elettronico, all'assenza di collegamento tra fabbisogno effettivi e quantità acquistate (scorte non controllate, quantità di medicinali/presidi scaduti) nonché all'inappropriatezza nell'utilizzo delle risorse.

E' quindi necessario:

- potenziare i sistemi di programmazione e di controllo di gestione;
- adottare sistemi di contabilità analitica per centri di costo e di responsabilità;
- censire tutte le apparecchiature presenti nelle strutture sanitarie, individuando quelle acquistate e lasciate inattive sì da consentire, anche previa riallocazione, l'effettivo utilizzo;
- monitorare i progetti sanitari finanziati dallo Stato o dalla stessa Regione;
- organizzare un sistema coordinato per la gestione degli acquisti in sanità, anche al fine di raggiungere la piena funzionalità del soggetto aggregatore regionale.

#### **Veterinaria pubblica e tutela degli animali.**

Gli obiettivi principali tendono a realizzare un'efficace lotta al randagismo, valorizzando il lavoro svolto dagli Enti del Terzo Settore, attraverso:

- il sostegno ai comuni per la costruzione di canili sanitari comunali;
- la vigilanza sul corretto rispetto ed espletamento dei turni di pronta disponibilità veterinaria nelle ore notturne e nei giorni festivi per affrontare situazioni di emergenza di sanità pubblica veterinaria;
- campagne di sterilizzazione gratuita degli animali d'affezione;
- affidamento dei servizi di custodia, cura e mantenimento dei cani/gatti randagi esclusivamente tramite gare d'appalto basate sull'offerta economicamente più vantaggiosa e quindi in funzione della qualità del servizio proposto.

A tutela degli animali e nell'attesa dell'emanazione dei necessari provvedimenti nazionali di attuazione del disposto di cui all'art. 2 L. 175/2017 è altresì necessario sensibilizzare le amministrazioni comunali all'emanazione di apposite regolamentazioni che tutelino i diritti degli animali, ne garantiscano la cura e vietino ogni forma di violenza nei loro confronti, limitando gli spettacoli con l'impiego degli animali nei circhi.

#### **Digitalizzazione, informatizzazione e innovazione**

Il "Patto per la sanità digitale" (Intesa Stato-Regioni del 7/7/2016, rep. in atti 123/CSR) si proponeva il conseguimento degli obiettivi di efficienza, trasparenza, e sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale, attraverso l'impiego sistematico dell'innovazione digitale in sanità, così come contemplato dall'art. 15, comma 1 del Patto per la Salute per gli anni 2014-2016.

**Edotto** è il Sistema Informativo Sanitario della Regione Puglia, in esercizio dal 2012 quale strumento per il governo del servizio sanitario regionale. Il sistema, basato sugli strumenti della Information Communication Technology (ICT), ha lo scopo di agevolare l'interazione tra i soggetti operanti ai vari livelli dell'organizzazione sanitaria (Assessorato al Welfare, Agenzia Sanitaria Regionale, aziende sanitarie, medici convenzionati, farmacie, ecc.) con l'obiettivo di soddisfare i crescenti bisogni di assistenza e monitorare i servizi sanitari erogati in Puglia. Il sistema è costituito da oltre 30 aree applicative che condividono basi informative di livello regionale, quali l'anagrafe assistiti (comprensiva

della scelta e revoca del medico di base e della gestione delle esenzioni ticket), l'anagrafe delle strutture sanitarie e l'anagrafe del personale sanitario, oltre ad un applicativo di pseudonimizzazione che consente di trattare i dati nel pieno rispetto della normativa in materia di privacy. Oltre alle specifiche aree di supporto al governo delle risorse del SSR (Farmaceutica Territoriale ed Ospedaliera, Medicina specialistica privata accreditata, ambulatoriale interna e ospedaliera, Mobilità sanitaria, Gestione ricette, Gestione del personale in convenzione), sono disponibili per gli operatori del SSR aree applicative di supporto all'assistenza territoriale (Riabilitativa, Domiciliare, Residenziale, Protesica) e ai percorsi assistenziali di cura (Gestione ricoveri, Accettazione d'urgenza, Gravidanza e Nascita, Trasfusionale). Sono disponibili funzionalità per l'analisi epidemiologica a supporto dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER) e dell'A.Re.S. e un sistema direzionale per l'analisi statistica dei dati storici integrabili con basi dati esterne. E' presente anche il servizio Trattamento Ricette Farmaceutiche (TRF), per l'acquisizione ottica di tutte le ricette farmaceutiche erogate in Regione Puglia. Infine, è stato sviluppato un applicativo di Card Management System per la gestione del ciclo di vita delle Carte Nazionali dei Servizi (CNS) distribuite agli operatori del SSR.

Soltanto dal 18.05.2016 la Regione ha reso operativa sul SIST (Sistema Informativo Sanitario Territoriale) l'infrastruttura del Fascicolo Sanitario Elettronico. Detto strumento non ha trovato però piena adesione da parte dei cittadini in ragione della scarsa informazione sul punto e comunque manca l'implementazione dei dati da parte dei medici di famiglia e pediatri di libera scelta nonché la piena integrazione tra i documenti prodotti dal sistema Edotto e conferiti al FSE (verbale di pronto soccorso) e quelli inoltrati direttamente dalle aziende sanitarie al FSE. Occorre quindi **migliorare ed implementare il sistema.**

Nel contempo occorre altresì **implementare l'uso della ricetta dematerializzata** sia per le prescrizioni farmaceutiche sia per quelle degli esami specialistici e consentire il pronto aggiornamento della residenza di ciascun cittadino sì da consentire l'esatto invio delle informative, anche inerenti i controlli di prevenzione. In tale prospettiva la tecnologia blockchain, applicata ai diversi ambiti della sanità, può fornire un'architettura sicura a prova di manomissione per lo scambio e la condivisione dei dati all'interno del sistema sanitario nazionale e con i pazienti che, a loro volta, possono avere il controllo delle informazioni sul proprio wallet e gestirne la condivisione in totale sicurezza. Detta tecnologia adeguatamente sviluppata può consentire, oltre che lo scambio dei dati dei pazienti e la gestione delle cartelle cliniche, il tracciamento dei farmaci e più in generale della spesa sanitaria.

Il digitale consente di efficientare il sistema di cura e assistenza, spostando il baricentro dalle strutture sanitarie verso il territorio: servizi digitali, Mobile Health 2 e Telemedicina sono tutti elementi potenzialmente in grado di migliorare il livello di servizio complessivamente erogato. In particolare permette la creazione di un sistema sanitario efficiente, trasparente ed adattabile e di ridurre il consumo di risorse, sia per il professionista sanitario che per il cittadino-utente. L'aumento di produttività deriva dalla riduzione degli errori medici, dall'attenuazione o eliminazione delle cure non necessarie, dalla diminuzione delle file d'attesa, dalla limitazione degli spostamenti dei cittadini sul territorio, dalla riduzione delle liste d'attesa, dalla semplificazione dell'accesso ai dati del paziente e dalla facilitazione della cura delle malattie; traccia ogni operazione, garantisce una maggiore comunicazione tra i diversi istituti di assistenza sanitaria e gli stessi professionisti, riduce il materiale cartaceo.

Proponiamo altresì di **istituire le postazioni salvavita nei Comuni**, contestualmente mettendo a disposizione dei cittadini un'**applicazione per smartphone** che segnala la presenza di dette postazioni sul territorio di interesse, di attrezzare il territorio regionale con **droni salvavita**, che tracciano le chiamate mobili d'emergenza per raggiungere, tramite un preciso dispositivo GPS, nel minor tempo possibile il luogo in cui serve assistenza medica.

Ulteriori campi di applicazione della sanità digitale sono:

- la **prevenzione con biosensori e tracker** che aiutano medici e pazienti a monitorare meglio alcuni aspetti della salute, con effetti benefici sia sulle cure che sulla prevenzione;

- la **riabilitazione cognitiva**, avendo la tecnologia un ruolo fondamentale nel contrastare e quindi ritardare l'insorgere della malattia, anche tramite la creazione e la personalizzazione di interventi ad hoc, centrati sulla persona;
- la **teleriabilitazione con l'uso delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione** per fornire servizi di riabilitazione da remoto ai pazienti direttamente nelle loro case;
- la **robotica di assistenza sociale**, che mira ad affrontare le aree critiche e le lacune nelle cure automatizzando la supervisione, la motivazione, il coaching e altri aspetti sanitari per pazienti sopravvissuti all'ictus, anziani e persone con demenza o bambini autistici.

A ciò si aggiunge che non è sufficiente completare correttamente la dematerializzazione di tutte le informazioni che si generano nell'organizzazione sanitaria e nella PA, con architetture e reti eHealth ed eWelfare di ultima generazione (interoperabili, generative, patient e citizen centered). Occorre, soprattutto, poter **sfruttare, per i servizi, per la governance e per la ricerca, le enormi potenzialità derivanti dall'utilizzo della massa di dati digitali già disponibile**, sì da giungere alla riorganizzazione complessiva dei processi sanitari e a una governance real time della sanità locale e regionale.

### **Partecipazione del cittadino alla sanità**

I cittadini non devono essere solo utenti del servizio, ma devono essere parte attiva e controllori della sua qualità. Il nostro obiettivo è migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e questo passa attraverso un costante monitoraggio di ogni livello assistenziale: la prevenzione, la diagnosi, la somministrazione delle terapie e la riabilitazione. Il potenziamento dei controlli e la valutazione della dotazione strutturale, organizzativa e di competenza clinica di una struttura, rappresentano un elemento imprescindibile per la gestione delle prestazioni assistenziali.

In tale prospettiva occorre promuovere iniziative per il coinvolgimento delle associazioni nella programmazione, nell'attuazione e nella valutazione dei servizi offerti, anche mediante la **costituzione di un comitato regionale dei cittadini e di singoli comitati aziendali**, potenziando l'Unità di valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri e delle prestazioni sanitarie. Vogliamo prevedere un coinvolgimento dei cittadini per esempio attraverso la **somministrazione di questionari**. Chiediamo anche la predisposizione di un **Piano Annuale dei Controlli a livello regionale** alla luce degli esiti dei controlli effettuati a livello aziendale, nonché dei **controlli esterni** previa segnalazione alla struttura della data di inizio del controllo con tempi compatibili ed adeguati a rendere disponibile la documentazione clinica.