

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO  **UFFICIALE**
DELLA REGIONE PUGLIA

Sped. in abb. Postale, Art. 2, comma 20/c - Legge 662/96 - Aut. DC/215/03/01/01 - Potenza

Anno XXXIV

BARI, 6 MAGGIO 2003

N. 47

Il Bollettino Ufficiale della Regione Puglia si pubblica con frequenza infrasettimanale ed è diviso in due parti.

Nella 1ª parte si pubblicano: Leggi e Regolamenti regionali, Ordinanze e sentenze della Corte Costituzionale e di Organi giurisdizionali, Circolari aventi rilevanza esterna, Deliberazioni del Consiglio regionale riguardanti l'elezione dei componenti l'Ufficio di presidenza dell'Assemblea, della Giunta e delle Commissioni permanenti.

Nella 2ª parte si pubblicano: le deliberazioni del Consiglio regionale e della Giunta; i Decreti del Presidente, degli Assessori, dei funzionari delegati, di pubbliche autorità; gli avvisi, i bandi di concorso e le gare di appalto.

Gli annunci, gli avvisi, i bandi di concorso, le gare di appalto, sono inseriti nel Bollettino Ufficiale pubblicato il giovedì.

Direzione e Redazione - Presidenza Giunta Regionale - Lungomare N. Sauro, 33 - 70121 Bari - Tel. 0805406316-0805406317-0805406372 - Uff. abbonamenti 0805406376 - Fax 0805406379.

Abbonamento annuo di € 134,28 tramite versamento su c.c.p. n. 18785709 intestato a Regione Puglia - Ufficio Bollettino Ufficiale - Lungomare N. Sauro, 33 - Bari. Prezzo di vendita € 1,34. I versamenti per l'abbonamento effettuati entro il 15° giorno di ogni mese avranno validità dal 1° giorno del mese successivo; mentre i versamenti effettuati dopo il 15° giorno e comunque entro il 30° giorno di ogni mese avranno validità dal 15° giorno del mese successivo.

Gli annunci da pubblicare devono essere inviati almeno 3 giorni prima della scadenza del termine utile per la pubblicazione alla Direzione del Bollettino Ufficiale - Lungomare N. Sauro, 33 - Bari.

Il testo originale su carta da bollo da € 10,33, salvo esenzioni di legge, deve essere corredato da 1 copia in carta uso bollo e dall'attestazione del versamento della tassa di pubblicazione prevista.

L'importo della tassa di pubblicazione è di € 154,94 oltre IVA al 20% (importo totale € 185,93) per ogni inserzione il cui contenuto non sia superiore, nel testo, a quattro cartelle dattiloscritte pari a 100 righe per 60 battute (o frazione) e di € 11,36 oltre IVA (importo totale € 13,63) per ogni ulteriore cartella dattiloscritta di 25 righe per 60 battute (o frazione).

Il versamento dello stesso deve essere effettuato sul c.c.p. n. 18785709 intestato a Regione Puglia - Ufficio Bollettino Ufficiale Bari. Non si darà corso alle inserzioni prive della predetta documentazione.

LE PUBBLICAZIONI SONO IN VENDITA PRESSO LA LIBRERIA UNIVERSITÀ E PROFESSIONI SRL - VIA CRISANZIO 16 - BARI; LIBRERIA PIAZZO - PIAZZA VITTORIA, 4 - BRINDISI; CASA DEL LIBRO - VIA LIGURIA, 82 - TARANTO; LIBRERIA PATIERNO ANTONIO - VIA DANTE, 21 - FOGGIA; LIBRERIA MILELLA - VIA PALMIERI 30 - LECCE.

SOMMARIO

PARTE SECONDA

Deliberazioni del Consiglio regionale e della Giunta

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 11 marzo 2003, n. 268

Legge 23 dicembre 1998, n. 448, art. 71 "Piano straordinario d'interventi per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani". D.M. 15/9/1999 concernente "Criteri, modalità e termini per la elaborazione e la presentazione dei progetti". Approvazione PIANO SISAPU e relativi progetti SESA-BA e SISA-TA.

Pag. 4323



PARTE SECONDA

Deliberazioni del Consiglio regionale e della Giunta

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 11 marzo 2003, n. 268

Legge 23 dicembre 1998, n. 448, art. 71 "Piano straordinario d'interventi per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani". D.M. 15/9/1999 concernente "Criteri, modalità e termini per la elaborazione e la presentazione dei progetti". Approvazione PIANO SISAPU e relativi progetti SESA-BA e SISA-TA.

L'Assessore alla Sanità, Dr. Salvatore Mazzaracchio, sulla base dell'istruttoria espletata dal Dirigente dell'Ufficio 1, confermata dal Dirigente dello stesso Ufficio e dal Dirigente del Settore Sanità di concerto con l'ARES, riferisce quanto segue:

L'art. 71 della legge 23 dicembre 1998, n. 448, prevede un piano straordinario d'interventi per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani;

Con deliberazione dalla Conferenza Unificata, ai sensi dell'art. 8 D.Lgs. n. 281 del 29.08.97 sono state individuate fra i Grandi Centri Urbani (GCU) anche due città pugliesi (Bari e Taranto), oltre a città quali Roma, Milano, Napoli, Torino, Genova, Palermo, Bologna, Firenze, Catania, Venezia, Reggio Calabria, Cagliari, Perugia, Ancona, L'Aquila, Campobasso, Potenza, Catanzaro.

- L'art. 71 della legge citata, introduce, nella consolidata procedura degli investimenti nel settore sanitario, quattro innovazioni consistenti in:
 - a) un aspetto territoriale del problema "Sanità Italia" in una visione integrata di aspetti strutturali di ordine sanitario, urbanistico, ambientale e di organizzazione dei servizi sanitari;
 - b) un ambito di intervento che supera ampiamente quello specificamente sanitario, comprendendo altresì quello infrastrutturale e urbanistico;

- c) un coinvolgimento sinergico di soggetti pubblici e privati sia tramite il meccanismo del co-finanziamento degli interventi che tramite il coordinamento di quanto prospettato nel piano di riqualificazione che esplicitamente fa riferimento ad "altri interventi di sviluppo e riqualificazione territoriale dell'area";
- d) una concertazione programmata fra i vari livelli istituzionali (Aziende sanitarie e ospedaliere, Comuni, Regioni, Ministero).

- Il decreto del Ministero della Sanità del 15 settembre 1999 - pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n° 3 del 5 gennaio 2000 concernente "Criteri, modalità e termini per la elaborazione e la presentazione dei progetti, ai sensi dell'articolo 71, comma 2, della legge 23 dicembre 1998, n. 448, che indice il Piano straordinario di interventi per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani - può essere considerato come la risposta ai ripetuti momenti di crisi della sanità di importanti aree metropolitane, essendo evidente come il principale punto di debolezza del sistema sanitario sia da individuare nelle grandi aree urbane.
- I termini fissati e le scadenze temporali (cento giorni, dalla data di pubblicazione del DM 15/9/99, art. 3, comma 2, G.U. n° 3 del 5/1/2000), hanno determinato la necessità di predisporre con urgenza i progetti, per poi passare alla progettazione esecutiva per la realizzazione degli interventi di riorganizzazione e riqualificazione di che trattasi.

Con la Determinazione Dirigenziale n. 96 del 24.03.2000 è stato stabilito:

- a) di affidare, alla Società Consortile ISBEM, SS 7 Appia Km. 7+300 Brindisi, l'elaborazione dei progetti finalizzati alla realizzazione degli interventi di riorganizzazione e riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei centri urbani di Bari e Taranto, previsti dall'articolo 71 della legge 23/12/98, n° 448;
- b) che tale progettazione deve essere conforme ai criteri ed alle modalità di cui all'allegato del D.M. 15/9/99 ed i relativi elaborati, previa consultazione con gli Enti interessati, devono essere

- ultimati e consegnati entro e non oltre il 5/4/2000;
- c) che l'ISBEM deve assicurare ogni attività di supporto di carattere tecnico alla Regione Puglia, nonché qualsiasi approfondimento e chiarimento che venisse ritenuto necessario in sede di approvazione dei progetti;
- d) che le spese di progettazione alla Società Consortile ISBEM, saranno versate con successiva determina dirigenziale, a seguito di erogazione alla Regione Puglia delle risorse per la progettazione previste dal DM 15/9/99 e, comunque, nei limiti delle anzidette risorse.
- L'ISBEM ha redatto il Progetto SI.SA.PU. nelle versioni modulari SI.SA.BA. e SI.SA.TA., rispettivamente per le città di Bari e Taranto tenuto conto dei commenti e/o suggerimenti scaturiti da apposite conferenze di servizi; in tali conferenze è emersa la necessità di una progettazione unica e integrata che tenga conto della complessità dei bisogni socio-sanitari, che analizzi le criticità e tenda a superarle in una visione globale della qualità della vita.
 - I due progetti, in data 14 aprile 2000, cioè entro i termini stabiliti dal bando ministeriale, sono stati presentati al Ministero della Sanità.
 - Gli elaborati di partenza sono stati successivamente integrati grazie anche all'interazione con gli Uffici ministeriali; su richiesta del Dipartimento Programmazione dello stesso Ministero della Sanità, la struttura del progetto è stata presentata, anche su supporto multimediale, nella Sessione speciale sull'art. 71 tenutasi a Roma nell'ambito del Forum P.A. 2000.
 - In data 31 agosto 2000 è stata consegnata al Ministero della Sanità la versione espansa dei suddetti progetti con elementi di dettaglio più fine sulla base della continua interazione con gli operatori locali;
 - Il già citato art. 71, comma 2, della legge n. 448, ha inoltre disposto, per l'istruttoria dei predetti progetti elaborati dalle Regioni per la realizzazione degli interventi in questione, l'istituzione presso la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano di una Commissione la cui composizione assicura la rappresentanza paritetica del Ministero della sanità, delle Regioni e dell'Associazione Nazionale dei Comuni Italiani (ANCI).
- Con decreto del Ministro della Sanità del 18 giugno 2000 è stata costituita la Commissione di che trattasi, che si è insediata il 21 settembre 2000 ed ha concluso l'attività istruttoria il 14 Dicembre 2000 con la predisposizione di una Relazione sui progetti presentati dalle Regioni.
 - Il D.M.S. 5 Aprile 2001 ha individuato i beneficiari del cofinanziamento e la ripartizione delle relative risorse finanziarie ammontanti complessivamente a £. 2.400.000.000.000. A questa Regione sono stati assegnati per il Progetto SI.SA.BA £. 85,7 miliardi e per il Progetto SI.SA.TA. £. 42 Miliardi. Inoltre lo stesso D.M. ha indicato le procedure per l'istruttoria e l'attuazione dei progetti.
 - La Regione, pertanto, ha dato incarico all'ISBEM di procedere alla verifica dei sottoprogetti regionali SISABA e SISATA, ammessi al cofinanziamento, per rendersi coerenti con le valutazioni espresse dalla Commissione paritetica, apportando le necessarie modifiche e/o integrazioni richieste dalla Commissione stessa, nonché di procedere al riallineamento dei sottoprogetti e degli interventi nell'ambito della quota assegnata con la decurtazione di alcuni interventi o parte di questi, fermo restando la coerenza generale del programma.
 - L'aggiornamento del programma regionale è stato trasmesso alla Direzione generale del sistema informativo e statistico e degli investimenti strutturali e tecnologici del Ministero della Salute, entro il termine stabilito, con la nota 24/1585 del 12/10/2001.
 - Con la nota di che trattasi sono state trasmesse altresì le schede integrative dei progetti così come richiesto dalla Commissione paritetica, precisando che la Regione, in sede di progettazione esecutiva, si riserva di apportare, fermo restando

gli obiettivi e nel rispetto delle finalità di cui all'art. 71 della Legge 448/98, le integrazioni e modifiche necessarie al fine di adeguare il piano ed i singoli progetti alle previsioni di cui all'art. 3 della Legge di conversione 16/11/2001, n. 405, al progetto di piano sanitario regionale 2002/2004 di cui alla D.G.R. n. 1697 del 28/11/2001, e, in particolare al piano di riordino della rete ospedaliera in corso di predisposizione nonché alla valorizzazione e fruibilità di norme assistenziali alternative al ricovero per acuti nei grandi centri urbani.

- Ciò potrà avvenire mediante ridimensionamenti di progetti opzionali a vantaggio degli interventi che rientrano più peculiarmente tra gli obiettivi del programma ministeriale.
- Con D.M. 8/2/2000 è stata approvata la ripartizione della somma di £. 15 miliardi quale anticipazione per le spese di progettazione di cui all'art. 71 della legge di che trattasi; alla Regione Puglia è stata assegnata la somma di £. 1.300.000.000 da ripartirsi per £. 750.000.000 per il Progetto SI.SA.BA. e £. 350.000.000 per il Progetto SI.SA.TA.

Con Decreto del Dirigente del Dipartimento della Programmazione del Ministero della Sanità, in data 5/12/2000, è stato autorizzato l'impegno ed il pagamento della somma di £. 1.300.000.000, pari ad euro 671,394 a favore della Regione Puglia;

Con deliberazione n. 180 del 1/3/2002 la Giunta Regionale ha preso atto della relazione fornita dall'Assessore alla Sanità sugli adempimenti posti in essere a quella data ivi compreso l'affidamento alla ISBEM del compito di progettazione degli interventi per l'attuazione del Piano SISAPU.

Inoltre con la medesima deliberazione la Giunta Regionale ha incaricato il Dirigente del Settore Sanità di provvedere ai necessari adempimenti contabili in favore dell'ISBEM e, d'intesa con l'ARES, ad avviare ed eseguire gli interventi previsti dal Piano SISAPU.

Con nota assessorile prot. n. 24/5169/2 del 7/3/2002 la su citata deliberazione di G.R. n. 180 del 1/3/2002 è stata trasmessa al Ministero della

Salute in riscontro alla richiesta effettuata dallo stesso Ministero con nota n. 100/SCPS/6/2303 del 19/2/02 ad oggetto: Richiesta di delibera della Giunta Regionale per il riallineamento dei progetti finanziati con i fondi ex art. 71 della Legge 448/98".

Il Ministero della Salute con nota prot. n. 100/SCPS/17.9476 del 15/7/2002 ha comunicato che nella riunione dell'11/4/2002 il Nucleo Interregionale ha esaminato la documentazione presentata dalla Regione Puglia in occasione del riallineamento al parere della Commissione paritetica dei programmi di riqualificazione dell'assistenza sanitaria delle città di Bari e Taranto ed ha preso atto che non sono state superate le criticità a suo tempo espresse dalla suddetta Commissione rilevando quanto segue:

- a) è opportuno che i sottoprogetti comuni alle due città di Bari e Taranto "Interventi Metodologici e di Management" e "Interventi Infrastrutturali Telematici", essendo di tipo prettamente informatico, siano oggetto di dibattito e confronto con la competente "Cabina di Regia del Nuovo Sistema Informativo Sanitario" istituita a livello nazionale presso il Ministero della Salute;
- b) i sottoprogetti "Interventi strutturali e tecnologici a Bari" e "Interventi strutturali a Taranto" non sono ancora corredati di idonea progettazione preliminare.

Pertanto lo stesso Nucleo ha deciso di rinviare l'esame dell'intero programma solo dopo il ricevimento della documentazione sopra specificata.

In riscontro alla nota ministeriale sopra citata l'Assessore alla Sanità con nota prot. n. 24/0207/SP del 24/10/2002 ha comunicato che i progetti presentati devono essere ridisegnati alla luce dei rilievi effettuati ma anche per adeguare e rendere coerenti i progetti alla recente programmazione regionale concernente il PSR 2002/2004 e successivi atti in esecuzione (Rete distrettuale delle AA.UU.SS.LL. e Piano di Riordino della rete ospedaliera).

Tale adempimento è stato ribadito nell'Accordo di Programma per il Settore degli Investimenti Sanitari di prossima sottoscrizione.

La fase di riprogettazione, che ha portato alla attuale versione n. 2 del Progetto definitivo presentato dall'ISBEM in data 11/2/2003, è stata svolta in sinergia con i Comuni di Bari e Taranto, con l'Azienda Ospedaliera "Consorziale Policlinico" di Bari e con le due aziende USL BA/4 e TA/1 nonché con il supporto tecnico dell'ARES. Dette istituzioni infatti, ai fini dell'attuazione degli interventi previsti dai progetti SISABA e SISATA, hanno attestato il loro interesse e impegno ad assicurare alla Regione Puglia ogni attività di supporto di carattere tecnico e socio - sanitario anche attraverso l'utilizzo di risorse proprie e competenze intellettuali.

Il necessario co-finanziamento, inoltre, è stato reperito presso le Amministrazioni Comunali di Bari e Taranto, attraverso un costruttivo rapporto inter-istituzionale che si è consolidato al fine di favorire il cittadino nella fruibilità dei servizi, a cominciare da quelli socio - sanitari e finire agli interventi infrastrutturali nei due grandi centri urbani.

All'uopo, preme sottolineare l'evidenza che, nella sua versione definitiva e riallineata, il Piano è uno strumento forte di coordinamento fra strutture ed Enti di Governo con marcate ricadute sul territorio grazie all'interoperabilità degli interventi del settore sanitario con quelli di sviluppo e di riqualificazione delle aree urbane, oltre che per l'integrazione dei servizi e la razionalizzazione degli investimenti.

Per quanto sopra riportato si ritiene che il Progetto SISAPU e relativi sotto progetti SISABA e SISATA, opportunamente riallineati alle indicazioni della Commissione ministeriale e adeguati alla programmazione regionale, corredati di idonea progettazione preliminare, possono essere presentati per l'ammissione al finanziamento ministeriale pari a Euro 44.260.356 per il progetto SISABA e Euro 21.691.190 per il progetto SISATA, previa approvazione da parte della Giunta Regionale.

Si propone, pertanto, alla Giunta Regionale l'approvazione del progetto di Riqualificazione dell'Assistenza Sanitaria per le città di Bari e Taranto denominato SISAPU - Sistema Integrato Sanitario Pugliese ed articolato nei Progetti SISABA e

SISATA, redatto ai sensi dell'art. 71 della Legge n. 448/98, allegato al presente provvedimento per farne parte integrante (Allegati A e B). In particolare il progetto SISABA (lettera A) comprende, oltre all'analisi di contesto in cui il progetto si sviluppa ed agli obiettivi specifici che si intendono raggiungere, anche i seguenti sottoprogetti distinti in interventi che qui di seguito si espongono brevemente:

- 1) Interventi Metodologici e di Management;
- 2) Interventi Infrastrutturali telematici;
- 3) Interventi strutturali tecnologici.

Il progetto SISATA lettera B) comprende gli stessi elementi programmatici del suddetto progetto SISABA.

"COPERTURA FINANZIARIA"

Il presente schema di provvedimento non comporta alcun mutamento qualitativo o quantitativo e entrata e di spesa né a carico del Bilancio regionale né a carico degli Enti per i cui debiti i creditori potrebbero rivalersi sulla Regione e che è escluso ogni onere aggiuntivo rispetto a quelli già autorizzati a valere sullo stanziamento previsto dal Bilancio regionale.

Le spese derivanti dal presente atto sono contenute nei limiti del F.S.R. ovvero delle ulteriori correlate assegnazioni statali a destinazione vincolata e non producono oneri aggiuntivi rispetto alle predette assegnazioni.

Il Dirigente l'Ufficio 1
Dr. Alessandro Carella

L'adozione del presente atto è di competenza dell'organo di direzione politica ai sensi dell'art. 4, comma 4, lett. a, della L.R. n. 7/97.

LA GIUNTA

- Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore alla Sanità;
- Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dall'istruttore, dal Dirigente d'Ufficio e dal Dirigente di Settore;

- A voti unanimi espressi nei modi di legge;

DELIBERA

Per le motivazioni in narrativa esposte, che qui si intendono integralmente riportate:

- di approvare il Piano SISAPU - Sistema Integrato Sanitario Pugliese - nelle articolazioni dei Progetti SISABA e SISATA concernenti rispettivamente la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nelle di città di Bari e Taranto a norma dell'art. 71 della Legge n. 448/98, allegati rispettivamente al presente atto per farne parte integrante sotto le lettere A) e B);
- di dare mandato all'Assessore alla Sanità di trasmettere il Piano di che trattasi al competente Ministero della Salute per gli adempimenti di competenza;

- di dare attuazione al Piano SISAPU allorquando le Amministrazioni interessate al cofinanziamento avranno formalizzato con propri atti la loro partecipazione ed il loro cofinanziamento;

- di dare mandato al Settore Sanità, di concerto con il Settore Contratti ed Appalti, di indire gara pubblica, con il sistema del pubblico incanto a livello europeo, per l'individuazione di Società di elevata competenza nel settore che sia in grado di procedere alla attuazione del suddetto Piano, dopo l'approvazione definitiva del Progetto esecutivo da parte del Ministero della Salute;

- di pubblicare il presente provvedimento sul BURP.

Il Segretario della Giunta
Dr. Michele D'Innella

Il Presidente della Giunta
Dott. Raffaele Fitto

ALLEGATO A

SISAPU
(Sistema Integrato Sanitario Pugliese)

SISA-BA
Sistema Integrato Sanitario di Bari

PROGETTO DEFINITIVO
Allineato a
Piano Sanitario Regionale
Piano di Riordino Ospedaliero

SISAPU

(Sistema Integrato Sanitario Pugliese)

RIASSUNTO	4335
1. - NATURA DEL PROPONENTE, MISSIONE E SCOPO	4337
2. - ANALISI DEL CONTESTO	4340
2.1. - LA CITTÀ QUALE SOGGETTO SANITARIO	4340
2.1.1. - <i>I problemi sanitari delle città</i>	<i>4340</i>
2.1.2. - <i>La Sanità ed il Mezzogiorno</i>	<i>4341</i>
2.1.3. - <i>Il contesto sanitario in Puglia</i>	<i>4342</i>
2.1.4. - <i>Le condizioni di salute ed il comportamento del consumatore di servizi sanitari</i>	<i>4349</i>
2.1.5. - <i>L'equilibrio tra domanda ed offerta di prestazioni sanitarie</i>	<i>4353</i>
2.2. - LA NORMATIVA REGIONALE	4354
2.3. - LO SVILUPPO DEL SERVIZIO SANITARIO PUGLIESE IN UN'OTTICA D'INTEGRAZIONE	4356
3.- IL PIANO SISAPU	4359
3.1. - RISULTATI ATTESI	4359
3.2. - OBIETTIVI SPECIFICI	4361
3.3. - ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO	4363
3.4. - SCHEDULING TEMPORALE	4366
3.5. - FINANZIAMENTO E COFINANZIAMENTO	4367
3.6. - SODDISFAZIONE DEI CRITERI DI VALUTAZIONE	4369
3.6.1. - <i>Coerenza con la programmazione sanitaria nazionale e regionale</i>	<i>4369</i>
3.6.2. - <i>Coerenza con le finalità programmatiche degli altri livelli istituzionali</i>	<i>4370</i>
3.6.3. - <i>Impatto del progetto sull'intera area urbana</i>	<i>4370</i>
3.6.4. - <i>Integrazione e potenziamento delle reti di servizi ai cittadini</i>	<i>4371</i>
3.6.5. - <i>Impatto sui servizi sanitari e socio sanitari</i>	<i>4371</i>
3.6.6. - <i>Sperimentazione di strumenti di coordinamento e/o nuovi modelli gestionali</i>	<i>4372</i>
3.6.7. - <i>Cofinanziamento (almeno il 30% del valore del progetto)</i>	<i>4374</i>
3.6.8. - <i>Trasferibilità</i>	<i>4374</i>

3.7. - MANAGEMENT DEL SISA-PU	4375
3.7.1 - Il Consiglio di Progetto	4376
3.7.2 - Il Comitato Esecutivo	4377
3.7.3. - Il Comitato di Marketing	4378
3.7.4. - Il Comitato degli Utenti	4379
3.7.5. - Accordi finanziari per la gestione del Progetto	4380
3.7.6. - Sensibilizzazione e Promozione	4381
4. - SOTTOPROGETTO SP.1 INTERVENTI METODOLOGICI E DI MANAGEMENT	4384
4.0.1. - Introduzione	4384
4.0.2. - Contesto	4388
4.0.3. - Obiettivi	4388
4.0.4. - Descrizione	4389
4.0.5. - Risultati attesi	4390
4.0.6. - Strumenti di controllo	4391
4.0.7. - Risorse: Prospetto dei costi principali dell' Intervento	4391
4.0.8. - Scheduling	4391
4.1 INTERVENTO - ISTITUZIONE E FUNZIONAMENTO DEL COORDINAMENTO INTEROPERABILITÀ SERVIZI SANITARI (CISS)	4394
4.1.1. - Contesto	4394
4.1.2. - Obiettivi	4394
4.1.3. - Descrizione	4394
4.1.4. - Risultati attesi	4395
4.1.5. - Risorse	4396
4.2. INTERVENTO – PRODUZIONE DI RACCOMANDAZIONI (PRORAC)	4398
4.2.0.1. - Contesto	4398
4.2.0.2. - Obiettivi	4398
4.2.0.3. - Descrizione	4399
4.2.0.4. - Risultati attesi	4399
4.2.0.5. - Risorse	4400
4.2.1. SOTTO INTERVENTO - DEFINIZIONE DI LINEE GUIDA (LINGUI)	4401
4.2.2. SOTTOINTERVENTO - IMPLEMENTAZIONE ANAGRAFE DINAMICA GEOREFERENZIATA DELLE RISORSE SANITARIE	4406
4.2.3. SOTTOINTERVENTO - METODOLOGIA CARTELLE CLINICHE PER CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (METODCC)	4409

4.2.5. SOTTOINTERVENTO – COORDINAMENTO DELLE INIZIATIVE PER UN SISTEMA QUALITÀ (SISTQUAL)	4412
4.2.6. SOTTOINTERVENTO - STRUMENTI E ATTITUDINI COMUNICATIVE PER CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (STATCA)	4421
5. - SOTTOPROGETTO SP2 - INTERVENTI INFRASTRUTTURALI TELEMATICI	4428
5.0.1. - <i>Introduzione</i>	4428
5.0.2. - <i>Contesto</i>	4430
5.0.3. - <i>Obiettivi</i>	4431
5.0.4. - <i>Descrizione</i>	4432
5.0.5. - <i>Risultati Attesi</i>	4433
5.0.6. - <i>Strumenti di controllo</i>	4434
5.0.7. - <i>Risorse</i>	4435
5.1 - INTERVENTO - FRUIBILITÀ DEI SERVIZI SANITARI	4440
5.1.1 - <i>Contesto</i>	4440
5.1.2 - <i>Obiettivi</i>	4441
5.1.3 - <i>Descrizione</i>	4442
5.1.4 - <i>Risultati attesi</i>	4443
5.1.5 - <i>Risorse</i>	4444
5.2 – INTERVENTO - RETE MEDICI DI BASE	4446
5.2.1 - <i>Contesto</i>	4446
5.2.2 - <i>Obiettivi</i>	4446
5.2.3 - <i>Descrizione</i>	4447
5.2.4 - <i>Risultati attesi</i>	4449
5.2.5 - <i>Risorse</i>	4451
5.3 - INTERVENTO - DIPARTIMENTI INTERAZIENDALI TECNOLOGICO ASSISTENZIALI	4454
5.3.1 - <i>Contesto</i>	4454
5.3.2 - <i>Obiettivi</i>	4455
5.3.3 - <i>Descrizione</i>	4455
5.3.4 - <i>Risultati attesi</i>	4456
5.3.5 - <i>Risorse</i>	4458
5.4 – INTERVENTO – SISTEMA INFORMATIVO CLINICO AREA METROPOLITANA	4460
5.4.1 - <i>Contesto</i>	4460
5.4.2 - <i>Obiettivi</i>	4461
5.4.3 - <i>Descrizione</i>	4464

5.4.4 - Risultati attesi	4466
5.4.5 Risorse	4467
6.- SOTTOPROGETTO SP3 - INTERVENTI STRUTTURALI E TECNOLOGICI	4470
6.0.1.- Introduzione	4470
6.0.2.- Contesto	4471
6.0.3.- Obiettivi	4472
6.0.4.- Descrizione	4472
6.0.5.- Risultati Attesi	4472
6.0.6.- Strumenti di controllo	4472
6.0.7.- Risorse	4473
6.1 – INTERVENTO - INTERVENTI URBANISTICI PER L’OSPEDALE S. PAOLO	4476
6.1.1.- Contesto	4476
6.1.2.- Obiettivi	4476
6.1.3.- Descrizione	4476
6.1.4.- Risultati attesi	4476
6.1.5.- Risorse	4477
6.2 INTERVENTO - INTERVENTI URBANISTICI PER L’OSPEDALE DI VENERE	4480
6.2.1- Contesto	4480
6.2.2.- Obiettivi	4480
6.2.3 - Descrizione	4480
6.2.4.- Risultati attesi	4481
6.2.5.- Risorse	4481
6.3 – INTERVENTO - INTERVENTI URBANISTICI PER L’OSPEDALE PAPA GIOVANNI XXIII	4484
6.3.1- Contesto	4484
6.3.2- Obiettivi	4484
6.3.3 Descrizione	4484
6.3.4 Risultati Attesi	4485
6.3.5 Risorse	4485
6.4 – INTERVENTO - INTERVENTI URBANISTICI PER L’OSPEDALE POLICLINICO	4488
6.4.1 Contesto	4488
6.4.2.- Obiettivi	4488
6.4.3.- Descrizione	4488
6.4.4.- Risultati attesi	4488
6.4.5.- Risorse	4488

6.5 – INTERVENTO – PARCHEGGI OSPEDALE DI VENERE	4490
6.5.1.- Contesto	4490
6.5.2.- Obiettivi	4490
6.5.3.- Descrizione	4490
6.5.4.- Risultati attesi	4491
6.5.5.- Risorse	4491
6.6 – INTERVENTO – VIABILITÀ OSPEDALE FALLACARA DI TRIGGIANO	4494
6.6.1.- Contesto	4494
6.6.2.- Obiettivi	4494
6.6.3.- Descrizione	4494
6.6.4.- Risultati attesi	4494
6.6.5.- Risorse	4494
6.7 – INTERVENTO – DIAGNOSTICA PRECOCE E STADIAZIONE ONCOLOGICA	4496
6.7.1.- Contesto	4496
6.7.2.- Obiettivi	4497
6.7.3.- Descrizione	4498
6.7.4.- Risultati attesi	4499
6.7.5.- Risorse	4500

SISA-PU ***(Sistema Integrato Sanitario Pugliese)***

a seguito del Decreto 15 Settembre 1999 del Ministero della Sanità

Gazzetta Ufficiale dello 05-01-2000

CRITERI, MODALITÀ E TERMINI PER LA ELABORAZIONE E LA PRESENTAZIONE DEI
PROGETTI AI SENSI DELL'ART. 71 DELLA LEGGE 23-12-1998, N. 448

RIASSUNTO

Il progetto SISA-PU si propone di fornire ai cittadini pugliesi, nello specifico a cominciare da quelli di Bari e Taranto, l'integrazione dei servizi socio-sanitari ed una serie di nuovi interventi finalizzati a generare un circolo virtuoso per il miglioramento della qualità della vita.

Il Progetto - elaborato dalla Regione Puglia, con l'ausilio dell'ISBEM (Istituto Scientifico Biomedico Euro Mediterraneo) - mira a superare le criticità sanitarie della città, basandosi:

- a) sui principi del Piano Sanitario Nazionale e delle normative regionali;
- b) sulla centralità della Continuità delle Cure;
- c) sull'approccio a Sistemi incentrati sui pazienti (Patient Orientation).

Scopo globale del progetto è la riorganizzazione e la riqualificazione dell'assistenza sociale e sanitaria. In particolare sono state individuate tre diverse tipologie d'intervento (direttivo, di raccordo e specifico) che hanno determinato un'articolazione del progetto su tre distinti livelli che si sostanziano in tre specifici sottoprogetti:

- Management e Metodologico. Tale sottoprogetto si concretizza nella costituzione e nel funzionamento di un Coordinamento per l'interoperabilità dei servizi sanitari che cura il management del piano SISA-PU, comune per le città di Bari e Taranto, ad evitare il rischio di una pianificazione risultante dalla mera somma dei singoli interventi garantendo il coordinamento delle scelte strategiche in una logica riferita alle intere aree urbane ed al complesso dei servizi a tutela della salute.

In particolare curerà il management di tutte le linee d'azione e sperimenterà modelli funzionali e normativi delle iniziative metodologiche.

- **Infrastrutturale Telematico.** I problemi dell'accessibilità e continuità assistenziale sul territorio verranno affrontate mediante la sperimentazione di una serie di misure armonizzate tra di loro e finalizzate nell'insieme a sviluppare modelli gestionali diversificati di riorganizzazione dei Servizi Sanitari territoriali ed Ospedalieri già presenti a Bari e Taranto, e specificamente attraverso l'integrazione tra soggetti istituzionali, pubblici e privati, quali le Aziende Sanitarie, le Aziende Ospedaliere di Bari e Taranto, il Policlinico, gli IRCCS, i Comuni di Bari e Taranto, il terzo settore ed imprese del settore socio-sanitario e biomedico.
- **Strutturale-tecnologico.** In questo sottoprogetto s'intendono realizzare specifici interventi che, tenendo conto delle caratteristiche, delle necessità e delle opportunità delle aree metropolitane di Bari e Taranto, consentano una più immediata accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari.

In particolare, a Bari, l'attenzione è stata focalizzata sugli interventi urbanistici necessari per la migliore accessibilità e fruibilità degli Ospedali S. Paolo (il quartiere S. Paolo, in cui il tasso di devianza sociale è alto a causa del degrado infrastrutturale e della mancanza di strutture socio-sanitarie e produttive), dell'Ospedale di Venere, dell'Ospedale Papa Giovanni XXXIII e dell'Ospedale Policlinico, i parcheggi dell'Ospedale Di Venere e la viabilità dell'Ospedale Fallacara di Triggiano. Il SISA-PU intende supportare peraltro la realizzazione di un intervento strutturale per la Diagnostica Precoce e la Stadiazione oncologica, sia a Bari che a Taranto, in previsione di una rete integrata per la continuità delle cure nel settore oncologico.

1.-NATURA DEL PROPONENTE, MISSIONE E SCOPO

Proponente della presente proposta è - ai sensi dell'art. 3, comma 2, del già citato Decreto del 15 settembre 1999 del Ministero della Sanità - l'Ente Regione Puglia, che a tale scopo ha interpellato, recependo ogni loro indicazione propositiva:

- i Comuni delle Città interessate,
- le Aziende Sanitarie Locali ed Ospedaliere delle Città interessate

In particolare di fondamentale importanza è stato il loro contributo durante l'ultima fase di allineamento al Piano Sanitario Regionale ed al Piano di Riordino Ospedaliero che ha contribuito a strutturare la scelta definitiva degli Interventi ed il dimensionamento finanziario relativo alla scelte di priorità.

Come sarà ulteriormente specificato al punto 3.4, lo Scheduling Temporale è stato organizzato al fine di favorire un'ulteriore partecipazione di tutte le Amministrazioni e tutti gli Enti pubblici e privati interessati al processo unitario di riqualificazione dell'Assistenza Sociale e Sanitaria nelle città di Bari e Taranto. A tal fine, è stato puntualmente previsto un periodo di circa dieci (10) mesi dedicato alla definizione ed alla esplicitazione dei requisiti delle iniziative proposte ed alla loro socializzazione tra tutti. Si prevede altresì un ulteriore periodo che, cumulato al precedente, ammonta a 18 mesi, da dedicare alla selezione delle unità di sperimentazione o di applicazione in primis che - per ragioni di opportunità, di necessità o di formazione delle proprie risorse umane e/o per decisione dei propri organi gestionali - risultino più atte a garantire il successo delle varie iniziative.

Resta comunque alla autonoma decisione della Regione Puglia, dopo la fase di Progettazione esecutiva, la scelta se gli incarichi a sviluppare il progetto complessivo (il coordinamento e la gestione) ed i singoli sottoprogetti siano attuati mediante:

- Incarico diretto, eventualmente dietro richiesta di un'ulteriore specifica, così considerando i Sottoprogetti inclusi nei progetti esecutivi.
- Chiamata pubblica (aperta e/o ristretta) basata sulla presente Proposta adoperata, quale piano di lavoro (WorkPlan) e dietro selezione da parte degli organi regionali (avvalendosi eventualmente a tal fine del necessario supporto del Ministero della Sanità, Dipartimento della Programmazione, dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali e dei Comuni di Bari e Taranto) nonché delle Aziende Sanitarie Locali BA/4 e TA/1 delle Aziende ospedaliere di Bari e Taranto.

Missione Il presente documento rappresenta, in termini di progetti definitivi, la risposta elaborata dalla Regione Puglia al Decreto 05.04.2001 del Ministero della Sanità (G.U. 214 del

14.09.01). Tale decreto, sulla base dei progetti preliminari SISA-BA e SISA-TA presentati nell'ambito del DM 15.09.1999 (Criteri, modalità e termini per la elaborazione e la presentazione dei progetti, ai sensi dell'art. 71 della legge 448 del 23 dicembre 1998), ha assegnato un cofinanziamento alla Regione per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei due grandi centri urbani di Bari e Taranto (individuati ai sensi dell'art. 71, comma 1, della Legge n. 448 del 1998 e in coerenza con quanto previsto dal Decreto Legislativo 229 del 19 giugno 1999).

Scopo globale del progetto è la riorganizzazione e la riqualificazione dell'assistenza sociale e sanitaria. In particolare sono state individuate tre diverse tipologie d'intervento (direttivo, di raccordo e specifico) che hanno determinato un'articolazione del progetto su tre distinti livelli che si sostanziano in tre specifici sottoprogetti:

- **Management e Metodologico.** Tale livello si concretizza nella costituzione e nel funzionamento di un Coordinamento per l'interoperabilità dei servizi sanitari che cura il management del progetto SISA-PU, comune per le città di Bari e Taranto, ad evitare il rischio di una pianificazione risultante dalla mera somma dei singoli interventi garantendo il coordinamento delle scelte strategiche in una logica riferita alle intere aree urbane ed al complesso dei servizi a tutela della salute.

In particolare:

- ✓ Sperimenterà modelli funzionali e normativi, per produrre Raccomandazioni (v. infra)
- ✓ Curerà il management di tutte le linee d'azione.

Infatti il CISS, senza intralciare il quotidiano agire dei singoli Servizi e Presidi Sanitari del Servizio Sanitario Nazionale e senza gravare ulteriormente sul lavoro di questi, si occuperà anche di tutti i problemi che sorgono nell'affrontare i prerequisiti infrastrutturali del coordinamento e della interoperabilità dei servizi sanitari quali l'ottimizzazione dei percorsi sanitari, le linee guida, il monitoraggio della qualità e della sicurezza, l'ambiente di lavoro, l'esistenza di un'anagrafe delle risorse sanitarie integrata, georeferenziata e dinamica, nonché della formazione del personale sanitario secondo i corretti canoni della Comunicazione Sanitaria.

- **Infrastrutturale Telematico.** I problemi dell'accessibilità e continuità assistenziale sul territorio verranno affrontati mediante la sperimentazione di una serie di misure armonizzate tra di loro e finalizzate nell'insieme a sviluppare modelli gestionali diversificati di riorganizzazione dei Servizi Sanitari territoriali ed Ospedalieri già presenti a Bari e Taranto, e specificamente attraverso l'integrazione tra soggetti istituzionali, pubblici e privati, quali le Aziende Sanitarie, le Aziende Ospedaliere di Bari e Taranto, il Policlinico, gli IRCCS, i Comuni di Bari e Taranto, il terzo settore ed imprese del settore socio-sanitario e biomedico.

- **Strutturale-tecnologico.** In questo progetto s'intendono realizzare specifici interventi che, tenendo conto delle caratteristiche, delle necessità e delle opportunità delle aree metropolitane di Bari e Taranto, consentano una più immediata accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari.

In particolare, a Bari, l'attenzione è stata focalizzata sugli interventi urbanistici necessari per la migliore accessibilità e fruibilità degli Ospedali S. Paolo (il quartiere S. Paolo, in cui il tasso di devianza sociale è alto a causa del degrado infrastrutturale e della mancanza di strutture socio-sanitarie e produttive, dell'Ospedale di Venere, dell'Ospedale Papa Giovanni XXXIII e dell'Ospedale Policlinico, i parcheggi dell'Ospedale Di Venere e la viabilità dell'Ospedale Fallacara di Triggiano. Il SISA-PU intende supportare la realizzazione di un intervento strutturale per la Diagnostica Precoce e la Stadiazione oncologica, sia a Bari che a Taranto, in prospettiva di una visione a rete integrata per la continuità delle cure nel settore oncologico.

2.- ANALISI DEL CONTESTO

2.1.- LA CITTÀ QUALE SOGGETTO SANITARIO

2.1.1.- I problemi sanitari delle città

Come dichiarato dall'Allegato del Decreto del 15 settembre 1999 del Ministero della Sanità recante "Criteri, modalità e termini per la elaborazione e la presentazione dei progetti, ai sensi dell'art. 71 della legge 23 dicembre 1998, n. 448" l'assistenza sanitaria nei grandi centri soffre di specifiche difficoltà che impongono la elaborazione di una politica mirata alla riqualificazione degli interventi a tutela della salute.

Le grandi città infatti sono spesso contraddistinte da processi di deterioramento che assumono connotazioni particolarmente preoccupanti quando riferiti a disfunzioni dei servizi pubblici rivolti alla tutela della salute dei cittadini.

Gli elementi di debolezza propri del sistema sanitario delle grandi aree urbane sono individuabili, fra l'altro, nella frammentazione dell'offerta di servizi e nella variabilità delle risposte assistenziali (con conseguenti problemi di appropriatezza nell'utilizzo delle risorse e di potenziali iniquità nell'accesso ai servizi), nella presenza di strutture ospedaliere di dimensioni tali da favorire il congestionamento e la de-personalizzazione dei percorsi assistenziali, nella mancanza di una rete integrata volta a semplificare l'accesso dei cittadini ad una pluralità di punti di erogazione, della carenza di strumenti di semplificazione e di informazione volti a limitare contatti defatiganti e inconcludenti con i singoli servizi, nella vetustà del patrimonio edilizio e tecnologico e nel suo insufficiente adeguamento alle norme di sicurezza, nell'inadeguatezza della rete d'emergenza aggravata dalla congestione della rete viaria, nella crescente presenza nel territorio di condizioni di emarginazione che richiedono l'elaborazione di politiche mirate al miglioramento della salute dei gruppi più a rischio, nella presenza del noto fenomeno delle liste di attesa che rinvia a problemi di gestione delle liste e di organizzazione dei processi produttivi.

In città risiede una percentuale significativa di soggetti deboli individuati nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 in relazione alle fasi della vita (procreazione, età evolutiva ed anziana) ed a fenomeni sociali quali l'immigrazione. Questi soggetti sono deboli non tanto in termini economici quanto di abilità sociali e di condizioni ambientali che ne influenzano la qualità della vita. La maggior parte di queste persone vivono in solitudine, soprattutto nei momenti di maggiore bisogno di assistenza sociale e sanitaria e necessitano di interventi integrati e programmati volti a contrastare le condizioni di particolare svantaggio di cui soffrono.

Ad una tale varietà di punti di debolezza si accompagnano ritardi più o meno consistenti nella predisposizione di piani di intervento, riconducibili alla complessità del sistema, alle diffuse resistenze al cambiamento nonché alle insufficienti capacità programmatiche dei livelli istituzionali competenti.

In tale contesto, il piano straordinario di interventi previsto dall'art. 71 della legge 23 dicembre 1998, n. 448, si rivolge in particolare ai grandi centri urbani che presentano criticità speciali sotto il profilo dell'assistenza sanitaria, con specifica attenzione a quelli del centro sud.

2.1.2.- La Sanità ed il Mezzogiorno

Il sistema urbano del Mezzogiorno presenta una situazione di grave ritardo rispetto al modello di sviluppo urbano che si sta dimostrando più competitivo a livello europeo, con l'affermazione delle città metropolitane di rango intermedio e di "reti di città" di minori dimensioni, che hanno dimostrato una maggiore capacità di articolazione funzionale, un migliore equilibrio ambientale e sociale, minori fattori di congestione, un'adeguata connessione alle reti materiali ed immateriali.

Le aree metropolitane del Sud presentano molti dei problemi che affliggono le metropoli europee: congestione, disagio sociale, degrado ambientale, sacche di povertà, criminalità diffusa. La situazione delle grandi città del Mezzogiorno, tra cui si annoverano anche Bari e Taranto, è tuttavia aggravata dalla difficile situazione occupazionale e dal forte degrado territoriale, ambientale, sociale e sanitario, che va ben al di là delle fredde cifre riportate nella logica dei grandi numeri statistici.

La gran parte delle città del Mezzogiorno non presenta quelle caratteristiche che nelle altre aree del Paese e d'Europa ne fanno l'ossatura dello sviluppo locale. Al di fuori delle aree metropolitane, la struttura urbana del Mezzogiorno è poco gerarchizzata a causa della arretratezza economica. Il formarsi di una gerarchia urbana e la creazione di un sistema urbano con alcuni centri di riferimento per le funzioni più avanzate è tuttavia una condizione necessaria per sostenere i processi di sviluppo esistenti ed emergenti.

L'inadeguatezza dell'offerta di servizi alla persona, a fronte di crescenti bisogni sociali e sanitari delle famiglie, degli individui e della comunità è un altro punto di debolezza delle città del Mezzogiorno. Tale inadeguatezza riguarda in primo luogo i servizi pubblici di base, come i servizi socio-sanitari e la scuola, che in molte situazioni di disagio non è in grado di contrastare i fenomeni di evasione e di dispersione. Nelle città del Mezzogiorno il settore pubblico non offre adeguata risposta ai bisogni legati alla cura della persona, soddisfatti prevalentemente dal lavoro

informale e irregolare; al sostegno alle famiglie con anziani e minori a carico; all'inclusione delle categorie emarginate. Ma risultano insoddisfatti anche bisogni "leggeri", legati alla disponibilità di spazi e iniziative di aggregazione sociale, il cui soddisfacimento è fondamentale per aumentare il livello di coesione sociale, il senso di appartenenza e di fiducia reciproca, nonché di fiducia nel sistema stato.

2.1.3.- Il contesto sanitario in Puglia

La consistenza demografica della regione di 4.085.328 abitanti, dati al 31 dicembre 1996 tratti dall'*Atlante della Sanità Italiana/1999 PROMETEO e MESS 0.1* (programmi realizzati dall'Università Tor Vergata e dal CNR), esprimeva il 7,1% dell'intera popolazione italiana ed il 19,5% di quella meridionale.

I dati ufficiali evidenziano che la popolazione pugliese si pone in una posizione intermedia tra il maggiore invecchiamento della struttura demografica a livello medio nazionale e quella assai più giovane del Mezzogiorno. Tali dati qui presentati verranno aggiornati nel progetto esecutivo.

Per ciò che concerne la composizione per età e per sesso del bacino demografico regionale, si ricava una maggiore longevità della componente femminile della popolazione – come del resto si verifica anche a livello nazionale, al contrario del Mezzogiorno nel suo insieme – e dell'altro una peculiarità significativa della struttura demografica regionale connessa allo scarto (2 punti percentuali) tra la quota percentuale dei maschi e delle femmine con età tra 0 e 14 anni sui rispettivi raggruppamenti.

In Puglia tale scarto assume un valore significativo poiché è rappresentato dalla differenza tra il 18,9% dei maschi con non più di 14 anni ed il 16,9% delle femmine di pari età.

Anche il processo di "concentrazione urbana" della popolazione raggiunge in Puglia valori elevati in quanto nei comuni con una dimensione demografica superiore ai 20.000 abitanti si concentra il 62,73% della popolazione pugliese, a fronte del 55,1% di quella meridionale e del 52,7% dell'analoga quota nazionale.

I circa 4.000.000 di residenti, per l'assistenza sanitaria sono divisi in 12 Aziende Usl. La dimensione media di tali aziende, in termini di popolazione assistita, è circa il 36% superiore alla media nazionale (la Tabella 1 indica la distribuzione delle Az. USL in Puglia).

Tabella 1: distribuzione delle Aziende USL in Puglia con popolazione residente

CODICE	Azienda USL	Città	Provincia	Pop. Residente
101	BARI/1	ANDRIA	BA	239.657
102	BARI/2	BARLETTA	BA	279.985
103	BARI/3	ALTAMURA	BA	213.781
104	BARI/4	BARI	BA	591.229
105	BARI/5	PUTIGNANO	BA	238.457
106	BINDISI/1	BRINDISI	BR	413.178
107	FOGGIA/1	SAN SEVERO	FG	220.766
108	FOGGIA/2	CERIGNOLA	FG	214.955
109	FOGGIA/3	FOGGIA	FG	263.391
110	LECCE/1	LECCE	LE	474.762
111	LECCE/2	MAGLIE	LE	343.026
112	TARANTO/1	TARANTO	TA	592.141
Totale popolazione residente				4.085.328

Dall'analisi del **contesto demografico** (Tabella 2) si rileva che l'**Indice di vecchiaia** (percentuale di residenti con oltre 65 anni rispetto ai ragazzi di età compresa tra 0 e 14 anni) è uno tra i più bassi delle regioni del mezzogiorno (solo la Campania ha un valore inferiore al 70%) ed uno dei minori se si confrontano i dati nazionali (le regioni del centro e del nord, ad eccezione della provincia autonoma di Bolzano con l'86,2%, superano tutte abbondantemente il 100%).

Tabella 2: indice di vecchiaia nelle regioni del Mezzogiorno

REGIONE	INDICE DI VECCHIAIA (%)
Abruzzo	121,1
Molise	121,2
Campania	61,9
Puglia	76,2
Basilicata	92,4
Calabria	79,4
Sicilia	79,3
Sardegna	87,9
Italia	114,9

Al fine di analizzare lo **stato di salute** della popolazione residente si può considerare l'**indice di mortalità** per tre classi di età: 0-4 anni, 5-64 anni e >64anni.

Per quanto concerne la prima classe le maggiori cause di decesso sono attribuibili alle malformazioni congenite, alle malattie del sistema circolatorio ed ai tumori. Come si può notare dalla tabella 3, mentre per la seconda e la terza causa sopraelencate la Puglia mantiene dei valori molto bassi (sia se confrontati con il resto del Mezzogiorno che con il resto d'Italia), nel caso delle morti per malformazioni congenite il numero di decessi è molto alto.

Tabella 3: cause di morte nella classe 0-4 anni

REGIONE	CAUSE DI MORTE (morti 0-4 anni per 100.000 bambini 0-4 anni)		
	Malformazioni congenite	Malattie sistema circolatorio	Tumori
Abruzzo	152,9	8	9,7
Molise	113,9	6	0,0
Campania	145,6	6,4	5,2
Puglia	123,4	2,9	2,9
Basilicata	118,0	11,5	0,0
Calabria	138,9	6,3	3,2
Sicilia	144,3	6,6	3,7
Sardegna	76,4	7,4	4,9
Italia	108,1	6,2	5,5

Per quanto riguarda la categoria dei soggetti di età compresa tra i 5 ed i 64 anni, un importante indice che riassume non solo le cause di decesso ma che consente anche l'individuazione degli ambiti sanitari che occorre implementare con ulteriori misure, è espresso dalle morti evitabili. Come si può notare dalla tabella 4, nonostante la Puglia mantenga dei livelli di morti evitabili che ricalcano gli standard delle regioni del Mezzogiorno, risulta comunque necessario informare e formare la popolazione sull'importanza della prevenzione primaria come primo passo per la riduzione dei decessi. Dall'analisi della stessa tabella appare inoltre chiara la fondamentale importanza che riveste l'investimento in tecnologia innovativa, tale da consentire ai medici diagnosi precoci ed immediatezza nella risposta terapeutica.

Tabella 4: morti evitabili popolazione 5-64 anni

REGIONE	MORTI EVITABILI					
	(morti 5-64 anni per 100.000 abitanti 5-64 anni)					
	PREVENZIONE PRIMARIA		DIAGNOSI PRECOCE		IGIENE ED ASSISTENZA SANITARIA	
	M	F	M	F	M	F
Abruzzo	102,7	26,0	1,7	21,3	57,5	18,7
Molise	114,2	33,5	5,7	21,8	6,5	18,9
Campania	123,5	30,1	2,9	26,2	49,8	17,9
Puglia	119,7	25,6	2,9	26,2	49,8	17,9
Basilicata	113,9	25,7	1,2	25,8	60,9	21,8
Calabria	115,6	30,9	0,9	21,9	59,2	21,2
Sicilia	112,1	31,1	2,8	26,2	61,2	21,9
Sardegna	141,9	29,8	2,1	26,4	59,6	16,5
Italia	127,4	35,3	3	26,5	57,6	18,1

Ulteriori cause di morte per la popolazione compresa nella classe di età tra 5-64 anni sono riconducibili essenzialmente ai tumori, malattie del sistema circolatorio e malattie dell'apparato digerente (tabella 5). Anche in questo caso la Puglia rispecchia il trend nazionale con un unico riferimento di spicco relativo alle problematiche del sistema circolatorio in cui presenta la più bassa incidenza se confrontata con le altre regioni del Mezzogiorno e la terza se il confronto è posto su base nazionale (soltanto le Marche e l'Umbria presentano valori inferiori rispettivamente con il 16,1 e 16,6 su una popolazione di 100.000 abitanti compresi nella fascia d'età suddetta).

Tabella 5: altre cause di decesso popolazione 5-64 anni

REGIONE	ALTRE CAUSE DI MORTE (morti 5-64 anni per 100.000 abitanti 5-64 anni)					
	TUMORI		MALATTIE Sistema Circolatorio		MALATTIE Apparato Digerente	
	M	F	M	F	M	F
Abruzzo	47,4	34,2	25,2	9,8	17,6	6,8
Molise	45,1	24,9	17,6	10,4	23,2	8,5
Campania	45,5	35,6	25,2	9,7	31,5	16,8
Puglia	41,9	29,8	16,7	7,8	24,8	8,9
Basilicata	45,3	30,9	23,8	11,8	26,1	8,1
Calabria	45,8	30,5	22,6	12,4	23,7	9,7
Sicilia	42,7	31,5	19,8	9,4	21,1	10,3
Sardegna	45,3	30,1	20,3	6,9	28,4	6,2
Italia	51,8	35,3	20,6	8,2	20,5	8,2

L'eccesso di mortalità tra la popolazione maschile (tabella 6) compresa nella classe in esame per cause imputabili a problematiche dell'apparato digerente (di cui la regione Puglia detiene il "triste" primato nazionale di decessi), indica la necessità di adottare una serie di politiche sanitarie indirizzate in tal senso. L'analisi dell'indice di mortalità dell'ultima classe di età (oltre 64 anni) conferma quanto già notato: lo stato di salute della regione Puglia rispecchia l'andamento nazionale.

Tabella 6: cause di morte popolazione oltre 64 anni

REGIONE	CAUSE DI MORTE					
	(morti oltre 64 anni per 100.000 abitanti oltre 64 anni)					
	MALATTIE Sistema Circolatorio		TUMORI		MALATTIE Apparato Digerente	
	M	F	M	F	M	F
Abruzzo	2671,8	2177,9	1466,7	646,1	568,1	208,4
Molise	2576,6	2219,9	1360,2	574,8	400,6	205,3
Campania	3109,6	2693,1	1626,2	747,0	679,4	241,6
Puglia	2478,7	2255,6	1515,1	683,7	682,1	223,2
Basilicata	2683,8	2447,1	1196,4	674,9	472,5	205,2
Calabria	2765,7	2421,7	1251,6	589,1	581,7	207,7
Sicilia	2948,4	2626,7	1347,2	742,6	623,1	262,8
Sardegna	2411,4	2097,1	1566,5	778,0	609,3	299,0
Italia	2671,9	2094,6	1743,2	830,3	535,7	208,6

Ulteriore indice indispensabile per avere un'ampia visuale sul contesto sanitario pugliese e rendere possibile un confronto tra quest'ultimo, il Mezzogiorno e la media nazionale è la **rete ospedaliera** (in termini di dotazione e di utilizzazione di posti letto).

Per quanto riguarda la **dotazione di posti letto**, se si considera il totale delle aree assistenziali (specialità di base, specialità a media assistenza, specialità ad elevata assistenza, terapia intensiva e subintensiva, riabilitazione, lungodegenza e psichiatria), ancora una volta i dati della Puglia coincidono con le medie nazionali, unico valore non allineato con questo trend è relativo al numero di posti letto delle case di cura (tabella 7).

Tabella 7: disponibilità dei posti letto per il totale delle aree assistenziali

REGIONE	TOTALE AREE ASSISTENZIALI (posti letto per 100.000 residenti)		
	Ospedali pubblici ed equiparati (Osp. a gestione dir. USL, Osp. classificati ed assimilati, altri presidi Az. USL)	Aziende Ospedaliere (pro-quota) (Az. Ospedaliere, IRCCS, Cliniche e Policlinici universitari)	Case di cura accreditate
Abruzzo	578,1	n.d.	111,3
Molise	455,2	30,2	50,1
Campania	222,5	133,1	113,9
Puglia	424,4	161,5	67,5
Basilicata	317,8	148,9	178,6
Calabria	259,1	108,5	157,5
Sicilia	180,0	209,2	66,9
Sardegna	361,5	95,0	90,8
Italia	324,4	161,2	108,7

A fronte di una disponibilità di posti letto che coincide con la media nazionale, l'utilizzo di posti letto, se analizzato nel complesso delle aree assistenziali, è nettamente sotto la media (tabella 8). Le ragioni di una tale situazione sono riconducibili alla necessità avvertita dai fruitori del servizio sanitario locale di un'ampia riforma strutturale del servizio stesso. Tale riforma dovrebbe investire non solo le strutture ospedaliere ed il parco macchine, ma anche la riqualificazione del servizio nel senso più ampio.

Tabella 8: tasso di utilizzazione dei posti letto per il totale delle aree assistenziali

REGIONE	TOTALE AREE ASSISTENZIALI (%)		
	Osp. pubblici ed equiparati (Osp. a gestione diretta USL, Osp. classificati ed assimilati, altri presidi Az. USL)	Aziende Ospedaliere (pro-quota) (Az. Ospedaliere, IRCCS, Cliniche e Policlinici universitari)	Case di cura accreditate
Abruzzo	79,8	n.d.	83,6
Molise	78,6	92,4	73,9
Campania	77,6	79,5	73,8
Puglia	71,9	75,1	78,0
Basilicata	67,8	73,5	84,7
Calabria	66,4	81,5	73,7
Sicilia	72,1	78,6	71,0
Sardegna	66,6	70,5	60,7
Italia	76	79,2	80,1

2.1.4.- Le condizioni di salute ed il comportamento del consumatore di servizi sanitari

Come già accennato il progetto SISA-PU intende migliorare l'offerta sanitaria nei centri urbani di Bari e Taranto, generando una serie di iniziative volte al miglioramento dell'accessibilità ai servizi sanitari ed al miglioramento della qualità della vita. Per tale fine è particolarmente interessante avere un quadro sulle condizioni di salute della popolazione e sul ricorso ai servizi sanitari.

Una indagine multiscopo sulla valutazione della salute degli italiani condotta dall'ISTAT negli anni 1980, 1983, 1986 e 1991, nonostante rappresentativa di un quadro storico ormai mutato, ha fornito utili spunti di progettazione.

Da tale analisi risulta che il 6,1% della popolazione si è dichiarato in cattive condizioni di salute. L'analisi della composizione per sesso ed età evidenzia in generale una situazione più favorevole per gli uomini. All'aumentare dell'età, il naturale deterioramento delle condizioni di

salute fa aumentare la quota di individui in cattive condizioni di salute: dallo 0,7% dei ragazzi fino a 14 aa., al 28,9% degli anziani di 75 aa. e più. Inoltre, al crescere dell'età emerge un progressivo divario tra i sessi: in particolare, a partire dai 35 aa. si manifesta uno svantaggio per le donne.

A livello territoriale le differenze che emergono attribuiscono al Nord una quota maggiore di individui che hanno una percezione negativa delle condizioni di salute, mentre l'Italia meridionale (60,2%) e insulare (62,2%) fanno registrare le più alte percentuali di persone in buona salute (media nazionale: 55%). La Regione in cui la popolazione dichiara di star meglio è la Puglia con una percentuale del 64,1%. E' evidente che le differenze territoriali riscontrate risentono notevolmente della diversa struttura per età all'interno delle singole regioni.

Analizzando l'utilizzo dei servizi sanitari si nota che le visite specialistiche contano di più per le fasce di età più giovani mentre il medico generico risulta una figura molto importante per gli anziani, soprattutto per le donne. Si osserva, inoltre, che si sono riscontrati circa 800.000 casi in cui un accertamento prescritto dal medico non sia stato effettivamente svolto. Questa situazione, come nel caso delle prescrizioni farmaceutiche, è rivelatrice di un atteggiamento di auto-disciplina dei pazienti, oppure di indisciplina e "fai da te" della salute.

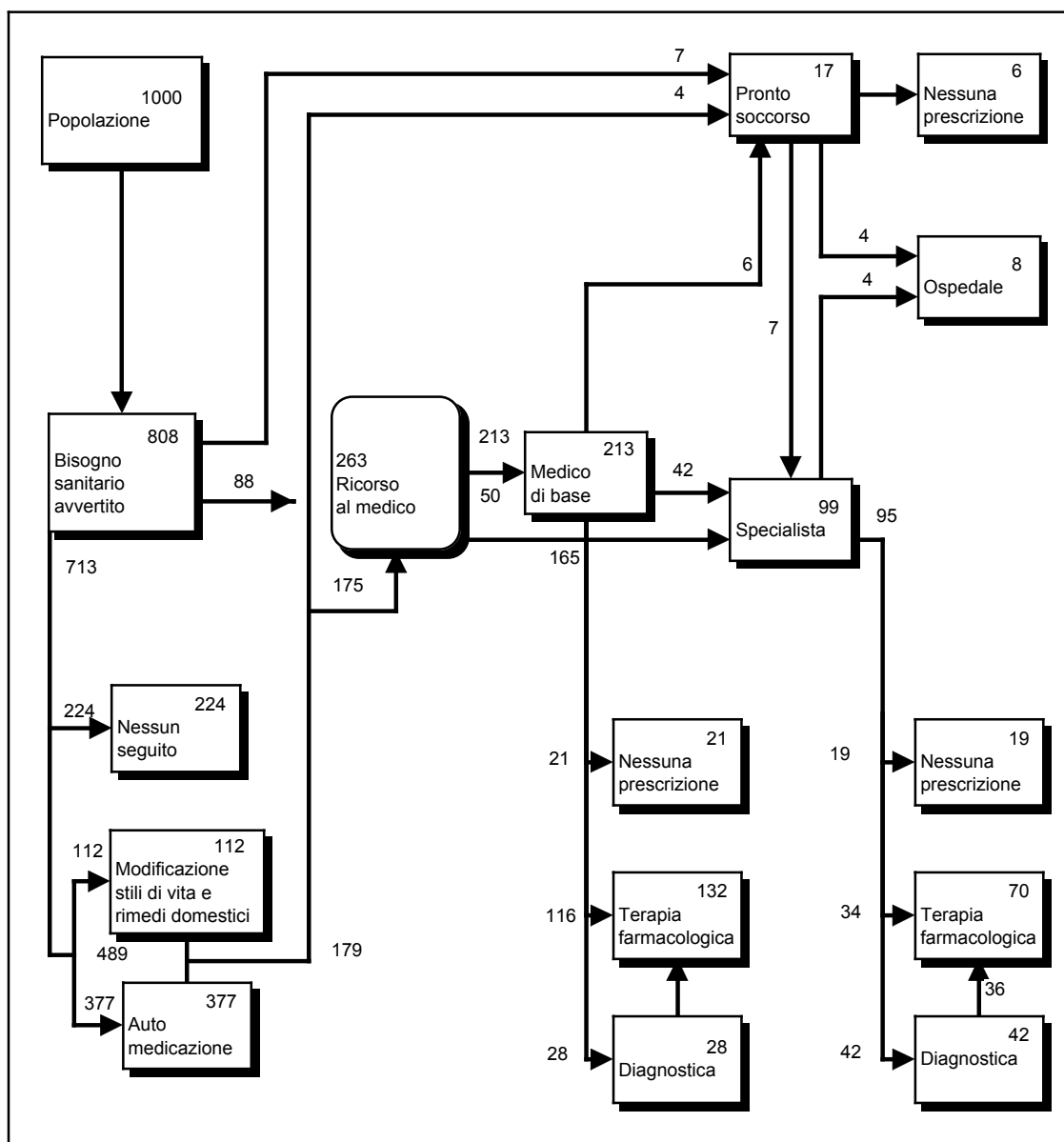
Per quanto riguarda i ricoveri ospedalieri, si evidenziano i risultati sulla soddisfazione degli assistiti. Il giudizio è positivo per l'assistenza sanitaria e negativo per i servizi igienici e per il vitto. In generale, comunque, La situazione del 1991 ha fatto rilevare un notevole peggioramento del giudizio rispetto alla medesima indagine espletata nel 1986. Ciò è dovuto anche all'aumento dell'attenzione e della sensibilità dei cittadini verso i problemi dell'efficienza e dell'efficacia delle strutture sanitarie che fa elevare quantitativamente e qualitativamente le esigenze degli utenti.

Giudizio su alcuni aspetti del ricovero (% sul totale) - Confronti temporali

Assistenza Medica						
	1986/87			1990		
	Soddisfatti	Insoddisfatti	Incerti	Soddisfatti	Insoddisfatti	Incerti
Maschi	90,0	8,9	1,3	85,8	9,9	4,3
Femmine	89,5	9,1	1,4	83,3	8,4	3,9
Totale	89,5	9,0	1,4	86,8	9,1	4,1
Assistenza infermieristica						
	1986/87			1990		
	Soddisfatti	Insoddisfatti	Incerti	Soddisfatti	Insoddisfatti	Incerti
Maschi	85,0	13,0	2,0	82,6	12,8	4,6
Femmine	83,3	14,9	1,8	81,5	14,8	3,7
Totale	84,1	14,1	1,8	82,1	13,9	4,0
Vitto						
	1986/87			1990		
	Soddisfatti	Insoddisfatti	Incerti	Soddisfatti	Insoddisfatti	Incerti
Maschi	75,0	20,4	4,6	71,1	21,7	7,2
Femmine	74,6	21,3	4,1	72,2	21,2	6,6
Totale	74,9	20,9	4,2	71,7	21,4	6,9
Servizi igienici						
	1986/87			1990		
	Soddisfatti	Insoddisfatti	Incerti	Soddisfatti	Insoddisfatti	Incerti
Maschi	73,6	23,6	2,8	71,9	23,0	5,1
Femmine	71,7	25,8	2,6	73,5	21,9	4,6
Totale	72,5	24,8	2,6	72,7	22,4	4,9

Fonte: ISTAT

Anche la ricerca effettuata dall'Istituto di Economia Sanitaria di Milano (A. Brenna - V. Mapelli) dal titolo "La domanda sanitaria: aspetti teorici e studi empirici in Italia"- Progetto finalizzato CNR P.A. 1989/90 ha fornito utili spunti di lavoro. Da una serie di interviste a 807 individui di diversa età appartenenti a diverse regioni (nel grafico, i dati sono stati tutti rapportati a 1000 per maggior facilità di lettura), è emerso come solo poco meno del 75% del ricorso al medico di base sia motivato da ragioni di salute (essendo il 26% circa dovuto a richieste di certificati e di rinnovi di prescrizione di farmaci) e come solo poco più del 50% abbia quale movente malattie o disturbi in atto (il restante 20% circa essendo costituito da richieste di visite a scopo precauzionale e preventivo).

La conversione del bisogno di salute in domanda di servizi sanitari (Brenna - Mapelli, 1990)

In definitiva, dalla ricerca è emerso che il comportamento del consumatore di servizi sanitari è notevolmente condizionato dall'offerta di servizi sanitari. Ciò è risultato addebitabile alla sostanziale ignoranza del consumatore a causa dell'asimmetria delle informazioni tra chi utilizza i servizi e chi li fornisce. Il servizio pubblico, quindi, deve intervenire a tutela dell'interesse del consumatore che si trova in una condizione di particolare vulnerabilità. L'ignoranza del consumatore è destinata a crescere con il progredire del grado di complessità scientifica e tecnologica della medicina. Di conseguenza il consumatore-paziente dipende dall'esperto (medico di base) per poter esprimere decisioni razionali. In questo caso si instaura tra consu-

matore-paziente e medico un rapporto di agenzia, mediante il quale il medico grazie alle proprie conoscenze agisce nell'interesse del consumatore fornendogli tutte le informazioni necessarie per effettuare scelte di acquisto razionali. Ma, come è stato ampiamente studiato, il medico-agente è anche portatore di interessi propri non sempre congruenti con quelli del paziente ma in parte potenzialmente conflittuali.

Tale contraddizione può essere sanata – come tra gli obiettivi generali di SISA-PU – identificando con precisione e incardinando in ben definite unità organizzative la funzione di agenzia (ascolto, informazione, educazione, orientamento) e quella puramente terapeutica; e favorendo un reciproco confronto ed una integrazione che – attraverso la relazione di due momenti organizzativi forti – eviti il rischio del conflitto e dell'annullamento dell'una funzione nell'altra.

Ad esempio studi empirici su varie Regioni hanno evidenziato un elevato indice di correlazione ($R^2 = 0,8$) tra densità dei posti letto e numero di giornate di degenza. Cioè all'aumentare del numero di posti letto a disposizione, la propensione del medico al ricovero aumenterà. La domanda non orientata, quindi, aumenta semplicemente perché aumentano le possibilità di soddisfarla.

La disponibilità di infrastrutture infotelematiche dedicate alla gestione integrata dei servizi di accesso ai servizi sanitari ed, in generale, sull'offerta di servizi sanitari, consente viceversa di monitorare e quindi intervenire sui fattori che più direttamente influiscono sulla domanda sanitaria e conseguentemente sulla spesa.

2.1.5.- L'equilibrio tra domanda ed offerta di prestazioni sanitarie

La situazione sanitaria nei grandi centri urbani sta diventando sempre più critica perché una sempre maggiore parte dell'utenza li identifica come poli d'attrazione sanitaria, in virtù delle maggiori possibilità di ottenerci alti livelli di prestazioni strumentali e assistenziali e di accoglienza. Tale nuovo scenario di riferimento prevede l'aumento del grado di complessità del funzionamento del settore sanitario urbano ed il conseguente incremento dei bisogni informativi da soddisfare ai vari livelli decisionali. Si rileva, quindi, la necessità di una gestione integrata dei servizi sanitari che sappia coniugare il nuovo crescente bisogno di informazione ad una sempre più innovativa erogazione del servizio sanitario. Inoltre, come evidenziato da numerose esperienze estere, quali quella dell'Office of Technology Assessment - United States Congress (OTA), i sistemi territoriali integrati consentono una riduzione dei costi amministrativi compresa tra il 6 ed il 13% del totale della spesa sanitaria annuale.

Perciò si ritiene che l'equilibrio tra domanda ed offerta nelle aree metropolitane di Bari e Taranto possa essere generato dalla creazione di un sistema integrato che se da un lato consente di costruire infrastrutture comuni, dall'altro ne rispetta le caratteristiche e ne esalta le diverse opportunità.

A conferma di quanto detto sia Bari, con la necessità da parte dell'Azienda USL BA/4, inclusa l'accorpata "Di Venere - Giovanni XXIII" e dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Policlinico", nonché l'IRCCS "Oncologico" di negoziare i piani di attività, che Taranto con una eguale necessità tra l'Azienda USL TA/1, utilizzassero un sistema informativo territoriale integrato registrerebbero una sicura contrazione dei costi amministrativi di transazione piuttosto che una serie di sistemi informativi aziendali indipendenti. Inoltre, considerando anche l'effetto attrattivo che i presidi ospedalieri ed ambulatoriali baresi e tarantini esercitano su altre aree anche extra-regionali con i conseguenti flussi migratori attivi che impattano sulle aree metropolitane risulta abbastanza evidente il positivo effetto connesso all'adozione di un sistema infotelematico integrato di prenotazione unificata sul territorio. In ultimo tenendo conto anche del grado di informatizzazione raggiunto dalle Aziende ASL BA/4 e ASL TA/1 e l'elevata presenza di medici di base informatizzati ed il notevole potenziale di crescita della propensione al consumo di servizi informatici da parte della popolazione residente rilevato da un'indagine del Censis, il progetto proposto potrà sicuramente colmare il gap esistente ed ottenere i risultati prefissati.

2.2.- LA NORMATIVA REGIONALE

Il documento principale di riferimento è il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 che, tra gli altri, evidenzia l'obiettivo di migliorare l'accessibilità ai servizi sanitari soprattutto per le fasce di popolazione più deboli anche mediante la riduzione delle liste d'attesa.

Il D.Lgs. 229/99 riordinando il S.S.N., ha mantenuto tra gli indirizzi di fondo l'importanza del miglioramento dei livelli di efficienza, efficacia, qualità ed accessibilità ai servizi sanitari.

Per quanto riguarda la Regione Puglia, l'applicazione dei principi della riforma sanitaria è avvenuta mediante le seguenti principali norme, che, in sequenza, hanno focalizzato sempre più la propria attenzione sulle tematiche della tutela del cittadino-utente, sull'appropriatezza della cura e sulla qualità dell'assistenza offerta dal SSR. In particolare:

- la L.R. 14 Giugno 1994 n. 18 "Norme per l'istituzione degli ambiti territoriali delle UU.SS.LL.";
- la L.R. 28 Dicembre 1994 n. 36 "Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del D.Lgs. 30.12.1992 n. 502 così come modificato dal D.Lgs. 7.12.1993 n. 517";

- la L.R. 30.12.1994 n. 38 “Norme sull’assetto programmatico, contabile, gestionale e di controllo delle Unità Sanitarie Locali in attuazione del D.Lgs. 30.12.92 n. 502 così come modificato dal D.Lgs. 7.12.1993 n. 517”;
- il Decreto del Presidente della Giunta Regionale n.1 del 9.1.1995 “Istituzione delle Aziende Unità Sanitarie Locali e loro sedi”;
- la Deliberazione del Consiglio Regionale n. 1008 dell’8.3.1995 “Individuazione dei distretti socio-sanitari (D.G.R. 338/95 e 675/95);
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 229 del 16.2.1996 “Regolamento di organizzazione generale art. 14 L.R. 36/94”;
- la Deliberazione del Consiglio Regionale n. 995 dell’8.3.95, “Determinazione delle tariffe per le prestazioni ospedaliere”
- la Deliberazione del Consiglio Regionale n. 122 del 24.7.96 “Determinazione del sistema di remunerazione tariffaria delle prestazioni specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio. Accredimento transitorio fino al 31.12.1996 (D.G.R. 2824/96)”;
- la Circolare n. 9 del 29.7.96 “Compensazione della mobilità sanitaria interregionale ed infraregionale. Anno 1996”
- l’ipotesi di Piano Sanitario Regionale 1996-1998;
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 1800 del 29.5.1998 concernente i criteri per le assegnazioni alle Aziende USL, alle Aziende Ospedaliere, agli E.E. ed IRCCS degli obiettivi funzionali e dei limiti di spesa a valere sul FSR 1998;
- La legge regionale 11 febbraio 1999, n. 10 sviluppo degli interventi in favore dell’infanzia e dell’adolescenza”
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 1003 del 15.7.99 documento di indirizzo economico-funzionale del SSR per il 1999.
- La Deliberazione della Giunta Regionale n. 135 del 17.2.2000 riguardanti le Linee guida per la sicurezza delle Sale Operatorie riguardo agli aspetti igienico-sanitari , comportamentali e igienico-ambientali
- La legge regionale 12 aprile 2000, n. 9 bilancio di previsione per l’esercizio finanziario 2000 e bilancio pluriennale 2000-2002
- La Deliberazione della Giunta Regionale n. 1299 del 17.10.2000 recante il Programma per la rete delle cure palliative in Puglia

- Legge Regione Puglia, 22 dicembre 2000, n. 28 Variazione al bilancio di Previsione per l'esercizio finanziario 2000
- Legge Regione Puglia, 13 Agosto 2001, n. 24 Istituzione dell'Agenzia regionale sanitaria pugliese (ARES)
- La Deliberazione della Giunta Regionale, 16 novembre 2001, n.1697 Piano Sanitario Regionale 2002-2004
- La Deliberazione della Giunta Regionale, 26 luglio 2002, n. 1086 , Piano di Riordino Ospedaliero

2.3.- LO SVILUPPO DEL SERVIZIO SANITARIO PUGLIESE IN UN'OTTICA D'INTEGRAZIONE

La Regione Puglia negli ultimi anni si è notevolmente impegnata e distinta nell'attività di progettazione in ambito sanitario. Tale attività, grazie al confronto ed alla cooperazione in ambito nazionale ed internazionale con centri di eccellenza, università ed altri ordinamenti, è stata condotta con il doppio fine di sperimentare processi innovativi che consentano di migliorare i servizi resi alla popolazione e con l'intenzione di rendere il servizio sanitario più efficiente.

La tabella che segue riassume brevemente l'impegno che la Regione Puglia ha profuso nell'attività di progettazione assumendo la qualità di Ente Proponente per un gran numero di progetti finanziati dal Ministero della Sanità i più rilevanti dei quali, quanto a finanziamento, proposti e predisposti dall'ISBEM.

TITOLI PROGETTI	Anno	Finanziamento accordato (in €)
Videocommissione interospedaliera via ISDN per lo studio e la cura delle cardiopatie congenite	1998	232.406,00
Sorveglianza ed educazione nutrizionale basate su dati locali per la prevenzione di malattie cronico-degenerative	1999	361.520,00
Trasferimento, estensione e validazione di SPERIGEST in Puglia ed attivazione di un Dipartimento Interaziendale Tecnologico Assistenziale (DITA)	1999	438.988,00
Miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri nelle unità operative di medicina interna	1999	206.583,00
Fattori determinanti eventi cardio-cerebro-vascolari e declino cognitivo	2000	111.038,00
Realizzazione di un database on-line per la gestione delle liste di attesa e la creazione del registro trapianti	2000	222.076,00
Screening molecolare per carcinoma mammario eredo/familiare	2000	222.076,00
Rete Telematica Regionale Aree critiche Materno-Infantile	2000	144.607,00
Sistema Integrato Hospice Puglia (SIHO-PU)	2000	7.122.507,00
Sistema Integrato Alzheimer Puglia (SIAL-PU)	2000	1.022.585,00
Dipart. di Knowledge Management e Comunicazione (DKMC) per l'evoluzione organizzativa nella Sanità	2001	547.444,00
Sist. Integr. Radioterapia Oncologica Ionico Salentina - SIROIS	2001	199.353,00
Utilizzo di cellule dendritiche di derivazione monocitica (CD14+) e staminale (CD34+) per immunoterapia cancro	2001	124.466,00
Qualità nella radioterapia oncologica: validazione dei metodi e monitoraggio dei processi per ridurre errori e disfunzioni	2002	196.000,00
Valutazione socio-sanitaria dell'assistenza all'adulto con cardiopatia congenita	2002	147.000,00
Sviluppo di nuovi modelli per la pianificazione di percorsi diagnostico-terapeutici e riabilitativi in patologie rare	2002	147.000,00
Qualità dell'intervento di artroprotesi d'anca: studio degli esiti a medio termine	2002	343.000,00

La Regione Puglia inoltre ha aderito, in qualità di U.O., a 7 progetti dell' Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali di Roma, sulle seguenti tematiche: *monitoraggio della spesa sanitaria, liste d'attesa ed organizzazione delle strutture di assistenza palliativa* (2001); *risorse umane, profili di cura, bilanciamento dei costi in qualità, indicatori di processo* (2002). Peraltro, la Regione Puglia partecipa in qualità di U.O. al progetto OSIRIS predisposto dalla Regione Piemonte nel 2002.

Dall'analisi della normativa regionale e dei progetti attivati si evince che l'azione della Regione mira a promuovere l'attivazione di sistemi integrati che garantiscano la razionalizzazione dell'offerta di prestazioni sanitarie sul territorio da parte dei vari soggetti erogatori (presidi di AUSL, Aziende Ospedaliere, ambulatori, etc.).

Ovviamente, per quel che riguarda il progetto SISA-PU, tale azione non può prescindere dalle caratteristiche che contraddistinguono le aree di intervento del presente progetto. In particolare sul **territorio barese**, risulta essere indispensabile focalizzare gli interventi in quei quartieri dove non è esercitata scarsa attività produttiva. Tali interventi devono essere finalizzati, partendo dalla risoluzione delle problematiche di origine sanitaria, ad una più ampia riqualificazione che investa il territorio nella sua interezza. Un tipico esempio di quanto possa essere fatto è rappresentato dal quartiere S. Paolo in cui è ubicato l'omonimo ospedale. La collocazione geografica di questa struttura (Nord Ovest di Bari) consentirebbe, infatti, alla stessa di porsi come polo d'attrazione non soltanto per i cittadini del capoluogo pugliese ma anche per quelli dell'hinterland barese. Anche una struttura interaziendale in cui convergano le capacità operative e gestionali di diverse aziende (AUSL BA/4 e Azienda Ospedaliera Universitaria e Policlinico), consentirebbe la realizzazione di uno scambio trasversale basato sul principio della continuità assistenziale, base di qualsiasi servizio di qualità per il cittadino.

3.- Il Piano SISAPU

3.1.- RISULTATI ATTESI

Il Decreto pubblicato il 15 settembre 1999 del Ministero della Sanità recante “Criteri, modalità e termini per la elaborazione e la presentazione dei progetti, ai sensi dell’art. 71 della legge 23 dicembre 1998, n. 448”, individua cinque obiettivi generali cui devono concorrere i programmi da realizzare. Gli interventi devono essere volti ad assicurare:

- a) standard di salute, di qualità ed efficienza dei servizi indicati nel Piano sanitario nazionale 1998-2000;
- b) la riqualificazione, la riorganizzazione ed il miglioramento degli strumenti di coordinamento della rete dei servizi ai cittadini, anche attraverso la sperimentazione di nuovi modelli gestionali;
- c) il potenziamento qualitativo e quantitativo delle dotazioni sanitarie strutturali e tecnologiche, con particolare riguardo alla accessibilità, alla sicurezza ed alla umanizzazione dell’assistenza;
- d) la riqualificazione delle strutture sanitarie;
- e) la territorializzazione dei servizi.

Si tratta di obiettivi molto ampi, che riguardano - al contempo - interventi su aspetti strutturali e logistici delle strutture sanitarie, programmi indirizzati all’innalzamento degli standard di salute della collettività, progetti a carattere organizzativo nonché sperimentazione di nuovi modelli gestionali. L’orientamento di fondo e il perseguimento di finalità il più possibile trasversali rispetto alle diverse tipologie di intervento.

Inoltre il Decreto dichiara che in tal senso il “Piano straordinario di interventi per la riqualificazione dell’assistenza sanitaria nei grandi centri urbani” non va interpretato come un atto con cui finanziare sporadici interventi in conto capitale per la ristrutturazione e/o il potenziamento di singole unità di offerta, sussidiario al programma di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie ex art. 20 legge n. 67 del 1988; al contrario, il Piano é volto a privilegiare progetti di grado di interessare trasversalmente le diverse aree di interesse sanitario.

Più precisamente, il Piano straordinario sollecita la predisposizione di progetti volti a favorire:

- a) il coordinamento delle attività svolte dai singoli soggetti che operano nella sanità dei grandi centri urbani, specificatamente tra le aziende USL (in risposta alle evidenti esigenze di raccordo e di concertazione permanente delle attività in funzione di tutela) e tra le AUSL e gli

altri soggetti erogatori di maggiore rilevanza (aziende ospedaliere, policlinici, IRCCS, case di cura, etc.);

- b) coordinamento degli interventi di sviluppo e di riqualificazione delle strutture sanitarie dei centri urbani, secondo criteri meno legati alle scelte delle singole aziende e più rispondenti a logiche di equa distribuzione territoriale dei servizi (e, quindi, di accessibilità per l'utenza);
- c) la razionalizzazione degli investimenti in edilizia ospedaliera e nelle dotazioni tecnologiche, attraverso il monitoraggio e la verifica della coerenza dei piani di investimento ex art. 20, il coordinamento degli interventi sulle singole strutture e la loro finalizzazione alle esigenze prioritarie dei centri urbani;
- d) il coordinamento degli interventi sanitari con gli altri interventi di sviluppo e riqualificazione territoriale dell'area (trasporti, urbanistica, acqua, ecc.).

Il piano SISA-PU fa propri gli obiettivi espressi dal Decreto del Ministero della sanità del 15 settembre 1999 in un'ottica di superamento della frammentazione degli interventi tipica delle realtà più complesse e di sviluppo di forme di coordinamento intra e inter-aziendale tra i singoli soggetti operanti nell'area territoriale di ciascuno dei due grandi centri urbani.

Gli interventi del Piano SISA-PU rispettano i criteri fondamentali dell'efficacia, intesa come capacità di rendere, ai cittadini di Bari e Taranto, più accessibili e fruibili i servizi sanitari, e dell'efficienza, cioè la riduzioni di costi (intesi anche come costi sociali). Ovviamente l'alto grado di integrazione prevista non consente, in sede di analisi dei risultati attesi, una netta separazione secondo i due criteri citati. Risulta necessario, comunque, specificare che l'adozione di alcune tecnologie così come l'aver previsto un'integrazione orizzontale tra operatori di una stessa area d'intervento (la creazione di Dipartimenti Interaziendali Tecnologici Assistenziali) ed un'integrazione verticale tra operatori di diversi settori (la realizzazione di un CISS) garantiranno continuità di cura e, pertanto, un netto miglioramento dell'offerta dei servizi sanitari. Inoltre, l'impiego di metodologie proprie dell'Ingegneria Clinica così come di quelle proprie dell'Economia e Management Sanitario consentiranno da un lato di ottimizzare l'uso del parco tecnologico e dall'altro di procedere ad una più efficiente allocazione delle risorse disponibili facendo anche leva su un migliore assetto organizzativo degli enti erogatori dei servizi sanitari.

3.2.- OBIETTIVI SPECIFICI

Il Piano fa riferimento in una molteplicità di occasioni ad un ridotto gruppo di Obiettivi Prioritari che sono stati informatori della tipologia di risultati che sono attesi. In particolare:

- O.S.1 Centralizzare la Continuità delle Cure tra ogni tipo di Servizi sociali e sanitari (di Base, Domiciliare, Ambulatoriale, Ospedaliera, Sanità mentale, Anziani, Disabili, Sociale, Preventiva, Riabilitativa) ;**
- O.S. 2 Focalizzare sul paziente, mediante sistemi ed approcci incentrati su di esso e sulle sue cartelle cliniche (Patient orientation);**
- O.S. 3 Implementare Linee guida, Protocolli, Standard, con riferimento ad un processo unificato (Process Management);**
- O.S. 4 Adottare l'Informatica e la Telematica quali driver di innovazione per promuovere la riorganizzazione funzionale e l'interoperabilità dei servizi socio-sanitari;**
- O.S. 5 Implementare la Evidence Based Medicine, in particolare nella definizione di Atti e Procedure per la definizione di Percorsi ottimali diagnostici e terapeutici;**
- O.S. 6 Selezionare dinamicamente la Best Practice e la relativa diffusione informativa (Quality Management);**
- O.S. 7 Migliorare l'offerta in termini qualitativi (avvicinamento del Servizio Sanitario al cittadino) e quantitativi (potenziamento delle strutture in grave degrado), nonché migliorare la domanda in termini qualitativi, ovvero ottimizzare il percorso del cittadino nel sistema sanitario;**
- O.S. 8 Armonizzare il momento di diagnosi e cura da considerare inseparabile dal momento della ricerca epidemiologica, dal momento della amministrazione e della valutazione, nonché dal momento della qualificazione delle risorse umane;**
- O.S. 9 Mettere in opera un sistema sinergico (dipartimenti interaziendali) composto da più Unità Operative, salvaguardando nell'insieme la massima autonomia di funzionamento e di responsabilità;**
- O.S. 10 Coinvolgere tutti gli stakeholder (interessati nel processo) nelle fasi di informazione, programmazione e fornitura di servizi socio-sanitari, ivi inclusi i cittadini/pazienti.**

Il Piano fa anche riferimento ad un MetaModello funzionale di Operatività dei Servizi Sanitari, indicato nella Figura 2.1 (nel grafico indicata come *Figura 3*), cui si intende dare un valore puramente concettuale e funzionale, risultando strumentale nel processo di armonizzazione e coordinamento di Sistemi, Aziende e, in generale, di Operatività afferenti ad Imprese ed Amministrazioni tra loro diverse.

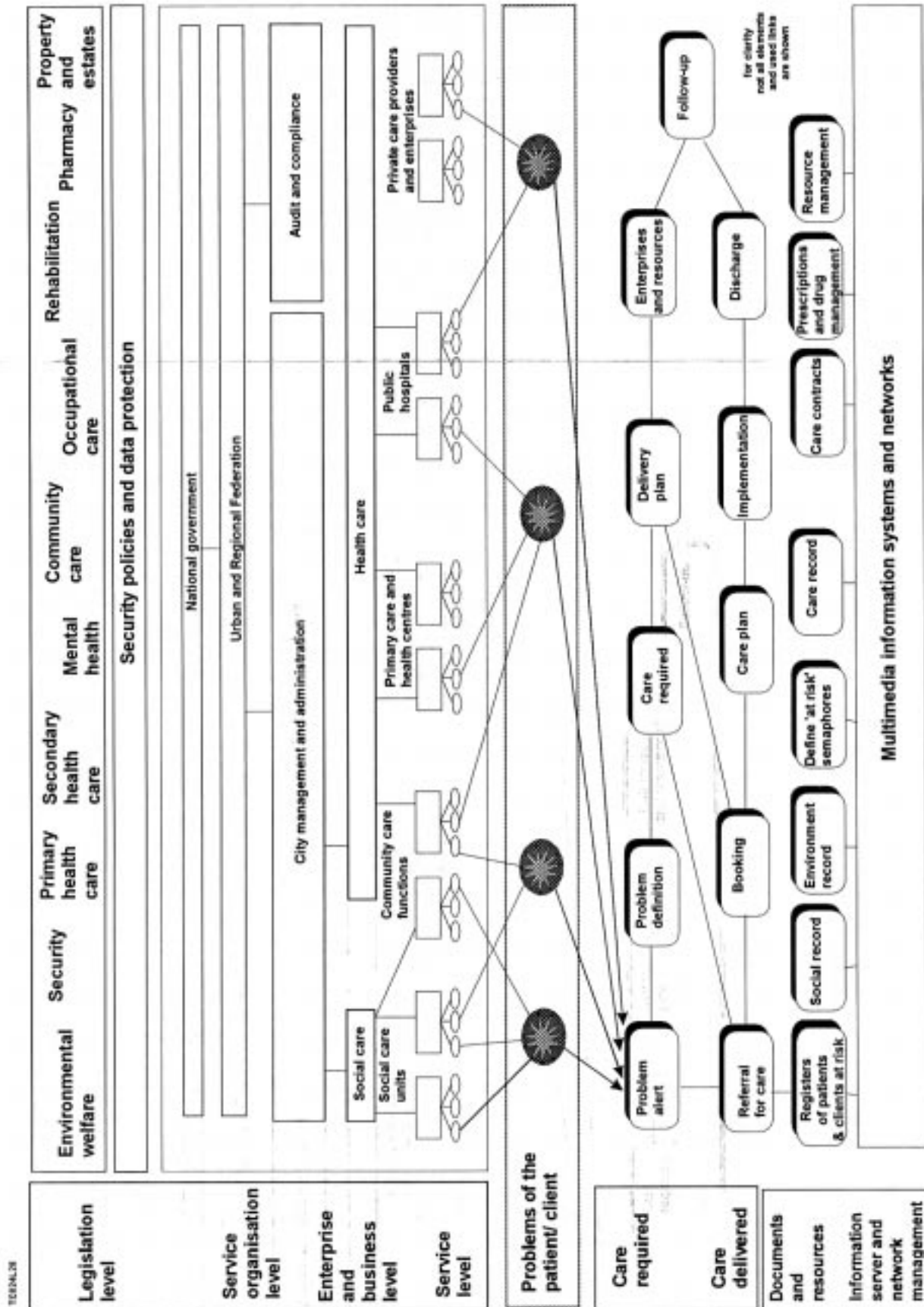


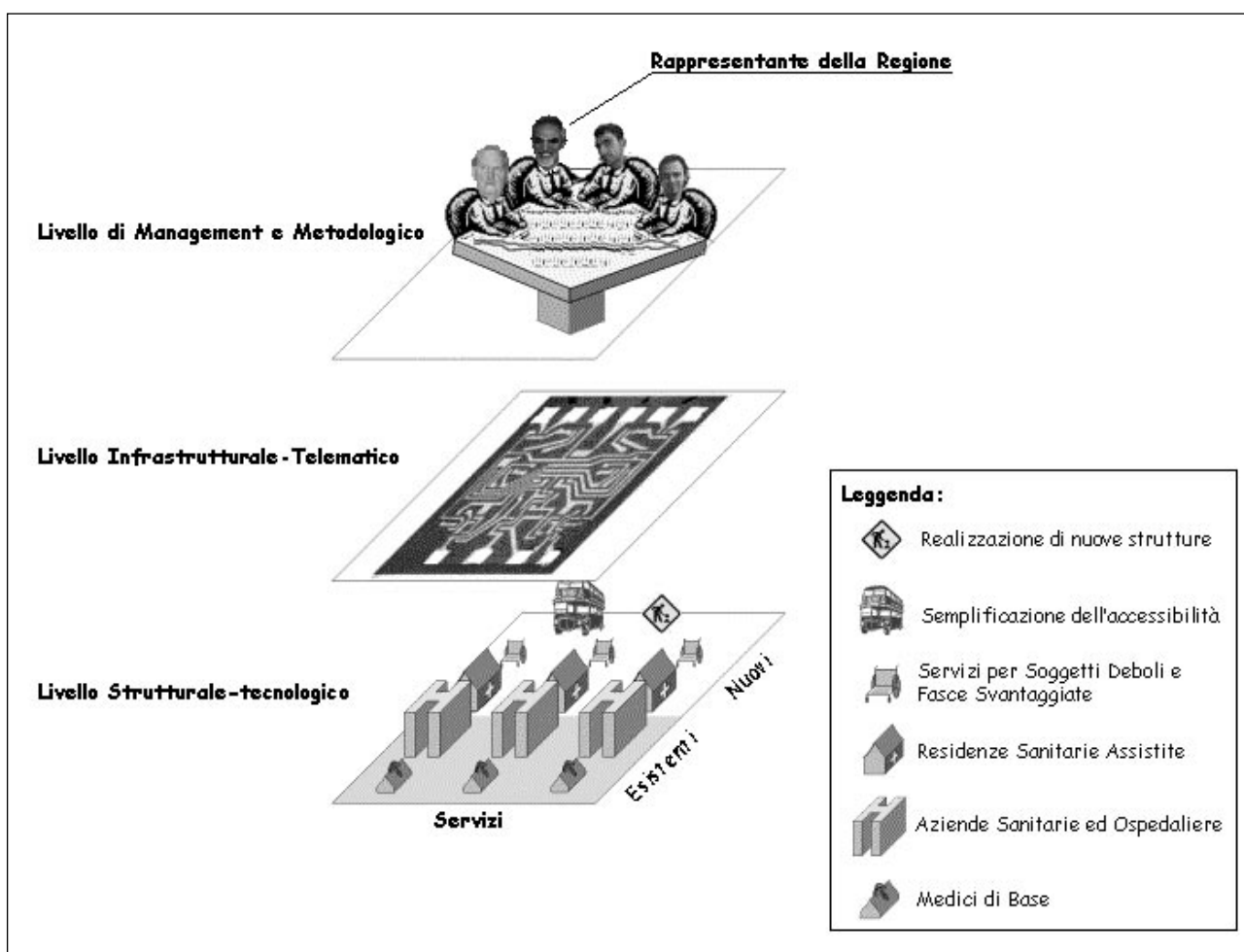
Figure 3: A representation of the Urban Social and Health Telecare Framework

3.3- ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO

La necessità per la Regione di indirizzare il cittadino verso servizi sanitari appropriati (territorializzazione, informazione del cittadino, continuità di cura) e di avere strumenti per la pianificazione delle politiche sanitarie (conoscenza della domanda, delle potenzialità e dei vincoli dell'offerta) da un lato impone il potenziamento delle dotazioni tecnologiche e strutturali e la creazione di nuovi canali comunicativi standardizzati rivolti al cittadino, dall'altro richiede di pensare ad un management che, in un'ottica di integrazione e gestione delle conoscenze, sappia cercare, elaborare ed indirizzare informazioni utili per il progetto in questione, il Cittadino e la Regione.

Per il raggiungimento delle finalità sopra espresse il SISA-PU si articola su tre livelli diversi che si sostanziano in tre specifici sottoprogetti: Management e Metodologico, Infrastrutturale e Strutturale-Tecnologico.

Figura: Articolazione del SISA-PU



- Management e Metodologico. Esso si concretizza nella costituzione e nel funzionamento di un Coordinamento per l'interoperabilità dei servizi sanitari che cura il management del SISA-PU, comune per Bari e Taranto, ad evitare il rischio di una pianificazione che sia la somma dei singoli interventi garantendo il coordinamento delle scelte strategiche in una logica riferita alle intere aree urbane ed al complesso dei servizi a tutela della salute. In particolare:
 - ✓ Sperimenterà modelli funzionali e normativi, per produrre Raccomandazioni (v. infra)
 - ✓ Curerà il management di tutte le linee d'azione.

Infatti il CISS senza intralciare il quotidiano agire individuerà i prerequisiti infrastrutturali dei servizi sanitari: l'ottimizzazione dei percorsi sanitari, le linee guida, il monitoraggio della qualità e della sicurezza, l'ambiente di lavoro, un'anagrafe delle risorse sanitarie integrata, georeferenziata e dinamica, nonché la formazione del personale sanitario secondo i corretti canoni della Comunicazione Sanitaria.

- Infrastrutturale Telematico. I problemi dell'accessibilità e continuità assistenziale sul territorio verranno affrontati con la sperimentazione di misure armonizzate tra di loro e finalizzate nell'insieme a sviluppare modelli gestionali diversificati di riorganizzazione dei Servizi Sanitari territoriali ed Ospedalieri già presenti a Bari e Taranto, e specificamente con l'integrazione tra soggetti istituzionali, pubblici e privati, quali le Aziende Sanitarie di Bari e Taranto, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Bari, gli IRCCS, i Comuni di Bari e Taranto, il terzo settore ed imprese del settore socio-sanitario e biomedico.

In particolare, sono previsti i seguenti interventi infrastrutturali:

- 1) L'impianto delle mappe georeferenziate nonché il miglioramento di accessi e percorsi.
- 2) La progettazione e l'implementazione di un sistema informatico capace di connettere in una rete dedicata i medici di base e di realizzare un sistema di cartelle cliniche (in conformità con le linee guida dettate dal sottoprogetto **Management e Metodologico**). I medici avranno una serie di servizi che vanno dall'anagrafe sanitaria del paziente, alla prenotazione di esami mediante CUP, dall'utilizzo di linee guida diagnostico terapeutiche (predisposte dal sottoprogetto **Management e Metodologico**) alla verifica automatica della compatibilità farmacologica, dalla consultazione della cartella clinica all'utilizzo di avvisi "flag" automatici che segnalano l'opportunità di operare analisi preventive (mammografie, visite dentistiche, analisi del sangue, ecc.).

- 3) La creazione di Dipartimenti di unità operative interaziendali per:
- a) la gestione di dipartimenti per specialità cliniche con la gestione integrata delle tecnologie biomediche e dell'information technology al fine di garantire la comunicazione tra i dipartimenti interaziendali clinici e l'accesso alle informazioni cliniche;
 - b) l'implementazione e la gestione di cartelle cliniche computerizzate integrate in cui far confluire l'intera storia clinica dei pazienti in modo da renderla accessibile – a personale sanitario autorizzato - in qualsiasi circostanza (insufficienze comunicative da parte del paziente a seguito di traumi o di disagio psicologico, necessità di operare un rapido monitoraggio della evoluzione di una patologia o di avere un quadro d'insieme, ecc);
- 4) La realizzazione di un Sistema Informativo Clinico dell'Area Metropolitana (SICAM) per la creazione di dossier di dati clinici nel grande centro urbano di Bari finalizzata alla riorganizzazione dell'area diagnostica per immagini e dell'area della patologia clinica.
- Strutturale-tecnologico. In questo livello s'intendono realizzare specifici interventi che, tenendo conto delle caratteristiche, delle necessità e delle opportunità delle aree metropolitane di Bari e Taranto, consentano una più immediata accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari. Al fine di rendere più evidenti gli interventi strutturali e come il progetto SISA-PU tenga conto delle caratteristiche e delle necessità della città di Bari dove l'attenzione è principalmente focalizzata sugli interventi urbanistici necessari per la migliore accessibilità e fruibilità degli Ospedali S. Paolo (il quartiere S. Paolo, in cui il tasso di devianza sociale è alto a causa del degrado infrastrutturale e della mancanza di strutture socio-sanitarie e produttive, dell'Ospedale di Venere, dell'Ospedale Papa Giovanni XXXIII e dell'Ospedale Policlinico, i parcheggi dell'Ospedale Di Venere e la viabilità dell'Ospedale Fallacara di Triggiano. Il SISA-PU intende supportare la realizzazione di un intervento strutturale per la Diagnostica Precoce e la Stadiazione oncologica, sia per Bari che per Taranto.

3.4.- SCHEDULING TEMPORALE

Considerando opportunamente i seguenti elementi di valutazione, e cioè:

- La richiesta esplicita di privilegiare Progetti in grado di interessare trasversalmente le diverse sedi di interesse sanitario
- L'orientamento a perseguire il più possibilmente trasversalità rispetto alle diverse tipologie di intervento
- La caratteristica di prototipicità propria da "Piano" da non interpretare quale semplice distribuzione tra le varie Regioni o Città degli interventi per la riqualificazione dell'Assistenza sanitaria
- L'apertura, tra gli obiettivi generali del metodo della "sperimentazione" per introdurre i nuovi modelli di gestione

si é ritenuto opportuno non fissare in questa proposta in modo dettagliato i particolari delle singole iniziative, anche per lasciare spazio ad ulteriori approfondimenti ed elaborazioni; da eseguirsi nella stesura degli Esecutivi e di soffermarsi maggiormente sulle loro motivazioni, principi di riferimento ispiratori, campi e/o settori di applicazione, problematiche da affrontare, target, risultati attesi, criteri di valutazione e di trasferibilità.

Da qui pure deriva la struttura temporale prevista per lo svolgimento dell'intero Progetto:

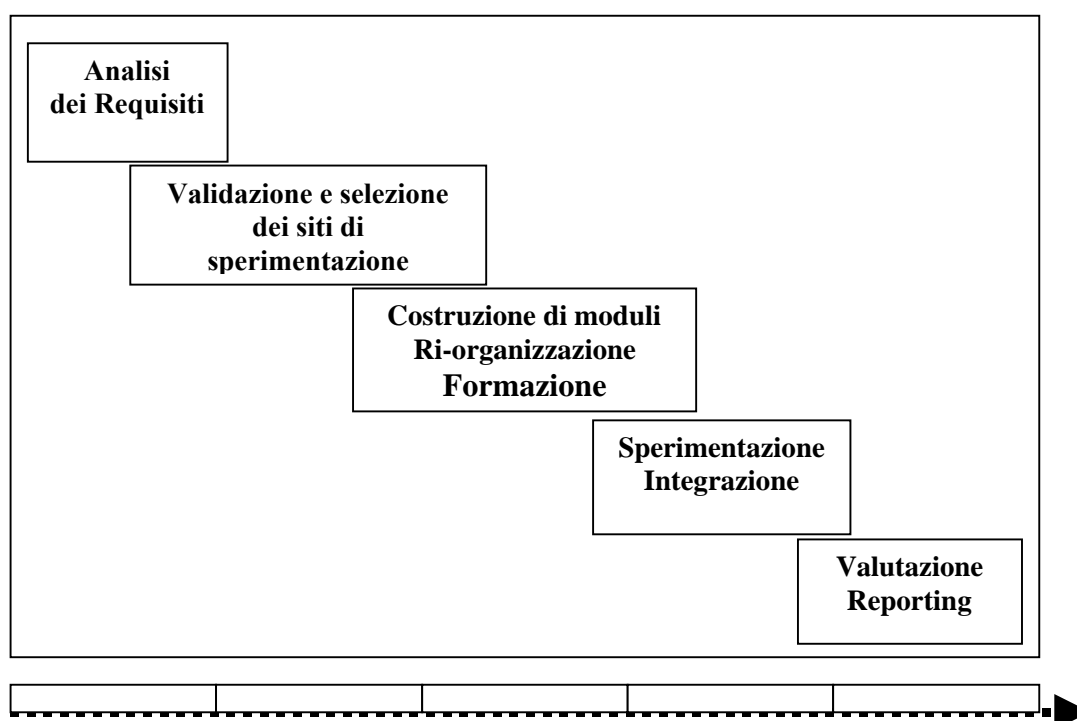
Il progetto viene considerato come da sviluppare in una successione di 5 (cinque) fasi in parziale sovrapposizione come dalla Figura 2.1

- 1.- Non è pensabile che un investimento dell'importanza quale quello proposto venga realizzato senza un'analisi dei requisiti, anche incrociati. Viene pertanto proposto di svilupparlo in una prima fase dello svolgimento del Progetto che dà come risultato un Progetto Esecutivo;
- 2.- Nel periodo disponibile per la preparazione è stato possibile svolgere una discreta ed imprescindibile socializzazione delle idee proposte, tra gli operatori di ogni livello che debbano partecipare, e la cui adesione è indicatore di buona riuscita dell'introduzione di nuovi modelli e servizi, e che si rifletterà fortemente come risultato nel Progetto Esecutivo;
- 3.- Lo svolgimento del Progetto richiede la Costruzione di nuovi Moduli ed accorpamenti, non tutti oggi disponibili. Tale periodo sarà utilizzato per sviluppare le iniziative di ristrutturazione Organizzativa e per la Formazione ed Informazione di tutti gli operatori e fruitori dei Servizi interessati.

- 4.- È prevista una successiva fase di Test ;
- 5.- Il Progetto non risulterebbe completo senza una fase finale di Validazione e Reporting che metta in atto gli strumenti per considerare la riuscita del tutto e di ogni sua parte. Solo così la Regione Puglia e la Conferenza Stato Regione saranno in grado di poter considerare l'estensione ed il trasferimento di quelle parti che abbiano fornito garanzia adeguata.

Figura 2.1

Fasi dello sviluppo e loro temporalizzazione



3.5.- FINANZIAMENTO E COFINANZIAMENTO

Tenuto conto che, ai sensi dell'art. 71, comma 2, della legge 23 dicembre 1998, n.448, il finanziamento degli interventi di cui all'art. 1 è assicurato dal MdS per non più del 70% dalle risorse previste dal comma 1 dell'art. 71 della legge medesima, è ovvio che la parte rimanente è stata garantita da altre risorse pubbliche o private incluso il project financing.

Il cofinanziamento non implica che la Regione o l'ente attuatore, nei confronti dei terzi, al momento del ricorso a servizi esterni, non seguano le normative che assicurano procedure di evidenza pubblica.

Il finanziamento ottenuto dal piano SISAPU è stato ripartito tra i vari interventi e tra i due centri urbani interessati come rappresentato nella tabella che segue.

QUADRO ECONOMICO RIEPILOGATIVO SISA-PU										
SOTTOPROGETTI	INTERVENTI	Bari			Taranto			SISAPU		
		Finanziamento	Cofinanziamento	Totale	Finanziamento	Cofinanziamento	Totale	Finanziamento	Cofinanziamento	Totale
Management e Metodologico	Istituzione e Funzionamento del Coordinamento Interoperabilità Servizi Sanitari (CISIS)	1.110.000,00	0,00	1.110.000,00	450.000,00	0,00	450.000,00	1.560.000,00	0,00	1.560.000,00
	Produzione di Raccomandazioni (PROBAC)	4.090.000,00	0,00	4.090.000,00	1.691.000,00	0,00	1.691.000,00	5.781.000,00	0,00	5.781.000,00
	Totale € (EURO)	5.200.000,00	0,00	5.200.000,00	2.141.000,00	0,00	2.141.000,00	7.341.000,00	0,00	7.341.000,00
Infrastrutturale Telematico	Fruibilità Servizi Sanitari	1.000.000,00	0,00	1.000.000,00	0,00	0,00	0,00	1.000.000,00	0,00	1.000.000,00
	Rete Medici di Base	2.300.000,00	0,00	2.300.000,00	1.000.190,00	0,00	1.000.190,00	3.300.190,00	0,00	3.300.190,00
	DITA	2.000.000,00	0,00	2.000.000,00	2.000.000,00	0,00	2.000.000,00	4.000.000,00	0,00	4.000.000,00
	SICAM	11.368.486,25	0,00	11.368.486,25	0,00	0,00	0,00	11.368.486,25	0,00	11.368.486,25
	Totale € (EURO)	16.668.486,25	0,00	16.668.486,25	3.000.190,00	0,00	3.000.190,00	19.668.676,25	0,00	19.668.676,25
Strutturale Tecnologico BARI	Viabilità e Parcheggi Ospedale S. Paolo	3.750.000,00	2.840.000,00	6.590.000,00	0,00	0,00	0,00	3.750.000,00	2.840.000,00	6.590.000,00
	Viabilità Ospedale Di Venere	5.000.000,00	2.143.000,00	7.143.000,00	0,00	0,00	0,00	5.000.000,00	2.143.000,00	7.143.000,00
	Viabilità Ospedale Giovanni XXIII	3.620.000,00	5.940.000,00	9.560.000,00	0,00	0,00	0,00	3.620.000,00	5.940.000,00	9.560.000,00
	Parcheggi piazza Giulio Cesare	0,00	11.868.000,00	11.868.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	11.868.000,00	11.868.000,00
	Parcheggi Ospedale Di Venere	2.500.000,00	0,00	2.500.000,00	0,00	0,00	0,00	2.500.000,00	0,00	2.500.000,00
	Viabilità Ospedale Fallacara di Triggiano	3.521.870,00	0,00	3.521.870,00	0,00	0,00	0,00	3.521.870,00	0,00	3.521.870,00
	Diagnostica Precoce e Stadiazione Oncologica Policlinico	4.000.000,00	0,00	4.000.000,00	0,00	0,00	0,00	4.000.000,00	0,00	4.000.000,00
	Totale € (EURO)	22.391.870,00	22.791.000,00	45.182.870,00	0,00	0,00	0,00	22.391.870,00	22.791.000,00	45.182.870,00
Strutturale Tecnologico TARANTO	Centro Eventi e Urbanizzazione ex Presidio Ospedaliero di via SS. Annunziata	0,00	0,00	0,00	1.800.000,00	1.040.000,00	2.840.000,00	1.800.000,00	1.040.000,00	2.840.000,00
	Potenziamento Radiologia e Diagnostica per Immagini, Viabilità e Parcheggi Ospedale SS. Annunziata	0,00	0,00	0,00	6.000.000,00	6.710.000,00	12.710.000,00	6.000.000,00	6.710.000,00	12.710.000,00
	Potenziamento Radioterapia Oncologica Ospedale S. Giuseppe Moscati	0,00	0,00	0,00	1.750.000,00	0,00	1.750.000,00	1.750.000,00	0,00	1.750.000,00
	Acquisizione e Riqualificazione Immobiliare (ex UPIVI) Distretto Socio-Sanitario n. 4 - Dipartimento di Prevenzione	0,00	0,00	0,00	3.000.000,00	2.960.000,00	5.960.000,00	3.000.000,00	2.960.000,00	5.960.000,00
	Diagnostica Precoce e Stadiazione Oncologica Ospedale S. Giuseppe Moscati	0,00	0,00	0,00	4.000.000,00	0,00	4.000.000,00	4.000.000,00	0,00	4.000.000,00
	Totale € (EURO)	0,00	0,00	0,00	16.550.000,00	10.710.000,00	27.260.000,00	16.550.000,00	10.710.000,00	27.260.000,00
Totale Generale (EURO)	44.260.356,25	22.791.000,00	67.051.356,25	21.691.190,00	10.710.000,00	32.401.190,00	65.951.546,25	33.501.000,00	99.452.546,25	
Percentuale Cofinanziamento		33,99%			33,05%					

3.6.- SODDISFAZIONE DEI CRITERI DI VALUTAZIONE

3.6.1.- Coerenza con la programmazione sanitaria nazionale e regionale

Il Piano SISA-PU sia nella sua completezza ed articolazione sia nei singoli SottoProgetti sono coerenti, ed in molti casi rappresentano un'anticipazione od almeno una concretizzazione del PIANO SANITARIO NAZIONALE 1998-2000 "Un patto di solidarietà per la salute" così come viene dichiarato sia qui di seguito, sia come meglio specificato nelle rispettive descrizioni delle singole Aree di intervento e dei Sottoprogetti.

Obiettivi del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 (che già dal titolo "Un patto di solidarietà per la salute" é tutta una dichiarazione) infatti sono:

- OBIETTIVO I: PROMUOVERE COMPORAMENTI E STILI DI VITA PER LA SALUTE (Alimentazione, Fumo, Alcol, Attività Fisica)
- OBIETTIVO II: CONTRASTARE LE PRINCIPALI PATOLOGIE (Malattie cardio e cerebrovascolari, Tumori, Malattie infettive, Incidenti e malattie professionali, Altre patologie di particolare rilievo sociale)
- OBIETTIVO III: MIGLIORARE IL CONTESTO AMBIENTALE (Aria, Acqua, Alimenti, Radiazioni, Rifiuti)
- OBIETTIVO IV: RAFFORZARE LA TUTELA DEI SOGGETTI DEBOLI

Il Piano SISA-PU corrisponde inoltre alle priorità indicate dal piano sanitario regionale e dagli altri strumenti di programmazione previsti dal decreto legislativo 19/06/1999, n. 229.

Il Coordinamento predispone per l'uso comune il set di strumenti di valorizzazione della salute, la continuità di fornitura di servizi di educazione-informazione, per la prevenzione, monitoraggio, cura e riabilitazione delle disabilità da parte di un cittadino responsabile e protagonista della propria vita

Infatti, così il CISS affronta in modo innovativo ed integrato gli obiettivi prioritari del SSN attraverso azioni, riorganizzazioni, programmi atti a promuovere idonei comportamenti e stili di vita per la promozione della salute e per migliorare la qualità di vita, contrasta le principali patologie, rafforza la tutela di gran parte dei soggetti deboli, umanizza gli interventi e contribuisce a portare la sanità nel territorio.

3.6.2.- Coerenza con le finalità programmatiche degli altri livelli istituzionali

Il Piano SISA-PU inoltre tiene conto dei programmi elaborati da altri soggetti istituzionali che concorrono al raggiungimento dei medesimi obiettivi generali. Per quanto attiene agli interventi di edilizia sanitaria il progetto esecutivo deve essere armonizzato con il programma finanziato con l'art. 20 della legge n. 67 del 1988.

Il Progetto corrisponde inoltre alle priorità indicate dal piano sanitario regionale, al Piano di Riordino Ospedaliero Regionale e dagli altri strumenti di programmazione previsti dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 in particolare corrisponde alle linee programmatiche espresse dall'Ipotesi di Piano Socio Sanitario Regionale 1998-2000 in specie riguardo alle linee per il Sistema Informativo Sanitario Regionale e la valutazione ed il Controllo della Qualità.

Ovviamente tali caratteristiche si riflettono sul centro deputato al management dell'intero progetto.

Particolare rilevanza assume, pertanto, la presenza di una coerenza progettuale interistituzionale ed intersettoriale, nella logica di integrazione in rete di strutture, di interventi e di enti. In generale si può ricordare che l'intero progetto è costruito

- in una logica di integrazione funzionale per quanto riguarda i Servizi Territoriali ed i Servizi Ospedalieri sia Pubblici che Privati.
- in una logica di modularità sia per quanto riguarda la costruzione e l'espansione delle esperienze Pilota che per quanto riguarda il suo trasferimento
- in una logica di pianificazione cioè secondo la sequenza programmazione, realizzazione –sottoposta a monitoraggio- valutazione, e ritorno alla pianificazione

3.6.3.- Impatto del progetto sull'intera area urbana

Il Piano SISA-PU, nasce da un'attenta analisi delle caratteristiche, intese non solo come criticità ma anche come opportunità, che contraddistinguono le aree metropolitane di Bari e Taranto. In tal senso molti interventi diretti alla riqualificazione dell'assistenza sanitaria, generano un circolo virtuoso che si traduce in notevoli benefici sociali (si pensi agli interventi finalizzati a realizzare un polo di conoscenza e formazione nel quartiere S. Paolo di Bari, o alla riqualificazione del SS Annunziata a Taranto per accogliere lungo degenti) nonché in un netto miglioramento del processo di allocazione delle risorse.

Per queste ragioni il SISA-PU esprime la valenza di "piano per le città" che potrebbe generare ricadute positive sull'intera area regionale.

3.6.4.- Integrazione e potenziamento delle reti di servizi ai cittadini

Il progetto SISA-PU è volto alla riqualificazione dell'assistenza sanitaria dell'intera area ed esprimere la valenza di "piano per la città" con completezza e trasversalità. Infatti, esso può avere ricadute positive sull'intera area regionale in considerazione della logica sinergica che deve guidare la committenza pubblica e la dimensione territoriale di riferimento nell'area urbana.

Il Primo Sottoprogetto è metodologico infrastrutturale incentrato sulla informatizzazione di ogni livello di assistenza (collettiva, distrettuale ed ospedaliera) che ha un vasto impatto sull'intera area urbana, anche quando si appoggia su specifici servizi o siti.

Il Piano SISA-PU coinvolge più aree di offerta, con l'obiettivo di migliorarne l'integrazione, la fruibilità e il raggiungimento di standard di qualità e di efficienza. All'interno di una visione unitaria che prevede anche l'introduzione di nuove funzioni (si veda ad esempio le Mappe Integrate delle Risorse Sanitarie) è stata data priorità al rafforzamento di reti di servizi (ad esempio la Rete dei Medici di Base).

Il programma di intervento prevede la consultazione dei soggetti pubblici, privati e collettivi interessati al progetto che potranno esprimere le proprie aspettative in merito. Un ruolo centrale spetta ai comuni, in relazione alla centralità e all'importanza del ruolo progettuale dell'ente locale. Tale consultazione si esprime:

1. Nella funzione di indirizzo e coordinamento loro attribuita all'interno del Consiglio di Programma
2. Nella finalizzazione a tale scopo dell'intera fase di definizione dei requisiti dei sistemi che in un periodo di 9-10 mesi metterà in piedi il Piano Esecutivo per SISA-PU
3. Nella forza di contrattazione che potremo esprimere durante la terza Fase che comprende la scelta dei siti di sperimentazione e che finirà con la preparazione del Piano SISA-PU Esecutivo
4. Nella loro attiva partecipazione alla Fase Quinta "Valutazione dei risultati"

3.6.5.- Impatto sui servizi sanitari e socio sanitari

Il programma di intervento prevede la consultazione dei soggetti pubblici, privati e collettivi interessati al progetto che potranno esprimere le proprie aspettative in merito. Un ruolo centrale spetta al Comune in relazione alla centralità e all'importanza del ruolo progettuale dell'ente locale. Tale consultazione si esprime:

1. Nella funzione di indirizzo e coordinamento attribuita in esclusività all'interno del Consiglio di Progetto
2. Nella dedicazione, a tale scopo, dell'intera prima fase di definizione dei requisiti dei sistemi che in un periodo di 9-10 mesi metterà in piedi il Progetto Esecutivo.
3. Nell'attiva partecipazione alla Fase Quinta, cioè "Valutazione dei risultati".

Il Piano SISA-PU parte dall'analisi del contesto ed evidenzia le criticità tipiche del territorio, tenuto conto anche delle indicazioni straordinarie provenienti dalla domanda (Comuni ed Aziende Sanitarie). Il progetto riguarda interventi che consentono un significativo impatto sull'offerta di servizi sanitari, tenuto conto delle supposte aspettative dei cittadini e degli operatori del settore anche ai fini dell'integrazione delle diverse politiche per la salute. La soluzione progettuale privilegia la continuità assistenziale tra ospedale e territorio, intensificando il rapporto tra servizi di prevenzione, cura e riabilitazione e promuovere la solidarietà e l'umanizzazione (ad esempio gli interventi volti alla tutela delle fasce deboli e svantaggiate).

3.6.6.- Sperimentazione di strumenti di coordinamento e/o nuovi modelli gestionali

Uno degli appunti fatti più di frequente al Servizio Sanitario è la criticità del suo funzionamento.

“Ogni Presidio si occupa di un Organo o parte di esso, ma nessuno in particolare tiene in evidenza che questo organo è parte integrante di un organismo più grande che è l'uomo”. Questo ed altri discorsi sulla frammentazione del processo diagnostico terapeutico o sulla disumanizzazione della Medicina, o sulla tecnicizzazione estrema, sono infatti conseguenza del fatto che ognuno dei gruppi operativi lavora in isolamento con insufficienti contatti con il resto della catena di fornitura dei servizi.

Gli operatori rispondono a questa critica adducendo i carichi di lavoro e la carenza di strumenti che facilitino la sopraddetta comunicazione.

E' proprio per normalizzare questa situazione che viene ad operare il CISS, Coordinamento per l'Inter-operabilità dei Servizi Sanitari quale nuovo strumento organizzativo che opera ad un livello metodologico-infrastrutturale preoccupandosi della individuazione di carenze, delle possibili soluzioni, del loro livello di standardizzazione e infine di predisporre indicazioni armonizzate sulle necessarie infrastrutture da implementare. Tutto ciò fatto allo scopo di fornire tutti quei servizi abilitanti che facilitino la continuità assistenziale in un contesto di maggior cooperazione che da sola comporta l'umanizzazione del servizio reso.

Il progetto, anche mediante la messa a disposizione di nuove reti di servizi infrastrutturali, si veda per esempio le Mappe Integrate delle Risorse Sanitarie, propone modelli organizzativi innovativi. Il progetto include la riqualificazione e la fruibilità dei servizi ed i nuovi modelli gestionali che prevedono forme di collaborazione tra strutture del servizio sanitario nazionale e soggetti privati.

L'intervento comporta nel suo complesso la riqualificazione dell'assistenza sanitaria, lo sviluppo delle attività finalizzate alla promozione e al miglioramento della qualità della vita, nonché il potenziamento dei servizi territoriali, per favorire l'accesso al servizio di primo intervento e per qualificare il ricorso all'assistenza di secondo livello.

Il valore aggiunto del progetto si ritrova nella tipologia di coordinamento che consente, agli operatori sanitari coinvolti, di monitorare il percorso clinico del paziente attraverso l'uso dei sistemi informativi implementati nei sottoprogetti REMB e GITA in grado di fornire informazioni cliniche sul paziente.

Il progetto conduce a positive ripercussioni sul rapporto di fiducia del cittadino verso la sanità pubblica e sulla continuità del processo di cura con notevole alleggerimento dei disagi dovuti al numero, alla frequenza, alla difficoltà, ed alla efficacia dei contatti che il cittadino deve avere con le istituzioni sanitarie per usufruire delle prestazioni specialistiche. Inoltre, questo approccio conduce a un sensibile miglioramento della disponibilità e nella tempestività delle informazioni nonché delle opportunità offerte dalle strutture sanitarie in tema di disponibilità e modalità di erogazione dei servizi.

Va considerato altresì che la capacità di "privilegiare la continuità assistenziale tra ospedale e territorio", intensificando il rapporto tra servizi di prevenzione, cura e riabilitazione e promuovendo la solidarietà e l'umanizzazione, non è patrimonio esclusivo del singolo sottoprogetto, ma obiettivo e ricaduta dell'intero Progetto, attuatore di un percorso di interoperabilità tra diversi servizi protagonisti del Sistema Sanità.

Si intende pure responsabilizzare i cittadini anziché renderli dipendenti, migliorarne la qualità di vita, garantendo loro che le capacità fisiche e mentali, integre o residue si possano sviluppare e realizzare in modo completo, per ricavare il massimo beneficio possibile dalla vita e farvi fronte in modo salutare, su base continuativa.

Sul versante ospedaliero, ci saranno minor congestione, ridotte liste di attesa e focalizzazione della struttura sugli eventi e sui casi più gravi, acuti e complicati, con velocizzazione dei servizi sia di emergenza che ad alta specializzazione.

E' un modello di sistema di servizi ad ampio spettro e non dominato da risposte rigide. Esso consente ai cittadini di optare in modo flessibile, sia rispetto al bisogno prioritario in un dato momento sia cambiando il mix delle soluzioni nel corso del tempo.

In un modello sanitario *citizen centered*, il cittadino (come tale e non come paziente), la salute, la vita giornaliera, la famiglia, il lavoro e la vita sociale (non solo l'ospedale) sono al cuore del meccanismo.

La prevenzione, l'educazione sanitaria, l'alimentazione, l'attività fisica continuativa e l'aumento della sensibilizzazione di ogni cittadino, invitato a confrontarsi con la propria salute sin dalle epoche precoci di vita, diventa allora il fondamentale investimento per il mantenimento della salute.

La presente soluzione progettuale magnifica il ruolo centrale del cittadino in una rete articolata e integrata di servizi, e la continuità assistenziale ospedale-territorio, privilegiando la fornitura di servizi in un unicum continuo tra prevenzione, cura e riabilitazione, promuovendo la solidarietà, l'umanizzazione e la valorizzazione della risorsa salute.

Il Piano, anche mediante la messa a disposizione di nuove reti di servizi infrastrutturali (si veda per esempio la linea d'intervento Mappe Integrate delle Risorse Sanitarie) propone modelli organizzativi innovativi e nuovi modelli gestionali che prevedono forme di collaborazione tra strutture del servizio sanitario nazionale e soggetti privati.

3.6.7.- Cofinanziamento (almeno il 30% del valore del progetto)

Si veda il 4.2 Cofinanziamento

3.6.8.- Trasferibilità

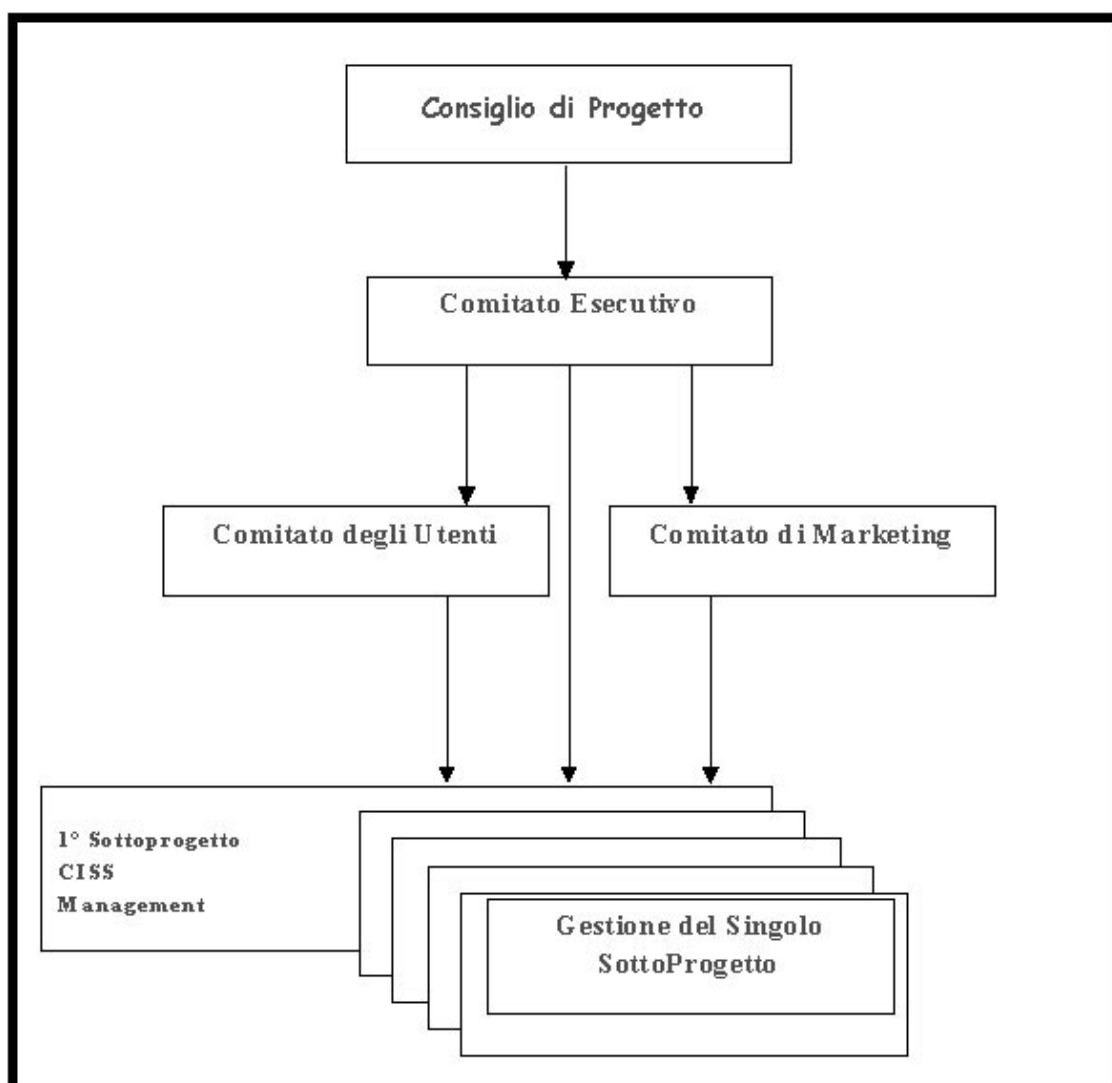
I risultati delle sperimentazioni sono -a priori ritenuti meritevoli di essere estesi per trasferimento al resto delle città, aziende e comuni di Italia. Quanto di questa fiducia sarà confermato – a posteriori dai risultati ottenuti e dalle risposte ricevute dovrà essere oggetto di attenta valutazione, che si svolgerà nell'ultima delle cinque fasi in cui é stato suddiviso lo svolgimento del progetto.

3.7.- MANAGEMENT DEL SISA-PU

La gestione del progetto, che sarà condotta dal Coordinamento per l'Inter-operabilità dei Servizi Sanitari e cioè dal Sottoprogetto 1, è organizzata secondo la struttura modulare schematizzata in figura. Tale struttura, consiste in un insieme di due (2) Comitati che sono collettivamente responsabili della definizione, del coordinamento e del monitoraggio delle aree omogenee del progetto ed è capace di garantire il miglior contributo effettivo dei responsabili individuali, evitando spese superflue e sforzi inutili, nelle attività tecniche e nelle iniziative dello sviluppo dei risultati.

Essi sono: il Consiglio di Progetto, il Comitato Esecutivo che potrebbe nominare per delega il Comitato degli Utenti, il Comitato di Marketing ed i Comitati di Gestione dei singoli Sottoprogetti.

Struttura globale



3.7.1- Il Consiglio di Progetto

Si propone che il Consiglio di Progetto sia formato dalla rappresentanza di tutte le Amministrazioni partecipanti, con responsabilità di Coordinamento strategico definitivo del progetto. Si propone che presidente del Consiglio di Progetto, sia il Presidente della Regione rappresentato dal Coordinatore alla Sanità pro-tempore della Regione Puglia o da altro suo Delegato ad hoc. Il Progetto sarà così coordinato e presieduto da un'Amministrazione già responsabile della Pianificazione e Programmazione della Sanità in ambito Regionale, massimo esponente degli interessi di coordinamento ed al superamento di forme di duplicazione e di spreco nell'intera Regione Puglia. Ciò rappresenta la miglior garanzia completamente in conformità con i bisogni dell'utenza e sulla possibilità di diffusione dei risultati sullo scenario sanitario sia regionale che sopraregionale. Farà da Segretario il Direttore del Progetto, prof. Alessandro Distante, attualmente Responsabile Scientifico dell'ISBEM (Istituto Scientifico Biomedico Euro Mediterraneo) che ha preparato la presente proposta, e fungerà da collegamento e mezzo di trasmissione con il Comitato Esecutivo.

Al Consiglio di Progetto spetta di assicurare la massima conformità di tutte le attività delle attuali necessità dell'utenza.

Il Consiglio di Progetto é responsabile del monitoraggio definitivo e del coordinamento delle attività del Progetto, attraverso le definizioni e gli accordi di tutte le iniziative e strategie; in particolare riguardo:

- Il collegamento con le Autorità Comunali e Sanitarie e con il Ministero della Sanità.
- L'approvazione delle revisioni e degli emendamenti al piano di lavoro, in termini di incarichi, costi, lista dei tempi e data dei termini, sulle basi delle proposte fatte dal Comitato Esecutivo.
- Le risoluzioni delle dispute tra i partecipanti

Dal successo di quest'organo dipende fortemente il successo delle collaborazione tra i singoli partecipanti, pertanto sarà suo primo obiettivo quello di disporsi a risolvere i problemi inclusa la ricerca dell'unanimità dei consensi da palesarsi nel voto unanime dei membri del Consiglio di Progetto. Se non fosse possibile raggiungere un accordo durante la discussione, le decisioni saranno prese, con ogni cautela e considerazione dei pareri dei dissenzienti, a maggioranza semplice dei voti. Ogni partecipante ha un voto singolo, non divisibile; nel caso di parità del numero dei voti, la decisione sarà presa dal Presidente. Le decisioni e i voti saranno validi solamente se almeno metà dei membri saranno presenti all'incontro.

Il Consiglio di Progetto si riunirà in forma aperiodica, anche telefonicamente e minimo annualmente, su richiesta del Coordinatore.

Tutti i partecipanti alla riunione saranno informati della data dell'incontro, come minimo cinque giorni prima della data. Il luogo dell'incontro sarà normalmente presso uno delle sedi dei partecipanti. Per ogni incontro, l'agenda del giorno e tutte le informazioni e i documenti rilevanti della riunione saranno proposti prima ai partecipanti, unitamente dal Presidente e dal Direttore del Progetto. Dopo ogni incontro, sarà redatto un verbale e inviato tempestivamente a tutti i partecipanti ed alle altre persone interessate.

3.7.2- Il Comitato Esecutivo

Il Comitato Esecutivo, é responsabile della gestione esecutiva delle attività e cioè del coordinamento, indirizzo monitoraggio e verifica di tempi e modi di conduzione di tutte le attività è formato da 8 delegati: dal Coordinatore alla Sanità, dal Direttore dell'ARES, dai Direttori Generali delle Asl di BA 4 e TA 1, dal Direttore del Policlinico di Bari, dai Sindaci di Bari e Taranto, e dal Direttore del Progetto Prof. Alessandro DISTANTE che presiede il Comitato, docente della Facoltà di Medicina dell'Università di Pisa, attualmente Responsabile Scientifico della Società Consortile per Azioni ISBEM (Istituto Scientifico Biomedico Euro Mediterraneo) che è una società di ricerca no-profit. Il tutto teso a garantire che, unitamente alla conformità dei bisogni dell'utenza, l'organizzazione completa del Progetto si basi anche su un approccio industriale in tutte le sue fasi. Il Direttore del Progetto potrà essere coadiuvato, laddove il Comitato esecutivo deliberi la loro formazione, da:

- il Presidente del Comitato Utenti responsabile per il Coordinamento di tutti gli argomenti in materia di utenza (aspetti e modelli organizzativi, specifiche delle richieste, sperimentazione e validità dei mezzi nell'ambiente vivente dei luoghi pilota) incluse la specificazione dei requisiti per il disegno di ogni sistema e sottosistema del Progetto e della loro validazione
- il Presidente del Comitato di Marketing responsabile esterno dell'identificazione e il coordinamento di tutti gli argomenti del Progetto, in materia di promozione e di sviluppo dei risultati delle attività (standardizzazione, simposi, sviluppo dei piani, promozione, progettazione dei prodotti) ai rapporti con Entità esterne (Comuni di Bari e di Taranto, Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, ecc).
- i Coordinatori di Sottoprogetti che sono, ognuno per il rispettivo Sottoprogetto, responsabili della coordinazione e dell'evoluzione sinergica delle attività condotte nelle principali aree d'interesse del Progetto.

Le principali funzioni del Comitato Esecutivo sono le seguenti:

- Gestire le varie attività del Progetto durante la sua evoluzione giornaliera;
- Definire le strategie e le proposte nelle aree singolarmente interessate del Progetto (cioè tecnico, di marketing, di utenza), discusse dal Consiglio di Programma;
- Gestire gli aspetti finanziari del progetto;
- Verificare, certificare e approvare i risultati degli operatori individuali e dei collaboratori, entrambi in termini di conformità con il piano di lavoro e nel rispetto del livello di qualità;
- Assicurare l'armonizzazione e la sinergia evolutiva di ogni area che riguarda il Progetto.

Il Comitato Esecutivo si riunirà senza un'agenda pre-definita, in accordo con le necessità del Progetto, su semplice richiesta del Direttore del Progetto oppure di almeno due (2) membri. L'obiettivo prioritario mira a prendere decisioni con l'accordo unanime di tutti i membri; in caso di non accordo, la decisione sarà presa sulla base della maggioranza dei voti. Dopo ogni incontro sarà redatto un verbale che sarà reso disponibile anche al Consiglio di Progetto.

In caso di decisioni urgenti prese dal Consiglio di Progetto, il Comitato Esecutivo consulterà i membri del Consiglio di Programma tramite fax, e-mail e procederà tenendo in conto i contributi ricevuti.

I leader dei gruppi operativi potranno essere invitati agli incontri del Comitato Esecutivo, per apportare un particolare supporto e un contributo per aspetti particolari.

3.7.3.- Il Comitato di Marketing

Il Comitato di Marketing è eventualmente formato per delega del comitato esecutivo dai responsabili dei sottoprogetti e da un massimo di 5 esperti ad hoc con specifici ruoli, ed ha responsabilità per l'identificazione e il coordinamento delle attività necessarie per assicurare una effettiva promozione e uno sviluppo dei risultati di livello nazionale ed internazionale.

Tali attività includono:

- L'analisi (incrementale) dell'orientamento del mercato e dei potenziali concorrenti
- La definizione (incrementale) dello sviluppo e della promozione dei piani, entrambi al livello di ogni singolo paese nel rispetto del Progetto Regionale
- L'organizzazione di mostre, simposi e seminari od altri mezzi di sensibilizzazione

- La presentazione dei risultati (incrementali) a organizzazioni esterne con l'intento di rendere valide le soluzioni adottate su più ampi scenari.
- Il coinvolgimento nel Progetto di organizzazioni esterne, per poter guadagnare posizioni velocemente anche mediante la sperimentazione e contratti pilota
- La preparazione del materiale d'informazione e di dimostrazione per promuovere il Progetto e i risultati individuali conseguiti

Esso è coordinato dal Responsabile del Sottoprogetto 1 e coadiuvato dal Centro di Interagibilità dei servizi sanitari

Il Comitato di Marketing si riunisce almeno trimestralmente con apposito Ordine del Giorno su semplice richiesta del Coordinatore o di almeno tre (3) membri. Sarà obiettivo prioritario quello di prendere decisioni con l'accordo unanime di tutti i membri; in caso di non accordo, la decisione sarà presa sulla base della maggioranza dei voti. Dopo ogni incontro sarà redatto un verbale che sarà reso disponibile anche al Comitato Esecutivo.

I leader dei gruppi operativi potranno essere invitati agli incontri del Comitato di Marketing, per apportare un particolare supporto e un contributo per aspetti particolari.

3.7.4.- Il Comitato degli Utenti

Il Comitato degli Utenti é eventualmente formato per delega del Comitato esecutivo dagli utenti finali (i.e. clinici, amministrativi e utenti gestionali rappresentanti degli ospedali, delle Aziende Sanitarie, altre Istituzioni e comunque qualunque categoria pubblica o privata partecipanti ad almeno un SottoProgetto, con lo specifico ruolo di coordinamento di tutte le attività dell'utenza nel Progetto.

Tali responsabilità includono:

- L'identificazione delle procedure organizzative necessarie a facilitare l'introduzione delle infrastrutture e delle applicazioni nell'ambiente reale.
- La validazione delle soluzioni proposte, anche attraverso un continuo coinvolgimento degli utenti durante l'evoluzione dei prototipi delle attività.
- L'installazione delle infrastrutture nell'ambiente degli ospedali e delle Aziende Sanitarie od altre Istituzioni, e in pratica la sperimentazione.
- Il contributo nella definizione delle metodologie pratiche per valutare le usabilità e le prestazioni dei sistemi negli scenari reali, e per stimare i suoi effetti rispetto alle prestazioni attuali.

- La preparazione del materiale per facilitare l'utilizzo del sistema agli utenti destinatari.

Esso è coordinato dal Rappresentante della Regione Puglia.

Il Comitato degli Utenti si riunisce almeno trimestralmente con apposito Ordine del Giorno su semplice richiesta del Coordinatore o di almeno tre (3) membri. L'obiettivo prioritario sarà quello di prendere decisioni con l'accordo unanime di tutti i membri; in caso di non accordo, la decisione sarà presa sulla base della maggioranza dei voti. Dopo ogni incontro sarà redatto un verbale che sarà reso disponibile anche al Comitato Esecutivo.

I leader dei gruppi operativi potranno essere invitati agli incontri del Comitato degli Utenti, per apportare un particolare supporto e un contributo per aspetti particolari.

3.7.5.- Accordi finanziari per la gestione del Progetto

Il modulo organizzativo, che è stato sopra definito per il Progetto, permetterà una significativa riduzione delle spese globali richieste in termini di gestione e di coordinamento, coinvolgendo solamente quelle organizzazioni e individui direttamente coinvolti nelle varie attività.

Tuttavia è comunque chiaro che viene assicurata al Progetto una totale armonia, come previsto attraverso il Consiglio di Progetto e il Comitato Esecutivo. Queste attività rappresentano un servizio, che sarà fornito dall' ISBEM al Progetto SISAPU, in accordo con i seguenti termini e le seguenti condizioni:

L'ISBEM (Istituto Scientifico Biomedico Euro Mediterraneo) avrà la responsabilità del coordinamento dell'intero Progetto, eseguendo le necessarie attività, sostenendo la totalità dei costi previsti di management, per tutta la durata del Progetto. Questi costi saranno considerati nel budget previsto per le attività produttive del Progetto, e saranno suddivise tra tutti i partecipanti secondo la loro spartizione del budget totale. Ogni partecipante subcontratterà queste quote al Consorzio ISBEM, il quale fatturerà l'ammontare a ogni partecipante su basi mensili e riceverà i pagamenti tenendo conto dei versamenti periodici del Ministero della Sanità al Progetto.

Il tutto verrà formalizzato da un Protocollo Generale di Intesa tra le parti.

3.7.6.- Sensibilizzazione e Promozione

Queste attività saranno sviluppate col supporto tecnico del sottoprogetto Management e Metodologico ed hanno l'obiettivo di sensibilizzare alle problematiche del progetto (il Coordinamento e l'Interoperabilità) ed alla promozione dei suoi risultati tra le organizzazioni (Autorità civiche e sanitarie, industrie) ed operatori non direttamente coinvolti nel processo. Il lavoro si svolgerà, lungo 4 linee di attività, seguendo le indicazioni metodologiche del Comitato Scientifico e quelle tecnologiche del Comitato Tecnico. In particolare:

• Gruppo di Utenti

Questa linea sarà responsabile di promuovere, sotto l'indirizzo del Comitato degli Utenti, gruppi di lavoro sia a livello cittadino che regionale, come forum di discussione dei requisiti, delle varie soluzioni proposte per sistemi e sottosistemi. Durante il primo anno verranno organizzati incontri per l'espressione del consenso.

Il risultato della linea 1 sarà la formazione di pareri su vari argomenti di rilevanza per il sottoprogetto.

• Standardizzazione

Questa linea sarà responsabile di identificare e mettere in pratica, sotto l'indirizzo del Comitato di Marketing, ogni iniziativa considerata utile per la promozione di SISAPU sul mercato sanitario nazionale. Una particolare rilevanza viene assegnata al contribuire alle iniziative di normalizzazione sia a livello nazionale che internazionale.

Il risultato della linea 2 sarà la produzione di materiale di documentazione.

• Inchiesta di Mercato

Questa linea sarà responsabile di effettuare, sotto la guida del Coordinamento per l'Interoperabilità dei Servizi Sanitari, l'analisi continua delle nuove soluzioni disponibili sul panorama italiano ed internazionale in modo da facilitare l'indirizzo delle attività del progetto in vista di assicurare la sua più alta possibile efficacia.

- **Piano di Sfruttamento**

Questa linea sarà responsabile di identificare, sotto la guida del Coordinamento per l'Interoperabilità dei Servizi Sanitari, la strategia per sfruttare e meglio promuovere le infrastrutture e le applicazioni risultato del SISAPU, sia da parte delle organizzazioni che ne fanno parte, sia mediante adeguati accordi di cooperazione con altri organismi.

Questa linea sarà responsabile di pensare alle estensioni di SISAPU ed alle opportunità per lanciare nuovi progetti ed iniziative finanziati dalle organizzazioni partecipanti o con fondi Regionali, Nazionali o Comunitari.

SISAPU
(Sistema Integrato Sanitario Pugliese)

SISA-BA
Sistema Integrato Sanitario di Bari

Sottoprogetto 1 - Interventi Metodologici e di Management

***Intervento 1 - Istituzione e Gestione del Coordinamento
per l'Interoperabilità dei Servizi Sanitari***

Intervento 2 – Produzione di Raccomandazioni

4.- Sottoprogetto Sp.1 Interventi metodologici e di Management

4.0.1. – Introduzione

Il progetto SISAPU, come già accennato (paragrafo 3.3 Articolazione), è stato realizzato per soddisfare la necessità della Regione di indirizzare il cittadino verso servizi sanitari appropriati (territorializzazione, informazione del cittadino, continuità di cura) e di avere strumenti per la pianificazione delle politiche sanitarie (conoscenza della domanda, delle potenzialità e dei vincoli dell'offerta). Il SISAPU si basa, pertanto, non solo sul bisogno di potenziamento delle dotazioni tecnologiche e strutturali e sulla creazione di nuovi canali comunicativi standardizzati rivolti al cittadino, ma anche sulla necessità di pensare ad un management che, in un ottica di integrazione e gestione delle conoscenze, sappia cercare, elaborare ed indirizzare informazioni utili per il progetto in questione, il cittadino e la Regione.

Per il raggiungimento delle finalità sopra espresse il SISA-PU si articola su tre livelli diversi che si sostanziano in tre differenti sottoprogetti:

Management e Metodologico. Tale livello si concretizza nella costituzione e nel funzionamento di un Coordinamento per l'Interoperabilità dei Servizi Sanitari che cura il management del progetto SISA-PU, comune per le città di Bari e Taranto, ad evitare il rischio di una pianificazione risultante dalla mera somma dei singoli interventi garantendo il coordinamento delle scelte strategiche in una logica riferita alle intere aree urbane ed al complesso dei servizi a tutela della salute.

Infrastrutturale Telematico. Tale livello consente la sperimentazione di una serie di misure armonizzate tra di loro e finalizzate nell'insieme a sviluppare modelli gestionali diversificati di riorganizzazione dei Servizi Sanitari territoriali ed Ospedalieri già presenti a Bari e Taranto.

Strutturale-tecnologico. In questo livello s'intendono realizzare specifici interventi che, tenendo conto delle caratteristiche, delle necessità e delle opportunità delle aree metropolitane di Bari e Taranto, consentano una più immediata accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari.

Gli Interventi che questo primo Sottoprogetto intende realizzare sono collegati da un unico comune denominatore: produrre non solo un unico management che si occupi dell'organizzazione e del monitoraggio dell'intero progetto ma anche una serie di linee guida che fungano da cardine per le azioni previste nel livello infrastrutturale e strutturale. Ciò consente di:

- individuare un unico soggetto responsabile del progetto ed di interfaccia con tutti gli stakeholder interessati;

- condividere e standardizzare le procedure e le metodologie utilizzate nei centri di Bari e Taranto;
- realizzare un datawarehouse in cui raccogliere tutte le informazioni relative ai sistemi sanitari dei due centri urbani .

Quanto accennato comporta un notevole valore aggiunto facilmente riscontrabile se si analizza il miglioramento ottenibile a livello di progetto:

- la visione di sistema consente di armonizzare ed integrare le singole scelte in un più ampio disegno strategico della Regione Puglia;
- la possibilità di attingere informazioni dal sistema informativo realizzato permette di fondare le politiche di programmazione sanitaria rilevazioni territoriali su più salde e costantemente aggiornate.

Il presente capitolo illustra nel dettaglio il sottoprogetto **Management e Metodologico** (si veda la Figura).

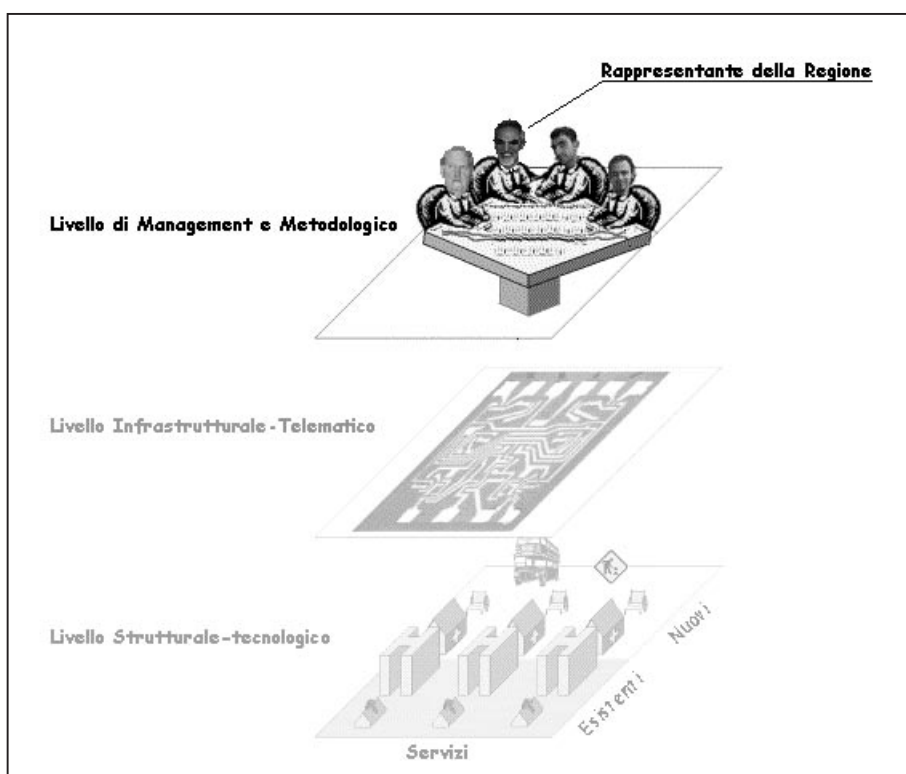


Figura: Rappresentazione grafica dell'Articolazione del Progetto SISA-PU in cui è evidenziato il livello di Management e Metodologico.

Questo primo sottoprogetto - che si occupa dei problemi generali che sorgono nell'affrontare i prerequisiti infrastrutturali - si propone di istituire e di far funzionare per il triennio di durata del progetto un **Coordinamento per la Inter-Operabilità dei Servizi Sanitari**. Esso deve svolgere, in una dimensione regionale, e senza interferire con il quotidiano agire dei singoli Servizi Sanitari del SSN - ogni azione necessaria per l'impianto di eventuali infrastrutture, che permettano di ottimizzare l'uso della telematica per la e-sanità.

In modo specifico, oltre a curare il Management del Progetto, si tratta di sviluppare un Intervento Metodologico per definire delle Raccomandazioni per implementare un'**Anagrafe delle Risorse Sanitarie** integrata, georeferenziata e dinamica, per armonizzare delle **Linee Guida** diagnostico-terapeutiche, per stabilire una metodologia affinché le **Cartelle Cliniche** siano finalizzate alla continuità assistenziale, per il coordinamento delle iniziative relative alla Prevenzione in **Ambiente di lavoro** sviluppato a Taranto col coinvolgimento delle competenze tecniche ed umane disponibili di Bari, di quelle relative alla **Qualità**, nonché di quelle di formazione a nuovi **Strumenti ed attitudini Comunicative**, insomma ogni attività necessaria per il governo dell'intero progetto.

Durante la durata del progetto il Coordinamento per l'Interoperabilità dei Servizi Sanitari (Sottoprogetto 1-CISS) si occupa pertanto di due Interventi:

Primo Intervento Svolgere per l'intero progetto (cioè far sì che tutta la struttura individuata nella proposta funzioni) gli aspetti attuativi di Pianificazione (Prima Fase, per cui i vari Sottoprogetti e Interventi si sviluppano secondo Raccomandazioni predefinite nel Sottoprogetto Sp.1) e di Monitoraggio (durante le fasi successive) della nuova modellistica funzionale con le seguenti attività:

Management di SISAPU

Sensibilizzazione sulle esigenze informative

Promozione dell'interoperabilità nei Servizi

Armonizzazione dell'esistente nelle varie province pugliesi

Standardizzazione a livelli nazionale ed internazionale

Rimuovere gli ostacoli legali ed amministrativi

Trasferibilità

Secondo Intervento La Produzione di Raccomandazioni o Linee Guida tecniche per lo sviluppo delle attività infrastrutturali e metodologiche è necessaria o facilitante per il funzionamento a sistema (coordinato ed interoperabile) della rete regionale dei Servizi Sanitari e per il successivo sviluppo di progetti operati per conto ed in nome della Regione Puglia, oppure per

conto della cooperazione tra due o più aziende o di collaborazioni pubblico-privato con l'introduzione di strumenti infrastrutturali. Si riportano, ad esempio, le Raccomandazioni per l'Ottimizzazione Percorsi Sanitari, per le Linee guida, per le Mappe Integrate delle Risorse Sanitarie, per le Metodologie per le Cartelle cliniche, per la Diagnostica Precoce e Stadiazione Oncologica che, in linea di principio e per loro natura, sono diffuse, risolubili metodologicamente in modo centralizzato (per quanto con la più ampia partecipazione e confronto con operatori ed amministratori) e sono altresì applicabili in modo trasversale a tutti e ciascuno degli attuali Servizi Territoriali ed Ospedalieri.

Il CISS per definizione è un sistema eterogovernato (da parte dei coordinatori della Sanità regionale e cittadina), senza fini propri ma di esclusivo servizio al miglior funzionamento dei Servizi sanitari. Esso ha lo scopo specifico di attivare le possibili sinergie e di rendere più facile ed accessibile l'avvicinamento dei Servizi Sanitari a tutti i cittadini, in ogni circostanza ed in particolare modo alle fasce temporaneamente o definitivamente deboli e, in ultima istanza, per ridurre le ineguaglianze.

A tale scopo il CISS farà uso intensivo delle nuove metodologie e tecnologie telematiche seguendo qui le indicazioni generali dell'AIPA e della cabina di regia per l'informatizzazione del Ministero della Salute.

In particolare il CISS, seguendo il Protocollo di Intesa tra Stato, Regione ed Enti Locali per la realizzazione dei sistemi informativi di interesse generale - concordemente con il Comitato Tecnico di coordinamento dei GIS e secondo le specifiche comuni inerenti i DB di interesse generale con risoluzione 1:1000 e 1:2000, e a tale scopo di intesa con gli altri oggetti coinvolti - agirà da attuatore per consolidare lo strato di interesse sanitario nel GIS della città.

L'alto livello di innovazione strutturale, strumentale ed organizzativa introdotta con SISA-PU potrebbe indurre resistenze generali al cambiamento nei più radicati vissuti professionali e personali degli operatori sanitari ed amministrativi della ASL metropolitana barese. Infatti su essa si possono scaricare - come su ogni altra ASL - il peso di dinamiche meramente politiche o commerciali che possono fungere da freno o da elemento distorsivo per ogni innovazione.

Ulteriore vincolo è dato dalla complessità sociale di alcune delle zone con degrado culturale, ambientale, abitativo e civile su cui specificamente SISA-PU va ad incidere dove, in alcuni soggetti culturalmente meno disponibili, la modernità dei suoi metodi può provocare reazioni di chiusura.

SISA-PU potrà trasformare questi due vincoli in opportunità, se riuscirà a presentarsi quale portatore di una sorta di "riscatto" civile da una condizione di sostanziale abbandono. A tal fine il SISA-PU deve dotarsi dell'"appeal" della modernizzazione, proponendo l'utilizzazione di livelli tecnologici visibili, attrattivi e capaci di sollecitare l'immaginario collettivo.

4.0.2. - Contesto

Il SottoProgetto segue l'evoluzione che la rivoluzione telematica sta inducendo in tutta la società, e che nel campo dell'Assistenza Sanitaria viene a introdurre la **e-sanità** (in inglese *e-health*) nuovo termine con cui si indica una vasta rete di scelte sanitarie, molte abilitate tramite Internet, con cui i pazienti diventano diretti collaboratori nei servizi sanitari.

Per anni, gli informatici medici hanno parlato di "sistemi incentrati sul paziente" ed ora Internet li ha resi possibili. I pazienti vogliono essere coinvolti nelle decisioni che riguardano la loro salute, come accedere alla propria informazione sanitaria, conoscere eventuali alternative, e ricercare efficienza ed efficacia. La e-sanità fornisce queste possibilità e la Società tutta non potrà che affrontare gli argomenti su indicati.

Il Coordinamento di per sè non aggiunge né toglie alcunché al funzionamento dei singoli presidi sanitari. In compenso rende trasparente, in modo sistemico e in tempo reale, a tutti, ivi inclusi i cittadini-utenti del sistema (i pazienti di una volta), il modo in cui il sistema sta funzionando. Se un presidio si mantiene isolato rispetto agli altri rifiutando il coordinamento, fornirà di sè una immagine di isolamento. Se invece una struttura fornisce un servizio di alto livello, i suoi indicatori di attività lo fotograferanno.

4.0.3. - Obiettivi

Questo Sottoprogetto occupandosi degli aspetti metodologici, risulta trasversale a tutti gli obiettivi specifici del Progetto SISA-PU e tende fortemente a indurre i Servizi e Presidi Sanitari a riferire la propria attività' in termini del MetaModello comune.

Il CISS si occupa dei problemi generali che sorgono nell'affrontare i prerequisiti Infrastrutturali del Coordinamento e della Interoperabilità dei Servizi Sanitari per cui viene ad articolarsi nei seguenti Interventi (di cui nelle relative schede vengono ulteriormente specificati gli obiettivi):

Intervento 1. **Istituzione e funzionamento del CISS (Management);**

Intervento 2. **Produzione di Raccomandazioni** che comprende vari sottointerventi o commesse quali

- **Definizione di Linee Guida** (Per es. per l'implementazione dell'Anagrafe delle Risorse Sanitarie).
- **Implementazione dell'Anagrafe Dinamica georeferenziata delle Risorse Sanitarie**

- **Metodologia** per finalizzare ogni tipo di **Cartelle Cliniche** alla Continuità Assistenziale.
- **Coordinamento** delle iniziative attuali a Sistema **Qualità**.
- **Coordinamento** dell'uso di **strumenti** e **attitudini comunicative** per favorire l'integrazione operativa di presidi e di operatori.

4.0.4.- Descrizione

La gestione del Progetto SISA-PU, condotta dal Coordinamento per l'Inter-operabilità dei Servizi Sanitari, è organizzata secondo una struttura modulare come riportato nello schema apposito. Tale struttura, funzionerà come descritto nel paragrafo 3.7 riguardante il SISAPU.

Le attività di **Sensibilizzazione** e di **Promozione**, saranno sviluppate col supporto del CISS con l'obiettivo di sensibilizzare alle problematiche del progetto (Coordinamento ed Inter-operabilità) ed alla promozione dei suoi risultati tra le organizzazioni (Autorità civiche e sanitarie, industrie) ed operatori non direttamente coinvolti nel processo. Il lavoro si svolgerà, lungo 4 linee.

Gruppi di Utenti Saranno promossi gruppi di lavoro sia a livello cittadino che regionale, come forum di discussione dei requisiti, delle varie soluzioni proposte per sistemi e sottosistemi. Durante il primo anno verranno organizzati incontri per l'espressione del consenso.

Standardizzazione Verrà identificata e messa in atto ogni iniziativa utile per la promozione di SISAPU sul mercato sanitario nazionale con particolare rilevanza contribuire alla normalizzazione sia nazionale che internazionale.

Inchiesta di Mercato Consiste in un'analisi continua delle nuove soluzioni disponibili sul panorama italiano ed internazionale in modo da facilitare l'indirizzamento delle attività del progetto in vista di assicurare la maggiore efficacia.

Piano di Sfruttamento Sarà la strategia per sfruttare e meglio promuovere le infrastrutture e le applicazioni risultato del SISAPU.

Il CISS creerà le condizioni per una corretta comunicazione tra i soggetti erogatori di servizi così da aumentare la consapevolezza delle capacità e le potenzialità dell'intero sistema contribuendo all'integrazione dei servizi.

SISA-PU prevede precise attribuzioni di ruoli nel processo comunicativo funzionale:

Infrastruttura: È responsabilità di chi realizza un progetto stabilire ed attuare (in conformità con quanto stabilito dal CISS) le strategie comunicative;

Contenuto Informativo: È responsabilità del CISS determinare il protocollo informativo in accordo con i fruitori del servizio (per es. i medici per quanto concerne le cartelle cliniche);

Metodi: Il CISS ha il compito di stabilire le linee guida, nonché di verificare la conformità dei progetti alle indicazioni date e l'efficacia dei risultati ottenuti;

Altro compito del CISS è creare le condizioni per una corretta comunicazione tra i soggetti erogatori di servizi così da aumentare la consapevolezza delle capacità e le potenzialità dell'intero sistema contribuendo all'integrazione dei servizi.

Compito del CISS è infine quello di garantire l'afflusso di dati significativi verso gli organi di governo (ASL, Comuni, Regione, etc).

4.0.5. - Risultati attesi

La rispondenza dei risultati alle attese del sottoprogetto, verranno a dipendere non soltanto dalla bontà dell'operato dei suoi partecipanti, ma altresì dalla loro capacità di convincimento.

Scopo globale del Sottoprogetto N° 1 è la messa in opera a livello Metodologico di iniziative atte ad ottenere la riorganizzazione e la riqualificazione dell'Assistenza sociale e sanitaria nelle città di Bari e Taranto.

Un primo risultato atteso è la stessa Costituzione del Coordinamento per l'Inter-operabilità dei Servizi Sanitari (CISS) che possa svolgere, senza disturbare il quotidiano agire dei singoli Servizi Sanitari del Servizio Sanitario Nazionale, ogni azione necessaria per l'impianto di essenziali infrastrutture, per ottimizzare l'uso della telematica per la e-sanità, quali un'Anagrafe integrata georeferenziata e dinamica dalle Risorse Sanitarie, un Sistema Qualità o la formazione del personale in termini della Comunicazione.

Un risultato attendibile è la validazione durante il triennio da parte del Ministero della Sanità della attuale compagine e struttura in qualità di "programma di sperimentazioni avente come oggetto nuovi modelli gestionali" ex articolo 9 bis della recente riforma sanitaria. Ciò infatti starebbe a significare che sono state raggiunte la convenienza economica o il miglioramento della qualità assistenziale e che il funzionamento è in coerenza con il Piano Sanitario Nazionale e Regionale.

4.0.6. - Strumenti di controllo

Ogni sottointervento ha propri sistemi di controllo; per esempio per quanto riguarda la armonizzazione di Linee Guida, per le quali è quindi necessaria una operazione di armonizzazione delle varie Linee Guida codificate per ogni singola patologia, in modo da fornire quell'orientamento per cui sono state pensate, e per la definizione di protocolli diagnostico-terapeutici comuni, che favoriscano lo scambio di informazioni ed il trattamento univoco di alcune patologie di interesse generale, il meccanismo di riprogettazione dovrà considerare la circostanza che una precedente versione delle norme non sia stata recepita positivamente e pertanto, una volta allertato il sistema dovrà provvedere a ricalibrare gli elementi da cui è sorta la devianza.

4.0.7. - Risorse: Prospetto dei costi principali dell' Intervento

QUADRO ECONOMICO RIEPILOGATIVO SOTTOPROGETTO MANAGEMENT E METODOLOGICO										
SOTTOPROGETTI	INTERVENTI	Bari			Taranto			SISAPU		
		Finanziamento	Cofinanziamento	Totale	Finanziamento	Cofinanziamento	Totale	Finanziamento	Cofinanziamento	Totale
Management e Metodologico	Istituzione e Funzionamento del Coordinamento Interoperabilità Servizi	1.110.000,00	0,00	1.110.000,00	450.000,00	0,00	450.000,00	1.560.000,00	0,00	1.560.000,00
	Produzione di Raccomandazioni (PRORAC)	4.090.000,00	0,00	4.090.000,00	1.691.000,00	0,00	1.691.000,00	5.781.000,00	0,00	5.781.000,00
	Totale € (EURO)	5.200.000,00	0,00	5.200.000,00	2.141.000,00	0,00	2.141.000,00	7.341.000,00	0,00	7.341.000,00

4.0.8.- Scheduling

Il CISS, occupandosi sostanzialmente dello sviluppo e del trasferimento di metodologie e del monitoraggio di tutti gli altri sottoprogetti, svolgerà le proprie attività per la durata complessiva del Progetto.

SISAPU
(Sistema Integrato Sanitario Pugliese)

SISA-BA
Sistema Integrato Sanitario di Bari

Interventi Metodologici e di Management

***Intervento 1 – Istituzione e gestione del Coordinamento per
per l'Interoperabilità dei Servizi Sanitari***

(Indicato come Linea di Azione 1 del Sottoprogetto CISS, nella versione SISAPU preliminare)

4.1 INTERVENTO - ISTITUZIONE E FUNZIONAMENTO DEL COORDINAMENTO INTEROPERABILITÀ SERVIZI SANITARI (CISS)

4.1.1. - Contesto

Come già descritto prima, questo Intervento si occupa della Produzione di Raccomandazioni o Linee Guida tecniche per lo sviluppo dell'attività infrastrutturali e metodologiche è necessaria o facilitante per il funzionamento a sistema (coordinato ed interoperabile) della rete regionale dei servizi sanitari. Istituzione e della Gestione del **Coordinamento per l'Interoperabilità dei Servizi Sanitari (CISS)** e cioè di tutta la attività di Management, di Sensibilizzazione, di Promozione del progetto, di Armonizzazione dell'esistente, di Standardizzazione a livelli nazionale ed internazionale, di Rimozione degli ostacoli legali ed amministrativi e di trasferibilità. Esso dovrà curare cioè che l'intera struttura individuata nella proposta funzioni adeguatamente.

E' il caso di richiamare sommariamente che la struttura, consiste in un insieme di due Comitati delle aree omogenee del progetto, ed è capace di garantire il miglior contributo effettivo dei responsabili individuali, evitando spese superflue e sforzi inutili, nelle attività tecniche e nelle iniziative dello sviluppo dei risultati.

Essi sono di seguito, mentre le loro funzioni sono meglio specificate più a valle:

- Il Consiglio di Progetto
- Il Comitato Esecutivo che potrà nomenare per delega Il Comitato degli Utenti, Il Comitato di Marketing, ed i Comitati di Gestione dei singoli Sottoprogetti (incluso quello del CISS).

4.1.2. - Obiettivi

Ogni sottointervento ha un suo specifico contesto, obiettivo descrizione dei risultati attesi e risorse che verranno più in là descritti in dettaglio durante la descrizione dei singoli sottointerventi.

4.1.3.- Descrizione

Ogni sottointervento ha un suo specifico contesto, obiettivo, descrizione, risultati attesi e risorse che saranno più in là descritti in dettaglio durante la descrizione dei singoli sottointerventi. L'attività con cui verrà a concretizzarsi il perseguimento degli obiettivi di cui sopra è per sua stessa natura, poco predefinibile, in termini di tempi o di fasi operative ed è proprio perciò che richiederà la messa a punto iniziale di un sistema di allerta.

L'intervento si organizzerà per coordinare, nella misura del possibile, gli altri Interventi e gli altri Sottoprogetti che coinvolgano interazioni e/o rapporti non pre-definiti con i Servizi e i Presidi Assistenziali, tenendo conto dell'impatto informativo-formativo che possono avere nel loro complesso.

A tale scopo appronterà una linea di strumenti comunicativi (un sitoWeb, una famiglia di CD-rom, etc. una specie di collana editoriale telematica) a cui esplicitamente sarà devoluto il compito di mantenere il mondo esterno informato dell'evoluzione e dei progressi di SISAPU.

Similarmente sarà necessario provvedere, in stretto contatto con il Direttore del Progetto SISAPU, a mantenere sotto osservazione le possibilità di lanciare nuovi progetti ed iniziative finanziati dalle organizzazioni partecipanti o con fondi Regionali, Nazionali o Comunitari con ulteriori sviluppi di fall-out e di finanziamento.

Le attività di Sensibilizzazione e Promozione terranno conto dei risultati che via via arriveranno:

- Dai gruppi di utenti e dei vari pareri consensuati su vari argomenti di rilevanza per il sottoprogetto;
- Dal materiale di documentazione proveniente da iniziative di normalizzazione sia a livello nazionale che internazionale;
- Dalle nuove soluzioni disponibili sul panorama italiano ed internazionale, ottenute da Inchieste di Mercato.

4.1.4.- Risultati attesi

- La soddisfazione complessiva di tutte le Amministrazioni partecipanti al Progetto;
- Assicurare la massima conformità di tutte le attività alle effettive necessità del progetto;
- Il collegamento con le Autorità Comunali e Sanitarie e con il Ministero della Sanità;

Il raggiungimento dei risultati attesi in una maggioranza di Sottoprogetti

4.1.5.- Risorse

Il costo complessivo dell'Intervento n° 1 Istituzione e gestione del Coordinamento per l'Interoperabilità dei Servizi Sanitari, comprensivo delle spese per il funzionamento di tutti gli Organi del Progetto e di tutte le attività enumerate, assomma per Bari e Taranto rispettivamente a Euro 1.110.000,00 e Euro 450.000,00 nel triennio.

SISABA - MANAGEMENT METODOLOGICO
Coordinamento Interoperabilità Servizi Sanitari (CISS)

Voci di costo

		finanziamento totale intervento € 1.110.000,00
1	Personale dipendente	
2	Personale a contratto/consulenza/borsa di studio	€ 900.000,00
3	Missioni	€ 80.000,00
4	Attrezzature	€ 60.000,00
5	Eventuali contributi in conto capitale	
6	Materiale di consumo	€ 10.000,00
7	Pubblicazioni/organizzazione/convegni, ecc.	
8	Elaborazioni dati ecc.	€ 60.000,00
9	Altre	
10	Spese generali strutture coinvolte	
TOTALE		€ 1.110.000,00

SISAPU

(Sistema Integrato Sanitario Pugliese)

SISA-BA

Sistema Integrato Sanitario di Bari

Interventi Metodologici e di Management

Intervento 2 – Produzione di Raccomandazioni

*(Indicato come Linea di Azione 2 del Sottoprogetto CISS nella versione SISAPU
preliminare e come Interventi dal 2 a 7 nella versione definitiva)*

4.2. INTERVENTO – PRODUZIONE DI RACCOMANDAZIONI (PRORAC)

4.2.0.1. - Contesto

Come già descritto prima, questo intervento si occupa della Produzione di Raccomandazioni o linee guida tecniche per lo sviluppo delle attività infrastrutturali e metodologiche e necessarie o facilitante per il funzionamento al sistema (coordinato ed interoperabile) della rete Regionale dei servizi sanitari e per il successivo sviluppo di Progetti operati per conto ed in nome della regione Puglia, oppure per conto della cooperazione tra una o più aziende o di collaborazioni pubbliche-private con l'introduzione di strumenti infrastrutturali. Si riportano, ad esempio le Raccomandazioni per l'Ottimizzazione Percorsi sanitari, per le Linee guida, per le Mappe integrate delle Risorse Sanitarie, per le Metodologie, per le Cartelle Cliniche, per la Diagnostica Precoce e Stadiazione Oncologica, che in linea di principio e per loro natura, sono diffuse, risolubili metodologicamente in modo centralizzato (per quanto con la più ampia partecipazione e confronto con operatori ed amministratori) e sono altresì applicabili in modo trasversale a tutti e ciascuno degli attuali Servizi Territoriali ed Ospedalieri.

4.2.0.2.- Obiettivi

Questo intervento articolato in 6 sottointerventi:

1. Sottointervento – Definizione di Linee Guida (Lin Gui)
2. Sottointervento – Implementazione Anagrafe Dinamica Geo Referenziata delle Risorse sanitarie
3. Sottointervento – Metodologie Cartelle Cliniche per Continuità Assistenziale (MetodCC)
4. Sottointervento – Coordinamento Iniziative in Ambiente di Lavoro
5. Sottointervento – Coordinamento delle Iniziative Per Un Sistema Qualità (SistQual)
6. Sottointervento – Strumenti e Attitudini Comunicative per la continuità Assistenziale (StAtCA)

4.2.0.3.- Descrizione

L'attività con cui verrà a concretizzarsi il perseguimento degli obiettivi di cui sopra è per sua stessa natura, poco predefinibile, in termini di tempi o di fasi operative ed è proprio perciò che richiederà la messa a punto iniziale di un sistema di allerta.

L'Intervento si organizzerà per coordinare, nella misura del possibile, gli altri Interventi e gli altri Sottoprogetti che coinvolgano interazioni e/o rapporti non pre-definiti con i Servizi e i Presidi Assistenziali, tenendo conto dell'impatto informativo-formativo che possono avere nel loro complesso.

A tale scopo appronterà una linea di strumenti comunicativi (un sitoWeb, una famiglia di CD-rom, etc. una specie di collana editoriale telematica) a cui esplicitamente sarà devoluto il compito di mantenere il mondo esterno informato dell'evoluzione e dei progressi di SISAPU.

Similmente sarà necessario provvedere, in stretto contatto con il Coordinatore esecutivo di SISAPU, a mantenere sotto osservazione le possibilità di lanciare nuovi progetti ed iniziative finanziati dalle organizzazioni partecipanti o con fondi Regionali, Nazionali o Comunitari con ulteriori sviluppi di fall-out e di finanziamento.

Le attività di Sensibilizzazione e Promozione terranno conto dei risultati che via via arriveranno:

- Dai gruppi di utenti e dei vari pareri consensuati su vari argomenti di rilevanza per il sottoprogetto;
- Dal materiale di documentazione proveniente da iniziative di normalizzazione sia a livello nazionale che internazionale;
- Dalle nuove soluzioni disponibili sul panorama italiano ed internazionale, ottenute da Inchieste di Mercato.

4.2.0.4.- Risultati attesi

Il risultato atteso da questo secondo intervento è la produzione di Raccomandazioni sui singoli argomenti dei singoli sottointerventi.

Ogni sottointervento ha un suo specifico contesto, obiettivo, descrizione, risultati attesi e risorse che saranno più in là descritti in dettaglio durante la descrizione dei singoli sottointerventi

4.2.0.5.- Risorse

Il costo complessivo dell'Intervento n° 2 Produzione di Raccomandazioni comprensivo delle spese per il funzionamento di tutti gli Organi del Progetto e di tutti le attività enumerate, assomma per Bari a euro 4.090.000,00 e euro 1.691.000,00 per Taranto rispettivamente nel triennio ed è pari alla somma dell'ammontare dei vari sottointerventi.

SISABA - MANAGEMENT METODOLOGICO
Produzione di Raccomandazioni (PRORAC)

Voci di costo

		finanziamento totale intervento € 4.090.000,00
1	Personale dipendente	
2	Personale a contratto/consulenza/borsa di studio	€ 2.820.000,00
3	Missioni	€ 270.000,00
4	Attrezzature	€ 205.000,00
5	Eventuali contributi in conto capitale	
6	Materiale di consumo	€ 100.000,00
7	Pubblicazioni/organizzazione/convegni, ecc.	€ 180.000,00
8	Elaborazioni dati ecc.	€ 495.000,00
9	Altre	
10	Spese generali strutture coinvolte	€ 20.000,00
	TOTALE	€ 4.090.000,00

4.2.1. SOTTO INTERVENTO - DEFINIZIONE DI LINEE GUIDA (LINGUI)

4.2.1.1.- Contesto

Le Linee Guida Clinico-Terapeutiche - per come pensate, elaborate e proposte - hanno la funzione di “supporto operativo” nei riguardi dell’attività clinico-diagnostica di routine.

L’idea che è alla loro base nasce dalla necessità - e quindi dalla opportunità - di produrre schemi di riferimento per orientare atteggiamenti e/o impostazioni clinico-terapeutiche in modo da rendere omogeneo, o quanto meno comparabile, l’orientamento degli operatori sanitari nell’affrontare le problematiche cliniche.

Le Clinical Guidelines sono, in genere, espressione di Associazioni o Società Medico-Scientifiche che ne certificano e validano la significatività scientifico-tecnica. I loro Board Editoriali provvedono a valutare la necessità, impostare la fattibilità, curare l’esecuzione, mediante i loro Opinion Leaders – e supportarne la diffusione.

Le Clinical Guidelines derivano da una procedura logica di astrazione dal particolare al generale, mediante tecniche di valutazione per analogia e di costo-beneficio su base statistica allargata. Ne derivano protocolli attuativi generali che vengono calati nel singolo caso specifico, come attuazione specifica e/o particolare di una norma generale di orientamento e suggerimento clinico-terapeutico.

La complessità e la varietà dell’ambiente clinico-scientifico internazionale ha in qualche modo influenzato il “modo di proporsi” delle Clinical Guidelines: ogni branca specialistica, infatti, accoglie nel proprio ambito più Società e/o Associazioni che esprimono il “punto di vista” dell’ambiente scientifico di fronte ad ogni settore della materia medica.

La realtà che scaturisce da questa situazione è abbastanza complicata, in quanto due fenomeni - tra loro interconnessi - influiscono significativamente sulla fruibilità delle Clinical Guidelines stesse:

- *Replicazione*: esistono molte Clinical Guidelines che prendono in considerazione lo stesso problema diagnostico-terapeutico. Poiché provengono da “scuole di pensiero” differenti, ne riflettono in qualche modo l’impostazione scientifico-sperimentale: ne deriva che tali protocolli clinico-terapeutici non sono necessariamente analoghi nell’analisi dei contenuti e nelle soluzioni operative che suggeriscono.
- *Complementarità*: ogni singola patologia può essere ovviamente considerata da punti di vista e/o di analisi sostanzialmente diversi. Ne consegue che sono stati prodotti, per moltissime alterazioni e/o affezioni, protocolli e/o flow-chart di comportamento che “interpre-

tano” l’angolo di proiezione clinico-terapeutica secondo logiche e prospettive non necessariamente complementari

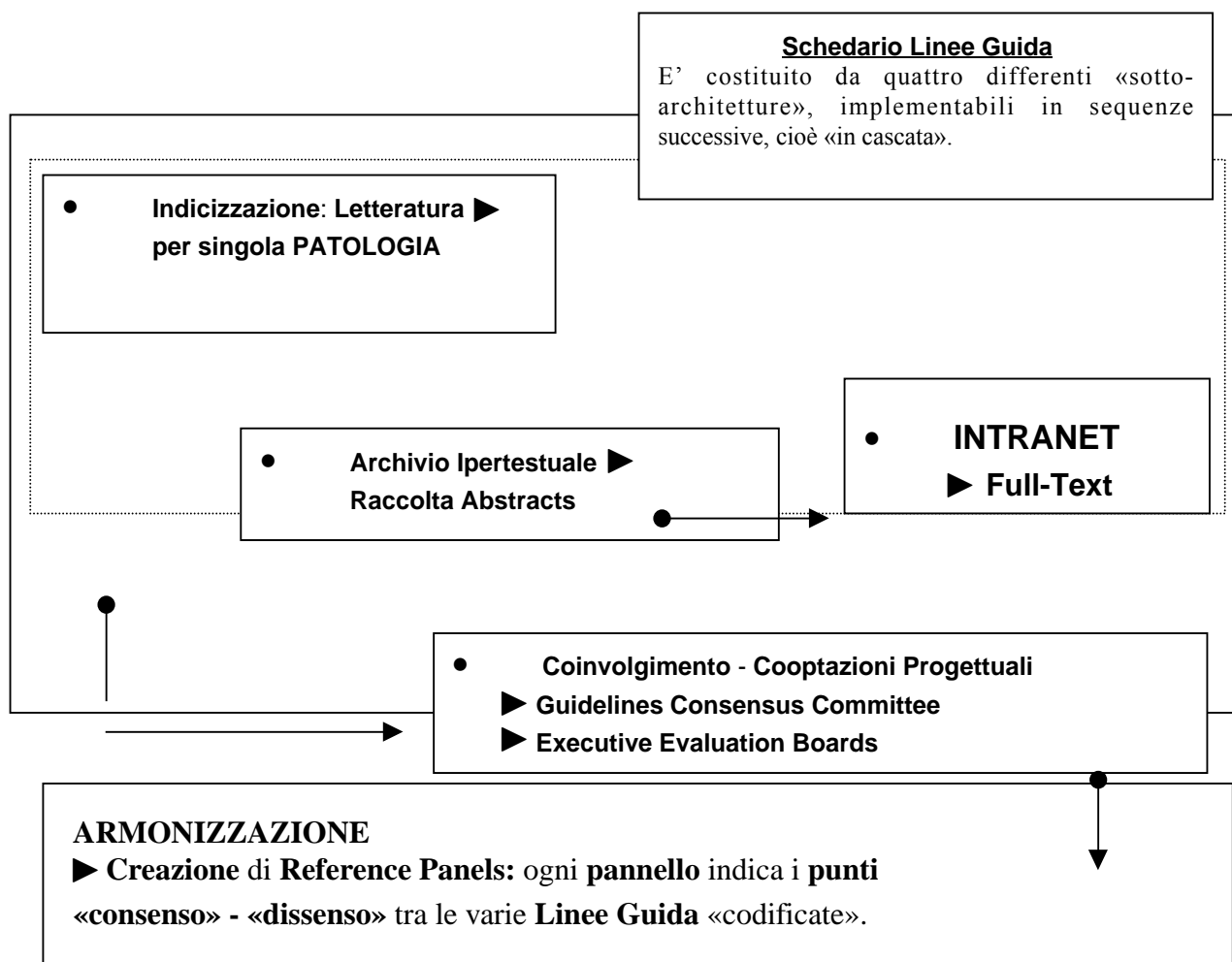
Dai dati emersi da metanalisi finalizzate, la Letteratura riporta - per ogni singola patologia – fino a 70-100 Linee Guida diverse, che sono elaborate da differenti Strutture Accademiche e/o Centri di Riferimento.

D’altra parte, non è sufficiente utilizzare il solo criterio della “origine” di una Clinical Guideline - cioè di quale Società e/o Associazione è espressione - come fattore di discriminazione, e quindi di selezione di orientamenti terapeutici, nel caso di embricature con suggerimenti tra loro significativamente divergenti.

4.2.5.2.- Obiettivi

E’ **necessaria**, e non più ulteriormente rimandabile, un’operazione di **armonizzazione** delle varie Linee Guida codificate per ogni singola patologia, in modo da fornire quella indicazione di orientamento per cui le Clinical Guidelines sono state pensate.

Un’ ipotesi di lavoro relativa ad un processo di **armonizzazione** delle Clinical Guidelines può essere ricondotta al seguente flow-chart, che prevede - come uscita operativa finale - la creazione di pannelli di valutazione critica basati, per protocolli “embricati”, sugli elementi di consenso e di dissenso tra le differenti procedure proposte.



All'interno del progetto SISA-PU è opportuno "aprire" una finestra dedicata al problema delle Clinical Guidelines, inteso come ipotesi di lavoro per produrre una significativa soluzione operativa che inizi a fornire strumenti "applicabili" di selezione e - quindi - di utilizzo di orientamenti applicativi clinico-terapeutici, in particolare per quegli argomenti che sono l'oggetto di iniziative infrastrutturali e/o strutturali.

4.2.5.3.- Descrizione

L'ipotesi proposta prevede quattro differenti stadi applicativi e presuppone l'esistenza di una infrastruttura telematica distribuita sul territorio.

1. **Infrastruttura** Creazione di una rete - territorialmente distribuita - Intranet che coinvolga un "pacchetto" sperimentale di Medici di Medicina Generale (MMG), selezionato secondo criteri di omogeneità relativamente a frequenza di patologie trattate, orientamenti clinico-professionali, atteggiamento di valutazione della rilevanza applicativa delle Clinical Guidelines, disponibilità e/o attitudine ad attività di "lavoro in rete" secondo la logica del trattamento dell'informazione in forma distribuita ed integrata.

2. **Censimento** Data l'ovvia impossibilità di applicare l'ipotesi progettuale unicamente ad un limitato pacchetto prototipale di patologie e/o situazioni clinico-terapeutiche ed al fine di produrre un'uscita esecutiva che sia significativa come "soluzione di problemi", è necessario individuare presso tale base territoriale dei MMG una o più patologie che costituiscano un "insieme omogeneo" od almeno coerente.

3. **Fabbrica di contenuti** Creazione di un portale Internet - riservato agli utenti e protetto da password di accesso - dove raccogliere e organizzare il materiale relativo allo "stato dell'arte" delle Clinical Guidelines riguardante le patologie individuate dal gruppo territoriale di MMG cooptati al progetto.

4. **Schede esecutive** Elaborazione ed immissione, sempre sul portale, di forme redazionalmente semplificate secondo logiche di strutture ipertestuali multimediali, relative alle Clinical Guidelines oggetto della sperimentazione.

Valutazione, mediante registrazione degli accessi e delle tabellazioni di frequenza, della forma più opportuna - in quanto più funzionale - di semplificazione in termini di amichevolezza del full text - inevitabilmente complesso - delle Clinical Guidelines trattate. Tale fase è da considerare prodromica all'uscita operativa finale, non necessariamente oggetto della sperimentazione, finalizzata alla costruzione, per ogni blocco di Clinical Guidelines "assemblato", di una scheda operativa del tipo "tabula absentiae et presentiae" di supporto per l'impostazione di criteri operativi di selezione e/o valutazione dell'attività clinico-terapeutica più opportuna.

4.2.5.4.- Risultati attesi

Nel triennio si intende:

- Armonizzare almeno 5 protocolli con analisi di oltre 25 Linee Guida;
- Aver raggiunto un accordo regionale (e se possibile nazionale) su una proposta da fare alle varie società scientifiche, per almeno 2 Linee Guida Armonizzate.

4.2.5.5.- Risorse

Il Costo complessivo dell' Intervento n. 2. **Definizione di Linee Guida, per Bari e Taranto è rispettivamente** di Euro 960.000,00 milioni e Euro 370.000,00

SISABA - MANAGEMENT METODOLOGICO	
<i>Linee Guida</i>	
Voci di costo	
	finanziamento totale intervento € 960.000,00
1 Personale dipendente	
2 Personale a contratto/consulenza/borsa di studio	€ 760.000,00
3 Missioni	€ 45.000,00
4 Attrezzature	
5 Eventuali contributi in conto capitale	
6 Materiale di consumo	€ 20.000,00
7 Pubblicazioni/organizzazione/convegni,ecc.	€ 25.000,00
8 Elaborazioni dati ecc.	€ 110.000,00
9 Altre	
10 Spese generali strutture coinvolte	
TOTALE	€ 960.000,00

4.2.2 SOTTOINTERVENTO - IMPLEMENTAZIONE ANAGRAFE DINAMICA GEOREFERENZIATA DELLE RISORSE SANITARIE

4.2.2.1.- Contesto

L'integrazione logica dei vari dati territoriali esistenti negli archivi dei diversi Enti pubblici operanti a livello locale favorisce il loro aggiornamento (che attualmente si mantiene a livelli decisamente bassi), per il tramite del confronto con dati omologhi contenuti in archivi legati a procedure di gestione più dinamiche. Con l'integrazione dei sistemi informativi territoriali dei diversi enti si è sempre più in grado di fornire conoscenze *geo-referenziate* (e non solo isolati dati territoriali, urbanistici, edilizi, socioeconomici, etc) e quindi informazioni integrate indispensabili per la programmazione e gestione dell'attività degli enti locali.

Generalmente l'archivio elettronico dei dati territoriali è il patrimonio primario dell'ente di competenza e il punto più critico del sistema informativo, essendo il costo di caricamento e di aggiornamento molto superiore alla spesa per la strumentazione hardware e software necessaria per gestirli. Pertanto è sempre più opportuno, e in alcuni casi diventa decisivo, pensare alla condivisione fra più enti dei dati territoriali comuni; il che non vuole dire unificare gli archivi, ma predisporli alla interconnessione logica che le nuove tecnologie oggi consentono.

L'integrazione degli archivi territoriali dei vari enti che operano nella stessa zona offre inoltre un altro vantaggio, talvolta più importante di quelli economici ed organizzativi accennati, cioè il valore aggiunto informativo che deriva dall'arricchimento di contenuti e dell'automatico aggiornamento dei dati interconnessi rispetto a quelli distinti nei singoli archivi. L'accennata sinergia informativa si ricava contestualmente dalla gestione coordinata dei dati territoriali delle varie procedure dei servizi predisposti da enti diversi nell'ambito dello stesso territorio.

4.2.2.2.- Obiettivi

Obiettivo dell'Anagrafe delle Risorse Sanitarie è la disponibilità di uno strumento di pianificazione che permette scelte di geomarketing sia applicato all'epidemiologia che alla programmazione ed alla gestione. Ad esempio la determinazione dei luoghi e dei percorsi che manifestano difficoltà o handicap per una corretta accessibilità. o il sistema semplificato di renumbering che verranno sviluppati.

4.2.2.3.- Descrizione

Mappe Integrate delle Risorse Sanitarie. L'Anagrafe delle Risorse Sanitarie Georeferenziate, predisposta dal CISS all'interno di questo sottointervento che consente la conoscenza integrata del territorio. Ad esempio, queste sono applicate all'identificazione dei vincoli urbanistici negli accessi e nei percorsi di pazienti in strutture sanitarie, onde programmare l'eliminazione dei colli di bottiglia. Verrà pertanto attivato uno studio delle variabili territoriali che si vorranno monitorare, si effettueranno dei rilevamenti aerei del territorio e, infine, si realizzerà il software necessario alla rappresentazione delle mappe.

Le varie azioni da svolgere sono:

- Predisposizione di un'Anagrafe delle Risorse Sanitarie di ogni tipo
- Georeferenziazione dell'Anagrafe di cui sopra
- Definizione delle variabili tabellari e delle loro aree geografiche di riferimento
- Georeferenziazione di tutte le Unità Amministrative (stanze, edifici, bacini di utenza, quartieri etc...)
- Inquadramento e modellizzazione della Sanità in una realtà territoriale
- Selezione degli strumenti GIS di gestione, di rappresentazione e di aggiornamento
- Definizione delle scale di classificazione di rappresentazione delle diverse carte tematiche sanitarie
- Collegamento con i dati di telerilevamento.
- Ristrutturazione dei Servizi territoriali mediante spazi di rilievo urbanistico, facilmente accessibile per bambini, disabili ed anziani
- Costituzione di una memoria di massa (dell'ordine dei Terabytes o migliaia di Gbytes) a rapido accesso multiplo (rate da 25Mbytes/sec)
- Sistemi di rappresentazione di mappe tematiche multimediali ipertestuali.

4.2.2.4.- Risultati attesi

In particolare il CISS, seguendo il Protocollo di Intesa tra Stato, Regione ed Enti Locali per la realizzazione dei sistemi informativi di interesse generale, concordemente con il Comitato Tecnico di coordinamento dei GIS e secondo le specifiche comuni inerenti i DB di interesse generale con risoluzione 1:1000 e 1:2000, e a tale scopo di intesa con gli altri oggetti coinvolti, agirà

da attuatore per consolidare lo strato di interesse sanitario nel GIS delle città. Nel triennio si intende caricare l'80 % delle Planimetrie esistenti sulle risorse sanitarie.

4.2.2.5.- Risorse

Il Costo complessivo dell'Intervento n. 3. Implementazione di un Anagrafe dinamica georeferenziata delle Risorse Sanitarie è, rispettivamente per Bari e Taranto, di Euro 1.035.000,00 e Euro 335.000,00.

SISABA - MANAGEMENT METODOLOGICO	
<i>Risorse Sanitarie Georeferenziate</i>	
Voci di costo	
	finanziamento totale intervento € 1.035.000,00
1 Personale dipendente	
2 <u>Personale a contratto/consulenza/borsa di studio</u>	€ 740.000,00
3 <u>Missioni</u>	€ 85.000,00
4 <u>Attrezzature</u>	€ 60.000,00
5 Eventuali contributi in conto capitale	
6 <u>Materiale di consumo</u>	€ 30.000,00
7 <u>Pubblicazioni/organizzazione/convegni,ecc.</u>	
8 <u>Elaborazioni dati ecc.</u>	€ 120.000,00
9 Altre	
10 <u>Spese generali strutture coinvolte</u>	
TOTALE	€ 1.035.000,00

4.2.3. SOTTOINTERVENTO - METODOLOGIA CARTELLE CLINICHE PER CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (METODCC)

4.2.3.1.- Contesto

La moderna tecnologia informatica ha enormemente facilitato il compito degli operatori sanitari che vogliano strutturare le informazioni relative ai propri pazienti in modo omogeneo. Strumenti quali i DBMS, File Maker, Visual Basic o Excel, per fare un'esemplificazione, permettono facilmente di raggiungere lo scopo.

L'esigenza della Continuità Assistenziale pone in termini nuovi il problema irrisolto dei Medical Records o delle Cartelle Cliniche. Il problema non è tanto quello di avere Cartelle Cliniche strutturate e leggibili, quanto piuttosto avere (Life Long Medical Records) intellegibili nel tempo e nello spazio da parte di altri operatori sanitari magari di diversa specialità. Essi sono inseriti in modelli diagnostico-terapeutici diversi e in periodi temporali lontani e pertanto hanno differenti conoscenze di base, considerando il processo dell'innovazione delle conoscenze medico sanitarie.

La risposta è ovviamente la Standardizzazione della Cartella Clinica ma non si tratta cioè di pretendere di standardizzare la Medicina (di cui le Cartelle Cliniche sono strumento fedele ed utile).

La soluzione è stata da tempo individuata dal Comitato Europeo di Normalizzazione (CEN) e più specificatamente dal suo Comitato Tecnico TC 251 (Medical Informatics) fornendo una prima norma sulla Architettura delle Cartelle Cliniche Elettroniche (Electronics Health Care Records) che sta evolvendo in un set di 4 norme in 5 diverse direzioni:

- Domain Medical
- EHCR Extended Architective
- Domain Teamlist
- Distribution Rules
- EHCR Messages

Per non parlare degli ulteriori sviluppi legati agli Archetipi.

Un approccio integrato su base regionale, locale, interdisciplinare - basato semplicemente sul principio che l'Eterogeneità è intrinseca alla nostra realtà sanitaria (che è altresì una realtà distribuita ed aperta) - si presenta estremamente fruttifero.

4.2.3.2.- Obiettivi

Si propone di realizzare un' applicazione delle Norme europee, tenendo conto delle realtà di partenza presenti nelle Città di Bari e Taranto.

4.2.3.3.- Descrizione

Verrà costituito un Gruppo di lavoro misto con gli utenti e gli enti normatori per svolgere il seguente programma

- Enumerare e determinare le diverse Cartelle Cliniche informatizzate presenti nelle realtà sanitarie delle Città di Bari e Taranto;
- Identificare una sub-specifica delle 4 parti della normativa europea che possa essere immediatamente assunta quale target per l'organizzazione delle suddette Cartelle Cliniche;
- Determinare gli elementi costitutivi presenti in ognuna (rappresentazione dei segni vitali, rappresentazione degli eventi temporali, sistemi di codifiche) che sono anche loro passibili di armonizzazione;
- Disegnare un piano di sviluppo per un processo di armonizzazione affinché un qualunque estratto di cartella clinica che ha origine in un qualsiasi servizio o presidio sia interpretato in modo univoco quando viene ricevuto (direttamente, tramite rete, su supporto cartaceo o tramite il paziente stesso) da un altro qualsiasi servizio o presidio.

4.2.3.4.- Risultati attesi

Si pensa che entro un triennio i primi 3 obiettivi siano stati completamente raggiunti ed il quarto con una copertura del 30%.

4.2.3.5.- Risorse

Il Costo complessivo dell'Intervento n° 4, Individuazione e messa in attività di una Metodologia le Cartelle Cliniche finalizzata alla continuità assistenziale è, rispettivamente per le città di Bari e Taranto di Euro 1.310.000,00 e Euro 421.000,00.

SISABA - MANAGEMENT METODOLOGICO*Metodologia Cartelle Cliniche***Voci di costo**

		finanziamento totale intervento € 1.310.000,00
1	Personale dipendente	
2	Personale a contratto/consulenza/borsa di studio	€ 950.000,00
3	Missioni	€ 75.000,00
4	Attrezzature	€ 65.000,00
5	Eventuali contributi in conto capitale	
6	Materiale di consumo	€ 20.000,00
7	Pubblicazioni/organizzazione/convegni,ecc.	€ 45.000,00
8	Elaborazioni dati ecc.	€ 150.000,00
9	Altre	
10	Spese generali strutture coinvolte	€ 5.000,00
TOTALE		€ 1.310.000,00

4.2.5 – SOTTOINTERVENTO – COORDINAMENTO DELLE INIZIATIVE PER UN SISTEMA QUALITÀ (SISTQUAL)

4.2.5.1.- Contesto

Spesso si è condotti ad associare ai servizi pubblici, compresa la sanità, i concetti di inefficienza, sperpero, burocrazia esasperata. Il settore del servizio pubblico convive – alla pari di quello privato – in assenza di posizioni egemoniche di monopolizzazione, ma piuttosto in un regime di costante concorrenza con altri attori privati e magari stranieri spesso innovativi, più economici ed efficaci e più facilmente raggiungibili. Alcuni esempi sono evidenti nel mondo delle telecomunicazioni, dei trasporti o dei servizi postali. In linea con l'evolversi delle bozze che regolamentano il settore dei servizi, l'accresciuta consapevolezza dei cittadini circa i loro diritti, spingono le autorità dello Stato a pretendere maggiore efficienza ed efficacia dalle strutture pubbliche; non di meno risulta la volontà degli operatori pubblici di fare riconoscere il loro operato e la loro professionalità secondo criteri stabiliti, chiari e trasparenti.

La tendenza che ormai anche nel mondo dei servizi pubblici è in via d'affermazione evidenzia la necessità di affiancare alle valenze professionali aspetti di carattere organizzativi, tecnici e gestionali, già fatti propri dal mondo industriale negli scorsi decenni, sia nel campo manifatturiero sia nel mondo dei servizi. Tematiche quali Total Quality Management (TQM), Quality Assurance, Benchmarking, Business Process Analysis, associati ai concetti di accreditamento, di standard, di requisiti minimi circolano ed animo le discussioni in quanto tutti strettamente connessi al miglioramento nella erogazione dei servizi.

Anche a livello internazionale il rovesciamento del rapporto tra offerta e domanda nel campo dei servizi sanitari ha trovato importanti e solenni riconoscimenti. La Carta di Lubiana, sottoscritta il 18 giugno 1996 da tutti i Ministri della Sanità dei paesi europei, afferma tra i principi fondamentali sui quali devono poggiare i sistemi sanitari quello di “essere centrati sulle persone” e “le riforme sanitarie devono garantire che l'opinione e le scelte dei cittadini possano esercitare un'influenza decisiva sul modo in cui i servizi sanitari sono strutturati e su come funzionano; i cittadini devono anche condividere la responsabilità per la propria salute.”

Le esperienze effettuate hanno permesso di configurare un modello che viene chiamato “Accreditamento Volontario o Professionale o all'Eccellenza”, definizione con cui si intende un'attività volontaria, sistematica e periodica, finalizzata a garantire il miglioramento continuo della qualità dei servizi sanitari, per ottenere i migliori risultati di salute possibili in base alle conoscenze scientifiche ed alle risorse disponibili. In questo modello i rappresentanti delle profes-

sioni sanitarie (società scientifiche, associazioni professionali) giocano un ruolo fondamentale, essendo gli effettivi attori dei processi di individuazione dei criteri e di verifica sul campo della conformità agli stessi.

Le motivazioni dell'attivazione dell'accreditamento si possono riportare a tre obiettivi fondamentali:

- Volontà delle strutture sanitarie e dei professionisti di avere una valutazione oggettiva dei propri livelli qualitativi. Una valutazione di esperti esterni ' importante per confermare, criticare o validare le scelte svolte localmente, permettendo di sopportare o, al contrario, spingere a rivalutare le opzioni scelte.
- Interesse delle associazioni professionali e Società Scientifiche ad attivare processi di miglioramento che vedano i professionisti parte attiva, favoriscano la crescita culturale degli operatori, garantiscano i migliori risultati sui pazienti.
- Richiesta da parte del servizio sanitario, alle strutture che richiedono convenzione, di corrispondere determinati livelli qualitativi per ottenere l'ammissione o per garantire i processi di miglioramento continuo. Il diffondersi dei sistemi pubblici di assistenza sanitaria ha determinato la ricerca di strumenti che meglio potessero garantire i soggetti paganti (servizi sanitari pubblici, assicurazioni) rispetto al reale contenuto, in termini di valore economico investito e di qualità di servizio prodotto.

La legislazione italiana in materia – attinente strettamente al servizio sanitario, per introdurre ed implementare la qualità nell'erogazione del servizio – è esplicita:

- Dl 502/1992, (accreditamento istituzionale obbligatorio) art.10 “è introdotto in via ordinaria il metodo della verifica e della revisione della qualità”
- Dl 517/1993: “ Requisiti minimi...”. Senza requisiti minimi non vi può essere autorizzazione al funzionamento.
- Legge 273/1995: L'accreditamento si configura come un percorso finalizzato al mantenimento e al miglioramento di tali attività 'sistematiche'.
- Direttiva del Consiglio dei Ministri del 27-1-94: “Carta dei servizi aziendali”.

L'Analisi Partecipata della Qualità (APQ) rappresenta uno dei progetti a più alto contenuto strategico, nel quadro più complessivo di un Programma di ricerca sulla “governance” delle società contemporanee nel contesto della globalizzazione.

Elaborata alla fine degli anni '80, come procedura di valutazione della qualità dei servizi pubblici e di interesse collettivi l'APQ, è stata messa a punto nel suo apparato teorico e metodologico nel corso di un quinquennio di applicazioni nell'ambito di ricerche riguardanti prevalentemente il settore sanitario.

Nella prima metà degli anni '90 ci sono state alcune tappe significative nella prospettiva di trasformare l'APQ, da iniziativa puntuale di verifica della qualità ad opera dei ricercatori, a sistema coordinato di azioni volte al miglioramento della qualità dei servizi socio-sanitari, grazie all'adozione, in tutto il Servizio sanitario nazionale, di un sistema di standard per quanto possibile omogeneo, funzionale anche a comparazioni sincroniche e diacroniche.

Un elemento fondamentale di questo passaggio è stato, senza dubbio, non solo il riconoscimento dell'APQ all'interno della normativa (decreto legislativo 502/93 e succ.) ma soprattutto la realizzazione, a partire dal 1995, di iniziative di formazione rivolte agli operatori sanitari, per favorire il trasferimento alle aziende sanitarie dei Know-how relativi all'APQ e la sua adozione come strumento ordinario di valutazione della qualità dei servizi prestati.

4.2.5.2.- Obiettivi

L'APQ è una procedura di valutazione di servizi pubblici e sociali in generale che prende in considerazione tre grandi aree della qualità: la qualità tecnica, la dimensione interpersonale e il comfort. L'APQ guarda al Servizio sanitario come a un intervento di interesse collettivo da valutare nel suo insieme o per parti. L'APQ considera pertanto tutti i punti di vista presenti nel servizio (cittadinanza, utenza, operatori, amministratori), ma con lo specifico angolo visuale del titolare della politica pubblica, che potrebbe essere, di fatto, il proprietario-azionista del servizio sanitario e cioè il cittadino contribuente. L'APQ si fonda sul coinvolgimento di più soggetti: le amministrazioni, lo staff tecnico (direzione dell'indagine), gli operatori dei servizi (sanitari, amministrativi, ecc.) e i cittadini, entrambi a doppio titolo come membri dello staff tecnico e come soggetti di informazione.

Una delle novità teoriche di maggiore rilievo dell'APQ risiede nella sua impostazione matriciale, nel senso che essa si basa sull'applicazione di una matrice tramite la quale si mette in relazione un fenomeno non immediatamente osservabile, la qualità, con una serie di "fenomeni indicatori" osservabili, rispetto ai quali essa diviene, per usare la terminologia propria della metodologia della ricerca sociale, un "fenomeno indicato".

La qualità viene dall'APQ scomposta in nove aree.

Le nove aree dell'APQ

- Qualità tecnica per strutture (QxS)
- Qualità tecnica per processi (QTxP)
- Qualità tecnica per esiti (QtxE)
- Qualità della dimensione interpersonale per struttura (DixS)
- Qualità della dimensione interpersonale per processi (DixP)
- Qualità della dimensione interpersonale per esiti (DixE)
- Comfort per struttura (CxS)
- Comfort per processi (CxP)
- Comfort per esiti (CxE)

Per poter valutare i fatti, dati strutturali e accadimenti all'interno di un disegno complessivo, vengono identificati, come si è detto, diversi parametri di riferimento. Nell'ambito dell'APQ si procede quindi:

- A una comparazione con standard;
- Alla registrazione di disfunzioni;
- Alla registrazione di eventi-sentinella;
- Alla registrazione di situazioni particolari di qualità.

Gli standard possono avere un carattere qualitativo (quelli che hanno un carattere di obbligatorietà) oppure orientativo (quelli che non hanno tale carattere). Per individuare, sia i primi, sia i secondi, nell'ambito dell'APQ si fa ricorso a numerose fonti.

Le disfunzioni non situazioni di mancata conformità a parametri che, non avendo il carattere della normatività e della pubblicità, non possono essere considerati standard, ma che vengono comunque considerati da rispettare in base a un senso comune consolidato.

Gli eventi sentinella sono fatti che, anche quando accadono una sola volta, possono ritenersi sintomo di una grave disfunzione all'interno del servizio che si sta valutando (sono eventi-sentinella, ad esempio, la morte di un ricoverato durante un intervento chirurgico di appendicectomia; la presenza di topi in corsia; l'erogazione di somme di denaro in favore di personale sanitario per prestazioni dovute; la lettura della cartella clinica da parte di estranei; ecc...).

Le situazioni particolari di qualità sono accadimenti che dimostrano, invece, una specifica attenzione, nel servizio che si sta valutando, al miglioramento della qualità. Ad esempio, potrebbe ritenersi tale, in una divisione di degenza italiana, l'installazione di un telefono per ogni posto-letto.

I giudizi e le opinioni che vengono presi in considerazione nell'APQ provengono sia dagli operatori appartenenti alle diverse categorie professionali, che dai cittadini.

Le norme ISO 9000 sono un modo di "gestire la qualità" che si è diffuso nel mondo in oltre 200.000 organizzazioni di ogni settore e dimensione, contribuendo a sviluppare e diffondere nel mondo la cultura della qualità, favorendo i confronti necessari per il miglioramento continuo ed il coinvolgimento di tutte le parti interessate (gli stakeholders nella sanità sono: pazienti, medici, amministratori, personale, fornitori e collettività, ecc...).

Implementare un Sistema Qualità conforme ai requisiti della norma ISO 9000 in una struttura sanitaria significa definire e ridisegnare processi, funzioni, protocolli di produzione, specifiche di prodotto, verifiche delle metodologie e della validità dei metodi impiegati, criteri di valutazione della qualità dei mezzi e delle tecnologie disponibili.

La Certificazione del Sistema Qualità di una struttura sanitaria è la procedura con cui una "parte terza" (Organismo di Certificazione) attesta al mercato (cittadino/paziente, ASL, ecc.) la rispondenza della sua organizzazione ai requisiti delle norme ISO 9000, riferimento universalmente riconosciuto per regolare il rapporto fra clienti (il cittadino/paziente) e fornitori (la struttura sanitaria). La Certificazione ha lo scopo di garantire oltre alla qualità ed affidabilità dei prodotti/servizi anche il loro continuo miglioramento.

La predisposizione delle "Carte dei servizi pubblici sanitari" e la determinazione degli indicatori di efficienza del livello delle prestazioni sanitarie presuppongono inoltre un cambiamento culturale da parte delle aziende: infatti, non è più sufficiente garantire prestazioni mediche di qualità con le risorse disponibili, ma è necessario garantire l'umanizzazione e la personalizzazione dei servizi prestati, la trasparenza e il diritto all'informazione nel rapporto con l'utente.

Come riferimento esplicito di una tale tendenza può essere considerato il caso delle strutture sanitarie della Lombardia che devono provvedere alla certificazione del Sistema Qualità

conforme ai requisiti delle norme ISO 9000 e alle specifiche di prodotto definite dalla stessa Regione, sulla base delle modalità deliberate dalla Giunta Regionale (L.R. 31/97, art. 13, com .5) avvalendosi degli Organismi di Certificazione accreditati dal SINCERT.

A tal fine si pensa di implementare il sistema di qualità secondo un modello conforme alla norma ISO 9004/2, ossia un sistema qualità certificabile conforme allo standard ISO-9001 e verificabile secondo il modello delle norme ISO10011.

- Obiettivo I* Attuare l'impianto di un sistema di monitoraggio
- Obiettivo II* Generare una struttura operativa, trasversale alle attività propriamente sanitarie
- Obiettivo III* Garantire la fidezza delle apparecchiature e della strumentazione sanitaria
- Obiettivo IV* Realizzare un sistema di gestione della documentazione
- Obiettivo V* Ridurre i costi di gestione
- Obiettivo VI* Realizzare un modello per la qualificazione dei fornitori
- Obiettivo VII* Realizzare un sistema di rilevamento continuo di customer satisfaction
- Obiettivo VIII* Progettare e rendere operativo un modello di verifica ispettiva
- Obiettivo XI* Avviare progetti di miglioramento della qualità
- Obiettivo X* Avviare ed attuare una politica che consideri il benchmarking.
- Obiettivo XI* Migliorare la propria immagine nei confronti dei clienti di riferimento.

4.2.5.3.- Descrizione

La realizzazione del progetto viene qui descritto considerando le diverse fasi che lo costituiscono.

Una prima fase dell'intervento consiste nella individuazione delle organizzazioni sanitarie tra quelle disponibili sul territorio da sottoporre all'intervento.

Conclusa la fase di individuazione e conferma sugli interventi da effettuare, si intraprenderà l'attività di realizzazione del sistema per la qualità aziendale. Per ogni unità sanitaria si dovrà programmare una serie di interventi, le cui Azioni principali sono qui elencate:

- Survey iniziale sullo stato aziendale e sue condizioni generali;
- Formazione dell'alta direzione;

- Definizione dell'organigramma aziendale, individuazione del responsabile dell'assicurazione del sistema qualità per l'azienda, dei gruppi di lavoro (team interni della qualità a livello di reparti, distretti, aree/funzioni aziendali);
- Predisposizione del sistema documentale per la qualità;
- Formazione e addestramento di tutto il personale interessato dal sistema qualità (impiegati ed operatori);
- Sorveglianza e visita ispettiva interna;
- Assistenza durante la visita;
- Assistenza nell'attuazione delle azioni correttive.

La realizzazione del sistema qualità si può considerare nella scala temporale consistere in tre macrofasi distinte:

- Survey (prima fase)
- Implementazione del sistema qualità (seconda fase)
- Realizzazione del sistema documentale
- Formazione/addestramento
- Adeguamento macchinari e strumentazione e relative documentazioni
- Sorveglianza sulla buona operatività
- Certificazione (terza fase).

4.2.5.4.- Risultati attesi

L'APQ non è di per se una analisi della qualità onnicomprensiva. Gli aspetti economici e l'adeguatezza dei protocolli diagnostici e terapeutici o delle attrezzature sanitarie, così come la stessa qualità organizzativa, sono aree solo in minima parte considerate dalla APQ. La stessa qualità organizzativa è inadeguata nelle sue manifestazioni esteriori, ma molto nelle sue dinamiche interne. E' per questo motivo che si è sempre sottolineata la necessità di una integrazione tra l'APQ e altri strumenti di analisi, che hanno, invece, una maggiore capacità di entrare nel merito delle aree suddette (cfr., ad es., metodi quali la VRQ, I DRG, ISO9000, Total Quality, ecc.).

I benefici che ci si attende di raggiungere con l'implementazione del sistema qualità nelle strutture sanitarie possono essere elencati come qui di seguito:

- maggiore coinvolgimento del personale nel processo di miglioramento continuo della Qualità;
- valorizzazione della professionalità;
- razionalizzazione del processo gestionale della documentazione
- sensibilizzazione e responsabilizzazione del personale soprattutto in front-line;
- metodica gestione delle non conformità;
- riduzione dei costi di gestione (stimabili in un 3% del fatturato –valori verificati in ambito industriale);
- riduzione degli incidenti di natura tecnica;
- maggiore prontezza della struttura nel suo insieme per fronteggiare adeguamenti di natura normativa, regolamentare e legislativa;
- possibilità di considerare parametri leggibili in termini di efficienza ed efficacia del servizio;
- maggiore chiarezza nella comunicazione con l'utenza.

La certificazione si configura inoltre come leva organizzativa per ripensare i processi aziendali, è un momento di dialogo tra attori abituati ad agire in modo isolato, è una spinta a recepire ed applicare la normativa senza ritardi e uno strumento per mettere ordine ed eliminare documenti inutili.

4.2.5.5.- Risorse

Il Costo complessivo dell'Intervento n° 6 **Coordinamento iniziative per un sistema Qualità** comprensivo di oltre 7 anni/ uomo di lavoro corrisponde rispettivamente per le città di Bari e Taranto a Euro 410.000,00 e a Euro 115.000,00.

SISABA - MANAGEMENT METODOLOGICO*Qualità***Voci di costo**

		finanziamento totale intervento € 410.000,00
1	Personale dipendente	
2	<u>Personale a contratto/consulenza/borsa di studio</u>	€ 160.000,00
3	<u>Missioni</u>	€ 35.000,00
4	<u>Attrezzature</u>	€ 70.000,00
5	Eventuali contributi in conto capitale	
6	<u>Materiale di consumo</u>	€ 20.000,00
7	<u>Pubblicazioni/organizzazione/convegni,ecc.</u>	€ 20.000,00
8	<u>Elaborazioni dati ecc.</u>	€ 90.000,00
9	Altre	
10	<u>Spese generali strutture coinvolte</u>	€ 15.000,00
	TOTALE	€ 410.000,00

4.2.6 SOTTOINTERVENTO - STRUMENTI E ATTITUDINI COMUNICATIVE PER CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (STATCA)

4.2.6.1.- Contesto

La comunicazione è uno dei principali meccanismi operativi e in tutti i settori ma assume un particolare valore in Sanità. Il presente Intervento raccoglie i dati di attività ed i risultati da ogni altro intervento attivato secondo flussi e referenti individuati in fase programmatica. In particolare la comunicazione è rilevante sui temi:

- del contesto sociale (osservatorio sociale) e ambientale (sorveglianza dei rischi ambientali) in cui si svolgono gli interventi sanitari;
- dell'analisi delle risorse (mappe integrate delle risorse sanitarie);
- dell'uso in termini di prestazioni (qualità delle prestazioni sanitarie);
- dei risultati delle prestazioni in termini di salute prodotta (ancora osservatorio sanitario).

Il sistema di gestione di tali dati li seleziona per criticità e importanza a costituire l'oggetto di iniziative mirate verso: a) la popolazione generale (nel complesso o in gruppi selezionati per età, condizione lavorativa, rischi specifici, condizioni di patologia, ecc.), b) gli utenti dei servizi e c) gli operatori sanitari.

Le attività o gli strumenti, volta a volta più idonei, si articolano intorno a quattro nuclei:

- campagne di *informazione* circa i risultati di tutte le attività svolte, miranti a produrre aumento di conoscenze;
- iniziative di “*advocacy*” per la organizzazione del consenso, miranti a produrre atteggiamenti complessivamente positivi nei confronti dell'organizzazione sanitaria;
- campagne di *educazione alla salute*, miranti a mutare stabilmente i comportamenti di gruppi a rischio;
- iniziative che organizzano l'*ascolto* dei cittadini e stabilizzano i *canali comunicativi di ritorno*, completando la bidirezionalità comunicativa per rilevare la domanda sanitaria potenzialmente esprimibile nel territorio (a fini di orientamento programmatico), e per rilevare la valutazioni del gradimento dei cittadini sulle attività (accettabilità soggettiva).

4.2.6.2.- Obiettivi

Obiettivo dell'Intervento è dunque l'attivazione di *canali comunicativi stabili* che garantiscano:

- La socializzazione delle conoscenze sulle attività svolte e sui risultati ottenuti, come valore in sé, come base per creare il consenso sociale e come strumento - partecipativo più che conflittuale - per il controllo e la valutazione collettiva degli interventi.
- Un intervento di educazione alla salute mirato sui rischi reali presenti nel territorio e sulle domande reali della popolazione.
- La conoscenza precisa di tali domande e di tali rischi come supporto fondamentale per ogni programmazione.
- La motivazione degli operatori come strumento per la più corretta gestione e il massimo potenziamento delle risorse umane

4.2.6.3.- Descrizione

Contenuto generale dell'Intervento è la attivazione di canali bidirezionali comunicativi stabili tra le Aziende Sanitarie ed i propri Operatori che garantiscano:

Verso l'esterno dell'azienda:

1.- la diffusione delle conoscenze circa le attività ed i risultati prodotti come:

1.1.- valore in sé, cruciale per l'azienda la cui committenza e i cui obiettivi si collocano nell'area dell'intervento pubblico. A questo provvederanno iniziative di informazione circa i risultati di tutte le attività svolte, miranti all'aumento delle conoscenze e localizzate presso il punto sanitario;

1.2.- base per la creazione del consenso sociale fondamentale per l'efficienza di ogni intervento di sanità pubblica (a questo provvederanno iniziative di advocacy per l'organizzazione del consenso, mirati a produrre atteggiamenti complessivamente positivi nei confronti dell'organizzazione sanitaria e localizzate presso il punto sanitario);

1.3.- strumento partecipativo più che conflittuale - per il controllo e la valutazione degli interventi da parte degli utenti fondata sulla conoscenza di dati oggettivi di risultato circa le attività sanitarie. A questo provvederanno idonee iniziative localizzate presso il punto sanitario).

2.- Un intervento di educazione alla salute mirato sui rischi reali presenti nel territorio e sulle domande reali della popolazione allo scopo di mutare stabilmente i comportamenti di gruppi a rischio (idonee campagne campagne territoriali organizzate in collaborazione con Enti e Istituti-

zioni locali: Provveditorato agli Studi, Sanita' militare, Organizzazioni imprenditoriali, sindacali, etc);

3.- La stabilizzazione di canali comunicativi di ritorno, ossia di iniziative di organizzazione dell'ascolto dei cittadini-utenti;

4.- La rilevazione, a fini di orientamento programmatico, oltreche' di orientamento preciso delle campagne di educazione alla salute, delle domande sanitarie potenzialmente esprimibili nel territorio che fatte emergere e raccolte;

5.- La rilevazione, a fini di correzione riprogrammatoria, delle valutazioni di gradimento, di accettabilita' e comunque correlate alla soggettivita' espresse da parte dei cittadini su tutte le attivita' sanitarie dell'azienda anch'esse raccolte attraverso attivita' specifiche.

Verso l'interno dell'azienda

1.- La diffusione verso ogni operatore delle conoscenze circa le attivita' svolte e i risultati prodotti, come base per l'integrazione e la finalita' dei servizi (a questo provvederanno flussi di informazione, attivati con varie modalita' comunicative (cartacea, informatica, interpersonale, etc) sui risultati delle attivita' svolte, miranti a produrre aumento di conoscenze circa l'azienda nell'azienda stessa;

2.- La motivazione degli operatori come strumento per la piu' corretta gestione e il massimo potenziamento delle risorse umane. A questo provvedono stages motivazionali, sulla valutazione comune dei dati di conoscenza diffusi, e per produrre/incrementare il senso di appartenenza/orgoglio d'azienda, mediante la consapevolezza del ruolo di ognuno nella missione fondante del servizio;

3.- Iniziative di autoascolto, finalizzato alla razionalizzazione ed integrazione delle attivita' del sistema azienda sanitaria cioe' l'autoanalisi organizzativa sistemica per analizzare e ridefinire il ruolo e le attivita' di ogni operatore nel confronto con i dati di risultato ottenuti.

4.2.6.4.- Risultati attesi

- In relazione all'obiettivo di una migliore individuazione degli obiettivi e piu' precisa articolazione delle attivita' sanitarie, perseguita nel presente Intervento attraverso la stabilizzazione di canali comunicativi. Il risultato atteso e' che elementi di ascolto della soggettivita' dei cittadini (in particolare delle fasce deboli e svantaggiate siano inseriti in maniera stabile nel processo di programmazione e riprogrammazione dei servizi;

2. In relazione all'obiettivo di mutare stabilmente i comportamenti di gruppi a rischio un risultato atteso è quello sul piano dei processi che attivano campagne di educazione alla salute mirate sui rischi reali presenti nel territorio e sulle domande reali della popolazione, raccogliere attraverso i canali di ascolto e di osservazione attivati;

Tale risultato potrà essere misurato attraverso il confronto tra il numero di tali campagne, e il numero di quelle attivate con obiettivi e bersagli decisi all'esterno dell'ASL o secondo altre dinamiche. Altro risultato atteso, sul piano degli esiti, è un miglioramento delle condizioni di salute/malattia oggetto di intervento educativo/preventivo, e tale risultato potrà essere misurato attraverso i consueti indicatori di morbilità e mortalità correntemente adoperati in epidemiologia descrittiva;

3. In relazione all'obiettivo di un miglioramento del clima esterno ai servizi, e perseguita nel presente sottoprogetto attraverso attività di advocacy (fondate sulla diffusione comunicativa degli obiettivi e dei risultati dell'azienda) risultato atteso è un aumento del consenso sociale. Tale risultato potrà essere misurato attraverso il confronto del numero di reclami pervenuti all'URP prima e dopo l'attivazione di SISAPU, in particolare per le fasce di disagio;

4. In relazione all'obiettivo di potenziamento delle risorse umane perseguita nel presente Intervento attraverso "stages" motivazionali, articolati intorno alla valutazione comune da parte degli operatori dei dati di conoscenza diffusi, risultato atteso è un incremento del senso di appartenenza/orgoglio di azienda negli operatori. Tale risultato potrà essere misurato attraverso la comparazione dei giorni di assenza per malattia richiesti dal personale ASL, prima e dopo l'attivazione di SISAPU.

5. In relazione all'obiettivo di diffusione delle conoscenze verso ogni operatore circa le attività svolte e i risultati prodotti della ASL - perseguita nel presente Intervento attraverso la attivazione di flussi di informazione di modalità comunicative diverse (cartacea, informatica, interpersonale ecc.) –sui risultati di tutte le attività svolte, il risultato atteso è una razionalizzazione organizzativa dei servizi;

Tale risultato potrà essere misurato attraverso indicatori di funzionalità e di attività dei servizi, in particolare per le fasce di disagio attraverso vari indicatori di attività specialmente indicatori di funzionalità della banca dati sui servizi attivata a quel livello.

4.2.6.5.- Risorse

Il Costo complessivo dell'Intervento n° 7 **Strumenti ed attitudini comunicative per la continuità assistenziale (StAtCA)** è rispettivamente per le città di Bari e Taranto di Euro 375.000,00 e Euro 115.000,00

SISABA - MANAGEMENT METODOLOGICO
Comunicazione

Voci di costo

finanziamento totale intervento € 375.000,00

1 Personale dipendente	
2 <u>Personale a contratto/consulenza/borsa di studio</u>	€ 210.000,00
3 <u>Missioni</u>	€ 30.000,00
4 <u>Attrezzature</u>	€ 10.000,00
5 Eventuali contributi in conto capitale	
6 <u>Materiale di consumo</u>	€ 10.000,00
7 <u>Pubblicazioni/organizzazione/convegni,ecc.</u>	€ 90.000,00
8 <u>Elaborazioni dati ecc.</u>	€ 25.000,00
9 Altre	
10 <u>Spese generali strutture coinvolte</u>	
TOTALE	€ 375.000,00

SISAPU
(Sistema Integrato Sanitario Pugliese)

SISA-BA
Sistema Integrato Sanitario di Bari

Sottoprogetto 2 - Interventi Infrastrutturali-telematici

Intervento 1 – Fruibilità Servizi Sanitari

*(Indicato come Linea di Azione 1 del Sottoprogetto RFSS nella versione SISAPU Preliminare
e come Intervento 2 nella versione definitiva)*

Intervento 2 – Rete Medici di Base

*(Indicato come Linea di Azione 1 del Sottoprogetto REMB nella versione SISAPU Preliminare
e come Intervento 3 nella versione definitiva)*

Intervento 3 – Dipartimenti Interaziendali Tecnologico Assistenziali

*(Indicato come Linea di Azione 1 del Sottoprogetto DITA nella versione SISAPU Preliminare
e come Intervento 6 nella versione definitiva)*

Intervento 4 – Sistema Informativo Clinico Area Metropolitana

(nuovo, proposto dall'ARES)

5. - Sottoprogetto Sp2 - Interventi Infrastrutturali Telematici

5.0.1.- Introduzione

Il progetto SISAPU, come già accennato (paragrafo 3.3 Articolazione), è stato realizzato per soddisfare la necessità della Regione di indirizzare il cittadino verso servizi sanitari appropriati (territorializzazione, informazione del cittadino, continuità di cura) e di avere strumenti per la pianificazione delle politiche sanitarie (conoscenza della domanda, delle potenzialità e dei vincoli dell'offerta). Il SISAPU si basa, pertanto, non solo sul bisogno di potenziamento delle dotazioni tecnologiche e strutturali e sulla creazione di nuovi canali comunicativi standardizzati rivolti al cittadino, ma anche sulla necessità di pensare ad un management che, in un ottica di integrazione e gestione delle conoscenze, sappia cercare, elaborare ed indirizzare informazioni utili per il progetto in questione, il cittadino e la Regione.

Per il raggiungimento delle finalità sopra espresse il SISA-PU si articola su tre livelli diversi che si sostanziano in tre differenti sottoprogetti:

- ✓ **Management e Metodologico.** Tale livello si concretizza nella costituzione e nel funzionamento di un Coordinamento per l'Interoperabilità dei Servizi Sanitari che cura il management del progetto SISA-PU, comune per le città di Bari e Taranto, ad evitare il rischio di una pianificazione risultante dalla mera somma dei singoli interventi garantendo il coordinamento delle scelte strategiche in una logica riferita alle intere aree urbane ed al complesso dei servizi a tutela della salute.
- ✓ **Infrastrutturale Telematico.** Tale livello consente la sperimentazione di una serie di misure armonizzate tra di loro e finalizzate nell'insieme a sviluppare modelli gestionali diversificati di riorganizzazione dei Servizi Sanitari territoriali ed Ospedalieri già presenti a Bari e Taranto.
- ✓ **Strutturale e tecnologico.** In questo livello s'intendono realizzare specifici interventi che, tenendo conto delle caratteristiche, delle necessità e delle opportunità delle aree metropolitane di Bari e Taranto, consentano una più immediata accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari.

Il presente capitolo illustra gli interventi che verranno eseguiti nel sottoprogetto Infrastrutturale Telematico raggruppati per sottoprogetto.

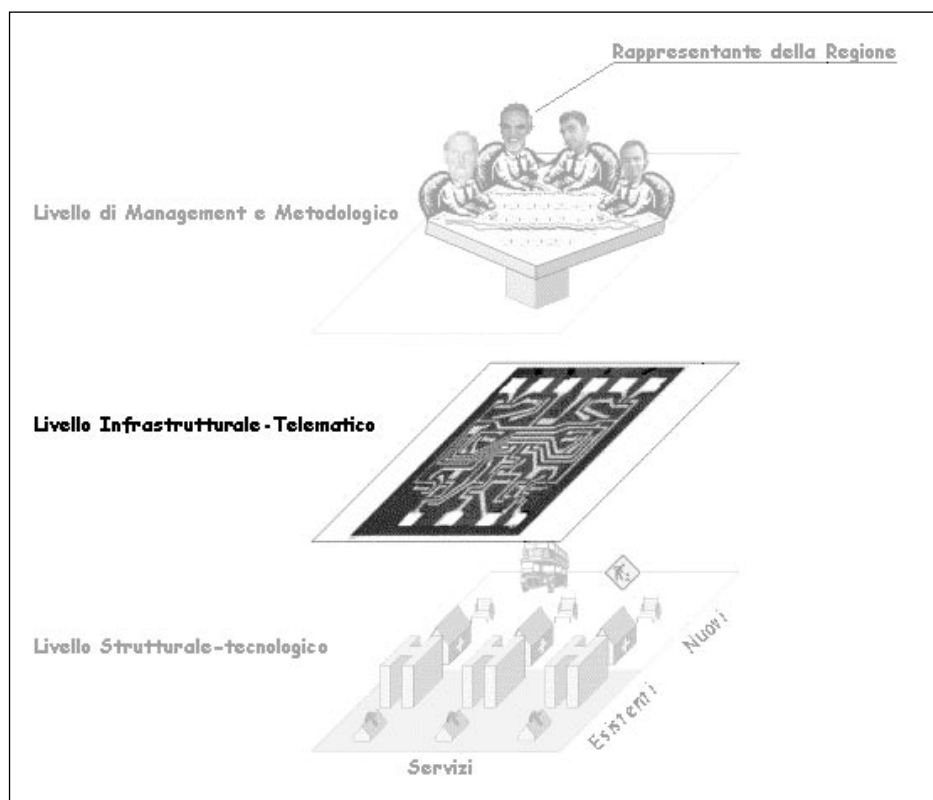


Figura: Rappresentazione grafica dell'Articolazione del Progetto SISA-PU in cui è evidenziato il livello Infrastrutturale Telematico.

In particolare, il sottoprogetto prevede:

- ✓ azioni finalizzate alla creazione di accessi, percorsi e rete mobile;
- ✓ la realizzazione di una rete dei medici di base;
- ✓ sulla base dei principi della continuità di cura e dell'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse sanitarie, di Dipartimenti Interaziendali Tecnologici Assistenziali (DITA) e del monitoraggio telematico;
- ✓ la realizzazione di un sistema Informativo clinico per l'area metropolitana finalizzato all'area di diagnostica per immagini e delle UU.OO di Patologia Clinica.

Come si può notare, le singole linee d'intervento sono state pensate, sulla base delle linee guida previste a livello di Management e Metodologico, in modo da consentire la realizzazione di opere infrastrutturali comuni per Bari e Taranto. In tal modo, avendo una visione sistemica (livello regionale) delle azioni da intraprendere, si ottiene per i due centri urbani citati:

1. omogeneità di sistemi applicativi;
2. equità di trattamento ed opportunità;
3. efficienza del sistema informativo e comunicativo.

Quanto accennato comporta un notevole valore aggiunto facilmente riscontrabile se si analizza il miglioramento ottenibile a livello:

- ✓ dei singoli cittadini che vedranno garantito il principio di continuità di cura (si pensi alla creazione di Dipartimenti Interaziendali);
- ✓ delle singole città e riassumibile nel processo di riorganizzazione del sistema sanitario locale;
- ✓ delle due città, se si pensa che, utilizzando procedure standardizzate di raccordo e perciò confrontabili, avranno nell'una il termine di confronto dell'altra;
- ✓ del coordinamento per l'interoperabilità dei servizi sanitari, che potrà realizzare un data warehouse di informazioni standardizzate base per la gestione delle conoscenze in ambito sanitario;
- ✓ della Regione Puglia che, utilizzando le elaborazioni delle informazioni ottenute come spiegato al punto precedente, potrà avvalersi del sistema costruito come base per la programmazione delle politiche sanitarie.

Si desidera precisare che gli interventi illustrati nel presente capitolo sono stati raggruppati in linee tematiche facilmente riconducibili ai sottoprogetti della versione preliminare del progetto SISA-PU.

5.0.2.- Contesto

Dall'analisi dei dati riportati nel paragrafo 2.1.3 *Il contesto sanitario in Puglia* si evince che la popolazione regionale, oltre ad aver visto crescere l'età media, è interessata da fenomeni di emarginazione legati a problematiche quali tossicodipendenza, alcolismo, emigrazione (tematiche tra l'altro di grande interesse anche a livello nazionale – si veda l'obiettivo IV del PSN 98-00). Il sistema sanitario regionale necessita pertanto di garantire l'accessibilità e la fruibilità ai propri servizi proprio per le fasce svantaggiate. Per consentire la continuità di cura, necessaria ad un'efficace ed efficiente erogazione delle cure, è inoltre auspicabile che i servizi sanitari siano tra loro integrati. Un ulteriore elemento da considerare è la necessità del superamento degli ostacoli conoscitivi derivanti dalla mancanza di informazione, comunicazione e, soprattutto, formazione di tutti gli stakeholder (operatori, cittadini, pazienti) nell'ambito particolare

di tutte quelle patologie che sempre più colpiranno la cittadinanza a causa dell'innalzamento dell'aspettativa di vita.

5.0.3.- Obiettivi

I problemi dell'accessibilità e continuità assistenziale sul territorio verranno affrontati mediante la sperimentazione di una serie di misure armonizzate tra di loro e finalizzate nell'insieme a sviluppare modelli gestionali diversificati di riorganizzazione dei Servizi Sanitari territoriali ed Ospedalieri già presenti a Bari e Taranto, e specificamente attraverso l'integrazione tra soggetti istituzionali, pubblici e privati, quali le Aziende Sanitarie di Bari e Taranto e l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Bari, gli IRCCS, i Comuni di Bari e Taranto, il terzo settore ed imprese del settore socio-sanitario e biomedico.

In particolare, questo sottoprogetto mira a raggiungere gli obiettivi che di seguito vengono presentati sulla base della classificazione riconducibile ai sottoprogetti della versione preliminare del SISAPU.

Fruibilità Servizi Sanitari (RFSS)

Creare uno strumento che consenta

- al **cittadino** di conoscere le vie di percorribilità ed accessibilità ai Presidi Sanitari
- agli **organi di governo** di modificarli laddove inadeguati.

Potenziare l'accessibilità funzionale per l'abbattimento dei tempi di comunicazione

- operatore sanitario >>> operatore sanitario
- cittadino >>> operatore sanitario.

Rete dei Medici di Base (REMB)

Il SISA-PU si presenta come Sistema Integrato Sanitario in cui i dati clinici, epidemiologici, di disponibilità di risorse, convergono e sono elaborati per diventare informazione e quindi cultura. La dinamicità e la flessibilità sono caratteristiche essenziali per il corretto funzionamento del Sistema che necessita di una continua evoluzione per adattarsi ai bisogni del cittadino-paziente.

Obiettivo di questo sottoprogetto è di informatizzare i medici di base ed integrarli nel SISR e di gestire le prescrizioni/prestazioni sanitarie rese alla popolazione; il “mettere in rete” la vasta comunità di interessi sanitari consente di ridurre l’isolamento di molti soggetti che, mal dislocati sul territorio, non possono usufruire ed integrare i dati prodotti da altre strutture. Tale necessità è ancor più evidente per gli studi dei medici di base, che per le caratteristiche specifiche della propria professione, generano la maggior parte delle prestazioni sanitarie ed orientano al consumo di farmaci.

Con questa prospettiva è auspicabile, sul territorio, l’integrazione funzionale tra medicina ospedaliera e medicina generale al fine di facilitare la gestione del percorso della malattia nel suo complesso, dalla prevenzione alla riabilitazione. Tale integrazione dei dati prodotti dal medico di base e dall’ospedale rendono gli operatori sanitari più consapevoli dell’iter complessivo di cura dell’assistito, in pieno rispetto dei principi della continuità di cura, della tutela della salute e dell’efficienza del sistema (si evitano, ad esempio, esami inutili).

L’obiettivo generale è pertanto l’implementazione di modalità di comunicazione efficienti per mezzo di una rete telematica tra gli ambulatori dei Medici di Base, le strutture dipartimentali ospedaliere ed i vari servizi della AUSL. Ciò consente la razionalizzazione e l’ottimizzazione della assistenza sanitaria.

Dipartimenti Interaziendali Tecnico Assistenziali (DITA)

Implementazione e validazione di un sistema per l’ottimizzazione delle risorse sanitarie tramite la costituzione di Dipartimenti Interaziendali Tecnologici Assistenziali

Sistema Informativo Clinico dell’Area Metropolitana (SICAM)

Creazione di dossier di dati clinici nel grande centro urbano di Bari finalizzata alla riorganizzazione dell’area diagnostica per immagini e dell’area della patologia clinica.

5.0.4.- Descrizione

Nella descrizione del livello Infrastrutturale Telematico, così come già fatto per la definizione degli obiettivi (paragrafo precedente) si fa riferimento alla classificazione riconducibile ai sottoprogetti della versione preliminare del SISAPU.

RFSS

- **Mappe Integrate delle Risorse Sanitarie (*RFSS*)**

Si userà uno strumento, quale l'Anagrafe delle Risorse Sanitarie Georeferenziate, predisposto dal **Coordinamento per l'Inter-Operabilità dei Servizi Sanitari**, che consentirà la conoscenza integrata delle risorse del territorio, l'accesso remoto mobile e la determinazione dei luoghi e dei percorsi che manifestano difficoltà o handicap per una corretta accessibilità.

Nel caso specifico queste sono applicate all'identificazione dei vincoli urbanistici negli accessi e nei percorsi di pazienti in strutture sanitarie onde programmare l'eliminazione dei colli di bottiglia. Verrà pertanto attivato uno studio delle variabili territoriali che si vorranno monitorare, si effettueranno dei rilevamenti aerei del territorio e, infine, si realizzerà il software necessario alla rappresentazione delle mappe.

Rete dei Medici di Base (REMB)

La rete telematica creata per soddisfare la necessità d'integrazione dei medici di base lavorerà su tre distinti livelli:

1. tra loro;
2. con gli altri operatori sanitari, così come previsto dal **SISA-PU**;
3. con il Sistema Informativo Sanitario Regionale (**SISR**);

è inoltre previsto l'accesso ad internet e l'attivazione di caselle di posta elettronica.

Tale infrastruttura consente l'attivazione di una serie di servizi infotelematici utile supporto all'esercizio della normale pratica medica (**prevenzione, diagnosi, terapia**) moderna. Tali servizi sono:

- Anagrafe Sanitaria dei cittadini;
- Prenotazioni di esami;
- Verifica liste d'attesa
- *Cartella clinica computerizzata*: definita dal **Coordinamento per l'Inter-Operabilità dei Servizi Sanitari**, permette:
 - a. l'accesso rapido all'archivio dei dati clinici di ciascun assistito;

- b. previo consenso dell'assistito, l'accesso ai dati inseriti anche da altri siti sanitari operanti all'interno del **SISA-PU**;
 - c. l'aggiornamento dell'anagrafe sanitario;
 - d. l'aggregazione dei dati clinici per uso epidemiologico.
- Avvisi automatici per segnalare:
 - a. La presenza di interazione/incompatibilità farmacologia,
 - b. L'opportunità di eseguire analisi preventive, etc.
 - Trasmissione in tempo reale di dati epidemiologici.

Elementi essenziali per l'ottimizzazione nell'utilizzo dell'infrastruttura e dei servizi citati sono la creazione di una **base motivazionale** per gli operatori sanitari coinvolti e per i cittadini e l'attivazione di un **percorso formativo** per i medici di base.

In definitiva questa linea d'azione, contribuendo allo snellimento della circolazione di dati e informazioni sanitarie (il medico di base fornisce gli uni ed usufruisce delle altre in tempo reale), favorisce l'integrazione delle conoscenze.

Dipartimenti Interaziendali Tecnologico Assistenziale (DITA)

- Realizzazione di Dipartimenti Interaziendali Tecnologico-Assistenziale

Sistema Informativo Clinico dell'Area Metropolitana (SICAM)

Il progetto che si articola in due fasi operative:

Fase 1: progettazione complessiva dell'intervento, implementazione/integrazione del sistema **RIS-PACS** e del sistema informativo per la Patologia Clinica nell'area metropolitana di Bari.

Fase 2: progettazione complessiva dell'intervento, implementazione/integrazione dei sistemi suddetti nell'area metropolitana di Bari

Gli elementi tecnologici di seguito descritti per la realizzazione dei sistemi sopra descritti, prendono in considerazione i seguenti punti:

- Definizione di hardware (HW) e software (SW) di ultima generazione;
- Architettura distribuita su diversi sistemi di archiviazione per garantire una veloce e sicura disponibilità dei dati clinici, referti, risultati ed immagini;

- Rispetto degli standard di comunicazione più diffusi tra sistemi informatici (HL7 per i sistemi informativi ospedalieri, DICOM 3.0 per la gestione di immagini radiologiche);
- Strumenti a garanzia dei livelli di sicurezza e riservatezza dei dati trattati.

L'implementazione del sistema di gestione di dati ed immagini dell'Area di diagnostica per Immagini verrà effettuata sulla base di un'analisi e valutazione del parco tecnologico in dotazione nell'AO Policlinico di Bari (UU.OO. di radiologia, Medicina Nucleare e Radioterapia) in modo da garantire la possibilità di generare e ricevere dati nel formato standard di comunicazione (immagini in formato DICOM) tramite adeguamenti/sostituzioni delle tecnologie in dotazione.

I "Motori" del sistema di gestione delle UU.OO. di Diagnostica per immagini sono il sistema di gestione di dati clinici **RIS** (Radiology Information System) ed il sistema di gestione di immagini radiologiche **PACS** (Picture Archived Communication System) che, attraverso opportuni moduli di integrazione, disegnano e supportano il flusso di lavoro radiologico.

5.0.5.- Risultati Attesi

Anche per l'analisi dei risultati attesi, così come già fatto per i paragrafi precedenti, si fa riferimento alla classificazione riconducibile ai sottoprogetti della versione preliminare del SISAPU

Mappe integrate delle Risorse Sanitarie (RFSS)

Per quanto riguarda l'utilizzo delle Mappe si tratta infine di integrare le conoscenze per arrivare ad uno strumento utile agli enti locali per la programmazione e gestione delle attività ed al cittadino per la conoscenza dei percorsi d'accesso ai servizi.

Rete dei Medici di Base (REMB)

L'intervento mira ad avere una moderna medicina di base, sviluppata sulle certezze dell'agire del medico, le cui decisioni devono essere fondate su prove ed analisi oggettive (evidence-based medicine) e non su conoscenze ed esperienze prevalentemente soggettive.

L'intervento comporta un salto culturale, un modo nuovo di concepire, organizzare ed espletare la medicina territoriale ed ospedaliera, al passo con i tempi, sia dal punto di vista socio-sanitario che economico, nell'interesse del paziente-utente e quindi della comunità tutta.

Fra gli altri i risultati più rilevanti saranno:

1. Accesso a una vasta sorgente di dati disponibili nel panorama locale e nazionale;
2. Accessibilità on-line alle informazioni sanitarie relative al paziente;
3. Fruibilità epidemiologica dei dati resi disponibili dai medici di base; cosa utile inoltre per un adeguamento mirato delle strutture sanitarie alle realtà locali;
4. Miglioramento dell'accessibilità al servizio sanitario dei pazienti-utenti, mediante il previsto collegamento della rete dei medici di base al CUP;
5. Canale telematico per un aggiornamento, professionale e sanitario, in tempo reale e per tutti i medici connessi in rete.

Non meno rilevante è peraltro l'**impatto economico** che può derivarne per effetto:

- della maggiore e più tempestiva consapevolezza dell'entità e della natura della spesa indotta da parte dei soggetti prescrittori;
- dei possibili interventi correttivi sui comportamenti prescrittivi, conseguenti alla reale potenzialità di pianificare e gestire la domanda e l'offerta dei servizi sanitari;
- della effettiva condivisione dell'informazione clinico-sanitaria dei pazienti, che consente una maggiore appropriatezza e razionalizzazione della domanda di prestazioni specialistiche, diagnostico-terapeutiche e di ricoveri ospedalieri.

Dipartimenti Interaziendali Tecnologico Assistenziale (DITA)

1. L'attivazione di **dipartimenti per specialità** cliniche quali: Malattie Cardiovascolari, Endocrino-Metaboliche, Neuroscienze, Materno Infantile e Salute della Donna; con la gestione integrata delle **tecnologie biomediche e dell'information technology** attraverso il Dipartimento di Ingegneria Clinica e dell'integrazione informatica, al fine di garantire la comunicazione tra i dipartimenti interaziendali clinici e l'accesso alle informazioni cliniche del paziente;
2. **L'integrazione con i sistemi informativi delle aziende sanitarie** ed enti coinvolti per la costruzione dei dizionari comuni definiti dal Coordinamento per l'Inter-Operabilità dei Servizi Sanitari (ad esempio dati anagrafici del paziente);
3. L'integrazione con la rete dei medici di base;

Sistema Informativo Clinico dell'Area Metropolitana (SICAM)

A livello dell'*utente finale (cittadino)*:

- soddisfare ai propri bisogni sanitari in modo più efficiente, semplice e veloce,
- garantire maggiore efficacia nel processo diagnostico-terapeutico,
- diminuire il rischio di errori medici dovuti alla mancanza di dati clinici;

A livello degli utenti intermedi (MMG, PLS e MS):

- rendere disponibili le informazioni cliniche essenziale, facilitando l'inquadramento diagnostico - terapeutico dell'assistito,
- accedere in modo semplice alla prenotazione di prestazioni erogate dalle strutture a livello metropolitano e regionale,
- consultare, dopo l'effettuazione della prestazioni, i risultati, referti ed immagini di competenza dei propri assistiti.

A livello delle Istituzioni Sanitarie metropolitane:

- migliorare la propria efficienza operativa,
- diminuire le liste di attesa, ottimizzando l'utilizzo delle risorse a disposizione sull'intero territorio regionale,
- ottimizzare l'impegno delle risorse umane.

5.0.6. - Strumenti di controllo

Si ricorda, prima di esplicitare alcuni degli strumenti utilizzati per il controllo, che l'attività di gestione e monitoraggio delle singole linee d'azione e dei relativi management vengono realizzate sotto la guida del Coordinamento ed Interoperabilità dei Servizi Sanitari. Ciò consente da un lato di mantenere inalterata la visione di sistema che caratterizza l'intero progetto SISA-PU e dall'altro di garantire l'effettivo raggiungimento degli obiettivi fissati nelle diverse linee d'azione.

Gli strumenti che quantificano e misurano l'avanzamento e la realizzazione del progetto, consentendone l'eventuale riprogettazione, sono rappresentati da:

- report conoscitivo che descriva lo stato di avanzamento delle singole linee d'azione, che include la descrizione puntuale delle attività delle singole Fasi, dei risultati ottenuti, degli obiettivi raggiunti e dell'uso delle risorse.
- disponibilità di un sistema informativo per il Dipartimento Interaziendale Assistenziale.
- numero di medici che operano in rete

L'elencazione sopra riportata non deve essere considerata esaustiva in quanto, in sede di progettazione esecutiva, sarà compito del CISS allargare tale elenco in base alle necessità riscontrate.

5.0.7 - Risorse

Le cifre in tabella sono da considerarsi in Euro

QUADRO ECONOMICO RIEPILOGATIVO SOTTOPROGETTO INFRASTRUTTURALE TECNOLOGICO										
SOTTOPROGETTI	INTERVENTI	Bari			Taranto			SISAPU		
		Finanziamento	Cofinanziamento	Totale	Finanziamento	Cofinanziamento	Totale	Finanziamento	Cofinanziamento	Totale
Infrastrutturale Telematico	Fruibilità Servizi Sanitari	1.000.000,00	0,00	1.000.000,00	0,00	0,00	0,00	1.000.000,00	0,00	1.000.000,00
	Rete Medici di Base	2.300.000,00	0,00	2.300.000,00	1.000.190,00	0,00	1.000.190,00	3.300.190,00	0,00	3.300.190,00
	DITA	2.000.000,00	0,00	2.000.000,00	2.000.000,00	0,00	2.000.000,00	4.000.000,00	0,00	4.000.000,00
	SICAM	11.368.486,25	0,00	11.368.486,25	0,00	0,00	0,00	11.368.486,25	0,00	11.368.486,25
	Totale € (EURO)	16.668.486,25	0,00	16.668.486,25	3.000.190,00	0,00	3.000.190,00	19.668.676,25	0,00	19.668.676,25

SISAPU
(Sistema Integrato Sanitario Pugliese)

SISA-BA
Sistema Integrato Sanitario di Bari

Interventi Infrastrutturali-telematici

Intervento 1 – Fruibilità Servizi Sanitari

(Indicato come Linea di Azione 1 del Sottoprogetto RFSS nella versione SISAPU Preliminare e come Intervento 2 nella versione definitiva)

5.1 – INTERVENTO - FRUIBILITÀ DEI SERVIZI SANITARI

5.1.1 - Contesto

L'aumento dell'età media della popolazione impone l'urgenza di interventi per rendere la città vivibile anche da chi non è perfettamente efficiente (difficoltà di deambulazione e di orientamento).

Gli anziani incontrano ogni giorno un numero di barriere architettoniche e percettive: una scala senza corrimano, una distanza piuttosto lunga da percorrere priva di zone per la sosta, delle indicazioni scritte o verbali di difficile comprensione per chi ha problemi di vista/udito sono barriere che demoralizzano, e spingono a rinunciare alla fruizione della città. Un anziano deve affrontare un'architettura ostile dove il concetto di accessibilità viene affidato alla presenza di una rampetta metallica, di un bagno di dimensioni esagerate o di un servoscala che nessuno ha il coraggio di usare.

Inoltre lo spazio, se organizzato con particolari accorgimenti ed indizi supplementari, particolarmente comunicativi per le specifiche categorie (non vedenti, ipovedenti, non udenti), diventa confortevole e pertanto apprezzato non solo dagli anziani, ma in generale da tutti i cittadini. Poter disporre, accanto alle sedute e agli appoggi ischiatici per la sosta o ai corrimano lungo le scale, di un plastico dell'edificio o della sua planimetria a rilievo e della reale distribuzione interna degli spazi, ad esempio facilita l'orientamento.

Buona parte del patrimonio architettonico sanitario in Italia invece non è fisicamente accessibile agli anziani né a coloro che hanno dei problemi fisico-percettivi. Mentre i problemi di accessibilità sono ampiamente risolvibili, nel nostro paese esistono edifici aperti al pubblico nei quali entrare costituisce una grossa fatica.

L'urbanistica deve abbandonare la tendenza ad ampliare le dimensioni dei luoghi per dare risposte ai problemi e procedere ad innovare i modelli gestionali delle funzioni urbane, facendole assurgere al ruolo di poli ordinatori dei sistemi urbani.

Si tratta semplicemente di pensare a far manutenzione in città: riparare, ristrutturare, controllare, adeguare, riorganizzare ogni suo luogo e le attività che vi si svolgono. Molte funzioni urbane vengono tutt'oggi svolte come nel passato quando erano in pochi ad avere relazioni con enti e istituzioni pubbliche.

Per ragioni di univocità di identificazione, per garantire la confrontabilità e i riferimenti incrociati, le informazioni relative ad uno stesso territorio anche se gestite da enti diversi, devono essere strutturate relativamente ad un unico riferimento territoriale (per esempio: via, n° civico, coordinate, ecc.) ed avere una comune base.

La integrazione logica dei vari dati territoriali esistenti negli archivi dei diversi enti pubblici operanti a livello locale inoltre favorisce il loro aggiornamento (che attualmente si mantiene a livelli decisamente bassi), per il tramite del confronto con dati omologhi contenuti in archivi legati a procedure di gestione più dinamiche; con la integrazione dei sistemi informativi territoriali dei diversi enti si è sempre più in grado di fornire conoscenze *geo-referenziate* (e non solo isolati dati territoriali, urbanistici, edilizi, socioeconomici, ecc.), informazioni integrate indispensabili per la programmazione e gestione dell'attività degli enti locali.

Generalmente l'archivio elettronico dei dati territoriali è il patrimonio primario dell'ente di competenza e il punto più critico del sistema informativo, essendo il costo di caricamento e di aggiornamento molto superiore alla spesa per la strumentazione hardware e software necessaria per gestirli. Pertanto è sempre più opportuno, e in alcuni casi diventa decisivo, pensare alla condivisione fra più enti dei dati territoriali comuni; il che non vuole dire unificare gli archivi, ma predisporli alla interconnessione logica che le nuove tecnologie oggi consentono. L'integrazione degli archivi territoriali dei vari enti che operano nella stessa zona offre inoltre un altro vantaggio, talvolta più importante di quelli economici ed organizzativi accennati, cioè il valore aggiunto informativo che deriva dall'arricchimento di contenuti e dell'automatico aggiornamento dei dati interconnessi rispetto a quelli distinti nei singoli archivi. L'accennata sinergia informativa si ricava contestualmente dalla gestione coordinata dei dati territoriali delle varie procedure dei servizi predisposti da enti diversi nell'ambito dello stesso territorio.

In un sistema sanitario organizzato in rete, è necessario garantire ad ogni soggetto una efficace *accessibilità funzionale*: a seconda del particolare bisogno espresso dovrà essere fornito il canale comunicativo più efficiente (il cittadino in condizioni di emergenza ha urgenza di comunicare con un medico specialista, ma spesso si trova a dover passare attraverso numerosi centralini intermedi perdendo così del tempo prezioso; spesso c'è necessità di operare collegamenti tra operatori (medici, paramedici, amministrativi, ...) per comunicazioni urgenti anche al di fuori della sede di lavoro).

5.1.2 - Obiettivi

Creare uno strumento che consenta

- al **cittadino** di conoscere le vie di percorribilità ed accessibilità ai Presidi Sanitari
- agli **organi di governo** di modificarli laddove inadeguati.

Potenziare l'accessibilità funzionale per l'abbattimento dei tempi di comunicazione

- operatore sanitario >>> operatore sanitario
- cittadino >>> operatore sanitario.

5.1.3 – Descrizione

Verrà utilizzata una Anagrafe Georeferenziata delle Risorse Sanitarie

Sarà necessario compiere una serie di azioni (previste nel sottoprogetto Management e Metodologico):

- Predisposizione di un'Anagrafe delle Risorse Sanitarie di ogni tipo
- Georeferenziazione dell'Anagrafe di cui sopra
- Definizione delle variabili tabellari e delle loro aree geografiche di riferimento
- Georeferenziazione di tutte le Unità Amministrative (stanze, edifici, bacini di utenza, quartieri ecc...)
- Inquadramento e modellizzazione della Sanità in una realtà territoriale
- Selezione degli strumenti GIS (*Geographical Information System*) di gestione, di rappresentazione e di aggiornamento
- Definizione delle scale di classificazione di rappresentazione delle diverse carte tematiche sanitarie
- Collegamento con i dati di telerilevamento.
- Ristrutturazione dei Servizi territoriali mediante spazi di rilievo urbanistico, facilmente accessibile per bambini, disabili ed anziani
- Costituzione di una memoria di massa (dell'ordine dei Terabytes o migliaia di Gbytes) a rapido accesso multiplo (rate da 25Mbytes/sec)
- Sistemi di rappresentazione di mappe tematiche multimediali ipertestuali;

Su tale Anagrafe integrata viene estratto l'insieme dei servizi "aperti al pubblico" e per ognuno di essi viene determinato il percorso di accessibilità, definito un indice di facilità di accesso che tenga conto della percorribilità, degli eventuali ostacoli fisici e/o psichici alla sua accessibilità da parte delle diverse categorie di cittadini.

Su tale insieme di percorsi viene definito un piano di interventi in cui si distinguono;

- a.- Un primo insieme di Presidi e Servizi che non richiedono alcun intervento per la piena e totale accessibilità e fruibilità da parte dei cittadini di ogni sorte.
- b.- Un certo secondo insieme di Presidi e Servizi che richiedono interventi organizzativi e/o piccoli interventi edilizi che facilitino la restituzione a piena fruibilità.

- c.- Un certo terzo insieme di Presidi e Servizi che richiedono interventi edilizi con definizione di percorribilità alternativa.
- d.- Un rimanente insieme di Presidi e Servizi che richiedono interventi edilizi di media/grande entità per cui sono richieste progettazioni ad-hoc, a cui, in attesa di tali interventi, si dà la definizione di Presidio o Servizio ad accessibilità temporaneamente ridotta secondo la fruibilità parziale xxx o yyy e di cui si dà generale informazione a tutta la popolazione.

Verrà predisposto un sito web che, interrogato, dia per ogni Presidio e Servizio l'indice di sua accessibilità e per ogni categoria di Presidi e Servizi l'insieme di quelli ad accessibilità totale e/o parziale indicando anche le tipologie di disagi.

5.1.4 - Risultati attesi

Per quanto riguarda l'utilizzo delle Mappe si tratta infine di integrare le conoscenze per arrivare ad uno strumento utile agli enti locali per la programmazione e gestione delle attività ed al cittadino per la conoscenza dei percorsi d'accesso ai servizi.

5.1.5 - Risorse

Il costo complessivo, comprensivo delle spese per il funzionamento di tutti gli Organi del SottoProgetto e di tutte le attività enumerate, assomma per il triennio in Euro 1.000.000,00 per la sola città di Bari.

SISABA - INFRASTRUTTURALE TECNOLOGICO
FRUIBILITA' SERVIZI SANITARI

Voci di costo

finanziamento totale intervento € 1.000.000,00

1 Personale dipendente	
2 <u>Personale a contratto/consulenza/borsa di studio</u>	€ 200.000,00
3 <u>Missioni</u>	€ 100.000,00
4 <u>Attrezzature</u>	€ 230.000,00
5 Eventuali contributi in conto capitale	
6 <u>Materiale di consumo</u>	€ 50.000,00
7 <u>Pubblicazioni/organizzazione/convegni,ecc.</u>	€ 50.000,00
8 <u>Elaborazioni dati ecc.</u>	€ 350.000,00
9 Altre	
10 <u>Spese generali strutture coinvolte</u>	€ 20.000,00
TOTALE	€ 1.000.000,00

SISAPU
(Sistema Integrato Sanitario Pugliese)

SISA-BA
Sistema Integrato Sanitario di Bari

Interventi Infrastrutturali-telematici

Intervento 2 – Rete Medici di Base

*(Indicato come Linea di Azione 1 del Sottoprogetto REMB nella versione SISAPU Preliminare come Intervento 3
nella versione definitiva)*

5.2 – INTERVENTO - RETE MEDICI DI BASE

5.2.1 - Contesto

In questi anni si assiste ad una trasformazione del modello sanitario da *sistema isolato* a *sistema integrato*. Cresce l'interdipendenza ed il bisogno di comunicare tra soggetti diversi (istituzioni nazionali, enti locali, aziende sanitarie pubbliche, organizzazioni private, etc.).

Questo trend finalizzato ad una maggiore efficacia ed efficienza del Servizio Sanitario necessita dell'impiego di strumenti telematici per una maggiore diffusione delle informazioni e, conseguentemente, una semplificazione dell'accesso ai servizi.

I bisogni del medico, ad oggi, sono solo parzialmente soddisfatti dai molti **sistemi di archiviazione dei dati**. Tali sistemi, infatti, sono mirati al **singolo medico** che è sì **produttore** ma, purtroppo, **fruitore unico** dei propri dati. Manca, pertanto, quell'elemento d'integrazione che consentirebbe di accrescere il valore del **dato** trasformandolo in **informazione** disponibile ed accessibile. Tale integrazione è infatti alla base delle modificazioni culturali e strategiche auspiccate nel Piano Sanitario Nazionale (pag.8) e che condurrebbero alla elaborazione di politiche intersettoriali di promozione alla salute.

5.2.2 - Obiettivi

Il SISA-PU si presenta come Sistema Integrato Sanitario in cui i **dati** clinici, epidemiologici, di disponibilità di risorse, convergono e sono elaborati per diventare **informazione** e quindi **cultura**. La **dinamicità** e la **flessibilità** sono caratteristiche essenziali per il corretto funzionamento del Sistema che necessita di una continua evoluzione per adattarsi ai bisogni del **cittadino-paziente**.

Obiettivo di questo sottoprogetto è di informatizzare i medici di base ed integrarli nel SISR e di gestire le prescrizioni/prestazioni sanitarie rese alla popolazione; il "mettere in rete" la vasta comunità di interessi sanitari consente di ridurre l'isolamento di molti soggetti che, mal dislocati sul territorio, non possono usufruire ed integrare i dati prodotti da altre strutture. Tale necessità è ancor più evidente per gli studi dei medici di base, che per le caratteristiche specifiche della propria professione, generano la maggior parte delle prestazioni sanitarie ed orientano al consumo di farmaci.

Con questa prospettiva è auspicabile, sul territorio, l'integrazione funzionale tra medicina ospedaliera e medicina generale al fine di facilitare la gestione del percorso della malattia nel suo complesso, dalla prevenzione alla riabilitazione. Tale integrazione dei dati prodotti dal medico di base e dall'ospedale rendono gli operatori sanitari più consapevoli dell'iter complessivo di cura dell'assi-

stato, in pieno rispetto dei principi della continuità di cura, della tutela della salute e dell'efficienza del sistema (si evitano, ad esempio, esami inutili).

L'obiettivo generale è pertanto l'implementazione di modalità di comunicazione efficienti per mezzo di una rete telematica tra gli ambulatori dei Medici di Base, le strutture dipartimentali ospedaliere ed i vari servizi della AUSL. Ciò consente la razionalizzazione e l'ottimizzazione della assistenza sanitaria.

5.2.3 - Descrizione

Il sottoprogetto utilizza la rete telematica per soddisfare la necessità d'integrazione dei medici di base sui tre livelli descritti in precedenza. Tale infrastruttura consente l'attivazione di una serie di servizi telematici a medici e pazienti. Infatti i medici, oltre ad avere una più immediata possibilità di confronto, possono prendere visione del percorso terapeutico seguito dal paziente; questi ultimi vedono snellirsi e semplificarsi le procedure di accesso al servizio sanitario.

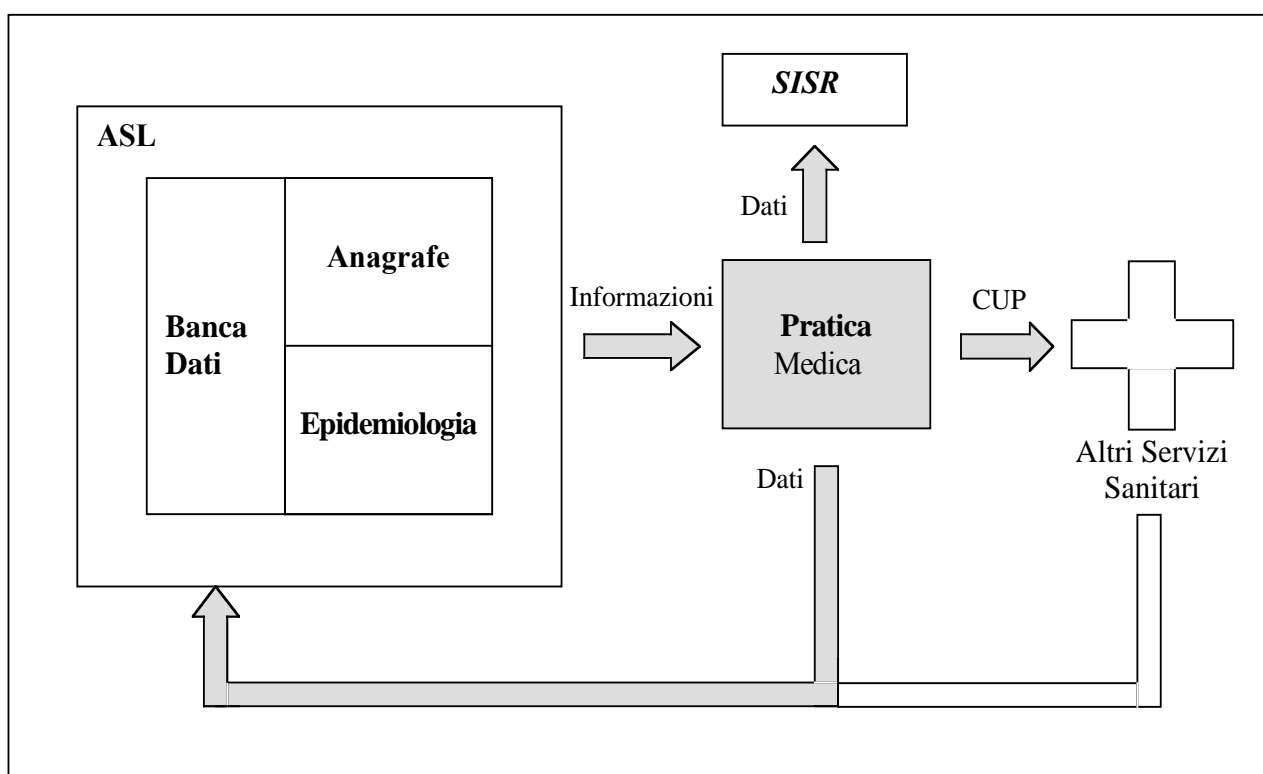


Figura 1: rappresentazione della Rete dei Medici di Base

Come accennato nell'analisi di contesto, il sottoprogetto realizza l'infrastruttura mediante la quale è possibile, **in tempo reale**:

- fornire dati, così come risultanti dalla pratica medica, al “servizio di epidemiologia” (previsto dalla legge.....) della ASL;
- far circolare le informazioni a flusso continuo;
- garantire un collegamento con il SISR.

Tale infrastruttura rappresenta la base per l'attivazione di una serie di servizi infotelematici utile supporto all'esercizio della normale pratica medica (**prevenzione, diagnosi, terapia** - figura 2).

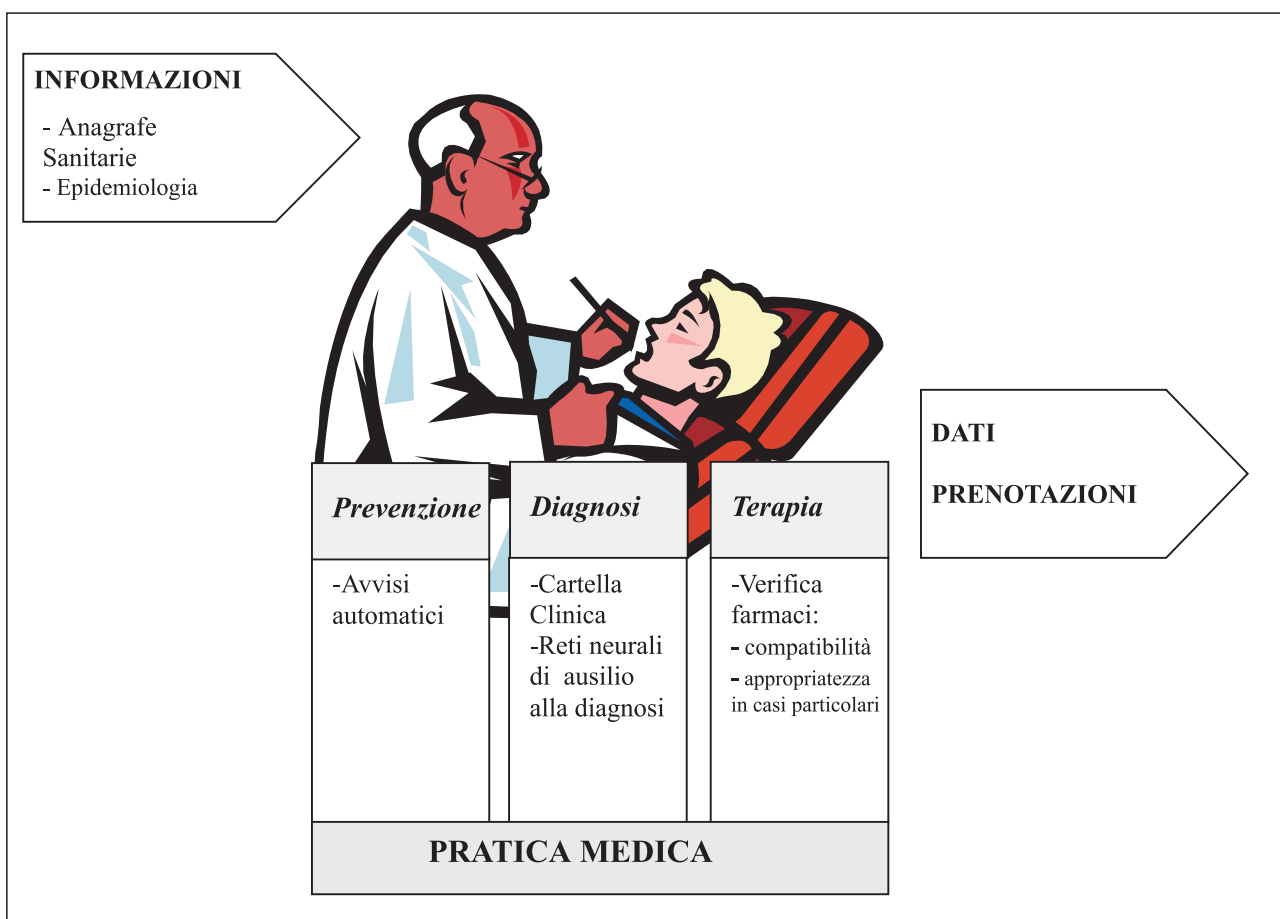


Figura 2: servizi telematici per l'esercizio della pratica medica

In particolare il sottoprogetto prevede la realizzazione dei seguenti servizi:

- *Anagrafe Sanitaria* dei cittadini;
- Prenotazioni di esami;
- Verifica liste d'attesa
- *Cartella clinica computerizzata*: definita dal **Coordinamento per l'Interoperabilità dei Servizi Sanitari** ed implementata dalla linea d'intervento *Cartelle Cliniche*, permette:
 - a. l'accesso rapido all'archivio dei dati clinici di ciascun assistito;
 - b. previo consenso dell'assistito, l'accesso ai dati inseriti anche da altri siti sanitari operanti all'interno del **SISA-PU**;
 - c. l'aggiornamento dell'anagrafe sanitario;
 - d. l'aggregazione dei dati clinici per uso epidemiologico.
- Avvisi automatici per segnalare:
 - a. La presenza di interazione/incompatibilità farmacologia,
 - b. L'opportunità di eseguire analisi preventive, etc.
- Trasmissione in tempo reale di dati epidemiologici.

Elementi essenziali per l'ottimizzazione nell'utilizzo dell'infrastruttura e dei servizi citati sono la creazione di una **base motivazionale** per gli operatori sanitari coinvolti e per i cittadini e l'attivazione di un **percorso formativo** per i medici di base. Ciò è reso possibile mediante l'utilizzo delle metodologie previste dal **Coordinamento per l'Interoperabilità dei Servizi Sanitari**.

5.2.4 - Risultati attesi

Il progetto mira ad avere una moderna medicina di base, sviluppata sulle certezze dell'agire del medico, le cui decisioni devono essere fondate su prove ed analisi oggettive (evidence-based medicine) e non su conoscenze ed esperienze prevalentemente soggettive.

Il progetto comporta un salto culturale, un modo nuovo di concepire, organizzare ed espletare la medicina territoriale ed ospedaliera, al passo con i tempi, sia dal punto di vista socio-sanitario che economico, nell'interesse del paziente-utente e quindi della comunità tutta.

Fra gli altri i risultati più rilevanti saranno:

6. Accesso a una vasta sorgente di dati disponibili nel panorama locale e nazionale;
7. Accessibilità on-line alle informazioni sanitarie relative al paziente;
8. Fruibilità epidemiologica dei dati resi disponibili dai medici di base; cosa utile inoltre per un adeguamento mirato delle strutture sanitarie alle realtà locali;
9. Miglioramento dell'accessibilità al servizio sanitario dei pazienti-utenti, mediante il previsto collegamento della Rete dei Medici di Base al CUP;
10. Canale telematico per un aggiornamento, professionale e sanitario, in tempo reale e per tutti i medici connessi in rete.

Non meno rilevante è peraltro l'**impatto economico** che può derivarne per effetto:

- della maggiore e più tempestiva consapevolezza dell'entità e della natura della spesa indotta da parte dei soggetti prescrittori;
- dei possibili interventi correttivi sui comportamenti prescrittivi, conseguenti alla reale potenzialità di pianificare e gestire la domanda e l'offerta dei servizi sanitari;
- della effettiva condivisione dell'informazione clinico-sanitaria dei pazienti, che consente una maggiore appropriatezza e razionalizzazione della domanda di prestazioni specialistiche, diagnostico-terapeutiche e di ricoveri ospedalieri.

5.2.5 - Risorse

Il costo complessivo relativo a tale intervento per il triennio è pari a Euro 2.300.000,00 per Bari e Euro 1.000.190,00 per Taranto.

SISABA - INFRASTRUTTURALE TECNOLOGICO
RETE MEDICI DI BASE

Voci di costo

		finanziamento totale intervento € 2.300.000,00
1	Personale dipendente	
2	<u>Personale a contratto/consulenza/borsa di studio</u>	€ 400.000,00
3	<u>Missioni</u>	€ 200.000,00
4	<u>Attrezzature</u>	€ 750.000,00
5	Eventuali contributi in conto capitale	
6	<u>Materiale di consumo</u>	€ 120.000,00
7	<u>Pubblicazioni/organizzazione/convegni,ecc.</u>	€ 120.000,00
8	<u>Elaborazioni dati ecc.</u>	€ 660.000,00
9	Altre	
10	<u>Spese generali strutture coinvolte</u>	€ 50.000,00
TOTALE		€ 2.300.000,00

SISAPU
(Sistema Integrato Sanitario Pugliese)

SISA-BA
Sistema Integrato Sanitario di Bari

Interventi Infrastrutturali-telematici

Intervento 3 – Dipartimenti Interaziendali Tecnologico Assistenziali

*(Indicato come Linea di Azione 3 del Sottoprogetto GITA nella versione SISAPU Preliminare
e come Intervento 6 nella versione definitiva)*

5.3 - INTERVENTO - DIPARTIMENTI INTERAZIENDALI TECNOLOGICO ASSISTENZIALI

5.3.1 - Contesto

- Il presente intervento mira alla costituzione di Dipartimenti Interaziendali Tecnologico-assistenziali basati sull'integrazione tra le componenti sanitaria-assistenziale, epidemiologica, tecnologica, amministrativa delle aziende sanitarie dei centri di Bari e Taranto.
- Il contesto è quello di un Grande Centro che, in vista di una integrazione tecnologica e assistenziale, deve fornire gli elementi gestionali e tecnologici che devono rendere possibili l'attuazione delle linee guida espresse nel coordinamento per l'interoperabilità dei servizi sanitari.
- Questo Intervento dovrà fornire gli strumenti gestionali per modelli organizzativi innovativi, tesi ad una più equa distribuzione dei servizi sanitari sul territorio, ad una eliminazione degli sprechi economici insiti nell'attuale erogazione dei servizi, e in maniera principale ad una agevolazione e facilitazione dei cittadini/utenti nei loro percorsi sanitari che si vedono innalzati nel livello qualitativo prestazionale e di erogazione del servizio.
- L'organizzazione, rendendo possibile l'attuazione di percorsi terapeutici assistenziali di tipo interaziendale, dovrà fornire una metodologia per disciplinare i rapporti di ogni amministrazione sanitaria coinvolta nel dipartimento specialistico attivato, fissando le regole da rispettare per quanto riguarda l'input, il trattamento, e l'output della action di competenza e delle interazioni che avvengono tra le varie componenti il dipartimento stesso.
- Il livello gestionale delle politiche correttive dovrà corrispondere agli standard riconosciuti a livello europeo ed essere fondato su sistemi di qualità, che permettano il monitoraggio continuo, la valutazione delle attività e la loro eventuale riprogrammazione, in modo da raggiungere il buon funzionamento e il miglioramento nel tempo dell'intero sistema sanitario.
- Per gli aspetti tecnologici il Dipartimento di Ingegneria Clinica, che dovrà essere attivato simultaneamente agli altri dipartimenti per la loro operatività effettiva, dovrà garantire la fornitura di procedure, consulenza e monitoraggio per il buono stato funzionale delle tecnologie informatiche, biomediche e tecnologiche in generale, necessarie all'integrazione tecnologica previste nel Dipartimento Interaziendale.

5.3.2 - Obiettivi

L'obiettivo generale di questo intervento consiste – nel contesto Interaziendale di aziende sanitarie locali e di aziende ospedaliere dei grandi centri urbani di Bari e Taranto – nell'implementazione e validazione di un sistema per l'ottimizzazione delle risorse sanitarie i cui obiettivi principali nel suo complesso sono relativi alla attivazione dei dipartimenti assistenziali per specialità, integrando i vari presidi specialistici nelle due città tramite l'utilizzo delle nuove tecnologie previste in altri interventi.

5.3.3 - Descrizione

L'Istituzione, Sperimentazione e Validazione del Dipartimento Interaziendale Tecnologico Assistenziale (**DITA**) presuppone, come è naturale per un processo di integrazione e un approccio operativo a due livelli:

- un primo livello Intra-Aziendale per la predisposizione, nelle Unità funzionali coinvolte, degli strumenti (Hw e Sw) produttori di flussi di informazione a partire dai contatti con i pazienti e dalle procedure di gestione e manutenzione del materiale.
- un secondo livello Interaziendale, che viene alimentato dal primo e che costituendone la premessa razionale richiede non solo valenze di tipo metodologico, procedurale e organizzativo ma anche valenze di supporto tecnico.

Nelle prime fasi di realizzazione e analisi si dovranno identificare, nelle aziende sanitarie coinvolte, le unità funzionali target della validazione e disegnare e sviluppare il programma di qualificazione e di formazione del personale coinvolto, idoneo a sostenere un nuovo modello organizzativo.

Sarà necessario usare sistematicamente un linguaggio armonizzato da parte delle unità funzionali target della validazione e mantenere sotto controllo lo svolgersi del progetto, in particolare: verificare l'andamento del (DITA), eseguire la revisione della documentazione prodotta e in specifico del Documento di Metodologia per la gestione dei processi interaziendali.

Dal punto di vista telematico architetturale, per permettere la distribuzione fisica in un unicum logico, verranno usate tecnologie Middleware (insieme di interfacce che consentono il trasferimento dei dati dalle isole funzionali all'Archivio Centrale per confluire nella Cartella clinica) e Web Intranet (che consente in modo sicuro, usando normali browsers Internet, la gestione e consultazione dei dati clinici e amministrativi e della Cartella clinica non richiedendo software specifico).

Per procedere in modo sinergico in ambiente aziendale e nel contesto multi-aziendale, i due livelli possono essere affrontati in parallelo dopo una fase preliminare in cui deve essere identificata e condivisa una Metodologia basata sul principio di cooperazione e condivisione.

La parte iniziale dovrà affrontare i temi del primo livello in tutte le sue articolazioni, inclusa la relativa documentazione e formazione del personale. Esse sono volte cioè a estendere e trasferire i moduli selezionati presso le aziende sanitarie coinvolte.

Ogni obiettivo si dovrà sviluppare in due momenti principali comuni ad ogni implementazione dell'obiettivo considerato:

- Implementazione e validazione del sistema "isola funzionale|obiettivo" presso le singole Aziende (Amministrazione, Istituto, ecc.) Sanitarie;
- Integrazione del sistema implementato nel contesto generale del dipartimento interaziendale.

La descrizione del piano di azione dovrà coincidere nei tempi programmatici con quelle elencate nel paragrafo Obiettivi.

5.3.4 - Risultati attesi

Fra i risultati previsti che contemplino e implementino gli obiettivi enunciati nel paragrafo 2 di questo Intervento:

- l'attivazione di dipartimenti per specialità cliniche quali: Malattie Cardiovascolari, Endocrino-Metaboliche, Neuroscienze, Materno Infantile e Salute della Donna;
- la gestione integrata delle tecnologie biomediche e dell'information technology attraverso il Dipartimento di Ingegneria Clinica e dell'integrazione informatica, al fine di garantire la comunicazione tra i dipartimenti interaziendali clinici e l'accesso alle informazioni cliniche del paziente;
- l'integrazione con i sistemi informativi delle aziende sanitarie ed enti coinvolti per la costruzione dei dizionari comuni definiti dal coordinamento per l'interoperabilità dei servizi sanitari (ad esempio dati anagrafici del paziente);
- l'integrazione gestionale con la rete dei medici di base;
- la gestione dell'accesso al servizio CUP collocati nei Presidi Ospedalieri, da studi dei medici di base, e dalle postazioni domiciliari che, in via sperimentale, saranno installati in un set minimo.

Sul versante amministrativo il **DITA** fornisce le procedure di Ingegneria Clinica per la gestione integrata delle tecnologie biomediche (comprensiva di manutenzione correttiva e preventiva, verifiche di sicurezza e qualità, procedure per l'acquisto e gestione di beni e servizi), così come per la gestione del patrimonio e del personale.

La realizzazione del **DITA** comporterà un notevole miglioramento dei livelli di assistenza e una razionalizzazione dell'offerta dei servizi sanitari attraverso la condivisione e la distribuzione delle risorse sul territorio. Inoltre comporterà i seguenti miglioramenti:

- Individuazione di uno strumento a supporto della professionalità e dell'efficienza degli operatori addetti e individuazione di un servizio che generi al suo interno strumenti utili e finalizzati alle funzionalità istituzionali di programmazione e controllo della spesa sanitaria.
- Ridistribuzione/razionalizzazione della domanda secondo le effettive opportunità di offerta di servizi sanitari.
- Aumento delle competitività della Sanità Pubblica rispetto a quella Privata, se è vero che quest'ultima viene generalmente preferita alla prima non tanto per la superiore qualità di offerta, quanto per la più tempestiva possibilità di accesso.
- Maggiore omogeneità del servizio offerto agli utenti - cittadini
- Cooperazione sull'area di interesse di tutti i soggetti coinvolti per migliorare la qualità del servizio offerto
- Minor tempo di attesa per la fruizione delle prestazioni specialistiche sanitarie rispetto a quello medio attuale

I Dipartimenti Interaziendali Tecnologico Assistenziali favoriscono l'implementazione dell'assistenza sanitaria a rete che possa rispondere alle necessità di tutta l'area interessata, in modo organico ed unitario, tendente verso livelli crescenti di integrazione e complementarietà funzionale, capaci peraltro di favorire la contrazione delle diseconomie strutturali. La realizzazione di un settore trasversale a livello provinciale rappresenta un valido strumento per sostenerne l'estensione all'intera Regione Puglia.

5.3.5 - Risorse

Il Costo complessivo dell'intervento n.6 **Dipartimenti Interaziendali Tecnologico Assistenziali (DITA)** per il triennio è pari a Euro 2.000.000,00 per Bari e Euro 2.000.000,00 per Taranto.

SISABA - INFRASTRUTTURALE TECNOLOGICO
DIPARTIMENTI INTERAZIENDALI TECNOLOGICO ASSISTENZIALI (DITA)

Voci di costo

		finanziamento totale intervento € 2.000.000,00
1	Personale dipendente	
2	<u>Personale a contratto/consulenza/borsa di studio</u>	€ 370.000,00
3	<u>Missioni</u>	€ 160.000,00
4	<u>Attrezzature</u>	€ 650.000,00
5	Eventuali contributi in conto capitale	
6	<u>Materiale di consumo</u>	€ 130.000,00
7	<u>Pubblicazioni/organizzazione/convegni,ecc.</u>	€ 130.000,00
8	<u>Elaborazioni dati ecc.</u>	€ 450.000,00
9	Altre	
10	<u>Spese generali strutture coinvolte</u>	€ 110.000,00
	TOTALE	€ 2.000.000,00

SISAPU
(Sistema Integrato Sanitario Pugliese)

SISA-BA
Sistema Integrato Sanitario di Bari

Interventi Infrastrutturali-telematici

Intervento 4 – Sistema Informativo Clinico Area Metropolitana
(Nuovo, proposto dall'ARES)

5.4 – INTERVENTO – SISTEMA INFORMATIVO CLINICO AREA METROPOLITANA

5.4.1 - Contesto

- Il progetto di “Creazione del dossier di dati clinici nell’area metropolitana di Bari - Regione Puglia “ prende avvio dall’attività di progettazione già in corso presso l’Azienda Ospedale Policlinico Consorziiale di Bari finalizzata alla riorganizzazione dell’Area di Diagnostica per Immagini e dell’Area di Patologia Clinica, in uno scenario regionale caratterizzato da un sistema in rapida trasformazione nel quale diventano elementi indispensabili:
 - la riorganizzazione e razionalizzazione nell’utilizzo delle risorse a disposizione,
 - il potenziamento dei servizi per la riqualificazione dell’assistenza sanitaria,
 - l’utilizzo di strumenti per il governo della domanda.

- I servizi sanitari dell’area metropolitana di Bari sono caratterizzati da criticità proprie del sistema sanitario delle grandi aree urbane. In particolare, sono da evidenziare la frammentazione dell’offerta di servizi, la variabilità delle risposte assistenziali (con i relativi problemi di appropriatezza e di potenziali iniquità nell’accesso ai servizi), la presenza di strutture ospedaliere di dimensioni tali da favorire il congestionamento e la mancata personalizzazione dei percorsi assistenziali.

- In specifico, relativamente al progetto di “Creazione del dossier di dati clinici nell’area metropolitana di Bari – Regione Puglia” devono essere sottolineate le seguenti principali caratteristiche dell’attuale scenario riguardante l’utilizzo di sistemi informativi nelle aree clinico-sanitarie:
 - Difficoltà nell’accesso ai dati clinici, dovuta soprattutto alla voluminosa documentazione cartacea di difficile consultazione,
 - Inadeguatezza della comunicazione tra UU.OO. appartenenti alla stessa Azienda ed, ancor più, tra UU.OO. di aziende diverse, derivante in gran parte dalla presenza di sistemi informativi frammentati ed incompleti non integrati tra loro, implementati da molteplici fornitori e, sostanzialmente, utilizzati solamente all’interno di alcune specifiche UU.OO.,
 - Frammentazione del flusso informativo all’interno della stessa Azienda, tra Dipartimenti, UU.OO e servizi, tra Aziende diverse e tra queste e soggetti esterni operanti sul territorio (MMG, PLS, MS).

- Il progetto di “Creazione del dossier di dati clinici nell’area metropolitana di Bari – Regione Puglia” si colloca nel contesto urbano di Bari, caratterizzato dai seguenti elementi:
 - Popolazione residente nell’area metropolitana di Bari: 600.000 abitanti,

- Presenza di un'azienda ospedaliera: Azienda Ospedale policlinico consorziale di Bari, con un totale di 1536 posti letto,
 - Presenza della ASL BA/4, comprendente due poli ospedalieri, il primo comprendente gli Ospedali: Ospedale Di Venere, Ospedale Giovanni XXIII ed Ospedale Civile Triggiano, per un totale di 911 posti letto; il secondo comprendente l'Ospedale san Paolo di Bari e l'Ospedale di Bitonto, per un totale di 471 posti letto,
 - Presenza di un IRCCS: Ospedale oncologico di Bari con 128 posti letto;
 - Totale di posti letto previsti nell'area metropolitana di Bari pari a 3046.
-
- Il progetto è incentrato su aree cliniche (Diagnostica per Immagini e Patologia Clinica) caratterizzate da:
 - Notevoli volumi di dati trattati (dati clinici, referti, risultati, grafici, immagini),
 - Complessità gestionale – organizzativa dei processi di lavoro interni,
 - Presenza di diverse tipologie di pazienti con diverse caratteristiche di gestione e necessità cliniche (ambulatoriali, degenti, provenienti dal day hospital e dal pronto Soccorso),
 - Complessità tecnologica (presenza di apparecchiature sofisticate che necessitano di integrazione e gestione dei dati da esse derivanti),
 - Necessità di integrazione e di condivisione delle informazioni cliniche con le UU.OO. all'interno delle singole Aziende e tra queste e le altre aziende/ soggetti esterni (MMG, PLS, MS) che operano sul territorio metropolitano, alle quali i cittadini del territorio stesso accedono per i diversi servizi.

5.4.2 - Obiettivi

- L'obiettivo del progetto di "Creazione del dossier di dati clinici nell'area metropolitana di Bari – Regione Puglia" consiste nella progressiva realizzazione ed integrazione di sistemi informatici a supporto di specifiche aree cliniche (partendo, come sopra riportato, dalle aree di Diagnostica per Immagini e Patologia Clinica) finalizzata a creare, attraverso l'integrazione con i Sistemi Informativi Ospedalieri (SIO) presenti nelle singole realtà, il nucleo iniziale de dossier di dati clinici a livello aziendale e dell'area metropolitana di Bari, con un'ipotesi di futura estensione a livello regionale.
- La realizzazione del dossier clinico a livello metropolitano si focalizza sull'implementazione, presso l'area metropolitana di Bari (azienda Ospedale policlinico di Bari, azienda Sanitaria Locale Bari/4) di:

- Sistemi integrati per la gestione di dati, referti ed immagini delle UU.OO. di Diagnostica per Immagini, sistemi RIS-PACS,
 - Sistemi integrati per la gestione di risultati, grafici, referti ed immagini delle UU.OO. di Patologia Clinica.
- In particolare l'implementazione/integrazione dei sistemi suddetti si propone i seguenti obiettivi operativi:

1) creazione di sistemi per l'ottimizzazione e la razionalizzazione del flusso di lavoro interno delle singole UU.OO. di Diagnostica per Immagini e Patologia Clinica.

All'interno delle singole UU.OO. di diagnostica per Immagini e Patologia Clinica delle strutture sanitarie pubbliche dell'area metropolitana di Bari verranno progettati ed implementati sistemi informativi a supporto dei processi di lavoro interni. Tale obiettivo sarà raggiunto, attraverso l'analisi dei processi di lavoro, delle risorse umane e delle tecnologie esistenti che permetteranno di avere a disposizione le informazioni necessarie per procedere all'attività di reingegnerizzazione dei processi e di definizione del sistema informativo necessario.

In particolare, i sistemi a supporto delle UU.OO. di Diagnostica per Immagini (sistema RIS-PACS) consentiranno la gestione, trasmissione, condivisione, archiviazione dei dati clinici di competenza, dei referti e delle immagini nelle strutture sanitarie pubbliche operanti nell'area metropolitana di Bari.

Il sistema informativo costituirà lo strumento per ottimizzare i processi di lavoro dell'UU.OO. di Diagnostica per Immagini dalla fase di prenotazione/richiesta delle prestazioni radiologiche alla fase di consegna di immagini referti, supportando tutte le attività amministrative, gestionali e cliniche che caratterizzano l'attività diagnostica. Il sistema di gestione di dati ed immagini dovrà permettere il monitoraggio e la pianificazione delle attività e l'ottimizzazione della gestione/distribuzione delle risorse umane e tecnologiche all'interno delle singole UU.OO.

Inoltre, si prevede la realizzazione di un sistema di teleconsulto per permettere lo scambio di informazioni cliniche (dati, referti ed immagini) e l'attivazione di funzioni di first o second opinion, potendo così creare centri di riferimento per specifiche problematiche (ad esempio: alte tecnologie in neuroradiologia, TC, RM, ecc...).

- 2) *ottimizzazione della distribuzione nei reparti e sul territorio di dati clinici, risultati di laboratorio, referti ed immagini di radiologia ed anatomia patologica.*

I sistemi dovranno consentire un'adeguata pianificazione delle attività e delle risorse. I sistemi che saranno implementati dovranno costituire strumenti per la gestione e la razionalizzazione di risorse ed attività sia all'interno delle singole UU.OO. di Diagnostica per Immagini e di Patologia Clinica sia in funzione delle esigenze di altri soggetti coinvolti (reparti di degenza ospedalieri, ambulatori, MMG, PLS, MS, ecc...).

- 3) *creazione di un dossier clinico digitale, contenente dati clinici, immagini e referti di sicuro e facile accesso.*

La realizzazione di un archivio digitale a norma di legge garantisce la memorizzazione e la gestione dei dati, referti ed immagini in modo sicuro e corretto. In particolare, è importante che tutte le informazioni cliniche, i referti e le immagini siano correttamente correlate tra loro e siano sempre disponibili nel tempo.

- 4) *informazioni cliniche complete in fase diagnostica e terapeutica (storia clinica del paziente) sempre disponibili ed accessibili sia all'interno delle strutture che a soggetti esterni (MMG, PLS, MS).*

Poter disporre di dati clinici rilevanti (referti ed immagini radiologiche, di medicina nucleare e di radioterapia, risultati di laboratorio, referti di anatomia patologica) è fondamentale per migliorare l'intero processo diagnostico ed, in particolare, la fase di refertazione, ottimizzando al tempo stesso le risorse a disposizione.

Infatti, la possibilità di accedere, in fase di refertazione, sia alla storia radiologica dei pazienti (referti ed immagini di esami precedenti) che alla storia clinica (esami di laboratorio, di anatomia patologica, eventuali ricoveri o esami clinici effettuati) oltre ad informazioni complete sugli episodi di assistenza passati ed attuali (comprensivi di evidenza del quesito diagnostico, dell'anamnesi, delle note cliniche), garantisce un miglioramento dell'atto clinico e permette una diminuzione di erogazione di prestazioni inappropriate.

5.4.3 - Descrizione

- Il progetto che si articola in due fasi operative:
 - **Fase 1:** progettazione complessiva dell'intervento, implementazione/integrazione del sistema RIS-PACS e del sistema informativo per la Patologia Clinica nell'area metropolitana di Bari presso:
 - l'Azienda Ospedale Policlinico Consorziale di Bari;
 - **Fase 2:** progettazione complessiva dell'intervento, implementazione/integrazione dei sistemi suddetti nell'area metropolitana di Bari presso:
 - l'ASL BA/4, comprendente i seguenti Ospedali:
 - Ospedale Di Venere di Bari,
 - Ospedale Giovanni XXIII di Bari,
 - Ospedale di Triggiano,
 - Ospedale S. Paolo di Bari,
 - Ospedale di Bitonto;
 - nella fase finale si prevede l'estensione dei sistemi all'IRCCS Ospedale Oncologico di Bari.
- Essendo l'Azienda Ospedale Policlinico di Bari non solo il centro di Eccellenza metropolitano, ma anche il Polo di riferimento regionale ed avendo già intrapreso un progetto di riorganizzazione dell'Area di diagnostica per Immagini e dell'area della Patologia Clinica, per affondare le problematiche legate ad un importante volume di servizi erogati, risulta conseguente il suo ruolo di ideazione e coordinamento operativo del presente progetto.
- In particolare, l'A.O. Policlinico di Bari ricoprirà il ruolo di Coordinatore – Responsabile del presente progetto, rispetto a tutti gli interlocutori e partecipanti al progetto.
- Gli elementi tecnologici di seguito descritti per la realizzazione dei sistemi sopra descritti, prendono in considerazione i seguenti punti:
 - Definizione di hardware (HW) e software (SW) di ultima generazione;
Architettura distribuita su diversi sistemi di archiviazione per garantire una veloce e sicura disponibilità dei dati clinici, referti, risultati ed immagini;
 - Rispetto degli standard di comunicazione più diffusi tra sistemi informatici (HL7 per i sistemi informativi ospedalieri, DICOM 3.0 per la gestione di immagini radiologiche);
 - Strumenti a garanzia dei livelli di sicurezza e riservatezza dei dati trattati.

- **Aspetti tecnologici**

progettazione complessiva dell'intervento, implementazione/integrazione del sistema RIS-PACS e del sistema informativo per la Patologia Clinica presso l'AO Policlinico di Bari

L'implementazione del sistema di gestione di dati ed immagini dell'Area di diagnostica per Immagini verrà effettuata sulla base di un'analisi e valutazione del parco tecnologico in dotazione nell'AO Policlinico di Bari (UU.OO. di radiologia, Medicina Nucleare e Radioterapia) in modo da garantire la possibilità di generare e ricevere dati nel formato standard di comunicazione (immagini in formato DICOM) tramite adeguamenti/sostituzioni delle tecnologie in dotazione.

I "Motori" del sistema di gestione delle UU.OO. di Diagnostica per immagini sono il sistema di gestione di dati clinici **RIS** (Radiology Information System) ed il sistema di gestione di immagini radiologiche **PACS** (Picture Archived Communication System) che, attraverso opportuni moduli di integrazione, disegnano e supportano il flusso di lavoro radiologico.

In particolare, il sistema PACS fin dall'inizio dovrà essere progettato ed implementato per divenire l'archivio aziendale di tutte le immagini prodotte a livello ospedaliero dalle diverse UU.OO. (Anatomia Patologica, Cardiologia-Emodinamica, Oculistica, Ginecologia, Gastroenterologia, ecc...).

Parte integrante del progetto è la realizzazione/adeguamento della **rete** intra ospedaliera veloce e sicura, per il collegamento delle Unità di degenza, di emergenza, di day hospital, gli ambulatori interni all'AO Policlinico di Bari e di una rete regionale per il collegamento delle diverse Aziende dell'ASL BA/4 a livello metropolitano ed, in una fase futura di estensione del sistema, a livello regionale.

- Aspetti tecnologici connessi all'implementazione di sistemi nell'area di Diagnostica per Immagini:
 - Sistema **RIS** di ultima generazione con opportuno HW di supporto (server, client ecc..) e sistema di firma digitale;
- Si prevede uno **sviluppo temporale** complessivo del progetto su 3 anni, articolato in due fasi:
- FASE 1: progettazione complessiva dell'intervento, implementazione/integrazione del sistema RIS-PACS e del sistema informativo per la Patologia clinica presso l'AO Policlinico di Bari
- FASE 2: progettazione complessiva dell'intervento, implementazione/integrazione dei sistemi suddetti

- nell'area metropolitana di Bari presso i P.O. dell'ASL BA/4 (Ospedale Di Venere di Bari, Ospedale Giovanni XXIII di Bari, Ospedale di Triggiano, Ospedale S. Paolo di Bari, Ospedale di Bitonto) e presso l'IRCCS Ospedale Oncologico di Bari.

5.4.4 - Risultati attesi

- I risultati attesi della fase di implementazione dei sistemi suddetti a supporto delle UU.OO. di Diagnostica per Immagini e di Patologia Clinica, integrati con i Sistemi Informativi Ospedalieri di riferimento delle singole strutture pubbliche operanti nell'area metropolitana di Bari vengono sinteticamente riportati per le singole tipologie di interlocutori:
 - a livello dell'*utente finale (cittadino)*, che troverà
 - soddisfazione ai propri bisogni sanitari in modo più efficiente, semplice e veloce, evitando spostamenti e perdite di tempo, oggi spesso dovute alle procedure burocratiche ed al reperimento della necessaria documentazione clinica,
 - maggiore efficacia nel processo diagnostico-terapeutico potendo consultare immediatamente i dati clinici necessari,
 - diminuzione del rischio di errori medici dovuti alla mancanza di dati clinici;
 - a livello degli *utenti intermedi (MMG, PLS e MS)*, che attraverso la rete informatica sanitaria potranno
 - avere immediatamente a disposizione le informazioni cliniche essenziale, facilitando l'inquadramento diagnostico - terapeutico dell'assistito,
 - accedere in modo semplice alla prenotazione di prestazioni erogate dalle strutture a livello metropolitano e regionale,
 - consultare, dopo l'effettuazione della prestazioni, i risultati, referti ed immagini di competenza dei propri assistiti.
 - a livello delle *Istituzioni Sanitarie metropolitane*, che potranno
 - migliorare la propria efficienza operativa, attivando processi di riorganizzazione (Process Reengineering) delle attività internamente alle UU.OO: ed a livello complessivo delle singole strutture eroganti prestazioni sanitarie,
 - diminuire le liste di attesa, ottimizzando l'utilizzo delle risorse a disposizione sull'intero territorio regionale ed attivando progetti di miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni erogate/ricoveri effettuati,

- ottimizzare l'impegno delle risorse umane, garantendo la comunicazione tra competenza tecnico-professionale diverse (teleconsulto, first e second opinion), garantire una gestione dei dati veloce, completa e sicura a livello metropolitano ed, in futuro, regionale.

5.4.5 - Risorse

- Il Costo complessivo dell'Intervento n° 4 **Sistema Informativo Clinico Area Metropolitana (SICAM)** è di 11.718.486,25 Euro.

SISABA - INFRASTRUTTURALE TECNOLOGICO <i>SISTEMA INFORMATIVO CLINICO AREA METROPOLITANA (SICAM)</i>	
Voci di costo	
	finanziamento totale intervento € 11.368.486,25
1 Personale dipendente	
2 Personale a contratto/consulenza/borsa di studio	€ 700.000,00
3 Missioni	€ 100.000,00
4 Attrezzature	€ 8.350.000,00
5 Eventuali contributi in conto capitale	
6 Materiale di consumo	€ 150.000,00
7 Pubblicazioni/organizzazione/convegni,ecc.	€ 200.000,00
8 Elaborazioni dati ecc.	€ 1.500.000,00
9 Altre	
10 Spese generali strutture coinvolte	€ 368.486,25
TOTALE	€ 11.368.486,25

SISAPU
(Sistema Integrato Sanitario Pugliese)

SISA-BA
Sistema Integrato Sanitario di Bari

Sottoprogetto 3 - Interventi Strutturali Tecnologici

Intervento 1 – *Interventi urbanistici per l'Ospedale S. Paolo*

Intervento 2 – *Interventi urbanistici per l'Ospedale Di Venere*

Intervento 3 – *Interventi urbanistici per l'Ospedale Papa Giovanni XXIII*

Intervento 4 – *Interventi urbanistici per l'Ospedale Policlinico*

Intervento 5 – *Parcheggi per l'Ospedale Di Venere*

Intervento 6 – *Viabilità per l'Ospedale Fallacara di Triggiano*

Intervento 7 – *Diagnostica Precoce e Stadiazione oncologica*

(Indicato come Linea di Azione 2 del Sottoprogetto RESA nella versione SISAPU Preliminare)

6.- Sottoprogetto Sp3 - Interventi Strutturali e Tecnologici

6.0.1.- Introduzione

Il Piano SISA-PU, come già accennato (paragrafo 3.3 Articolazione), è stato realizzato per soddisfare la necessità della Regione di indirizzare il cittadino verso servizi sanitari appropriati (territorializzazione, informazione del cittadino, continuità di cura) e di avere strumenti per la pianificazione delle politiche sanitarie (conoscenza della domanda, delle potenzialità e dei vincoli dell'offerta). Il SISA-PU si basa, pertanto, non solo sul bisogno di potenziamento delle dotazioni tecnologiche e strutturali e sulla creazione di nuovi canali comunicativi standardizzati rivolti al cittadino, ma anche sulla necessità di pensare ad un management che, in un'ottica di integrazione e gestione delle conoscenze, sappia cercare, elaborare ed indirizzare informazioni utili per il progetto in questione, il cittadino e la Regione.

Per il raggiungimento delle finalità sopra espresse il SISA-PU si articola su tre livelli diversi che si sostanziano in tre differenti sottoprogetti:

- ✓ **Management e Metodologico**. Tale livello si concretizza nella costituzione e nel funzionamento di un Coordinamento per l'Interoperabilità dei Servizi Sanitari che cura il management del progetto SISA-PU, comune per le città di Bari e Taranto, ad evitare il rischio di una pianificazione risultante dalla mera somma dei singoli interventi garantendo il coordinamento delle scelte strategiche in una logica riferita alle intere aree urbane ed al complesso dei servizi a tutela della salute.
- ✓ **Infrastutturale Telematico**. Tale livello consente la sperimentazione di una serie di misure armonizzate tra di loro e finalizzate nell'insieme a sviluppare modelli gestionali diversificati di riorganizzazione dei Servizi Sanitari territoriali ed Ospedalieri già presenti a Bari e Taranto.
- ✓ **Strutturale-tecnologico**. In questo livello s'intendono realizzare specifici interventi che, tenendo conto delle caratteristiche, delle necessità e delle opportunità delle aree metropolitane di Bari e Taranto, consentano una più immediata accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari. In particolare nel presente capitolo si punta l'attenzione sugli interventi strutturali che si andranno ad effettuare nell'area metropolitana di Bari per accrescere e qualificare l'offerta di servizi (si veda la Figura).

In particolare, a **Bari**, l'attenzione è stata focalizzata sugli interventi urbanistici necessari per la migliore accessibilità e fruibilità degli Ospedali S. Paolo (il quartiere S. Paolo, in cui il tasso di devianza sociale è alto a causa del degrado infrastrutturale e della mancanza di strutture socio-

sanitarie e produttive, dell'Ospedale di Venere, dell'Ospedale Papa Giovanni XXXIII e dell'Ospedale Policlinico. Il SISA-PU intende supportare la realizzazione di un intervento strutturale per la Diagnostica Precoce e la Stadiazione oncologica.

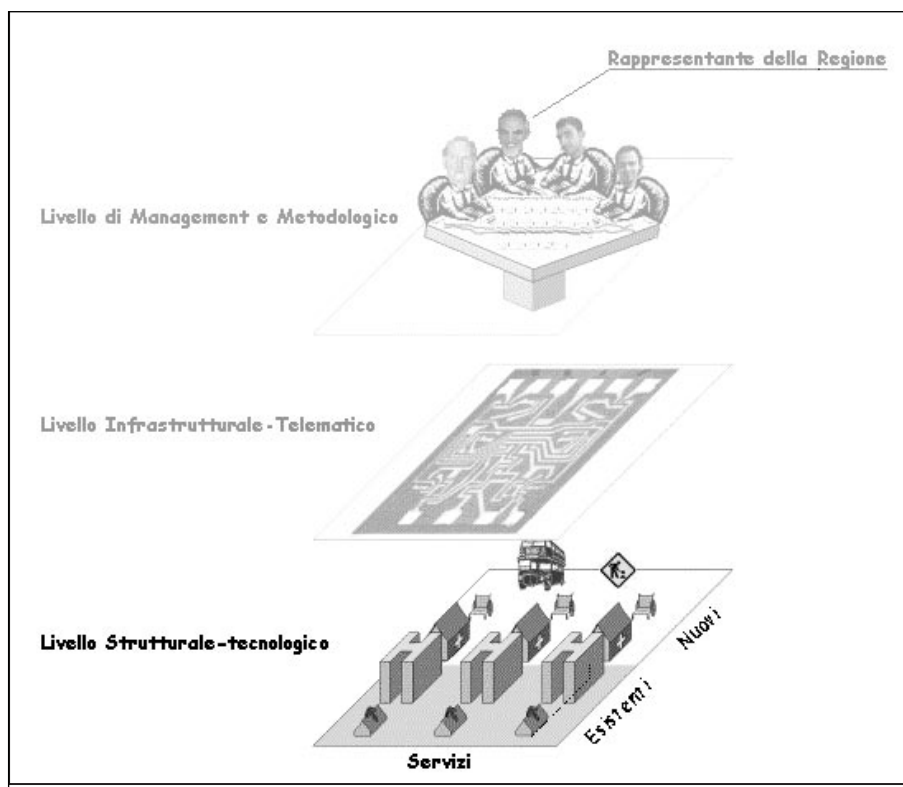


Figura. Rappresentazione grafica dell'Articolazione del Progetto SISA-PU in cui è evidenziato il livello Strutturale-tecnologico.

6.0.2.- Contesto

Dall'analisi dei dati riportati nei paragrafi 2.1.1 *I problemi sanitari delle città* e 2.1.3 *Il contesto sanitario in Puglia* si evince che la popolazione regionale, oltre ad aver visto crescere l'età media e pertanto aumentare tutte le patologie connesse alla lungodegenza, è interessata da fenomeni connessi non solo alla presenza di aree particolarmente svantaggiate ma anche ad una errata distribuzione territoriale dei servizi sanitari che ne inficiano l'utilizzo. Il sistema sanitario regionale necessita pertanto non solo di garantire la cura delle patologie legate all'invecchiamento ma anche di realizzare tutta quella serie di interventi strutturali che consenta da un lato di ripianare la situazione delle aree depresse e dall'altro di garantire, sul territorio, l'accessibilità e la fruibilità dei propri servizi.

6.0.3.- Obiettivi

I problemi esposti nel paragrafo precedente sono stati recepiti dal progetto SISA-BA e le loro soluzioni sono diventati gli obiettivi del presente sottoprogetto.

Al fine di rendere più chiara l'esposizione degli stessi di seguito viene riportata la dicitura dai singoli Interventi.

6.0.4.- Descrizione

Nella descrizione del livello Strutturale Tecnologico, così come già fatto per la definizione degli obiettivi (paragrafo precedente) si fa riferimento alla dicitura riconducibile ai singoli interventi.

6.0.5.- Risultati Attesi

Anche per l'analisi dei risultati attesi, così come già fatto per i paragrafi precedenti, si fa riferimento alla classificazione riconducibile ai singoli Interventi.

6.0.6 - Strumenti di controllo

Si ricorda, prima di esplicitare alcuni degli strumenti utilizzati per il controllo, che l'attività di gestione e monitoraggio dei singoli interventi e dei relativi management vengono realizzate sotto la guida del Coordinamento ed Interoperabilità dei Servizi Sanitari. Ciò consente da un lato di mantenere inalterata la visione di sistema che caratterizza l'intero progetto SISA-PU e dall'altro di garantire l'effettivo raggiungimento degli obiettivi fissati nei diversi interventi.

Gli strumenti che quantificano e misurano l'avanzamento e la realizzazione del progetto, consentendone l'eventuale riprogettazione, sono rappresentati da:

- report conoscitivo che descriva lo stato di avanzamento dei singoli interventi, che include la descrizione puntuale delle attività delle singole Fasi, dei risultati ottenuti, degli obiettivi raggiunti e dell'uso delle risorse.
- disponibilità di un sistema informativo per il Dipartimento Interaziendale Assistenziale.
- numero di medici che operano in rete

L'elencazione sopra riportata non deve essere considerata esaustiva in quanto, in sede di progettazione esecutiva, sarà compito del CISS allargare tale elenco in base alle necessità riscontrate.

6.0.7 - Risorse

Le cifre in tabella sono da considerarsi in Euro

QUADRO ECONOMICO RIEPILOGATIVO STRUTTURALE TECNOLOGICO - BARI				
SOTTOPROGETTI	INTERVENTI	Bari		
		Finanziamento	Cofinanziamento	Totale
Strutturale Tecnologico BARI	Viabilità e Parcheggi Ospedale S. Paolo	3.750.000,00	2.840.000,00	6.590.000,00
	Viabilità Ospedale Di Venere	5.000.000,00	2.143.000,00	7.143.000,00
	Viabilità Ospedale Giovanni XXIII	3.620.000,00	5.940.000,00	9.560.000,00
	Parcheggi Policlinico	0,00	11.868.000,00	11.868.000,00
	Parcheggi Ospedale Di Venere	2.500.000,00	0,00	2.500.000,00
	Viabilità Ospedale Fallacara di Triggiano	3.521.870,00	0,00	3.521.870,00
	Diagnostica Precoce e Stadiazione Oncologica Policlinico	4.000.000,00	0,00	4.000.000,00
	Totale € (EURO)	22.391.870,00	22.791.000,00	45.182.870,00



CITTÀ DI BARI
RIPARTIZIONE EDILIZIA PUBBLICA
SETTORE STRADE

D.M. 15/09/1999 - Legge n. 448/1998 - Art. 71

SCHEDA RIEPILOGATIVA

Scheda	Ospedale	Importo complessivo delle opere	Cofinanziamento per Art. 71
Numero 1	San Paolo	6.590.000,00	2.840.000,00
Numero 2	Di Venere	7.143.000,00	2.143.000,00
Numero 3	Papa Giovanni XXIII	9.560.000,00	5.940.000,00
Numero 4	Policlinico	11.868.000,00	11.868.000,00
<i>Totale</i>		<i>35.161.000,00</i>	<i>22.791.000,00</i>

SISAPU
(Sistema Integrato Sanitario Pugliese)

SISA-BA
Sistema Integrato Sanitario di Bari

Interventi Strutturali a Bari
Intervento 1 – Interventi urbanistici per l’Ospedale S. Paolo
(Indicato come Linea di Azione 3 del Sottoprogetto RFSS nella versione SISAPU preliminare)

6.1 – INTERVENTO - INTERVENTI URBANISTICI PER L'OSPEDALE S. PAOLO

6.1.1.- Contesto

Una carenza del quartiere S. Paolo è l'insufficiente collegamento dell'Ospedale omonimo con le statali 16 e 16 bis e con la metropolitana. Questa situazione rende problematico il collegamento tra Aziende Sanitarie (si pensi anche agli Ospedali Policlinico e "Giovanni XXIII" in Bari ed al "Di Venere" in Carbonara), di fatto intaccando la reale possibilità di scelta del cittadino.

6.1.2.- Obiettivi

Miglioramento del collegamento dell'Ospedale con la viabilità esterna del quartiere e quindi con l'aeroporto e con la S.S. 16 e, tramite questa, con gli abitanti di Palese e di Santo Spirito.

6.1.3.- Descrizione

Il progetto prevede la realizzazione della viabilità di P.R.G. prevista nel comparto urbanistico e la sistemazione di parte della viabilità esistente nella zona.

La posizione del nodo che il progetto si propone di sistemare è funzionale al collegamento del polo ospedaliero con la viabilità esterna del q.re San Paolo.

Infatti il completamento dell'asse attrezzato di penetrazione, costituito da rettilinei e rotatorie, realizza di fatto una cerniera tra la viabilità immediatamente adiacente all'Ospedale e quella di collegamento con l'aeroporto e la S.S. 16 nord.

Sviluppo rete stradale:	3700 ml
Larghezza stradale di progetto:	variabile tra 5 ml e 17 ml
Importo presunto dell'opera:	2.840.000,00 €
Difficoltà:	nessuna – tutti i suoli sono nella disponibilità dell'Amministrazione – esiste il progetto esecutivo già approvato

6.1.4.- Risultati attesi

La Realizzazione di una nuova viabilità e adeguamento della viabilità esistente nell'ambito del comparto B- III lotto assieme alla realizzazione del parcheggio pubblico a servizio dell'ospedale San Paolo e allargamento e sistemazione di via Caposcardicchio da V.le delle Regioni all'incrocio con la

strada Provinciale Palese – Modugno consentiranno la razionalizzazione ed il decongestionamento del traffico permettendo un miglior accesso all’Ospedale S. Paolo.

6.1.5 - Risorse

Il costo complessivo dell’intervento n° 1 ***Interventi urbanistici per l’ospedale S. Paolo*** comprensivo delle spese per il funzionamento di tutti gli Organi del Progetto e di tutti le attività enumerate assomma a € 6.590.000,00 nel triennio di cui 2.840.000,00 di cofinanziamento come risulta dalla scheda N. 1 allegata con planimetria.

SISAPU
(Sistema Integrato Sanitario Pugliese)

SISA-BA
Sistema Integrato Sanitario di Bari

Interventi Strutturali a Bari
Intervento 2 – Interventi urbanistici per l’Ospedale Di Venere
(Indicato come Linea di Azione 2 del Sottoprogetto RFSS nella versione SISAPU Preliminare)

6.2 INTERVENTO - INTERVENTI URBANISTICI PER L'OSPEDALE DI VENERE

6.2.1- Contesto

L'Ospedale Di Venere si trova dislocato, scollato dal suo bacino di utenza naturale di Carbonara, Ceglie, Loseto , il centro città e l'Ospedale Fallacara di Triggiano.

6.2.2. - Obiettivi

Miglioramento del collegamento dell'Ospedale Giovanni XXIII con gli abitanti di Carbonara, Ceglie, Roseto ed il centro città e miglioramento del collegamento con l'Ospedale Fallacara di Triggiano e della fruibilità da parte degli abitanti del versante est Carbonara e Ceglie.

6.2.3 - Descrizione

E' prevista la sistemazione della carreggiata stradale della viabilità esistente nel tratto indicato.

La strada ha sezione di 14 ml di larghezza, organizzata in due corsie da 3,75 ml ciascuna, due banchine laterali per emergenza o per parcheggio di 1,5 ml ciascuna e due marciapiedi di larghezza variabile.

Lunghezza del tratto considerato:	5500 ml
Larghezza stradale di progetto:	14 ml
Importo presunto dell'opera:	1.368.000,00 €
Difficoltà:	nessuna – trattasi di progetto di manutenzione straordinario – esiste il progetto esecutivo

E' prevista la realizzazione di una nuova strada che a partire dall'incrocio con la via Trisorio Liuzzi si dirama sino alla via G. De Marinis.

La nuova strada avrà sezione di 15 ml di larghezza, organizzata in due corsie da 4 ml ciascuna, due banchine laterali per emergenza o per parcheggio di 2 ml ciascuna e due marciapiedi da 1,50 ml.

Questo intervento, unitamente a quello indicato al punto 4 realizza compiutamente il collegamento della viabilità tra i due ospedali.

Lunghezza del tratto considerato:	280 ml
Larghezza stradale di progetto:	15 ml

Importo presunto dell'opera:	775.000,00 €
Difficoltà:	nessuna – tutti i suoli sono già soggetti a procedura di esproprio – esiste il progetto esecutivo

6.2.4. - Risultati attesi

Il risultato atteso della presente linea di azione è il miglioramento dell'accesso logistico all'Ospedale di Venere: il potenziamento della rete viaria permetterà una migliore risposta alle emergenze e darà la possibilità al comune di implementare un servizio di filobus per il collegamento dell'ospedale con la stazione metropolitana più vicina.

6.2.5. - Risorse

Il costo complessivo, comprensivo delle spese per il funzionamento di tutti gli Organi del Progetto e di tutte le attività enumerate, assomma a € 7.143.000,00 nel triennio di cui 2.143.000,00 di cofinanziamento come è indicato negli interventi della scheda N. 2 allegata con planimetria.

SISAPU
(Sistema Integrato Sanitario Pugliese)

SISA-BA
Sistema Integrato Sanitario di Bari

Interventi Strutturali a Bari
Intervento 3 – Interventi urbanistici per l’Ospedale Papa Giovanni XXIII
(Indicato come Linea di Azione 3 del Sottoprogetto RFSS nella versione SISAPU Preliminare)

6.3 – INTEREVENTO - INTERVENTI URBANISTICI PER L'OSPEDALE PAPA GIOVANNI XXIII

6.3.1 - Contesto

Valorizzazione e riqualificazione del flusso utenti provenienti dal quartiere Japigia.

6.3.2 - Obiettivi

Creare i presupposti istituzionali, organizzativi e tecnologici per il miglioramento dei collegamenti con l'Ospedale Papa Giovanni XXIII e miglioramento del collegamento dell'Ospedale verso il q.re Japigia che verso la tangenziale.

6.3.3 - Descrizione

E' prevista la razionalizzazione del sistema stradale esistente all'innesto della S.S. 100 con la viabilità comunale, l'allargamento del primo tratto di via Amendola, la realizzazione di una rotatoria per regolare i flussi di traffico per Mungivacca e per il centro città.

A completamento dell'intervento è prevista la creazione di un parcheggio e la sistemazione di ampie zone a verde.

Estensione dell'intervento:	40.000 mq circa
Importo presunto dell'opera:	5.940.000,00 €
Difficoltà:	nessuna – tutti i suoli sono già soggetti a procedura di esproprio – esiste il progetto esecutivo

E' previsto l'allargamento della strada a partire dall'incrocio con la via Conte Giusso, nelle immediate vicinanze dell'Ospedale, sino a raggiungere la via Omodeo nei pressi del q.re Japigia.

Secondo le indicazioni del PRG la strada avrà nuova sezione di 25 m di larghezza, organizzata in due carreggiate, ciascuna con due corsie da circa 4,5 m per ogni senso di marcia, spartitraffico centrale di circa 2.00 m e marciapiedi di circa 2.50 m.

Lunghezza del tratto considerato:	1500 ml
Larghezza stradale di progetto:	25 ml
Importo presunto dell'opera:	3.620.000,00 €
Difficoltà:	parte del tracciato necessita di espropri e demolizione di alcuni fabbricati.

6.3.4 - Risultati Attesi

Il miglioramento dei collegamenti dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII sia verso il quartiere Japigia che verso la tangenziale.

6.3.5 - Risorse

Il costo complessivo, comprensivo delle spese per il funzionamento di tutti gli Organi del Progetto e di tutte le attività enumerate, assomma a € 9.560.000,00 nel triennio comprensivi del cofinanziamento per € 5.940.000,00 come meglio indicato nella scheda N. 3 allegata con cartografia.

SISAPU
(Sistema Integrato Sanitario Pugliese)

SISA-BA
Sistema Integrato Sanitario di Bari

Interventi Strutturali a Bari
Intervento 4 – Interventi urbanistici per l’Ospedale Policlinico
(Indicato come Linea di Azione 4 del Sottoprogetto RFSS nella versione SISAPU Preliminare)

6.4 – INTERVENTO - INTERVENTI URBANISTICI PER L'OSPEDALE POLICLINICO

6.4.1 - Contesto

Il parcheggio nell'area del policlinico è diventato un fattore limitante. L'uso delle risorse sia per i familiari e per le persone in visita che per gli stessi pazienti e gli accompagnatori.

6.4.2. - Obiettivi

L'obiettivo è quello di riqualificare e migliorare i collegamenti e la fruibilità da parte dell'utenza diretta al Policlinico.

6.4.3. - Descrizione

E' prevista la realizzazione di un parcheggio interrato su tre livelli, la risistemazione viaria superficiale, la riqualificazione delle aree a verde esistenti e la creazione di nuovi giardini.

Tale intervento ha la finalità di decongestionare il traffico veicolare diretto al presidio ospedaliero e di incrementare notevolmente l'offerta di aree dedicate alla sosta.

Area interessata:	13.850 mq
Numeri posti auto:	circa 700
Importo presunto dell'opera:	11.868.000,00 €
Difficoltà:	presenza di sottoservizi di notevole importanza, interferenza cantiere/viabilità

6.4.4. - Risultati attesi

La riqualificazione ed il miglioramento dei collegamenti viari e la fruibilità dei servizi sanitari da parte dell'utenza diretta all'Ospedale Policlinico.

6.4.5. - Risorse

Il costo complessivo, comprensivo delle spese per il funzionamento di tutti gli Organi del Progetto e di tutte le attività enumerate, assomma a Euro 11.868.000,00 nel triennio.

SISAPU
(Sistema Integrato Sanitario Pugliese)

SISA-BA
Sistema Integrato Sanitario di Bari

Interventi Strutturali a Bari
Intervento 5 – Parcheggi Ospedale Di Venere
(nuova proposta dal Piano di Riordino Ospedaliero)

6.5 – INTERVENTO – PARCHEGGI OSPEDALE DI VENERE

6.5.1. - Contesto

Il presidio ospedaliero “Di Venere”, ubicato in Bari-Carbonara, è delimitato sui suoi tre lati principali, rispettivamente, dalle vie per Loseto, per Ceglie e dalla omonima via Ospedale Di Venere. E’ perciò facilmente raggiungibile dal capoluogo e dai centri limitrofi e dall’entroterra anche tramite la vicinissima tangenziale.

Il complesso del “Di Venere” ricade nelle aree destinate dal P.R.G. di Bari a servizi ed attrezzature sanitarie e non è sottoposta ad alcun tipo di vincolo.

Le strutture sono state realizzate a più riprese partendo dalla costruzione del primo edificio (il padiglione A) alla fine degli anni ’50, fino ad arrivare alla recente nuova cucina, agli ampliamenti, tuttora in corso, riguardanti il poliambulatorio, la sala convegni ed il nuovo quartiere operatorio.

6.5.2. - Obiettivi

Una razionale e mirata riorganizzazione dei flussi (puntando sempre alla loro separazione), oltre naturalmente alla possibilità di acquisire nuove aree da destinare a parcheggio, basterebbe per rendere più regolare e fluida la viabilità all’interno delle strutture.

6.5.3. - Descrizione

Le scelte progettuali riguardanti le infrastrutture ed in primo luogo la circolazione di persone, veicoli e merci all’interno del “Di Venere” si basano su alcuni concetti chiave che possono essere così riassunti:

- Divieto assoluto per il pubblico di accedere con automezzi all’interno del Presidio
- Potenziamento dell’ingresso su via Loseto che diventerà quello principale
- Individuazione dei percorsi (emergenza, personale, merci, pubblico) e delle relative aree di parcheggio
- Ampliamento delle aree destinate a verde

Lo spostamento dell’ingresso principale su via Loseto è scaturito dalla possibilità di avere un accesso da un’arteria stradale a scorrimento veloce, ben regolata da un sistema semaforico e caratterizzata in quel tratto da un allargamento della carreggiata, in luogo dell’attuale, posizionato al centro di un incrocio condizionato dal lento e disordinato traffico cittadino.

Dall'esame dei percorsi e degli spazi destinati a parcheggio si può notare come si sia privilegiata la circolazione di contorno alla struttura (eccezion fatta per i mezzi di emergenza che devono raggiungere al più presto il Pronto Soccorso), consentendo alle aree localizzate tra i vari padiglioni di accogliere nuove sistemazioni a verde che renderanno i percorsi pedonali più sicuri e gradevoli.

Saranno inoltre predisposti adeguati spazi di manovra per gli automezzi destinati a trasporti particolari, che potranno raggiungere i luoghi di destinazione con facilità (Farmacia, R.S.U., R.O.T.) e discrezione (chiesa).

Infine si prenderanno degli accorgimenti (eliminazione dislivelli, sistemazione marciapiedi) che dovranno consentire ai mezzi di soccorso l'accessibilità ad ogni edificio del complesso con la massima facilità e rapidità.

6.5.4. - Risultati attesi

Gli interventi di adeguamento a norme previsti per l'Ospedale di Venere di Bari-Carbonara nell'ambito dei finanziamenti ex art. 20 Legge 67/88 permetteranno di rendere la struttura in oggetto un nodo essenziale della rete ospedaliera regionale.

Il presidio rinnovato nelle sue strutture e funzioni dovrebbero interagire con pari autonomia, con gli altri servizi, i centri di ricerca e studio, i servizi riabilitativi e di prevenzione, con uno scambio continuo di conoscenze ed esperienze per la creazione di un modello di assistenza sanitaria.

Condizione perché si possa avviarsi questa nuova sperimentazione è che le nuove strutture acquistino una precisa identità assistenziale ed organizzativa con una permeabilità continua tra le diverse prestazioni e attività offerte, indipendentemente dalle discipline professionali coinvolte.

In questo contesto riveste particolare importanza lo studio dei sistemi di accesso, di viabilità e di parcheggio finalizzati alla piena fruibilità in condizioni di sicurezza della struttura da parte di tutti gli utenti.

6.5.5. - Risorse

Il costo complessivo del presente progetto ammonta a Euro 2.500.000,00 nel triennio.

SISAPU
(Sistema Integrato Sanitario Pugliese)

SISA-BA
Sistema Integrato Sanitario di Bari

Interventi Strutturali a Bari
Intervento 6 – Viabilità Ospedale Fallacara di Triggiano
(nuova proposta dal Piano di Riordino Ospedaliero)

6.6 – INTERVENTO – VIABILITÀ OSPEDALE FALLACARA DI TRIGGIANO

6.6.1. - Contesto

L'Ospedale Fallacara, ubicato in Triggiano (comune a 10 Km da Bari, ad 1 Km dalla S.S. 100 e 2 Km dalla S.S. 16), grazie alla sua posizione strategica svolge l'importante funzione primaria di pronto soccorso sia per gli incidenti stradali che per quelli tipici della stagione estiva.

Inoltre, grazie alla presenza di numerose altre Unità Ospedaliere, laboratori, sale operatorie, permette l'assistenza sanitaria degli utenti residenti nel sud-est barese e dei cittadini della città di Bari residenti nella periferia sud (Rione Japigia, S. Giorgio, Torre a Mare).

L'Ospedale è collegato alla Stazione Metropolitana ed alla S.S. 100 mediante un'unica strada principale, C.so Vittorio Emanuele, non dimensionata per canalizzare l'intenso traffico che si genera nelle ore di punta.

Il collegamento della città passaggio a livello crea difficoltà sia alle normali funzioni degli abitanti di Triggiano che, soprattutto, alle eventuali operazioni di pronto intervento e di smistamento urgente di pazienti in altri siti.

6.6.2. - Obiettivi

Miglioramento del collegamento dell'Ospedale Fallacara con l'Ospedale Di Venere.

6.6.3 - Descrizione

Realizzazione di una strada di collegamento tra la statale 100 e l'Ospedale Fallacara.

Estensione dell'intervento: mq 40.500 circa

Importo presunto dell'opera: € 3.521.870,00

Difficoltà: nessuna – tutti i suoli sono già soggetti a procedura di esproprio-
esiste il progetto preliminare

6.6.4 - Risultati attesi

Realizzazione di un sistema stradale di raccordo tra la S.S.100, l'Ospedale Fallacara, efficace collegamento, alternativo alla rete cittadina esistente, tra gli stabilimenti "Fallacara" e "DI Venere" facenti parte dello stesso presidio ospedaliero

6.6.5. - Risorse

Il costo complessivo del presente intervento è pari a Euro 3.521.870,00 per il triennio.

SISAPU
(Sistema Integrato Sanitario Pugliese)

SISA-BA
Sistema Integrato Sanitario di Bari

Interventi Strutturali a Bari
Intervento 7 – Diagnostica Precoce e stadiazione oncologica
(nuova proposta dal Piano di Riordino Ospedaliero)

6.7 – INTERVENTO – DIAGNOSTICA PRECOCE E STADIAZIONE ONCOLOGICA

6.7.1. - Contesto

La PET è un ottimo strumento di diagnosi nei campi dell'oncologia, della cardiologia e della neurologia, cioè quelli in cui, anche a causa dell'aumento della durata della vita media, si osserva una forte crescita di incidenza delle patologie (le patologie cardiache e oncologiche sono le prime due cause di morte attualmente).

Uno strumento come la PET può permettere diagnosi precoci e permettere cure più efficaci e persino una riduzione della spesa complessiva per le terapie di queste malattie.

Non esiste un centro PET in Puglia e nemmeno delle regioni limitrofe.

A causa delle problematiche connesse con l'elevato costo dell'apparecchiatura e con la complessità della produzione dei radiotraccianti, la PET ha avuto un utilizzo in ambito clinico più limitato rispetto ad altre tecniche di immagine quali TC ed MR. Queste problematiche hanno rallentato finora l'introduzione della PET in ambito clinico.

Ciononostante esistono oggi delle situazioni cliniche ben definite nelle quali la PET si è affermata e nelle quali è prevedibile un futuro incremento delle applicazioni di questa nuova tecnologia. Ovviamente nessuna di tali applicazioni cliniche si pone in alternativa ad altre indagini diagnostiche per immagini, ma piuttosto come efficace metodica complementare ed integrativa. Inoltre, l'esperienza comune in tutti i centri PET dice che l'introduzione di tale tecnica promuove una più stretta collaborazione fra reparti che effettuano altre indagini diagnostiche per immagini, con un miglioramento della capacità interpretative e delle competenze professionali del Medico Nucleare, del Radiologo e dei clinici che gestiscono i pazienti.

Si conosce bene la sensibilità della tomografia ad emissione di positroni nell'individuare quel minimo cambiamento nel metabolismo delle cellule che segnala la presenza del tumore, prima ancora che compaiano cambiamenti fisici. La PET non è, però, in grado di fornire i riferimenti anatomici che consentono di localizzare con precisione la lesione, una capacità che possiede, invece, la tomografia computerizzata. Da qui l'idea di combinare PET e TAC in un'unica macchina per ottenere immagini morfologiche e funzionali nello stesso tempo avendo una forte rilevanza clinica. Se in un malato di tumore al polmone la PET segnala un nodulo in prossimità del costato, è necessario sapere esattamente se la neoformazione è nel polmone o nell'osso, perché, in questo caso, si tratterebbe di una metastasi, condizione che sconsiglia il trattamento chirurgico e suggerisce la radioterapia od altro.

L'ubicazione precisa, ovvero il riconoscimento del nodulo come parte dello stesso tumore o come sua diramazione, è fornita dalla TAC. Proprio in virtù della sua importanza diagnostica e terapeutica, la

sovrapposizione di PET e di TAC viene fatta “artigianalmente” dai radiologi da almeno quindici anni. Il margine di errore è, però, alto, anche perché il paziente, migrando da una macchina all'altra, difficilmente riassume l'esatta posizione precedente, in una procedura in cui i centimetri contano. Con la macchina combinata non è invece il paziente a muoversi ma è il tavolo sul quale giace a scorrere dentro lo scanner.

La PET/TAC è un apparecchio che assembla la tomografia ad emissione di positroni con la TAC a spirale multistrato più evoluta.

E' prevedibile in fase iniziale che la richiesta di esami PET sia limitata per la scarsa conoscenza da parte dei clinici delle possibilità della PET. Come per le altre tecniche, però, successivamente si hanno incrementi della richiesta di esami che può risultare anche superiore alle possibilità del centro con conseguenti difficoltà di gestione e con liste di attesa lunghe. E ciò è prevedibile perché i pazienti esaminati prevalentemente sono di tipo oncologico.

Pertanto, vi sarà, contemporaneamente alla diffusione nel mondo medico dei vantaggi della tecnica, un aumento di pazienti che effettueranno questo esame nel follow up.

In Puglia e, in particolare, nel Salento esistono le premesse politiche, culturali e scientifiche che favoriscono il decollo di strutture scientifiche che portino come conseguenza ad una svolta nei settori tecnologici con ovvie ricadute sul piano occupazionale. Tali premesse sono costituite da:

- Una rapida trasformazione sociale, economica e scientifica;
- Partenza di nuovi Corsi di Laurea quali “Ingegneria Biomedica”;
- Un conseguente alto numero di giovani meridionali laureandi o laureati in materie indirizzabili alla ricerca scientifica;
- Insediamento di un polo di ricerca biomedica nell'ambito del Parco Scientifico di Brindisi che costituisce un vantaggio per quanto riguarda infrastrutture, collegamenti interdisciplinari, capacità progettuale, risorse;
- Interesse ad avere un polo di ricerca biomedico da parte di strutture scientifiche, industriali, politiche, di servizi preposti alla salute del cittadino presenti nel Mezzogiorno.

Queste premesse costituiscono il supporto necessario per un investimento nella metodologia PET.

6.7.2. - Obiettivi

Il progetto si propone di introdurre nel sistema sanitario la tecnologia diagnostica PET, con la possibilità di fare Ricerca e di creare al contempo una palestra di formazione avanzata nel settore.

Si propone di acquisire due ciclotroni e due Tomografi PET/TAC

Obiettivi principali che il centro si pone sono:

- rendere disponibile nell'area del Sud, tradizionalmente priva di grandi apparecchiature tecnologicamente avanzate, strumenti di indagine insostituibile nel settore biomedico e, tenendo conto che nel Mezzogiorno non esiste un numero sufficiente di presidi sanitari che svolgono esami ad alta tecnologia, la ricaduta in termini clinici e sociali sarebbe notevole;
- costruire una rete di ricerca, che coinvolga le Università di Lecce e Bari, i Parchi Scientifici di Brindisi e Valenzano e le Aziende Sanitarie pubbliche e private.

6.7.3.- Descrizione

Il progetto si articolerà nelle seguenti fasi:

- **Acquisizione di un tomografo PET/TAC e di un ciclotrone per Bari e per Taranto**
- **Installazione (compresa la costruzione delle necessarie strutture edilizie) dei tomografi e dei ciclotroni** nelle sedi di Bari e di Taranto.
- **Formazione del personale** per l'uso delle apparecchiature.

Riveste particolare importanza la formazione di tutto il personale per garantire il raggiungimento del know-how necessario affinché la metodica PET/TAC diventi sicuramente efficace e rispondente ai bisogni della popolazione.

La formazione va intesa come formazione iniziale di apprendimento della tecnica diagnostica e di utilizzo della strumentazione e come aggiornamento professionale continuo nel tempo.

È quindi necessario che già all'avvio delle attività alcune delle professionalità coinvolte siano in possesso dei requisiti di base e di esperienza specifica in modo da assicurare efficienza operativa e qualità gestionale e clinica.

Sono importanti le seguenti competenze:

- o Medica
- o Chimica
- o Fisica
- o Informatica
- o Nucleare

Inoltre, tutto il personale deve avere un addestramento specifico sull'attrezzatura da parte dei fornitori.

- **Avvio dell'attività dei centri PET/TAC** ed entrata a regime.

6.7.4. - Risultati attesi

Le applicazioni ormai consolidate della PET possono essere ricondotte a tre indicazioni fondamentali:

- 1) indicazioni in ambito oncologico;
- 2) indicazioni in ambito cardiologico;
- 3) indicazioni in ambito neurologico (neurologia e psichiatria).

In particolare, l'impiego della PET in ambito oncologico, il cui inizio è successivo rispetto agli impieghi in ambito neurologico e cardiologico, si è progressivamente affermato fino ad assumere un ruolo del tutto preminente fra le applicazioni di questa metodica a scopo clinico. Infatti, attualmente gli esami PET in ambito oncologico sfiorano l'85% di tutti gli esami effettuati in tutti i centri PET caratterizzati da prevalente impronta clinica, con il restante 15% suddiviso fra esami di interesse neurologico (10%) ed esami di interesse cardiologico (5%).

Previsione della produttività di un centro PET

Ipotizzando a regime una attività assistenziale (quindi esclusa qualsiasi attività di ricerca pura e/o di ricerca clinica) pari a 12 ore al giorno (doppio turno) per 220 giorni all'anno; ipotizzando ancora 1.5 ore per paziente (tempo per l'esame + tempo di gestione del paziente) come tempo medio di occupazione del sistema ed un'ora al giorno per la manutenzione ordinaria e calibrazione del sistema, un'installazione PET può garantire gli esami di 7 pazienti al giorno pari a 1540 pazienti all'anno. L'attività negli anni seguenti può aumentare con un'ottimizzazione del tempo di utilizzo della PET nella fase di acquisizione rispetto alle problematiche di gestione del paziente nella fase preparatoria dell'esame.

Il numero d'esami è comunque condizionato dalla tipologia di esami nel senso che le indagini di tipo cardiologico o neurologico sono in genere più complesse di quelle oncologiche e richiedono quindi tempi maggiori.

Gli spazi vuoti, lasciati dall'uso PET/TAC, possono facilmente essere coperti dall'uso della macchina in sola funzione TAC spirale multistrato, ottimizzandone l'utilizzazione.

6.7.5. - Risorse

Il costo complessivo dell'intervento *Diagnostica precoce e stadiazione oncologica* è di Euro 4.000.000,00 per Bari e Euro 4.000.000,00 per Taranto così suddivisi:

Investimenti	Bari	Taranto	Costi in MIL di Euro
CICLOTRONE	1,7	1,7	3,4
TOMOGRAFO PET-TAC	2,3	2,3	4,6
Totale	4,0	4,0	8,0

N.B: Si farà riferimento allo studio di fattibilità di Taranto.

ALLEGATO B

SISAPU
(Sistema Integrato Sanitario Pugliese)

SISA-TA
Sistema Integrato Sanitario di Taranto

PROGETTO DEFINITIVO
Allineato a
Piano Sanitario Regionale
Piano di Riordino Ospedaliero

RIASSUNTO	4507
1. - NATURA DEL PROPONENTE, MISSIONE E SCOPO	4509
2. - ANALISI DEL CONTESTO	4509
2.1. - LA CITTÀ QUALE SOGGETTO SANITARIO	4509
2.1.1. - <i>I problemi sanitari delle città</i>	4509
2.1.2. - <i>La Sanità ed il Mezzogiorno</i>	4512
2.1.3. - <i>Il contesto sanitario in Puglia</i>	4513
2.1.4. - <i>Le condizioni di salute ed il comportamento del consumatore di servizi sanitari</i>	4521
2.1.5. - <i>L'equilibrio tra domanda ed offerta di prestazioni sanitarie</i>	4525
2.2.- LA NORMATIVA REGIONALE	4526
2.3.- LO SVILUPPO DEL SERVIZIO SANITARIO PUGLIESE IN UN'OTTICA D'INTEGRAZIONE	4528
3. - IL PIANO SISAPU	4531
3.1.- RISULTATI ATTESI	4531
3.2.- OBIETTIVI SPECIFICI	4533
3.3.- ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO	4535
3.4.- SCHEDULING TEMPORALE	4537
3.5.- FINANZIAMENTO E COFINANZIAMENTO	4540
3.6.- SODDISFAZIONE DEI CRITERI DI VALUTAZIONE	4541
3.6.1. - <i>Coerenza con la programmazione sanitaria nazionale e regionale</i>	4541
3.6.2. - <i>Coerenza con le finalità programmatiche degli altri livelli istituzionali</i>	4542
3.6.3. - <i>Impatto del progetto sull'intera area urbana</i>	4542
3.6.4. - <i>Integrazione e potenziamento delle reti di servizi ai cittadini</i>	4543
3.6.5. - <i>Impatto sui servizi sanitari e socio sanitari</i>	4543
3.6.6. - <i>Sperimentazione di strumenti di coordinamento e/o nuovi modelli gestionali</i>	4544
3.6.7. - <i>Cofinanziamento (almeno il 30% del valore del progetto)</i>	4546
3.6.8. - <i>Trasferibilità</i>	4546
3.7.- MANAGEMENT DEL SISA-PU	4547
3.7.1 - <i>Il Consiglio di Progetto</i>	4548
3.7.2 - <i>Il Comitato Esecutivo</i>	4549
3.7.3. - <i>Il Comitato di Marketing</i>	4550
3.7.4. - <i>Il Comitato degli Utenti</i>	4551

3.7.5. - <i>Accordi finanziari per la gestione del Progetto</i>	4552
3.7.6. - <i>Sensibilizzazione e Promozione</i>	4552
4. - SOTTOPROGETTO SP.1 INTERVENTI METODOLOGICI E DI MANAGEMENT	4556
4.0.1. - <i>Introduzione</i>	4556
4.0.2. - <i>Contesto</i>	4560
4.0.3. - <i>Obiettivi</i>	4560
4.0.4. - <i>Descrizione</i>	4561
4.0.5. - <i>Risultati attesi</i>	4562
4.0.6. - <i>Strumenti di controllo</i>	4563
4.0.7. - <i>Risorse: Prospetto dei costi principali dell' Intervento</i>	4563
4.0.8. - <i>Scheduling</i>	4563
4.1 INTERVENTO - ISTITUZIONE E FUNZIONAMENTO DEL COORDINAMENTO INTEROPERABILITÀ SERVIZI SANITARI (CISS)	4566
4.1.1. - <i>Contesto</i>	4566
4.1.2. - <i>Obiettivi</i>	4566
4.1.3. - <i>Descrizione</i>	4566
4.1.4. - <i>Risultati attesi</i>	4567
4.1.5. - <i>Risorse</i>	4568
4.2. INTERVENTO – PRODUZIONE DI RACCOMANDAZIONI (PRORAC)	4570
4.2.0.1. - <i>Contesto</i>	4570
4.2.0.2. - <i>Obiettivi</i>	4570
4.2.0.3. - <i>Descrizione</i>	4570
4.2.0.4. - <i>Risultati attesi</i>	4571
4.2.0.5. - <i>Risorse</i>	4572
4.2.1. <i>Sotto intervento - Definizione di Linee Guida (LinGui)</i>	4573
4.2.2. <i>Sottointervento - Implementazione Anagrafe dinamica georeferenziata delle Risorse Sanitarie</i>	4579
4.2.3. <i>Sottointervento - Metodologia Cartelle Cliniche per continuità assistenziale (MetodCC)</i>	4582
4.2.4. <i>Sottointervento – Coordinamento Iniziative in Ambiente di Lavoro</i>	4585
4.2.5. <i>Sottointervento – Coordinamento delle iniziative per un Sistema Qualità (SistQual)</i>	4591
4.2.6. <i>Sottointervento - Strumenti e attitudini comunicative per continuità assistenziale (StAtCA)</i> .	4600
5. - SOTTOPROGETTO SP2 - INTERVENTI INFRASTRUTTURALI TELEMATICI	4606
5.0.1. - <i>Introduzione</i>	4606
5.0.2. - <i>Contesto</i>	4608
5.0.3. - <i>Obiettivi</i>	4609

5.0.4. - <i>Descrizione</i>	4610
5.0.5. - <i>Risultati Attesi</i>	4611
5.0.6. - <i>Strumenti di controllo</i>	4613
5.0.7. - <i>Risorse</i>	4614
5.2 – INTERVENTO - RETE MEDICI DI BASE	4616
5.2.1 - <i>Contesto</i>	4616
5.2.2 - <i>Obiettivi</i>	4616
5.2.3 - <i>Descrizione</i>	4617
5.2.4 - <i>Risultati attesi</i>	4619
5.2.5 - <i>Risorse</i>	4620
5.3 - INTERVENTO - DIPARTIMENTI INTERAZIENDALI TECNOLOGICO ASSISTENZIALI	4622
5.3.1 - <i>Contesto</i>	4622
5.3.2 - <i>Obiettivi</i>	4623
5.3.3 - <i>Descrizione</i>	4623
5.3.4 - <i>Risultati attesi</i>	4624
5.3.5 - <i>Risorse</i>	4626
6. - SOTTOPROGETTO SP3 - INTERVENTI STRUTTURALI E TECNOLOGICI	4628
6.0.1. - <i>Introduzione</i>	4628
6.0.2. - <i>Contesto</i>	4629
6.0.3. - <i>Obiettivi</i>	4630
6.0.4. - <i>Descrizione</i>	4630
6.0.5. - <i>Risultati Attesi</i>	4630
6.0.6.- <i>Strumenti di controllo</i>	4630
6.0.7.- <i>Risorse</i>	4631
6.1 – INTERVENTO - CENTRO EVENTI E URBANIZZAZIONE EX PRESIDIO OSPEDALIERO DI VIA SS. ANNUNZIATA	4634
6.1.1. - <i>Contesto</i>	4634
6.1.2. - <i>Obiettivi</i>	4634
6.1.3. - <i>Descrizione</i>	4634
6.1.4. - <i>Risultati attesi</i>	4635
<i>Risorse</i>	4635
6.2 - INTERVENTO - POTENZIAMENTO RADIOLOGIA E DIAGNOSTICA PER IMMAGINI, VIABILITÀ E PARCHEGGI	
OSPEDALE SS. ANNUNZIATA	4638
6.2.1 - <i>Contesto</i>	4638
6.2.3 - <i>Descrizione</i>	4639

6.2.4. - Risultati attesi	4640
6.2.5. - Risorse	4640
6.3 – INTEREVENTO - POTENZIAMENTO RADIOTERAPIA ONCOLOGICA OSPEDALE S. GIUSEPPE MOSCATI ...	4642
6.3.1 - Contesto	4642
6.3.2 - Obiettivi	4643
6.3.3 - Descrizione	4643
6.3.4 - Risultati Attesi	4644
6.3.5 - Risorse	4644
6.4 – INTERVENTO - ACQUISIZIONE E RIQUALIFICAZIONE IMMOBILE (EX UPIM) PER DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N. 4 -	4646
6.4.1 - Contesto	4646
6.4.2. - Obiettivi	4646
6.4.3. - Descrizione	4648
6.4.4. - Risultati attesi	4649
6.4.5. - Risorse	4650
6.5 – INTERVENTO – DIAGNOSTICA PRECOCE E STADIAZIONE ONCOLOGICA OSPEDALE S. GIUSEPPE MOSCATI	4652
6.5.1. - Contesto	4652
6.5.2. - Obiettivi	4653
6.5.3. - Descrizione	4653
6.7.4. - Risultati attesi	4655
6.7.5. - Risorse	4655

SISAPU

(Sistema Integrato Sanitario Pugliese)

a seguito del Decreto 15 Settembre 1999 del Ministero della Sanità
Gazzetta Ufficiale dello 05-01-2000

CRITERI, MODALITÀ E TERMINI PER LA ELABORAZIONE E LA PRESENTAZIONE DEI
PROGETTI AI SENSI DELL'ART. 71 DELLA LEGGE 23-12-1998, N. 448

RIASSUNTO

Il progetto SISA-PU si propone di fornire ai cittadini pugliesi, nello specifico a cominciare da quelli di Bari e Taranto, l'integrazione dei servizi socio-sanitari ed una serie di nuovi interventi finalizzati a generare un circolo virtuoso per il miglioramento della qualità della vita.

Il Progetto - elaborato dalla Regione Puglia, con l'ausilio dell'ISBEM (Istituto Scientifico Biomedico Euro Mediterraneo) – mira a superare le criticità sanitarie della città, basandosi:

- a) sui principi del Piano Sanitario Nazionale e delle normative regionali;
- b) sulla centralità della Continuità delle Cure;
- c) sull'approccio a Sistemi incentrati sui pazienti (Patient Orientation).

Scopo globale del progetto è la riorganizzazione e la riqualificazione dell'assistenza sociale e sanitaria. In particolare sono state individuate tre diverse tipologie d'intervento (direttivo, di raccordo e specifico) che hanno determinato un'articolazione del progetto su tre distinti livelli che si sostanziano in tre specifici sottoprogetti:

- Management e Metodologico. Tale sottoprogetto si concretizza nella costituzione e nel funzionamento di un Coordinamento per l'interoperabilità dei servizi sanitari che cura il management del piano SISA-PU, comune per le città di Bari e Taranto, ad evitare il rischio di una pianificazione risultante dalla mera somma dei singoli interventi garantendo il coordinamento delle scelte strategiche in una logica riferita alle intere aree urbane ed al complesso dei servizi a tutela della salute.

In particolare curerà il management di tutte le linee d'azione e sperimenterà modelli funzionali e normativi delle iniziative metodologiche.

- Infrastrutturale Telematico. I problemi dell'accessibilità e continuità assistenziale sul territorio verranno affrontati mediante la sperimentazione di una serie di misure armonizzate tra di loro e finalizzate nell'insieme a sviluppare modelli gestionali diversificati di riorganizzazione dei Servizi Sanitari territoriali ed Ospedalieri già presenti a Bari e Taranto, e specificamente attraverso l'integrazione tra soggetti istituzionali, pubblici e privati, quali le Aziende Sanitarie, le Aziende Ospedaliere di Bari e Taranto, il Policlinico, gli IRCCS, i Comuni di Bari e Taranto, il terzo settore ed imprese del settore socio-sanitario e biomedico.
- Strutturale-tecnologico. In questo sottoprogetto s'intendono realizzare specifici interventi che, tenendo conto delle caratteristiche, delle necessità e delle opportunità delle aree metropolitane di Bari e Taranto, consentano una più immediata accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari.

In particolare a **Taranto, l'attenzione è stata focalizzata** sugli interventi urbanistici per l'accessibilità e la fruibilità delle strutture sanitarie per elevare la capacità del servizio sanitario di assolvere alle richieste dei soggetti deboli e degli anziani. In particolare s'intende procedere sia alla riqualificazione tecnologica strumentale, che al potenziamento di strutture sanitarie di prevenzione primaria e secondaria delle patologie derivanti dagli ambienti di vita e di lavoro, anche mediante la gestione integrata delle tecnologie.

1. - NATURA DEL PROPONENTE, MISSIONE E SCOPO

Proponente della presente proposta è - ai sensi dell'art. 3, comma 2, del già citato Decreto del 15 settembre 1999 del Ministero della Sanità - l'Ente Regione Puglia, che a tale scopo ha interpellato, recependo ogni loro indicazione propositiva:

- i Comuni delle Città interessate,
- le Aziende Sanitarie Locali ed Ospedaliere delle Città interessate

In particolare di fondamentale importanza è stato il loro contributo durante l'ultima fase di allineamento al Piano Sanitario Regionale ed al Piano di Riordino Ospedaliero che ha contribuito a strutturare la scelta definitiva degli Interventi ed il dimensionamento finanziario relativo alla scelte di priorità.

Come sarà ulteriormente specificato al punto 3.4, lo Scheduling Temporale è stato organizzato al fine di favorire un'ulteriore partecipazione di tutte le Amministrazioni e tutti gli Enti pubblici e privati interessati al processo unitario di riqualificazione dell'Assistenza Sociale e Sanitaria nelle città di Bari e Taranto. A tal fine, è stato puntualmente previsto un periodo di circa dieci (10) mesi dedicato alla definizione ed alla esplicitazione dei requisiti delle iniziative proposte ed alla loro socializzazione tra tutti. Si prevede altresì un ulteriore periodo che, cumulato al precedente, ammonta a 18 mesi, da dedicare alla selezione delle unità di sperimentazione o di applicazione in primis che - per ragioni di opportunità, di necessità o di formazione delle proprie risorse umane e/o per decisione dei propri organi gestionali - risultino più atte a garantire il successo delle varie iniziative.

Resta comunque alla autonoma decisione della Regione Puglia, dopo la fase di Progettazione esecutiva, la scelta se gli incarichi a sviluppare il progetto complessivo (il coordinamento e la gestione) ed i singoli sottoprogetti siano attuati mediante:

- Incarico diretto, eventualmente dietro richiesta di un'ulteriore specifica, così considerando i Sottoprogetti inclusi nei progetti esecutivi.
- Chiamata pubblica (aperta e/o ristretta) basata sulla presente Proposta adoperata quale piano di lavoro (WorkPlan) e dietro selezione da parte degli organi regionali (avvalendosi eventualmente a tal fine del necessario supporto del Ministero della Sanità, Dipartimento della Programmazione, dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali e dei Comuni di Bari e Taranto) nonché delle Aziende Sanitarie Locali BA/4 e TA/1 delle Aziende ospedaliere di Bari e Taranto.

Missione Il presente documento rappresenta, in termini di progetti definitivi, la risposta elaborata dalla Regione Puglia al Decreto 05.04.2001 del Ministero della Sanità (G.U. 214 del 14.09.01). Tale decreto, sulla base dei progetti preliminari SISA-BA e SISA-TA presentati nell'ambito del DM 15.09.1999 (Criteri, modalità e termini per la elaborazione e la presentazione dei progetti, ai sensi dell'art. 71 della legge 448 del 23 dicembre 1998), ha assegnato un cofinanziamento alla Regione per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei due grandi centri urbani di Bari e Taranto (individuati ai sensi dell'art. 71, comma 1, della Legge n. 448 del 1998 e in coerenza con quanto previsto dal Decreto Legislativo 229 del 19 giugno 1999).

Scopo globale del progetto è la riorganizzazione e la riqualificazione dell'assistenza sociale e sanitaria. In particolare sono state individuate tre diverse tipologie d'intervento (direttivo, di raccordo e specifico) che hanno determinato un'articolazione del progetto su tre distinti livelli che si sostanziano in tre specifici sottoprogetti:

- **Management e Metodologico.** Tale livello si concretizza nella costituzione e nel funzionamento di un C-ordinamento per l'interoperabilità dei servizi sanitari che cura il management del progetto SISA-PU, comune per le città di Bari e Taranto, ad evitare il rischio di una pianificazione risultante dalla mera somma dei singoli interventi garantendo il coordinamento delle scelte strategiche in una logica riferita alle intere aree urbane ed al complesso dei servizi a tutela della salute.

In particolare:

- ✓ Sperimenterà modelli funzionali e normativi, per produrre Raccomandazioni (v. infra).
- ✓ Curerà il management di tutte le linee d'azione.

Infatti il CISS, senza intralciare il quotidiano agire dei singoli Servizi e Presidi Sanitari del Servizio Sanitario Nazionale e senza gravare ulteriormente sul lavoro di questi, si occuperà anche di tutti i problemi che sorgono nell'affrontare i prerequisiti infrastrutturali del coordinamento e della interoperabilità dei servizi sanitari quali l'ottimizzazione dei percorsi sanitari, le linee guida, il monitoraggio della qualità e della sicurezza, l'ambiente di lavoro, l'esistenza di un'anagrafe delle risorse sanitarie integrata, georeferenziata e dinamica, nonché della formazione del personale sanitario secondo i corretti canoni della Comunicazione Sanitaria.

- **Infrastrutturale Telematico.** I problemi dell'accessibilità e continuità assistenziale sul territorio verranno affrontati mediante la sperimentazione di una serie di misure armonizzate tra di loro e finalizzate nell'insieme a sviluppare modelli gestionali diversificati di riorganizzazione dei Servizi Sanitari territoriali ed Ospedalieri già presenti a Bari e Taranto, e specificamente attraverso l'integrazione tra soggetti istituzionali, pubblici e privati, quali le

Aziende Sanitarie, le Aziende Ospedaliere di Bari e Taranto, il Policlinico, gli IRCCS, i Comuni di Bari e Taranto, il terzo settore ed imprese del settore socio-sanitario e biomedico.

- **Strutturale-tecnologico.** In questo progetto s'intendono realizzare specifici interventi che, tenendo conto delle caratteristiche, delle necessità e delle opportunità delle aree metropolitane di Bari e Taranto, consentano una più immediata accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari.

In particolare, a **Taranto**, l'attenzione è stata focalizzata sugli interventi necessari per la migliore accessibilità e fruibilità delle strutture sanitarie. Il SISAPU intende supportare peraltro la realizzazione di un intervento strutturale per la Diagnostica Precoce e la Stadiazione oncologica, sia a Taranto che a Bari in prospettiva di una rete integrata regionale per la continuità delle cure nel settore oncologico.

2. - ANALISI DEL CONTESTO

2.1. - LA CITTÀ QUALE SOGGETTO SANITARIO

2.1.1. - *I problemi sanitari delle città*

Come dichiarato dall'Allegato del Decreto del 15 settembre 1999 del Ministero della Sanità recante "Criteri, modalità e termini per la elaborazione e la presentazione dei progetti, ai sensi dell'art. 71 della legge 23 dicembre 1998, n. 448" l'assistenza sanitaria nei grandi centri soffre di specifiche difficoltà che impongono la elaborazione di una politica mirata alla riqualificazione degli interventi a tutela della salute.

Le grandi città infatti sono spesso contraddistinte da processi di deterioramento che assumono connotazioni particolarmente preoccupanti quando riferiti a disfunzioni dei servizi pubblici rivolti alla tutela della salute dei cittadini.

Gli elementi di debolezza propri del sistema sanitario delle grandi aree urbane sono individuabili, fra l'altro, nella frammentazione dell'offerta di servizi e nella variabilità delle risposte assistenziali (con conseguenti problemi di appropriatezza nell'utilizzo delle risorse e di potenziali iniquità nell'accesso ai servizi), nella presenza di strutture ospedaliere di dimensioni tali da favorire il congestionamento e la de-personalizzazione dei percorsi assistenziali, nella mancanza di una rete integrata volta a semplificare l'accesso dei cittadini ad una pluralità di punti di erogazione, della carenza di strumenti di semplificazione e di informazione volti a limitare contatti

defatiganti e inconcludenti con i singoli servizi, nella vetustà del patrimonio edilizio e tecnologico e nel suo insufficiente adeguamento alle norme di sicurezza, nell'inadeguatezza della rete d'emergenza aggravata dalla congestione della rete viaria, nella crescente presenza nel territorio di condizioni di emarginazione che richiedono l'elaborazione di politiche mirate al miglioramento della salute dei gruppi più a rischio, nella presenza del noto fenomeno delle liste di attesa che rinvia a problemi di gestione delle liste e di organizzazione dei processi produttivi.

In città risiede una percentuale significativa di soggetti deboli individuati nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 in relazione alle fasi della vita (procreazione, età evolutiva ed anziana) ed a fenomeni sociali quali l'immigrazione. Questi soggetti sono deboli non tanto in termini economici quanto di abilità sociali e di condizioni ambientali che ne influenzano la qualità della vita. La maggior parte di queste persone vivono in solitudine, soprattutto nei momenti di maggiore bisogno di assistenza sociale e sanitaria e necessitano di interventi integrati e programmati volti a contrastare le condizioni di particolare svantaggio di cui soffrono.

Ad una tale varietà di punti di debolezza si accompagnano ritardi più o meno consistenti nella predisposizione di piani di intervento, riconducibili alla complessità del sistema, alle diffuse resistenze al cambiamento nonché alle insufficienti capacità programmatiche dei livelli istituzionali competenti.

In tale contesto, il piano straordinario di interventi previsto dall'art. 71 della legge 23 dicembre 1998, n. 448, si rivolge in particolare ai grandi centri urbani che presentano criticità speciali sotto il profilo dell'assistenza sanitaria, con specifica attenzione a quelli del centro sud.

2.1.2. - La Sanità ed il Mezzogiorno

Il sistema urbano del Mezzogiorno presenta una situazione di grave ritardo rispetto al modello di sviluppo urbano che si sta dimostrando più competitivo a livello europeo, con l'affermazione delle città metropolitane di rango intermedio e di "reti di città" di minori dimensioni, che hanno dimostrato una maggiore capacità di articolazione funzionale, un migliore equilibrio ambientale e sociale, minori fattori di congestione, un'adeguata connessione alle reti materiali ed immateriali.

Le aree metropolitane del Sud presentano molti dei problemi che affliggono le metropoli europee: congestione, disagio sociale, degrado ambientale, sacche di povertà, criminalità diffusa. La situazione delle grandi città del Mezzogiorno, tra cui si annoverano anche Bari e Taranto, è tuttavia aggravata dalla difficile situazione occupazionale e dal forte degrado territoriale, ambientale, sociale e sanitario, che va ben al di là delle fredde cifre riportate nella logica dei grandi numeri statistici.

La gran parte delle città del Mezzogiorno non presenta quelle caratteristiche che nelle altre aree del Paese e d'Europa ne fanno l'ossatura dello sviluppo locale. Al di fuori delle aree metropolitane, la struttura urbana del Mezzogiorno è poco gerarchizzata a causa della arretratezza economica. Il formarsi di una gerarchia urbana e la creazione di un sistema urbano con alcuni centri di riferimento per le funzioni più avanzate è tuttavia una condizione necessaria per sostenere i processi di sviluppo esistenti ed emergenti.

L'inadeguatezza dell'offerta di servizi alla persona, a fronte di crescenti bisogni sociali e sanitari delle famiglie, degli individui e della comunità è un altro punto di debolezza delle città del Mezzogiorno. Tale inadeguatezza riguarda in primo luogo i servizi pubblici di base, come i servizi socio-sanitari e la scuola, che in molte situazioni di disagio non è in grado di contrastare i fenomeni di evasione e di dispersione. Nelle città del Mezzogiorno il settore pubblico non offre adeguata risposta ai bisogni legati alla cura della persona, soddisfatti prevalentemente dal lavoro informale e irregolare; al sostegno alle famiglie con anziani e minori a carico; all'inclusione delle categorie emarginate. Ma risultano insoddisfatti anche bisogni "leggeri", legati alla disponibilità di spazi e iniziative di aggregazione sociale, il cui soddisfacimento è fondamentale per aumentare il livello di coesione sociale, il senso di appartenenza e di fiducia reciproca, nonché di fiducia nel sistema stato.

2.1.3. - Il contesto sanitario in Puglia

La consistenza demografica della regione di 4.085.328 abitanti, dati al 31 dicembre 1996 tratti dall'*Atlante della Sanità Italiana/1999 PROMETEO e MESS 0.1* (programmi realizzati dall'Università Tor Vergata e dal CNR), esprimeva il 7,1% dell'intera popolazione italiana ed il 19,5% di quella meridionale.

I dati ufficiali evidenziano che la popolazione pugliese si pone in una posizione intermedia tra il maggiore invecchiamento della struttura demografica a livello medio nazionale e quella assai più giovane del Mezzogiorno. Tali dati qui presentati verranno aggiornati nel progetto esecutivo.

Per ciò che concerne la composizione per età e per sesso del bacino demografico regionale, si ricava una maggiore longevità della componente femminile della popolazione – come del resto si verifica anche a livello nazionale, al contrario del Mezzogiorno nel suo insieme – e dell'altro una peculiarità significativa della struttura demografica regionale connessa allo scarto (2 punti percentuali) tra la quota percentuale dei maschi e delle femmine con età tra 0 e 14 anni sui rispettivi raggruppamenti.

In Puglia tale scarto assume un valore significativo poiché è rappresentato dalla differenza tra il 18,9% dei maschi con non più di 14 anni ed il 16,9% delle femmine di pari età.

Anche il processo di “concentrazione urbana” della popolazione raggiunge in Puglia valori elevati in quanto nei comuni con una dimensione demografica superiore ai 20.000 abitanti si concentra il 62,73% della popolazione pugliese, a fronte del 55,1% di quella meridionale e del 52,7% dell’analoga quota nazionale.

I circa 4.000.000 di residenti, per l’assistenza sanitaria sono divisi in 12 Aziende UsL. La dimensione media di tali aziende, in termini di popolazione assistita, è circa il 36% superiore alla media nazionale (la Tabella 1 indica la distribuzione delle Az. USL in Puglia).

Tabella 1: distribuzione delle Aziende USL in Puglia con popolazione residente

CODICE	Azienda USL	Città	Provincia	Pop. Residente
101	BARI/1	ANDRIA	BA	239.657
102	BARI/2	BARLETTA	BA	279.985
103	BARI/3	ALTAMURA	BA	213.781
104	BARI/4	BARI	BA	591.229
105	BARI/5	PUTIGNANO	BA	238.457
106	BINDISI/1	BRINDISI	BR	413.178
107	FOGGIA/1	SAN SEVERO	FG	220.766
108	FOGGIA/2	CERIGNOLA	FG	214.955
109	FOGGIA/3	FOGGIA	FG	263.391
110	LECCE/1	LECCE	LE	474.762
111	LECCE/2	MAGLIE	LE	343.026
112	TARANTO/1	TARANTO	TA	592.141
Totale popolazione residente				4.085.328

Dall’analisi del **contesto demografico** (Tabella 2) si rileva che l’**Indice di vecchiaia** (percentuale di residenti con oltre 65 anni rispetto ai ragazzi di età compresa tra 0 e 14 anni) è uno tra i più bassi delle regioni del mezzogiorno (solo la Campania ha un valore inferiore al 70%) ed uno dei minori se si confrontano i dati nazionali (le regioni del centro e del nord, ad eccezione della provincia autonoma di Bolzano con l’86,2%, superano tutte abbondantemente il 100%).

Tabella 2: indice di vecchiaia nelle regioni del Mezzogiorno

REGIONE	INDICE DI VECCHIAIA (%)
Abruzzo	121,1
Molise	121,2
Campania	61,9
Puglia	76,2
Basilicata	92,4
Calabria	79,4
Sicilia	79,3
Sardegna	87,9
Italia	114,9

Al fine di analizzare lo **stato di salute** della popolazione residente si può considerare l'**indice di mortalità** per tre classi di età: 0-4 anni, 5-64 anni e >64anni.

Per quanto concerne la prima classe le maggiori cause di decesso sono attribuibili alle malformazioni congenite, alle malattie del sistema circolatorio ed ai tumori. Come si può notare dalla tabella 3, mentre per la seconda e la terza causa sopraelencate la Puglia mantiene dei valori molto bassi (sia se confrontati con il resto del Mezzogiorno che con il resto d'Italia), nel caso delle morti per malformazioni congenite il numero di decessi è molto alto.

Tabella 3: cause di morte nella classe 0-4 anni

REGIONE	CAUSE DI MORTE (morti 0-4 anni per 100.000 bambini 0-4 anni)		
	Malformazioni congenite	Malattie sistema circolatorio	Tumori
Abruzzo	152,9	8	9,7
Molise	113,9	6	0,0
Campania	145,6	6,4	5,2
Puglia	123,4	2,9	2,9
Basilicata	118,0	11,5	0,0
Calabria	138,9	6,3	3,2
Sicilia	144,3	6,6	3,7
Sardegna	76,4	7,4	4,9
Italia	108,1	6,2	5,5

Per quanto riguarda la categoria dei soggetti di età compresa tra i 5 ed i 64 anni, un importante indice che riassume non solo le cause di decesso ma che consente anche l'individuazione degli ambiti sanitari che occorre implementare con ulteriori misure, è espresso dalle morti evitabili. Come si può notare dalla tabella 4, nonostante la Puglia mantenga dei livelli di morti evitabili che ricalcano gli standard delle regioni del Mezzogiorno, risulta comunque necessario informare e formare la popolazione sull'importanza della prevenzione primaria come primo passo per la riduzione dei decessi. Dall'analisi della stessa tabella appare inoltre chiara la fondamentale importanza che riveste l'investimento in tecnologia innovativa, tale da consentire ai medici diagnosi precoci ed immediatezza nella risposta terapeutica.

Tabella 4: morti evitabili popolazione 5-64 anni

REGIONE	MORTI EVITABILI (morti 5-64 anni per 100.000 abitanti 5-64 anni)					
	PREVENZIONE PRIMARIA		DIAGNOSI PRECOCE		IGIENE ED ASSISTENZA SANITARIA	
	M	F	M	F	M	F
Abruzzo	102,7	26,0	1,7	21,3	57,5	18,7
Molise	114,2	33,5	5,7	21,8	6,5	18,9
Campania	123,5	30,1	2,9	26,2	49,8	17,9
Puglia	119,7	25,6	2,9	26,2	49,8	17,9
Basilicata	113,9	25,7	1,2	25,8	60,9	21,8
Calabria	115,6	30,9	0,9	21,9	59,2	21,2
Sicilia	112,1	31,1	2,8	26,2	61,2	21,9
Sardegna	141,9	29,8	2,1	26,4	59,6	16,5
Italia	127,4	35,3	3	26,5	57,6	18,1

Ulteriori cause di morte per la popolazione compresa nella classe di età tra 5-64 anni sono riconducibili essenzialmente ai tumori, malattie del sistema circolatorio e malattie dell'apparato digerente (tabella 5). Anche in questo caso la Puglia rispecchia il trend nazionale con un unico riferimento di spicco relativo alle problematiche del sistema circolatorio in cui presenta la più bassa incidenza se confrontata con le altre regioni del Mezzogiorno e la terza se il confronto è posto su base nazionale (soltanto le Marche e l'Umbria presentano valori inferiori rispettivamente con il 16,1 e 16,6 su una popolazione di 100.000 abitanti compresi nella fascia d'età suddetta).

Tabella 5: altre cause di decesso popolazione 5-64 anni

REGIONE	ALTRE CAUSE DI MORTE (morti 5-64 anni per 100.000 abitanti 5-64 anni)					
	TUMORI		MALATTIE Sistema Circolatorio		MALATTIE Apparato Digerente	
	M	F	M	F	M	F
Abruzzo	47,4	34,2	25,2	9,8	17,6	6,8
Molise	45,1	24,9	17,6	10,4	23,2	8,5
Campania	45,5	35,6	25,2	9,7	31,5	16,8
Puglia	41,9	29,8	16,7	7,8	24,8	8,9
Basilicata	45,3	30,9	23,8	11,8	26,1	8,1
Calabria	45,8	30,5	22,6	12,4	23,7	9,7
Sicilia	42,7	31,5	19,8	9,4	21,1	10,3
Sardegna	45,3	30,1	20,3	6,9	28,4	6,2
Italia	51,8	35,3	20,6	8,2	20,5	8,2

L'eccesso di mortalità tra la popolazione maschile (tabella 6) compresa nella classe in esame per cause imputabili a problematiche dell'apparato digerente (di cui la regione Puglia detiene il "triste" primato nazionale di decessi), indica la necessità di adottare una serie di politiche sanitarie indirizzate in tal senso. L'analisi dell'indice di mortalità dell'ultima classe di età (oltre 64 anni) conferma quanto già notato: lo stato di salute della regione Puglia rispecchia l'andamento nazionale.

Tabella 6: cause di morte popolazione oltre 64 anni

REGIONE	CAUSE DI MORTE					
	(morti oltre 64 anni per 100.000 abitanti oltre 64 anni)					
	MALATTIE Sistema Circolatorio		TUMORI		MALATTIE Apparato Digerente	
	M	F	M	F	M	F
Abruzzo	2671,8	2177,9	1466,7	646,1	568,1	208,4
Molise	2576,6	2219,9	1360,2	574,8	400,6	205,3
Campania	3109,6	2693,1	1626,2	747,0	679,4	241,6
Puglia	2478,7	2255,6	1515,1	683,7	682,1	223,2
Basilicata	2683,8	2447,1	1196,4	674,9	472,5	205,2
Calabria	2765,7	2421,7	1251,6	589,1	581,7	207,7
Sicilia	2948,4	2626,7	1347,2	742,6	623,1	262,8
Sardegna	2411,4	2097,1	1566,5	778,0	609,3	299,0
Italia	2671,9	2094,6	1743,2	830,3	535,7	208,6

Ulteriore indice indispensabile per avere un'ampia visuale sul contesto sanitario pugliese e rendere possibile un confronto tra quest'ultimo, il Mezzogiorno e la media nazionale è la **rete ospedaliera** (in termini di dotazione e di utilizzazione di posti letto).

Per quanto riguarda la **dotazione di posti letto**, se si considera il totale delle aree assistenziali (specialità di base, specialità a media assistenza, specialità ad elevata assistenza, terapia intensiva e subintensiva, riabilitazione, lungodegenza e psichiatria), ancora una volta i dati della Puglia coincidono con le medie nazionali, unico valore non allineato con questo trend è relativo al numero di posti letto delle case di cura (tabella 7).

Tabella 7: disponibilità dei posti letto per il totale delle aree assistenziali

REGIONE	TOTALE AREE ASSISTENZIALI (posti letto per 100.000 residenti)		
	Ospedali pubblici ed equiparati (Osp. a gestione dir. USL, Osp. classificati ed assimilati, altri presidi Az. USL)	Aziende Ospedaliere (pro-quota) (Az. Ospedaliere, IRCCS, Cliniche e Policlinici universitari)	Case di cura accreditate
Abruzzo	578,1	n.d.	111,3
Molise	455,2	30,2	50,1
Campania	222,5	133,1	113,9
Puglia	424,4	161,5	67,5
Basilicata	317,8	148,9	178,6
Calabria	259,1	108,5	157,5
Sicilia	180,0	209,2	66,9
Sardegna	361,5	95,0	90,8
Italia	324,4	161,2	108,7

A fronte di una disponibilità di posti letto che coincide con la media nazionale, l'utilizzo di posti letto, se analizzato nel complesso delle aree assistenziali, è nettamente sotto la media (tabella 8). Le ragioni di una tale situazione sono riconducibili alla necessità avvertita dai fruitori del servizio sanitario locale di un'ampia riforma strutturale del servizio stesso. Tale riforma dovrebbe investire non solo le strutture ospedaliere ed il parco macchine, ma anche la riqualificazione del servizio nel senso più ampio.

Tabella 8: tasso di utilizzazione dei posti letto per il totale delle aree assistenziali

REGIONE	TOTALE AREE ASSISTENZIALI (%)		
	Osp. pubblici ed equiparati (Osp. a gestione diretta USL, Osp. classificati ed assimilati, altri presidi Az. USL)	Aziende Ospedaliere (pro-quota) (Az. Ospedaliere, IRCCS, Cliniche e Policlinici universitari)	Case di cura accreditate
Abruzzo	79,8	n.d.	83,6
Molise	78,6	92,4	73,9
Campania	77,6	79,5	73,8
Puglia	71,9	75,1	78,0
Basilicata	67,8	73,5	84,7
Calabria	66,4	81,5	73,7
Sicilia	72,1	78,6	71,0
Sardegna	66,6	70,5	60,7
Italia	76	79,2	80,1

2.1.4. - Le condizioni di salute ed il comportamento del consumatore di servizi sanitari

Come già accennato il progetto SISA-PU intende migliorare l'offerta sanitaria nei centri urbani di Bari e Taranto, generando una serie di iniziative volte al miglioramento dell'accessibilità ai servizi sanitari ed al miglioramento della qualità della vita. Per tale fine è particolarmente interessante avere un quadro sulle condizioni di salute della popolazione e sul ricorso ai servizi sanitari.

Un'indagine multiscopo sulla valutazione della salute degli italiani condotta dall'ISTAT negli anni 1980, 1983, 1986 e 1991, nonostante rappresentativa di un quadro storico ormai mutato, ha fornito utili spunti di progettazione.

Da tale analisi risulta che il 6,1% della popolazione si è dichiarato in cattive condizioni di salute. L'analisi della composizione per sesso ed età evidenzia in generale una situazione più

favorevole per gli uomini. All'aumentare dell'età, il naturale deterioramento delle condizioni di salute fa aumentare la quota di individui in cattive condizioni di salute: dallo 0,7% dei ragazzi fino a 14 aa., al 28,9% degli anziani di 75 aa. e più. Inoltre, al crescere dell'età emerge un progressivo divario tra i sessi: in particolare, a partire dai 35 aa. si manifesta uno svantaggio per le donne.

A livello territoriale le differenze che emergono attribuiscono al Nord una quota maggiore di individui che hanno una percezione negativa delle condizioni di salute, mentre l'Italia meridionale (60,2%) e insulare (62,2%) fanno registrare le più alte percentuali di persone in buona salute (media nazionale: 55%). La Regione in cui la popolazione dichiara di star meglio è la Puglia con una percentuale del 64,1%. E' evidente che le differenze territoriali riscontrate risentono notevolmente della diversa struttura per età all'interno delle singole regioni.

Analizzando l'utilizzo dei servizi sanitari si nota che le visite specialistiche contano di più per le fasce di età più giovani mentre il medico generico risulta una figura molto importante per gli anziani, soprattutto per le donne. Si osserva, inoltre, che si sono riscontrati circa 800.000 casi in cui un accertamento prescritto dal medico non sia stato effettivamente svolto. Questa situazione, come nel caso delle prescrizioni farmaceutiche, è rivelatrice di un atteggiamento di auto-disciplina dei pazienti, oppure di indisciplina e "fai da te" della salute.

Per quanto riguarda i ricoveri ospedalieri, si evidenziano i risultati sulla soddisfazione degli assistiti. Il giudizio è positivo per l'assistenza sanitaria e negativo per i servizi igienici e per il vitto. In generale, comunque, la situazione del 1991 ha fatto rilevare un notevole peggioramento del giudizio rispetto alla medesima indagine espletata nel 1986. Ciò è dovuto anche all'aumento dell'attenzione e della sensibilità dei cittadini verso i problemi dell'efficienza e dell'efficacia delle strutture sanitarie che fa elevare quantitativamente e qualitativamente le esigenze degli utenti.

Giudizio su alcuni aspetti del ricovero (% sul totale) - Confronti temporali

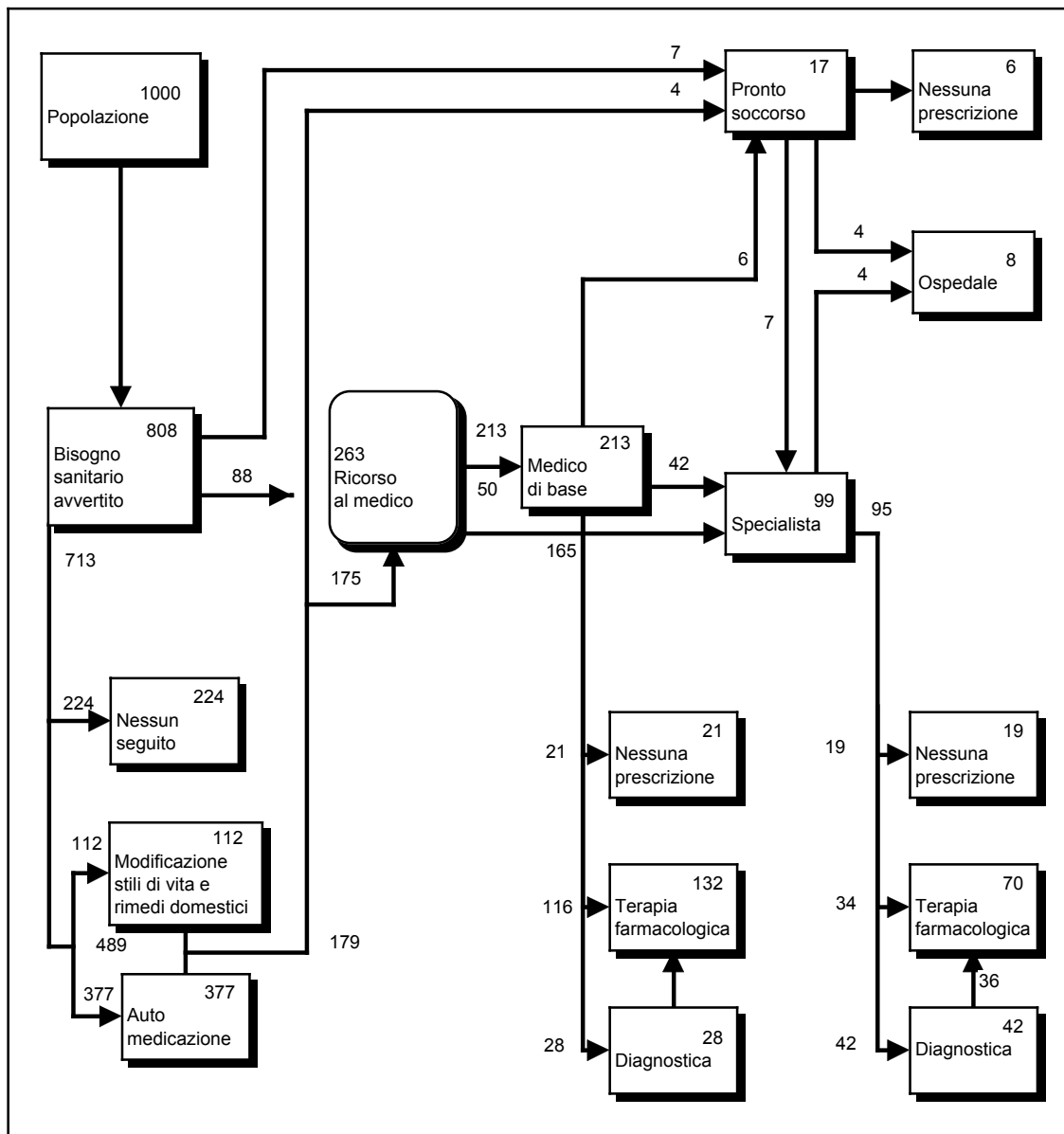
Assistenza Medica						
	1986/87			1990		
	Soddisfatti	Insoddisfatti	Incerti	Soddisfatti	Insoddisfatti	Incerti
Maschi	90,0	8,9	1,3	85,8	9,9	4,3
Femmine	89,5	9,1	1,4	83,3	8,4	3,9
Totale	89,5	9,0	1,4	86,8	9,1	4,1
Assistenza infermieristica						
	1986/87			1990		
	Soddisfatti	Insoddisfatti	Incerti	Soddisfatti	Insoddisfatti	Incerti
Maschi	85,0	13,0	2,0	82,6	12,8	4,6
Femmine	83,3	14,9	1,8	81,5	14,8	3,7
Totale	84,1	14,1	1,8	82,1	13,9	4,0
Vitto						
	1986/87			1990		
	Soddisfatti	Insoddisfatti	Incerti	Soddisfatti	Insoddisfatti	Incerti
Maschi	75,0	20,4	4,6	71,1	21,7	7,2
Femmine	74,6	21,3	4,1	72,2	21,2	6,6
Totale	74,9	20,9	4,2	71,7	21,4	6,9
Servizi igienici						
	1986/87			1990		
	Soddisfatti	Insoddisfatti	Incerti	Soddisfatti	Insoddisfatti	Incerti
Maschi	73,6	23,6	2,8	71,9	23,0	5,1
Femmine	71,7	25,8	2,6	73,5	21,9	4,6
Totale	72,5	24,8	2,6	72,7	22,4	4,9

Fonte: ISTAT

Anche la ricerca effettuata dall'Istituto di Economia Sanitaria di Milano (A. Brenna - V. Mapelli) dal titolo "La domanda sanitaria: aspetti teorici e studi empirici in Italia"- Progetto finalizzato CNR P.A. 1989/90 ha fornito utili spunti di lavoro. Da una serie di interviste a 807 individui di diversa età appartenenti a diverse regioni (nel grafico, i dati sono stati tutti rappor-

tati a 1000 per maggior facilità di lettura), è emerso come solo poco meno del 75% del ricorso al medico di base sia motivato da ragioni di salute (essendo il 26% circa dovuto a richieste di certificati e di rinnovi di prescrizione di farmaci) e come solo poco più del 50% abbia quale movente malattie o disturbi in atto (il restante 20% circa essendo costituito da richieste di visite a scopo precauzionale e preventivo).

La conversione del bisogno di salute in domanda di servizi sanitari (Brenna - Mapelli, 1990)



In definitiva, dalla ricerca è emerso che il comportamento del consumatore di servizi sanitari è notevolmente condizionato dall'offerta di servizi sanitari. Ciò è risultato addebitabile alla sostanziale ignoranza del consumatore a causa dell'asimmetria delle informazioni tra chi utilizza i servizi e chi li fornisce. Il servizio pubblico, quindi, deve intervenire a tutela dell'interesse del consumatore che si trova in una condizione di particolare vulnerabilità. L'ignoranza del consumatore è destinata a crescere con il progredire del grado di complessità scientifica e tecnologica della medicina. Di conseguenza il consumatore-paziente dipende dall'esperto (medico di base) per poter esprimere decisioni razionali. In questo caso si instaura tra consumatore-paziente e medico un rapporto di agenzia, mediante il quale il medico grazie alle proprie conoscenze agisce nell'interesse del consumatore fornendogli tutte le informazioni necessarie per effettuare scelte di acquisto razionali. Ma, come è stato ampiamente studiato, il medico-agente è anche portatore di interessi propri non sempre congruenti con quelli del paziente ma in parte potenzialmente conflittuali.

Tale contraddizione può essere sanata – come tra gli obiettivi generali di SISA-PU – identificando con precisione e incardinando in ben definite unità organizzative la funzione di agenzia (ascolto, informazione, educazione, orientamento) e quella puramente terapeutica; e favorendone un reciproco confronto ed una integrazione che – attraverso la relazione di due momenti organizzativi forti – eviti il rischio del conflitto e dell'annullamento dell'una funzione nell'altra.

Ad esempio studi empirici su varie Regioni hanno evidenziato un elevato indice di correlazione ($R^2 = 0,8$) tra densità dei posti letto e numero di giornate di degenza. Cioè all'aumentare del numero di posti letto a disposizione, la propensione del medico al ricovero aumenterà. La domanda non orientata, quindi, aumenta semplicemente perché aumentano le possibilità di soddisfarla.

La disponibilità di infrastrutture infotelematiche dedicate alla gestione integrata dei servizi di accesso ai servizi sanitari ed, in generale, sull'offerta di servizi sanitari, consente viceversa di monitorare e quindi intervenire sui fattori che più direttamente influiscono sulla domanda sanitaria e conseguentemente sulla spesa.

2.1.5. - L'equilibrio tra domanda ed offerta di prestazioni sanitarie

La situazione sanitaria nei grandi centri urbani sta diventando sempre più critica perché una sempre maggiore parte dell'utenza li identifica come poli d'attrazione sanitaria, in virtù delle maggiori possibilità di ottenerne alti livelli di prestazioni strumentali e assistenziali e di accoglienza. Tale nuovo scenario di riferimento prevede l'aumento del grado di complessità del fun-

zionamento del settore sanitario urbano ed il conseguente incremento dei bisogni informativi da soddisfare ai vari livelli decisionali. Si rileva, quindi, la necessità di una gestione integrata dei servizi sanitari che sappia coniugare il nuovo crescente bisogno di informazione ad una sempre più innovativa erogazione del servizio sanitario. Inoltre, come evidenziato da numerose esperienze estere, quali quella dell'Office of Technology Assessment - United States Congress (OTA), i sistemi territoriali integrati consentono una riduzione dei costi amministrativi compresa tra il 6 ed il 13% del totale della spesa sanitaria annuale.

Perciò si ritiene che l'equilibrio tra domanda ed offerta nelle aree metropolitane di Bari e Taranto possa essere generato dalla creazione di un sistema integrato che se da un lato consente di costruire infrastrutture comuni, dall'altro ne rispetta le caratteristiche e ne esalta le diverse opportunità.

A conferma di quanto detto sia Bari, con la necessità da parte dell'Azienda USL BA/4 e delle Aziende Ospedaliere Universitarie "Policlinico", l'IRCCS "Oncologico" di negoziare i piani di attività, che Taranto, con una eguale necessità tra l'Azienda USL TA/1 e l'Azienda Ospedaliera "SS. Annunziata", utilizzassero un sistema informativo territoriale integrato registrerebbero una sicura contrazione dei costi amministrativi di transazione piuttosto che una serie di sistemi informativi aziendali indipendenti. Inoltre, considerando anche l'effetto attrattivo che i presidi ospedalieri ed ambulatoriali baresi e tarantini esercitano su altre aree anche extra-regionali con i conseguenti flussi migratori attivi che impattano sulle aree metropolitane risulta abbastanza evidente il positivo effetto connesso all'adozione di un sistema infotelematico integrato di prenotazione unificata sul territorio. In ultimo tenendo conto anche del grado di informatizzazione raggiunto dalle Aziende ASL BA/4 e ASL TA/1 e l'elevata presenza di medici di base informatizzati ed il notevole potenziale di crescita della propensione al consumo di servizi informatici da parte della popolazione residente rilevato da un'indagine del Censis, il progetto proposto potrà sicuramente colmare il gap esistente ed ottenere i risultati prefissati.

2.2. - LA NORMATIVA REGIONALE

Il documento principale di riferimento è il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 che, tra gli altri, evidenzia l'obiettivo di migliorare l'accessibilità ai servizi sanitari soprattutto per le fasce di popolazione più deboli anche mediante la riduzione delle liste d'attesa.

Il D.Lgs. 229/99 riordinando il S.S.N., ha mantenuto tra gli indirizzi di fondo l'importanza del miglioramento dei livelli di efficienza, efficacia, qualità ed accessibilità ai servizi sanitari.

Per quanto riguarda la Regione Puglia, l'applicazione dei principi della riforma sanitaria è avvenuta mediante le seguenti principali norme, che, in sequenza, hanno focalizzato sempre più la propria attenzione sulle tematiche della tutela del cittadino-utente, sull'appropriatezza della cura e sulla qualità dell'assistenza offerta dal SSR. In particolare:

- la L.R. 14 Giugno 1994 n. 18 “Norme per l’istituzione degli ambiti territoriali delle UU.SS.LL.”;
- la L.R. 28 Dicembre 1994 n. 36 “Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del D.Lgs. 30.12.1992 n. 502 così come modificato dal D.Lgs. 7.12.1993 n. 517”;
- la L.R. 30.12.1994 n. 38 “Norme sull’assetto programmatico, contabile, gestionale e di controllo delle Unità Sanitarie Locali in attuazione del D.Lgs. 30.12.92 n. 502 così come modificato dal D.Lgs. 7.12.1993 n. 517”;
- il Decreto del Presidente della Giunta Regionale n.1 del 9.1.1995 “Istituzione delle Aziende Unità Sanitarie Locali e loro sedi”;
- la Deliberazione del Consiglio Regionale n. 1008 dell’8.3.1995 “Individuazione dei distretti socio-sanitari (D.G.R. 338/95 e 675/95);
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 229 del 16.2.1996 “Regolamento di organizzazione generale art. 14 L.R. 36/94”;
- la Deliberazione del Consiglio Regionale n. 995 dell’8.3.95, “Determinazione delle tariffe per le prestazioni ospedaliere”
- la Deliberazione del Consiglio Regionale n. 122 del 24.7.96 “Determinazione del sistema di remunerazione tariffaria delle prestazioni specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio. Accredimento transitorio fino al 31.12.1996 (D.G.R. 2824/96)”;
- la Circolare n. 9 del 29.7.96 “Compensazione della mobilità sanitaria interregionale ed infraregionale. Anno 1996”
- l’ipotesi di Piano Sanitario Regionale 1996-1998;
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 1800 del 29.5.1998 concernente i criteri per le assegnazioni alle Aziende USL, alle Aziende Ospedaliere, agli E.E. ed IRCCS degli obiettivi funzionali e dei limiti di spesa a valere sul FSR 1998;
- La legge regionale 11 febbraio 1999, n. 10 sviluppo degli interventi in favore dell’infanzia e dell’adolescenza”

- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 1003 del 15.7.99 documento di indirizzo economico-funzionale del SSR per il 1999.
- La Deliberazione della Giunta Regionale n. 135 del 17.2.2000 riguardanti le Linee guida per la sicurezza delle Sale Operatorie riguardo agli aspetti igienico-sanitari , comportamentali e igienico-ambientali
- La legge regionale 12 aprile 2000, n. 9 bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2000 e bilancio pluriennale 2000-2002
- La Deliberazione della Giunta Regionale n. 1299 del 17.10.2000 recante il Programma per la rete delle cure palliative in Puglia
- Legge Regione Puglia, 22 dicembre 2000, n. 28 Variazione al bilancio di Previsione per l'esercizio finanziario 2000
- Legge Regione Puglia, 13 Agosto 2001, n. 24 Istituzione dell'Agenzia regionale sanitaria pugliese (ARES)
- La Deliberazione della Giunta Regionale, 16 novembre 2001, n.1697 Piano Sanitario Regionale 2002-2004
- La Deliberazione della Giunta Regionale, 26 luglio 2002, n. 1086 , Piano di Riordino Ospedaliero

2.3. - LO SVILUPPO DEL SERVIZIO SANITARIO PUGLIESE IN UN'OTTICA D'INTEGRAZIONE

La Regione Puglia negli ultimi anni si è notevolmente impegnata e distinta nell'attività di progettazione in ambito sanitario. Tale attività, grazie al confronto ed alla cooperazione in ambito nazionale ed internazionale con centri di eccellenza, università ed altri ordinamenti, è stata condotta con il doppio fine di sperimentare processi innovativi che consentano di migliorare i servizi resi alla popolazione e con l'intenzione di rendere il servizio sanitario più efficiente.

La tabella che segue riassume brevemente l'impegno che la Regione Puglia ha profuso nell'attività di progettazione assumendo la qualità di Ente Proponente per un gran numero di progetti finanziati dal Ministero della Sanità i più rilevanti dei quali, quanto a finanziamento, proposti e predisposti dall'ISBEM.

TITOLI PROGETTI	Anno	Finanziamento accordato (in €)
Videoc connessione interospedaliera via ISDN per lo studio e la cura delle cardiopatie congenite	1998	232.406,00
Sorveglianza ed educazione nutrizionale basate su dati locali per la prevenzione di malattie cronico-degenerative	1999	361.520,00
Trasferimento, estensione e validazione di SPERIGEST in Puglia ed attivazione di un Dipartimento Interaziendale Tecnologico Assistenziale (DITA)	1999	438.988,00
Miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri nelle unità operative di medicina interna	1999	206.583,00
Fattori determinanti eventi cardio-cerebro-vascolari e declino cognitivo	2000	111.038,00
Realizzazione di un database on-line per la gestione delle liste di attesa e la creazione del registro trapianti	2000	222.076,00
Screening molecolare per carcinoma mammario eredo/familiare	2000	222.076,00
Rete Telematica Regionale Aree critiche Materno-Infantile	2000	144.607,00
Sistema Integrato Hospice Puglia (SIHO-PU)	2000	7.122.507,00
Sistema Integrato Alzheimer Puglia (SIAL-PU)	2000	1.022.585,00
Dipart. di Knowledge Management e Comunicazione (DKMC) per l'evoluzione organizzativa nella Sanità	2001	547.444,00
Sist. Integr. Radioterapia Oncologica Ionico Salentina - SIROIS	2001	199.353,00
Utilizzo di cellule dendritiche di derivazione monocitica (CD14+) e staminale (CD34+) per immunoterapia cancro	2001	124.466,00
Qualità nella radioterapia oncologica: validazione dei metodi e monitoraggio dei processi per ridurre errori e disfunzioni	2002	196.000,00
Valutazione socio-sanitaria dell'assistenza all'adulto con cardiopatia congenita	2002	147.000,00
Sviluppo di nuovi modelli per la pianificazione di percorsi diagnostico-terapeutici e riabilitativi in patologie rare	2002	147.000,00
Qualità dell'intervento di artroprotesi d'anca: studio degli esiti a medio termine	2002	343.000,00

La Regione Puglia inoltre ha aderito, in qualità di U.O., a 7 progetti dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali di Roma, sulle seguenti tematiche: *monitoraggio della spesa sanitaria, liste d'attesa ed organizzazione delle strutture di assistenza palliativa (2001); risorse umane, profili di cura, bilanciamento dei costi in qualità, indicatori di processo (2002)*. Peraltro, la Regione Puglia partecipa in qualità di U.O. al progetto OSIRIS predisposto dalla Regione Piemonte nel 2002.

Dall'analisi della normativa regionale e dei progetti attivati si evince che l'azione della Regione mira a promuovere l'attivazione di sistemi integrati che garantiscano la razionalizzazione dell'offerta di prestazioni sanitarie sul territorio da parte dei vari soggetti erogatori (presidi di A.USL, Aziende Ospedaliere, ambulatori, etc.).

Ovviamente, per quel che riguarda il progetto SISA-PU, tale azione non può prescindere dalle caratteristiche che contraddistinguono le aree di intervento del presente progetto. In particolare anche per il **territorio tarantino**, risulta essere indispensabile focalizzare gli interventi in quei quartieri dove è esercitata scarsa attività produttiva.

Tali interventi devono essere finalizzati ad una più ampia riqualificazione che investa il territorio nella sua interezza. Anche le strutture interdipartimentali in cui convergono le capacità operative e gestionali di diversi distretti e divisioni consentirebbe la realizzazione di uno scambio trasversale basato sul principio della continuità assistenziale, base di qualsiasi servizio di qualità per il cittadino.

3. - Il Piano SISAPU

3.1. - RISULTATI ATTESI

Il Decreto pubblicato il 15 settembre 1999 del Ministero della Sanità recante “Criteri, modalità e termini per la elaborazione e la presentazione dei progetti, ai sensi dell’art. 71 della legge 23 dicembre 1998, n. 448”, individua cinque obiettivi generali cui devono concorrere i programmi da realizzare. Gli interventi devono essere volti ad assicurare:

- a) standard di salute, di qualità ed efficienza dei servizi indicati nel Piano sanitario nazionale 1998-2000;
- b) la riqualificazione, la riorganizzazione ed il miglioramento degli strumenti di coordinamento della rete dei servizi ai cittadini, anche attraverso la sperimentazione di nuovi modelli gestionali;
- c) il potenziamento qualitativo e quantitativo delle dotazioni sanitarie strutturali e tecnologiche, con particolare riguardo alla accessibilità, alla sicurezza ed alla umanizzazione dell’assistenza;
- d) la riqualificazione delle strutture sanitarie;
- e) la territorializzazione dei servizi.

Si tratta di obiettivi molto ampi, che riguardano - al contempo - interventi su aspetti strutturali e logistici delle strutture sanitarie, programmi indirizzati all’innalzamento degli standard di salute della collettività, progetti a carattere organizzativo nonché sperimentazione di nuovi modelli gestionali. L’orientamento di fondo e il perseguimento di finalità il più possibile trasversali rispetto alle diverse tipologie di intervento.

Inoltre il Decreto dichiara che in tal senso il “Piano straordinario di interventi per la riqualificazione dell’assistenza sanitaria nei grandi centri urbani” non va interpretato come un atto con cui finanziare sporadici interventi in conto capitale per la ristrutturazione e/o il potenziamento di singole unità di offerta, sussidiario al programma di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie ex art. 20 legge n. 67 del 1988; al contrario, il Piano é volto a privilegiare progetti di grado di interessare trasversalmente le diverse aree di interesse sanitario.

Più precisamente, il Piano straordinario sollecita la predisposizione di progetti volti a favorire:

- a) il coordinamento delle attività svolte dai singoli soggetti che operano nella sanità dei grandi centri urbani, specificatamente tra le aziende USL (in risposta alle evidenti esigenze di raccordo e di concertazione permanente delle attività in funzione di tutela) e tra le AUSL e gli

altri soggetti erogatori di maggiore rilevanza (aziende ospedaliere, policlinici, IRCCS, case di cura, etc.);

- b) coordinamento degli interventi di sviluppo e di riqualificazione delle strutture sanitarie dei centri urbani, secondo criteri meno legati alle scelte delle singole aziende e più rispondenti a logiche di equa distribuzione territoriale dei servizi (e, quindi, di accessibilità per l'utenza);
- c) la razionalizzazione degli investimenti in edilizia ospedaliera e nelle dotazioni tecnologiche, attraverso il monitoraggio e la verifica della coerenza dei piani di investimento ex art. 20, il coordinamento degli interventi sulle singole strutture e la loro finalizzazione alle esigenze prioritarie dei centri urbani;
- d) il coordinamento degli interventi sanitari con gli altri interventi di sviluppo e riqualificazione territoriale dell'area (trasporti, urbanistica, acqua, ecc.).

Il piano SISA-PU fa propri gli obiettivi espressi dal Decreto del Ministero della sanità del 15 settembre 1999 in un'ottica di superamento della frammentazione degli interventi tipica delle realtà più complesse e di sviluppo di forme di coordinamento intra e inter-aziendale tra i singoli soggetti operanti nell'area territoriale di ciascuno dei due grandi centri urbani.

Gli interventi del Piano SISA-PU rispettano i criteri fondamentali dell'efficacia, intesa come capacità di rendere, ai cittadini di Bari e Taranto, più accessibili e fruibili i servizi sanitari, e dell'efficienza, cioè la riduzioni di costi (intesi anche come costi sociali).

Ovviamente l'alto grado di integrazione prevista non consente, in sede di analisi dei risultati attesi, una netta separazione secondo i due criteri citati. Risulta necessario, comunque, specificare che l'adozione di alcune tecnologie così come l'aver previsto un'integrazione orizzontale tra operatori di una stessa area d'intervento (la creazione di Dipartimenti Interaziendali Tecnologici Assistenziali) ed un'integrazione verticale tra operatori di diversi settori (la realizzazione di un CISS) garantiranno continuità di cura e, pertanto, un netto miglioramento dell'offerta dei servizi sanitari. Inoltre, l'impiego di metodologie proprie dell'Ingegneria Clinica così come di quelle proprie dell'Economia e Management Sanitario consentiranno da un lato di ottimizzare l'uso del parco tecnologico e dall'altro di procedere ad una più efficiente allocazione delle risorse disponibili facendo anche leva su un migliore assetto organizzativo degli enti erogatori dei servizi sanitari.

3.2. - OBIETTIVI SPECIFICI

Il Piano fa riferimento in una molteplicità di occasioni ad un ridotto gruppo di Obiettivi Prioritari che sono stati informatori della tipologia di risultati che sono attesi. In particolare:

- O.S.1 Centralizzare la Continuità delle Cure tra ogni tipo di Servizi sociali e sanitari (di Base, Domiciliare, Ambulatoriale, Ospedaliera, Sanità mentale, Anziani, Disabili, Sociale, Preventiva, Riabilitativa) ;**
- O.S. 2 Focalizzare sul paziente, mediante sistemi ed approcci incentrati su di esso e sulle sue cartelle cliniche (Patient orientation);**
- O.S. 3 Implementare Linee guida, Protocolli, Standard, con riferimento ad un processo unificato (Process Management);**
- O.S. 4 Adottare l'Informatica e la Telematica quali driver di innovazione per promuovere la riorganizzazione funzionale e l'interoperabilità dei servizi socio-sanitari;**
- O.S. 5 Implementare la Evidence Based Medicine, in particolare nella definizione di Atti e Procedure per la definizione di Percorsi ottimali diagnostici e terapeutici;**
- O.S. 6 Selezionare dinamicamente la Best Practice e la relativa diffusione informativa (Quality Management);**
- O.S. 7 Migliorare l'offerta in termini qualitativi (avvicinamento del Servizio Sanitario al cittadino) e quantitativi (potenziamento delle strutture in grave degrado), nonché migliorare la domanda in termini qualitativi, ovvero ottimizzare il percorso del cittadino nel sistema sanitario;**
- O.S. 8 Armonizzare il momento di diagnosi e cura da considerare inseparabile dal momento della ricerca epidemiologica, dal momento della amministrazione e della valutazione, nonché dal momento della qualificazione delle risorse umane;**
- O.S. 9 Mettere in opera un sistema sinergico (dipartimenti interaziendali) composto da più Unità Operative, salvaguardando nell'insieme la massima autonomia di funzionamento e di responsabilità;**
- O.S. 10 Coinvolgere tutti gli stakeholder (interessati nel processo) nelle fasi di informazione, programmazione e fornitura di servizi socio-sanitari, ivi inclusi i cittadini/pazienti.**

Il Piano fa anche riferimento ad un MetaModello funzionale di Operatività dei Servizi Sanitari, indicato nella Figura 2.1 (nel grafico indicata come *Figura 3*), cui si intende dare un valore puramente concettuale e funzionale, risultando strumentale nel processo di armonizzazione e coordinamento di Sistemi, Aziende e, in generale, di Operatività afferenti ad Imprese ed Amministrazioni tra loro diverse.

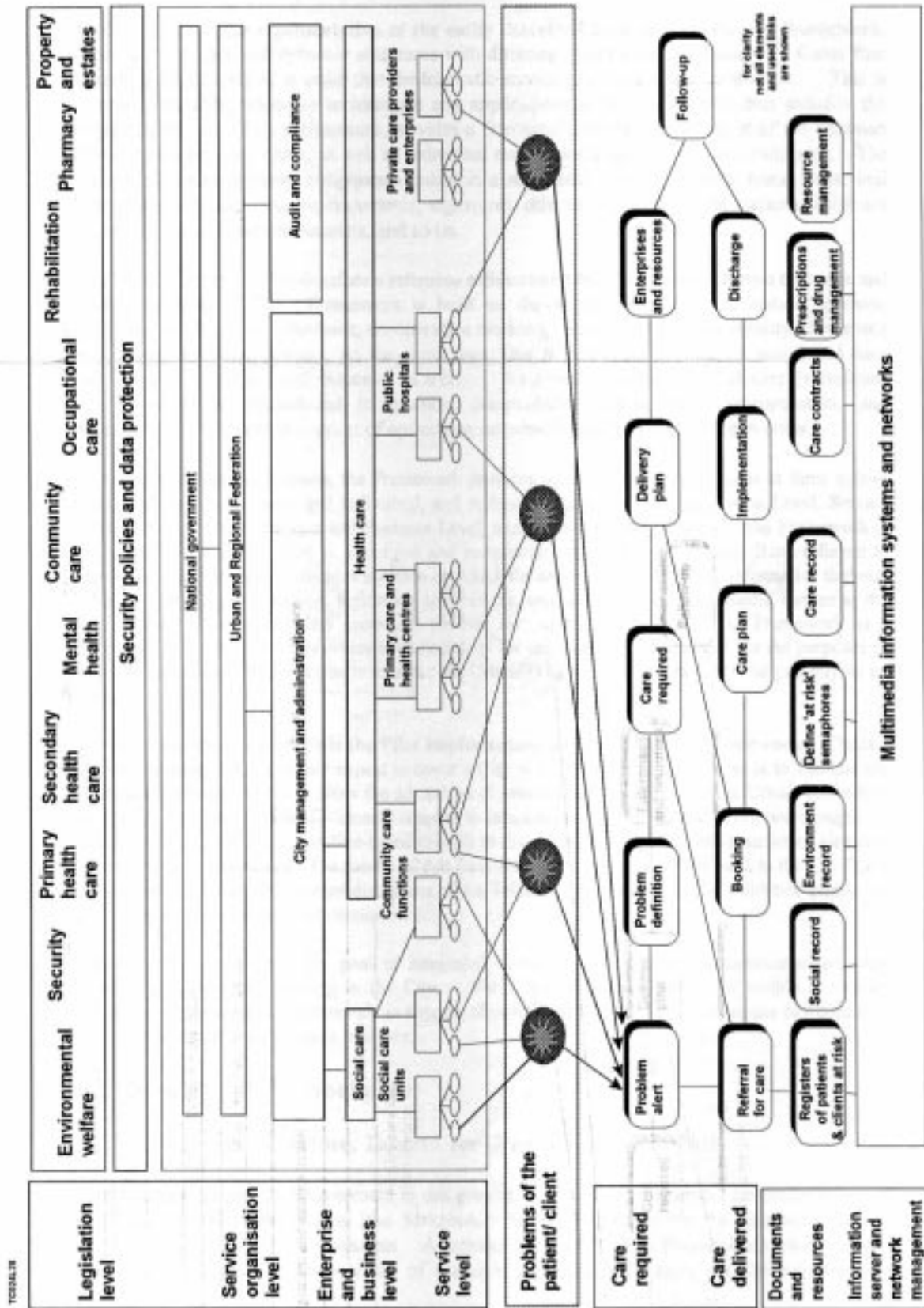


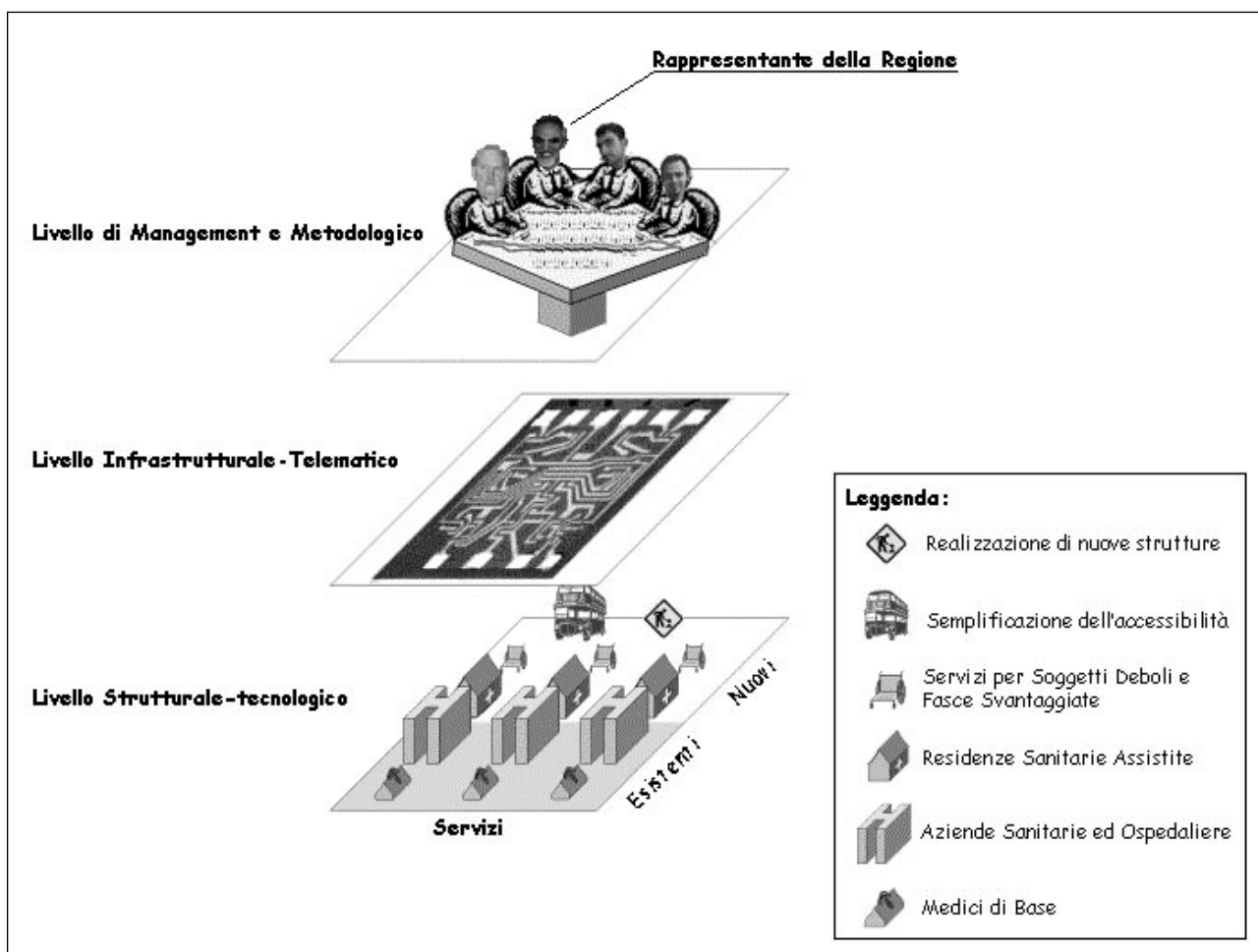
Figure 3: A representation of the Urban Social and Health Telecare Framework

3.3 - ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO

La necessità per la Regione di indirizzare il cittadino verso servizi sanitari appropriati (territorializzazione, informazione del cittadino, continuità di cura) e di avere strumenti per la pianificazione delle politiche sanitarie (conoscenza della domanda, delle potenzialità e dei vincoli dell'offerta) da un lato impone il potenziamento delle dotazioni tecnologiche e strutturali e la creazione di nuovi canali comunicativi standardizzati rivolti al cittadino, dall'altro richiede di pensare ad un management che, in un'ottica di integrazione e gestione delle conoscenze, sappia cercare, elaborare ed indirizzare informazioni utili per il progetto in questione, il Cittadino e la Regione.

Per il raggiungimento delle finalità sopra espresse il SISA-PU si articola su tre livelli diversi che si sostanziano in tre specifici sottoprogetti: Management e Metodologico, Infrastrutturale e Strutturale-Tecnologico.

Figura: Articolazione del SISA-PU



- Management e Metodologico. Tale sottoprogetto si concretizza nella costituzione e nel funzionamento di un Coordinamento per l'interoperabilità dei servizi sanitari che cura il management del progetto SISA-PU, comune per le città di Bari e Taranto, ad evitare il rischio di una pianificazione risultante dalla mera somma dei singoli interventi garantendo il coordinamento delle scelte strategiche in una logica riferita alle intere aree urbane ed al complesso dei servizi a tutela della salute.

In particolare:

- ✓ Sperimenterà modelli funzionali e normativi, per produrre Raccomandazioni (v. infra)
- ✓ Curerà il management di tutte le linee d'azione.

Infatti il CISS si occuperà, senza intralciare il quotidiano agire dei singoli Servizi e Presidi Sanitari del Servizio Sanitario Nazionale e senza gravare ulteriormente sul lavoro di questi, di individuare i prerequisiti infrastrutturali del coordinamento e della interoperabilità dei servizi sanitari: l'ottimizzazione dei percorsi sanitari, le linee guida, il monitoraggio della qualità e della sicurezza, l'ambiente di lavoro, un'anagrafe delle risorse sanitarie integrata, georeferenziata e dinamica, nonché la formazione del personale sanitario secondo i corretti canoni della Comunicazione Sanitaria.

- Infrastrutturale Telematico.

I problemi dell'accessibilità e continuità assistenziale sul territorio verranno affrontati mediante la sperimentazione di una serie di misure armonizzate tra di loro e finalizzate nell'insieme a sviluppare modelli gestionali diversificati di riorganizzazione dei Servizi Sanitari territoriali ed Ospedalieri già presenti a Bari e Taranto, e specificamente attraverso l'integrazione tra soggetti istituzionali, pubblici e privati, quali le Aziende Sanitarie di Bari e Taranto, l'azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico, gli IRCCS, i Comuni di Bari e Taranto, il terzo settore ed imprese del settore socio-sanitario e biomedico.

In particolare, sono previsti i seguenti interventi infrastrutturali:

- **Intervento 1 –Rete Medici di Base** (Indicato come Linea di Azione 1 del Sottoprogetto REMB nella versione SISAPU Preliminare e come Intervento 3 nella versione definitiva)
- **Intervento 2 – Dipartimenti Interaziendali Tecnologico Assistenziali** (Indicato come Linea di Azione 1 del Sottoprogetto DITA nella versione SISAPU Preliminare e come Intervento 6 nella versione definitiva)

- **Strutturale-tecnologico.** In questo livello s'intendono realizzare specifici interventi che, tenendo conto delle caratteristiche, delle necessità e delle opportunità delle aree metropolitane di Bari e Taranto, consentano una più immediata accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari. Al fine di rendere più evidenti gli interventi strutturali e come il progetto SISA-PU tenga conto delle caratteristiche e delle necessità delle città di Bari e Taranto, di seguito si analizza, in breve, come il progetto si articolerà in ciascuna delle citate aree urbane.

L'intervento generale tiene conto della necessità di elevare la capacità del servizio sanitario di assolvere alle richieste dei soggetti deboli e degli anziani; alcune azioni della ASL TA1 sono già rivolte al potenziamento dei distretti socio-sanitari.

Si avvieranno una serie di interventi che hanno come scopo sia la creazione di nuovi servizi tecnologici trasversali alle problematiche della sanità sia la ristrutturazione per il miglioramento dell'accessibilità e fruibilità dei servizi:

- **Intervento 1** – Centro Eventi e Urbanizzazione ex Presidio Ospedaliero di via S.S. Annunziata
- **Intervento 2** – Potenziamento Radiologia e Diagnostica per Immagini, Viabilità e Parcheggi Ospedale SS. Annunziata
- **Intervento 3** – Potenziamento Radioterapia Oncologica Ospedale S. Giuseppe Moscati
- **Intervento 4** – Acquisizione e Riqualficazione Immobile (ex UPIM) Distretto Socio-Sanitario n. 4 - Dipartimento di Prevenzione
- **Intervento 5** – Diagnostica Precoce e Stadiazione oncologica Ospedale S. Giuseppe Moscati

3.4. - SCHEDULING TEMPORALE

Considerando opportunamente i seguenti elementi di valutazione, e cioè:

- La richiesta esplicita di privilegiare Progetti in grado di interessare trasversalmente le diverse sedi di interesse sanitario
- L'orientamento a perseguire il più possibilmente trasversalità rispetto alle diverse tipologie di intervento
- La caratteristica di prototipicità propria da "Piano" da non interpretare quale semplice distribuzione tra le varie Regioni o Città degli interventi per la riqualficazione dell'Assistenza sanitaria

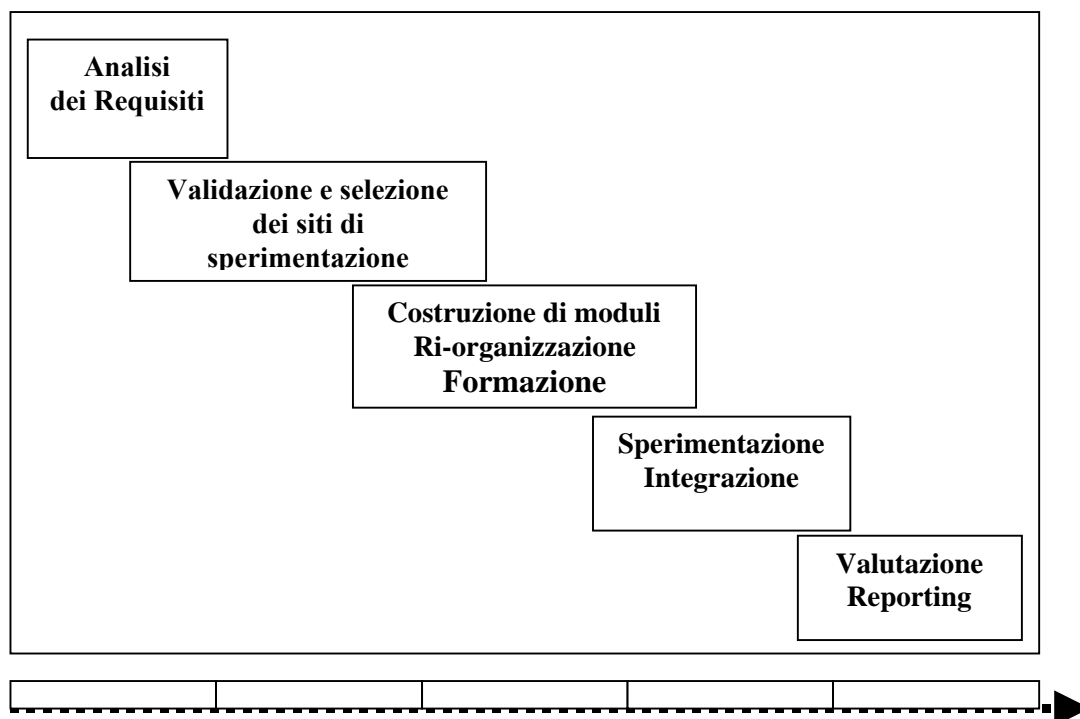
- L'apertura, tra gli obiettivi generali del metodo della "sperimentazione" per introdurre i nuovi modelli di gestione

si è ritenuto opportuno non fissare in questa proposta in modo dettagliato i particolari delle singole iniziative (principalmente in quanto bisognose di un'ulteriore approfondita elaborazione da parte degli organismi deliberativi ed operativi sanitari delle città) da eseguirsi nella stesura degli Esecutivi e di soffermarsi maggiormente sulle loro motivazioni, principi di riferimento ispiratori, campi e/o settori di applicazione, problematiche da affrontare, target, risultati attesi, criteri di valutazione e di trasferibilità.

Da qui pure deriva la struttura temporale prevista per lo svolgimento dell'intero Progetto:

Il progetto viene considerato come da sviluppare in una successione di 5 (cinque) fasi in parziale sovrapposizione come dalla Figura 2.1

1. - Non è pensabile che un investimento dell'importanza quale quello proposto venga realizzato senza un'analisi dei requisiti, anche incrociati che esula dal tempo a disposizione per preparare questa proposta; viene pertanto proposto di svilupparlo in una prima fase dello svolgimento del Progetto che dà come risultato un Progetto Esecutivo;
2. - Altrettanto non è pensabile che nel periodo disponibile per a preparazione fosse possibile svolgere la imprescindibile socializzazione delle idee proposte, tra gli operatori di ogni livello che debbano partecipare, e la cui adesione è indicatore di buona riuscita dell'introduzione di nuovi modelli e servizi, e che fornisce come risultato il Progetto Esecutivo;
3. - Lo svolgimento del Progetto richiede la Costruzione di nuovi Moduli ed accorpamenti, non tutti oggi disponibili. Tale periodo sarà utilizzato per sviluppare le iniziative di ristrutturazione Organizzativa e per la Formazione ed Informazione di tutti gli operatori e fruitori dei Servizi interessati.
4. - È prevista una successiva fase di Test ;
5. - Il Progetto non risulterebbe completo senza una fase finale di Validazione e Reporting che metta in atto gli strumenti per considerare la riuscita del tutto e di ogni sua parte. Solo così la Regione Puglia e la Conferenza Stato Regione saranno in grado di poter considerare l'estensione ed il trasferimento di quelle parti che abbiano fornito garanzia adeguata.

*Figura 2.1**Fasi dello sviluppo e loro temporalizzazione*

3.5. - FINANZIAMENTO E COFINANZIAMENTO

Tenuto conto che, ai sensi dell'art. 71, comma 2, della legge 23 dicembre 1998, n.448, il finanziamento degli interventi di cui all'art. 1 è assicurato dal MdS per non più del 70% dalle risorse previste dal comma 1 dell'art. 71 della legge medesima, e ovvio che la parte rimanente è stata garantita da altre risorse pubbliche o private incluso il project financing.

Il cofinanziamento non implica che la Regione o l'ente attuatore, nei confronti dei terzi, al momento del ricorso a servizi esterni, non seguano le normative che assicurano procedure di evidenza pubblica.

Il finanziamento ottenuto dal piano SISAPU è stato ripartito tra i vari interventi e tra i due centri urbani interessati come rappresentato nella tabella che segue.

QUADRO ECONOMICO RIEPILOGATIVO SISAPU										
SOTTOPROGETTI	INTERVENTI	Bari			Taranto			SISAPU		
		Finanziamento	Cofinanziamento	Totale	Finanziamento	Cofinanziamento	Totale	Finanziamento	Cofinanziamento	Totale
Management e Metodologico	Istituzione e Funzionamento del Coordinamento Interoperabilità Servizi Sanitari (CIS)	1.110.000,00	0,00	1.110.000,00	450.000,00	0,00	450.000,00	1.560.000,00	0,00	1.560.000,00
	Produzione di Raccomandazioni (PRODRAC)	4.090.000,00	0,00	4.090.000,00	1.691.000,00	0,00	1.691.000,00	5.781.000,00	0,00	5.781.000,00
	Totale € (EURO)	5.200.000,00	0,00	5.200.000,00	2.141.000,00	0,00	2.141.000,00	7.341.000,00	0,00	7.341.000,00
Infrastrutturale Telematico	Fruibilità Servizi Sanitari	1.000.000,00	0,00	1.000.000,00	0,00	0,00	0,00	1.000.000,00	0,00	1.000.000,00
	Rete Medici di Base	2.300.000,00	0,00	2.300.000,00	1.000.190,00	0,00	1.000.190,00	3.300.190,00	0,00	3.300.190,00
	DITA	2.000.000,00	0,00	2.000.000,00	2.000.000,00	0,00	2.000.000,00	4.000.000,00	0,00	4.000.000,00
	SICAM	11.368.486,25	0,00	11.368.486,25	0,00	0,00	0,00	11.368.486,25	0,00	11.368.486,25
	Totale € (EURO)	16.668.486,25	0,00	16.668.486,25	3.000.190,00	0,00	3.000.190,00	19.668.676,25	0,00	19.668.676,25
Strutturale Tecnologico BARI	Viabilità e Parcheggi Ospedale S. Paolo	3.750.000,00	2.840.000,00	6.590.000,00	0,00	0,00	0,00	3.750.000,00	2.840.000,00	6.590.000,00
	Viabilità Ospedale Di Venere	5.000.000,00	2.143.000,00	7.143.000,00	0,00	0,00	0,00	5.000.000,00	2.143.000,00	7.143.000,00
	Viabilità Ospedale Giovanni XXIII	3.620.000,00	5.940.000,00	9.560.000,00	0,00	0,00	0,00	3.620.000,00	5.940.000,00	9.560.000,00
	Parcheggi piazza Giulio Cesare	0,00	11.868.000,00	11.868.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	11.868.000,00	11.868.000,00
	Parcheggi Ospedale Di Venere	2.500.000,00	0,00	2.500.000,00	0,00	0,00	0,00	2.500.000,00	0,00	2.500.000,00
	Viabilità Ospedale Fallacara di Triggiano	3.521.870,00	0,00	3.521.870,00	0,00	0,00	0,00	3.521.870,00	0,00	3.521.870,00
	Diagnostica Precoce e Stadiazione Oncologica Policlinico	4.000.000,00	0,00	4.000.000,00	0,00	0,00	0,00	4.000.000,00	0,00	4.000.000,00
Totale € (EURO)	22.391.870,00	22.791.000,00	45.182.870,00	0,00	0,00	0,00	22.391.870,00	22.791.000,00	45.182.870,00	
Strutturale Tecnologico TARANTO	Centro Eventi e Urbanizzazione ex Presidio Ospedaliero di via SS. Annunziata	0,00	0,00	0,00	1.800.000,00	1.040.000,00	2.840.000,00	1.800.000,00	1.040.000,00	2.840.000,00
	Potenziamento Radiologia e Diagnostica per Immagini, Viabilità e Parcheggi Ospedale SS. Annunziata	0,00	0,00	0,00	6.000.000,00	6.710.000,00	12.710.000,00	6.000.000,00	6.710.000,00	12.710.000,00
	Potenziamento Radioterapia Oncologica Ospedale S. Giuseppe Moscati	0,00	0,00	0,00	1.750.000,00	0,00	1.750.000,00	1.750.000,00	0,00	1.750.000,00
	Acquisizione e Riquilibratura Immobiliare (ex UPI/M) Distretto Socio-Sanitario n. 4 - Dipartimento di Prevenzione	0,00	0,00	0,00	3.000.000,00	2.960.000,00	5.960.000,00	3.000.000,00	2.960.000,00	5.960.000,00
	Diagnostica Precoce e Stadiazione Oncologica Ospedale S. Giuseppe Moscati	0,00	0,00	0,00	4.000.000,00	0,00	4.000.000,00	4.000.000,00	0,00	4.000.000,00
Totale € (EURO)	0,00	0,00	0,00	16.550.000,00	10.710.000,00	27.260.000,00	16.550.000,00	10.710.000,00	27.260.000,00	
Totale Generale (EURO)		44.260.356,25	22.791.000,00	67.051.356,25	21.691.190,00	10.710.000,00	32.401.190,00	65.951.546,25	33.501.000,00	99.452.546,25
Percentuale Cofinanziamento			33,99%			33,05%				

3.6. - SODDISFAZIONE DEI CRITERI DI VALUTAZIONE

3.6.1. - Coerenza con la programmazione sanitaria nazionale e regionale

Il Piano SISA-PU sia nella sua completezza ed articolazione sia nei singoli SottoProgetti sono coerenti, ed in molti casi rappresentano un'anticipazione od almeno una concretizzazione del PIANO SANITARIO NAZIONALE 1998-2000 "Un patto di solidarietà per la salute" così come viene dichiarato sia qui di seguito, sia come meglio specificato nelle rispettive descrizioni delle singole Aree di intervento e dei Sottoprogetti.

Obiettivi del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 (che già dal titolo "Un patto di solidarietà per la salute" é tutta una dichiarazione) infatti sono:

OBIETTIVO I: **PROMUOVERE COMPORAMENTI E STILI DI VITA PER LA SALUTE** (Alimentazione, Fumo, Alcol, Attività Fisica)

OBIETTIVO II: **CONTRASTARE LE PRINCIPALI PATOLOGIE** (Malattie cardio e cerebrovascolari, Tumori, Malattie infettive, Incidenti e malattie professionali, Altre patologie di particolare rilievo sociale)

OBIETTIVO III: **MIGLIORARE IL CONTESTO AMBIENTALE** (Aria, Acqua, Alimenti, Radiazioni, Rifiuti)

OBIETTIVO IV: **RAFFORZARE LA TUTELA DEI SOGGETTI DEBOLI**

Il Piano SISA-PU corrisponde inoltre alle priorità indicate dal piano sanitario regionale e dagli altri strumenti di programmazione previsti dal decreto legislativo 19/06/1999, n. 229.

Il Coordinamento predispone per l'uso comune il set di strumenti di valorizzazione della salute, la continuità di fornitura di servizi di educazione-informazione, per la prevenzione, monitoraggio, cura e riabilitazione delle disabilità da parte di un cittadino responsabile e protagonista della propria vita

Infatti, così il CISS affronta in modo innovativo ed integrato gli obiettivi prioritari del SSN attraverso azioni, riorganizzazioni, programmi atti a promuovere idonei comportamenti e stili di vita per la promozione della salute e per migliorare la qualità di vita, contrasta le principali patologie, rafforza la tutela di gran parte dei soggetti deboli, umanizza gli interventi e contribuisce a portare la sanità nel territorio.

3.6.2. - Coerenza con le finalità programmatiche degli altri livelli istituzionali

Il Piano SISA-PU inoltre tiene conto dei programmi elaborati da altri soggetti istituzionali che concorrono al raggiungimento dei medesimi obiettivi generali. Per quanto attiene agli interventi di edilizia sanitaria il progetto esecutivo deve essere armonizzato con il programma finanziato con l'art. 20 della legge n. 67 del 1988.

Il Progetto corrisponde inoltre alle priorità indicate dal piano sanitario regionale, al Piano di Riordino Ospedaliero Regionale e dagli altri strumenti di programmazione previsti dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 in particolare corrisponde alle linee programmatiche espresse dall'Ipotesi di Piano Socio Sanitario Regionale 1998-2000 in specie riguardo alle linee per il Sistema Informativo Sanitario Regionale e la valutazione ed il Controllo della Qualità.

Ovviamente tali caratteristiche si riflettono sul centro deputato al management dell'intero progetto.

Particolare rilevanza assume, pertanto, la presenza di una coerenza progettuale interistituzionale ed intersettoriale, nella logica di integrazione in rete di strutture, di interventi e di enti. In generale si può ricordare che l'intero progetto è costruito

- in una logica di integrazione funzionale per quanto riguarda i Servizi Territoriali ed i Servizi Ospedalieri sia Pubblici che Privati.
- in una logica di modularità sia per quanto riguarda la costruzione e l'espansione delle esperienze Pilota che per quanto riguarda il suo trasferimento
- in una logica di pianificazione cioè secondo la sequenza programmazione, realizzazione – sottoposta a monitoraggio- valutazione, e ritorno alla pianificazione

3.6.3. - Impatto del progetto sull'intera area urbana

Il Piano SISA-PU, nasce da un'attenta analisi delle caratteristiche, intese non solo come criticità ma anche come opportunità, che contraddistinguono le aree metropolitane di Bari e Taranto. In tal senso molti interventi diretti alla riqualificazione dell'assistenza sanitaria, generano un circolo virtuoso che si traduce in notevoli benefici sociali (si pensi agli interventi finalizzati a realizzare un polo di conoscenza e formazione nel quartiere S. Paolo di Bari, o alla riqualificazione del SS Annunziata a Taranto per accogliere lungo degenti) nonché in un netto miglioramento del processo di allocazione delle risorse.

Per queste ragioni il SISA-PU esprime la valenza di "piano per le città" che potrebbe generare ricadute positive sull'intera area regionale.

3.6.4. - Integrazione e potenziamento delle reti di servizi ai cittadini

Il progetto SISA-PU è volto alla riqualificazione dell'assistenza sanitaria dell'intera area ed esprimere la valenza di "piano per la città" con completezza e trasversalità. Infatti, esso può avere ricadute positive sull'intera area regionale in considerazione della logica sinergica che deve guidare la committenza pubblica e la dimensione territoriale di riferimento nell'area urbana.

Il Primo Sottoprogetto è metodologico infrastrutturale incentrato sulla informatizzazione di ogni livello di assistenza (collettiva, distrettuale ed ospedaliera) che ha un vasto impatto sull'intera area urbana, anche quando si appoggia su specifici servizi o siti.

Il Piano SISA-PU coinvolge più aree di offerta, con l'obiettivo di migliorarne l'integrazione, la fruibilità e il raggiungimento di standard di qualità e di efficienza. All'interno di una visione unitaria che prevede anche l'introduzione di nuove funzioni (si veda ad esempio le Mappe Integrate delle Risorse Sanitarie) è stata data priorità al rafforzamento di reti di servizi (ad esempio la Rete dei Medici di Base).

Il programma di intervento prevede la consultazione dei soggetti pubblici, privati e collettivi interessati al progetto che potranno esprimere le proprie aspettative in merito. Un ruolo centrale spetta ai comuni, in relazione alla centralità e all'importanza del ruolo progettuale dell'ente locale. Tale consultazione si esprime:

1. Nella funzione di indirizzo e coordinamento loro attribuita all'interno del Consiglio di Programma
2. Nella finalizzazione a tale scopo dell'intera fase di definizione dei requisiti dei sistemi che in un periodo di 9-10 mesi metterà in piedi il Piano Esecutivo per SISA-PU
3. Nella forza di contrattazione che potremo esprimere durante la terza Fase che comprende la scelta dei siti di sperimentazione e che finirà con la preparazione del Piano SISA-PU Esecutivo
4. Nella loro attiva partecipazione alla Fase Quinta "Valutazione dei risultati"

3.6.5. - Impatto sui servizi sanitari e socio sanitari

Il programma di intervento prevede la consultazione dei soggetti pubblici, privati e collettivi interessati al progetto che potranno esprimere le proprie aspettative in merito. Un ruolo centrale spetta al Comune in relazione alla centralità e all'importanza del ruolo progettuale dell'ente locale. Tale consultazione si esprime:

1. Nella funzione di indirizzo e coordinamento attribuita in esclusività all'interno del Consiglio di Progetto
2. Nella dedicazione, a tale scopo, dell'intera prima fase di definizione dei requisiti dei sistemi che in un periodo di 9-10 mesi metterà in piedi il Progetto Esecutivo.
3. Nell'attiva partecipazione alla Fase Quinta, cioè "Valutazione dei risultati".

Il Piano SISA-PU parte dall'analisi del contesto ed evidenzia le criticità tipiche del territorio, tenuto conto anche delle indicazioni straordinarie provenienti dalla domanda (Comuni ed Aziende Sanitarie). Il progetto riguarda interventi che consentono un significativo impatto sull'offerta di servizi sanitari, tenuto conto delle supposte aspettative dei cittadini e degli operatori del settore anche ai fini dell'integrazione delle diverse politiche per la salute. La soluzione progettuale privilegia la continuità assistenziale tra ospedale e territorio, intensificando il rapporto tra servizi di prevenzione, cura e riabilitazione e promuovere la solidarietà e l'umanizzazione (ad esempio gli interventi volti alla tutela delle fasce deboli e svantaggiate).

3.6.6. - Sperimentazione di strumenti di coordinamento e/o nuovi modelli gestionali

Uno degli appunti fatti più di frequente al Servizio Sanitario è la criticità del suo funzionamento.

"Ogni Presidio si occupa di un Organo o parte di esso, ma nessuno in particolare tiene in evidenza che questo organo è parte integrante di un organismo più grande che è l'uomo". Questo ed altri discorsi sulla frammentazione del processo diagnostico terapeutico o sulla disumanizzazione della Medicina, o sulla tecnicizzazione estrema, sono infatti conseguenza del fatto che ognuno dei gruppi operativi lavora in isolamento con insufficienti contatti con il resto della catena di fornitura dei servizi.

Gli operatori rispondono a questa critica adducendo i carichi di lavoro e la carenza di strumenti che facilitino la sopraddetta comunicazione.

E' proprio per normalizzare questa situazione che viene ad operare il CISS, Coordinamento per l'Inter-operabilità dei Servizi Sanitari quale nuovo strumento organizzativo che opera ad un livello metodologico-infrastrutturale preoccupandosi della individuazione di carenze, delle possibili soluzioni, del loro livello di standardizzazione e infine di predisporre indicazioni armonizzate sulle necessarie infrastrutture da implementare. Tutto ciò fatto allo scopo di fornire tutti quei servizi abilitanti che facilitino la continuità assistenziale in un contesto di maggior cooperazione che da sola comporta l'umanizzazione del servizio reso.

Il progetto, anche mediante la messa a disposizione di nuove reti di servizi infrastrutturali, si veda per esempio le Mappe Integrate delle Risorse Sanitarie, propone modelli organizzativi innovativi. Il progetto include la riqualificazione e la fruibilità dei servizi ed i nuovi modelli gestionali che prevedono forme di collaborazione tra strutture del servizio sanitario nazionale e soggetti privati.

L'intervento comporta nel suo complesso la riqualificazione dell'assistenza sanitaria, lo sviluppo delle attività finalizzate alla promozione e al miglioramento della qualità della vita, nonché il potenziamento dei servizi territoriali, per favorire l'accesso al servizio di primo intervento e per qualificare il ricorso all'assistenza di secondo livello.

Il valore aggiunto del progetto si ritrova nella tipologia di coordinamento che consente, agli operatori sanitari coinvolti, di monitorare il percorso clinico del paziente attraverso l'uso dei sistemi informativi implementati nei sottoprogetti REMB e GITA in grado di fornire informazioni cliniche sul paziente.

Il progetto conduce a positive ripercussioni sul rapporto di fiducia del cittadino verso la sanità pubblica e sulla continuità del processo di cura con notevole alleggerimento dei disagi dovuti al numero, alla frequenza, alla difficoltà, ed alla efficacia dei contatti che il cittadino deve avere con le istituzioni sanitarie per usufruire delle prestazioni specialistiche. Inoltre, questo approccio conduce a un sensibile miglioramento della disponibilità e nella tempestività delle informazioni nonché delle opportunità offerte dalle strutture sanitarie in tema di disponibilità e modalità di erogazione dei servizi.

Va considerato altresì che la capacità di "privilegiare la continuità assistenziale tra ospedale e territorio", intensificando il rapporto tra servizi di prevenzione, cura e riabilitazione e promuovendo la solidarietà e l'umanizzazione, non è patrimonio esclusivo del singolo sottoprogetto, ma obiettivo e ricaduta dell'intero Progetto, attuatore di un percorso di interoperabilità tra diversi servizi protagonisti del Sistema Sanità.

Si intende pure responsabilizzare i cittadini anziché renderli dipendenti, migliorarne la qualità di vita, garantendo loro che le capacità fisiche e mentali, integre o residue si possano sviluppare e realizzare in modo completo, per ricavare il massimo beneficio possibile dalla vita e farvi fronte in modo salutare, su base continuativa.

Sul versante ospedaliero, ci saranno minor congestione, ridotte liste di attesa e focalizzazione della struttura sugli eventi e sui casi più gravi, acuti e complicati, con velocizzazione dei servizi sia di emergenza che ad alta specializzazione.

E' un modello di sistema di servizi ad ampio spettro e non dominato da risposte rigide. Esso consente ai cittadini di optare in modo flessibile, sia rispetto al bisogno prioritario in un dato momento sia cambiando il mix delle soluzioni nel corso del tempo.

In un modello sanitario *citizen centered*, il cittadino (come tale e non come paziente), la salute, la vita giornaliera, la famiglia, il lavoro e la vita sociale (non solo l'ospedale) sono al cuore del meccanismo.

La prevenzione, l'educazione sanitaria, l'alimentazione, l'attività fisica continuativa e l'aumento della sensibilizzazione di ogni cittadino, invitato a confrontarsi con la propria salute sin dalle epoche precoci di vita, diventa allora il fondamentale investimento per il mantenimento della salute.

La presente soluzione progettuale magnifica il ruolo centrale del cittadino in una rete articolata e integrata di servizi, e la continuità assistenziale ospedale-territorio, privilegiando la fornitura di servizi in un unicum continuo tra prevenzione, cura e riabilitazione, promuovendo la solidarietà, l'umanizzazione e la valorizzazione della risorsa salute.

Il Piano, anche mediante la messa a disposizione di nuove reti di servizi infrastrutturali (si veda per esempio la linea d'intervento Mappe Integrate delle Risorse Sanitarie) propone modelli organizzativi innovativi e nuovi modelli gestionali che prevedono forme di collaborazione tra strutture del servizio sanitario nazionale e soggetti privati.

3.6.7. - Cofinanziamento (almeno il 30% del valore del progetto)

Si veda il 4.2 Cofinanziamento

3.6.8. - Trasferibilità

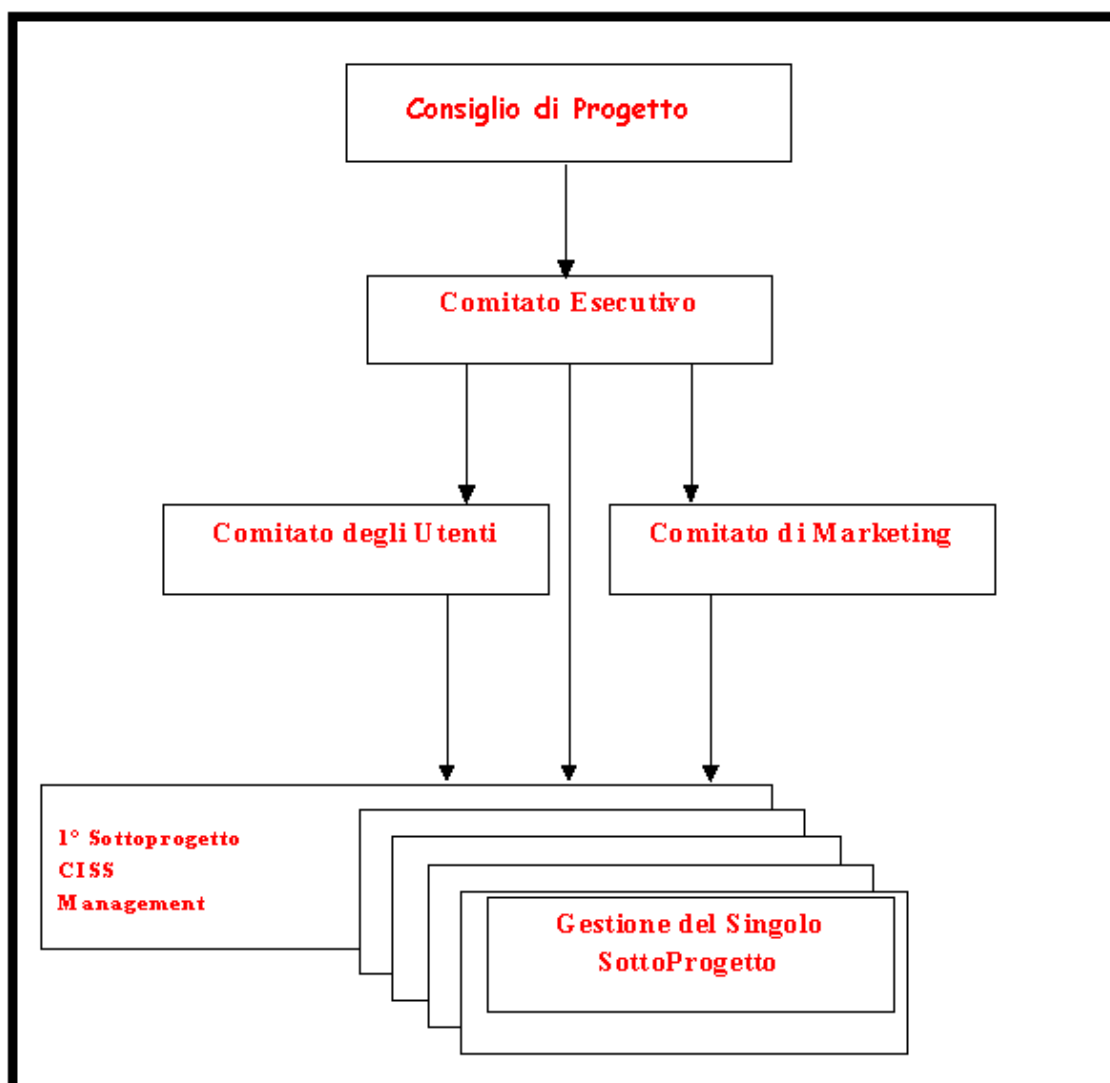
I risultati delle sperimentazioni sono -a priori ritenuti meritevoli di essere estesi per trasferimento al resto delle città, aziende e comuni di Italia. Quanto di questa fiducia sarà confermato - a posteriori dai risultati ottenuti e dalle risposte ricevute dovrà essere oggetto di attenta valutazione, che si svolgerà nell'ultima delle cinque fasi in cui é stato suddiviso lo svolgimento del progetto.

3.7. - MANAGEMENT DEL SISA-PU

La gestione del progetto, che sarà condotta dal Coordinamento per l'Inter-operabilità dei Servizi Sanitari e cioè dal Sottoprogetto 1, è organizzata secondo la struttura modulare schematizzata in figura. Tale struttura, consiste in un insieme di due (2) Comitati che sono collettivamente responsabili della definizione, del coordinamento e del monitoraggio delle aree omogenee del progetto ed è capace di garantire il miglior contributo effettivo dei responsabili individuali, evitando spese superflue e sforzi inutili, nelle attività tecniche e nelle iniziative dello sviluppo dei risultati.

Essi sono: il Consiglio di Progetto, il Comitato Esecutivo che potrebbe nominare per delega il Comitato degli Utenti, il Comitato di Marketing ed i Comitati di Gestione dei singoli Sottoprogetti.

Struttura globale



3.7.1 - Il Consiglio di Progetto

Si propone che il Consiglio di Progetto sia formato dalla rappresentanza di tutte le Amministrazioni partecipanti, con responsabilità di Coordinamento strategico definitivo del progetto. Si propone che presidente del Consiglio di Progetto, sia il Presidente della Regione rappresentato dal Coordinatore alla Sanità pro-tempore della Regione Puglia o da altro suo Delegato ad hoc. Il Progetto sarà così coordinato e presieduto da un'Amministrazione già responsabile della Pianificazione e Programmazione della Sanità in ambito Regionale, massimo esponente degli interessi di coordinamento ed al superamento di forme di duplicazione e di spreco nell'intera Regione Puglia. Ciò rappresenta la miglior garanzia completamente in conformità con i bisogni dell'utenza e sulla possibilità di diffusione dei risultati sullo scenario sanitario sia regionale che sopraregionale. Farà da Segretario il Responsabile Scientifico dell'ISBEM (Istituto Scientifico Biomedico Euro Mediterraneo) che ha preparato la presente proposta, e fungerà da collegamento e mezzo di trasmissione con il Comitato Esecutivo.

Al Consiglio di Progetto spetta di assicurare la massima conformità di tutte le attività delle attuali necessità dell'utenza.

Il Consiglio di Progetto é responsabile del monitoraggio definitivo e del coordinamento delle attività del Progetto, attraverso le definizioni e gli accordi di tutte le iniziative e strategie; in particolare riguardo:

- Il collegamento con le Autorità Comunali e Sanitarie e con il Ministero della Sanità.
- L'approvazione delle revisioni e degli emendamenti al piano di lavoro, in termini di incarichi, costi, lista dei tempi e data dei termini, sulle basi delle proposte fatte dal Comitato Esecutivo.
- Le risoluzioni delle dispute tra i partecipanti

Dal successo di quest'organo dipende fortemente il successo della collaborazione tra i singoli partecipanti, pertanto sarà suo primo obiettivo quello di disporsi a risolvere i problemi inclusa la ricerca dell'unanimità dei consensi da palesarsi nel voto unanime dei membri del Consiglio di Progetto. Se non fosse possibile raggiungere un accordo durante la discussione, le decisioni saranno prese, con ogni cautela e considerazione dei pareri dei dissenzienti, a maggioranza semplice dei voti. Ogni partecipante ha un voto singolo, non divisibile; nel caso di parità del numero dei voti, la decisione sarà presa dal Presidente. Le decisioni e i voti saranno validi solamente se almeno metà dei membri saranno presenti all'incontro.

Il Consiglio di Progetto si riunirà in forma aperiodica, anche telefonicamente e minimo annualmente, su richiesta del Coordinatore.

Tutti i partecipanti alla riunione saranno informati della data dell'incontro, come minimo 5 giorni prima della data. Il luogo dell'incontro sarà normalmente presso uno delle sedi dei partecipanti. Per ogni incontro, l'agenda del giorno e tutte le informazioni e i documenti rilevanti della riunione saranno proposti prima ai partecipanti, unitamente dal Presidente e dal Direttore del Progetto. Dopo ogni incontro, sarà redatto un verbale e inviato tempestivamente a tutti i partecipanti ed alle altre persone interessate.

3.7.2 - Il Comitato Esecutivo

Il Comitato Esecutivo, é responsabile della gestione esecutiva delle attività e cioè del coordinamento, indirizzo monitoraggio e verifica di tempi e modi di conduzione di tutte le attività è formato da 8 delegati: dal Coordinatore alla Sanità, dal Direttore dell'ARES, dai Direttori Generali delle Asl di BA 4 e TA 1, dal Direttore del Policlinico di Bari, dai Sindaci di Bari e Taranto, e dal Direttore del Progetto Prof. Alessandro Distante, che presiede il Comitato, docente della Facoltà di Medicina dell'Università di Pisa, attualmente Responsabile Scientifico della Società Consortile per Azioni ISBEM (Istituto Scientifico Biomedico Euro Mediterraneo) che è una società di ricerca no-profit. Il tutto teso a garantire che unitamente alla conformità dei bisogni dell'utenza, l'organizzazione completa del Progetto si basi anche su un approccio industriale in tutte le sue fasi. Il Direttore del Progetto potrà essere coadiuvato, laddove il Comitato esecutivo deliberi la loro formazione, da:

- il Presidente del Comitato Utenti responsabile per il Coordinamento di tutti gli argomenti in materia di utenza (aspetti e modelli organizzativi, specifiche delle richieste, sperimentazione e validità dei mezzi nell'ambiente vivente dei luoghi pilota) incluse la specificazione dei requisiti per il disegno di ogni sistema e sottosistema del Progetto e della loro validazione
- il Presidente del Comitato di Marketing responsabile esterno dell'identificazione e il coordinamento di tutti gli argomenti del Progetto, in materia di promozione e di sviluppo dei risultati delle attività (standardizzazione, simposi, sviluppo dei piani, promozione, progettazione dei prodotti) ai rapporti con Entità esterne (Comuni di Bari e di Taranto, Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, ecc).
- i Coordinatori di Sottoprogetti che sono, ognuno per il rispettivo Sottoprogetto, responsabili della coordinazione e dell'evoluzione sinergica delle attività condotte nelle principali aree d'interesse del Progetto.

Le principali funzioni del Comitato Esecutivo sono le seguenti:

- Gestire le varie attività del Progetto durante la sua evoluzione giornaliera;

- Definire le strategie e le proposte nelle aree singolarmente interessate del Progetto (cioè tecnico, di marketing, di utenza), discusse dal Consiglio di Programma;
- Gestire gli aspetti finanziari del progetto;
- Verificare, certificare e approvare i risultati degli operatori individuali e dei collaboratori, entrambi in termini di conformità con il piano di lavoro e nel rispetto del livello di qualità;
- Assicurare l'armonizzazione e la sinergia evolutiva di ogni area che riguarda il Progetto.

Il Comitato Esecutivo si riunirà senza un'agenda pre-definita, in accordo con le necessità del Progetto, su semplice richiesta del Direttore del Progetto oppure di almeno due (2) membri. L'obiettivo prioritario mira a prendere decisioni con l'accordo unanime di tutti i membri; in caso di non accordo, la decisione sarà presa sulla base della maggioranza dei voti. Dopo ogni incontro sarà redatto un verbale che sarà reso disponibile anche al Consiglio di Progetto.

In caso di decisioni urgenti prese dal Consiglio di Progetto, il Comitato Esecutivo consulterà i membri del Consiglio di Programma tramite fax, e-mail e procederà tenendo in conto i contributi ricevuti.

I leader dei gruppi operativi potranno essere invitati agli incontri del Comitato Esecutivo, per apportare un particolare supporto e un contributo per aspetti particolari.

3.7.3 - Il Comitato di Marketing

Il Comitato di Marketing è eventualmente formato per delega del comitato esecutivo dai responsabili dei sottoprogetti e da un massimo di 5 esperti ad hoc con specifici ruoli, ed ha responsabilità per l'identificazione e il coordinamento delle attività necessarie per assicurare una effettiva promozione e uno sviluppo dei risultati di livello nazionale ed internazionale.

Tali attività includono:

- L'analisi (incrementale) dell'orientamento del mercato e dei potenziali concorrenti
- La definizione (incrementale) dello sviluppo e della promozione dei piani, entrambi al livello di ogni singolo paese nel rispetto del Progetto Regionale
- L'organizzazione di mostre, simposi e seminari od altri mezzi di sensibilizzazione
- La presentazione dei risultati (incrementali) a organizzazioni esterne con l'intento di rendere valide le soluzioni adottate su più ampi scenari.
- Il coinvolgimento nel Progetto di organizzazioni esterne, per poter guadagnare posizioni velocemente anche mediante la sperimentazione e contratti pilota

- La preparazione del materiale d'informazione e di dimostrazione per promuovere il Progetto e i risultati individuali conseguiti

Esso è coordinato dal Responsabile del Sottoprogetto 1 e coadiuvato dal Centro di Interagibilità dei servizi sanitari

Il Comitato di Marketing si riunisce almeno trimestralmente con apposito Ordine del Giorno su semplice richiesta del Coordinatore o di almeno tre (3) membri. Sarà obiettivo prioritario quello di prendere decisioni con l'accordo unanime di tutti i membri; in caso di non accordo, la decisione sarà presa sulla base della maggioranza dei voti. Dopo ogni incontro sarà redatto un verbale che sarà reso disponibile anche al Comitato Esecutivo.

I leader dei gruppi operativi potranno essere invitati agli incontri del Comitato di Marketing, per apportare un particolare supporto e un contributo per aspetti particolari.

3.7.4. - Il Comitato degli Utenti

Il Comitato degli Utenti é eventualmente formato per delega del Comitato esecutivo dagli utenti finali (i.e. clinici, amministrativi e utenti gestionali rappresentanti degli ospedali, delle Aziende Sanitarie, altre Istituzioni e comunque qualunque categoria pubblica o privata partecipanti ad almeno un SottoProgetto, con lo specifico ruolo di coordinamento di tutte le attività dell'utenza nel Progetto.

Tali responsabilità includono:

- L'identificazione delle procedure organizzative necessarie a facilitare l'introduzione delle infrastrutture e delle applicazioni nell'ambiente reale.
- La validazione delle soluzioni proposte, anche attraverso un continuo coinvolgimento degli utenti durante l'evoluzione dei prototipi delle attività.
- L'installazione delle infrastrutture nell'ambiente degli ospedali e delle Aziende Sanitarie od altre Istituzioni, e in pratica la sperimentazione.
- Il contributo nella definizione delle metodologie pratiche per valutare le usabilità e le prestazioni dei sistemi negli scenari reali, e per stimare i suoi effetti rispetto alle prestazioni attuali.
- La preparazione del materiale per facilitare l'utilizzo del sistema agli utenti destinatari.

Esso è coordinato dal Rappresentante della Regione Puglia.

Il Comitato degli Utenti si riunisce almeno trimestralmente con apposito Ordine del Giorno su semplice richiesta del Coordinatore o di almeno tre (3) membri. Sarà obiettivo prioritario prendere decisioni con l'accordo unanime di tutti i membri; in caso di non accordo, la decisione sarà presa sulla base della maggioranza dei voti. Dopo ogni incontro sarà redatto un verbale che sarà reso disponibile anche al Comitato Esecutivo.

I leader dei gruppi operativi potranno essere invitati agli incontri del Comitato degli Utenti, per apportare un particolare supporto e un contributo per aspetti particolari..

3.7.5. - Accordi finanziari per la gestione del Progetto

Il modulo organizzativo, che é stato sopra definito per il Progetto, permetterà una significativa riduzione delle spese globali richieste in termini di gestione e di coordinamento, coinvolgendo solamente quelle organizzazioni e individui direttamente coinvolti nelle varie attività.

Tuttavia é comunque chiaro che viene assicurata al Progetto una totale armonia, come previsto attraverso il Consiglio di Progetto e il Comitato Esecutivo. Queste attività rappresentano un servizio, che sarà fornito dall' ISBEM al Progetto SISAPU, in accordo con i seguenti termini e le seguenti condizioni:

L'ISBEM (Istituto Scientifico Biomedico Euro Mediterraneo) avrà la responsabilità del coordinamento dell'intero Progetto, eseguendo le necessarie attività, sostenendo la totalità dei costi previsti di management, per tutta la durata del Progetto. Questi costi saranno considerati nel budget previsto per le attività produttive del Progetto, e saranno suddivise tra tutti i partecipanti secondo la loro spartizione del budget totale. Ogni partecipante subcontratterà queste quote al Consorzio ISBEM, il quale fatturerà l'ammontare a ogni partecipante su basi mensili e riceverà i pagamenti tenendo conto dei versamenti periodici del Ministero della Sanità al Progetto. Il tutto verrà formalizzato da un Protocollo Generale di Intesa tra le parti.

3.7.6. - Sensibilizzazione e Promozione

Queste attività saranno sviluppate col supporto tecnico del sottoprogetto Management e Metodologico ed hanno l'obiettivo di sensibilizzare alle problematiche del progetto (il Coordinamento e l'Interoperabilità) ed alla promozione dei suoi risultati tra le organizzazioni (Autorità civiche e sanitarie, industrie) ed operatori non direttamente coinvolti nel processo. Il lavoro si svolgerà, lungo 4 linee di attività, seguendo le indicazioni metodologiche del Comitato Scientifico e quelle tecnologiche del Comitato Tecnico.

In particolare:

- **Gruppo di Utenti**

Questa linea sarà responsabile di promuovere, sotto l'indirizzo del Comitato degli Utenti, gruppi di lavoro sia a livello cittadino che regionale, come forum di discussione dei requisiti, delle varie soluzioni proposte per sistemi e sottosistemi. Durante il primo anno verranno organizzati incontri per l'espressione del consenso.

Il risultato della linea 1 sarà la formazione di pareri su vari argomenti di rilevanza per il sottoprogetto.

- **Standardizzazione**

Questa linea sarà responsabile di identificare e mettere in pratica, sotto l'indirizzo del Comitato di Marketing, ogni iniziativa considerata utile per la promozione di SISAPU sul mercato sanitario nazionale. Una particolare rilevanza viene assegnata al contribuire alle iniziative di normalizzazione sia a livello nazionale che internazionale.

Il risultato della linea 2 sarà la produzione di materiale di documentazione.

- **Inchiesta di Mercato**

Questa linea sarà responsabile di effettuare, sotto la guida del Coordinamento per l'Interoperabilità dei Servizi Sanitari, l'analisi continua delle nuove soluzioni disponibili sul panorama italiano ed internazionale in modo da facilitare l'indirizzo delle attività del progetto in vista di assicurare la sua più alta possibile efficacia.

- **Piano di Sfruttamento**

Questa linea sarà responsabile di identificare, sotto la guida del Coordinamento per l'Interoperabilità dei Servizi Sanitari, la strategia per sfruttare e meglio promuovere le infrastrutture e le applicazioni risultato del SISAPU, sia da parte delle organizzazioni che ne fanno parte, sia mediante adeguati accordi di cooperazione con altri organismi.

Questa linea sarà responsabile di pensare alle estensioni di SISAPU ed alle opportunità per lanciare nuovi progetti ed iniziative finanziati dalle organizzazioni partecipanti o con fondi Regionali, Nazionali o Comunitari.

SISAPU
(Sistema Integrato Sanitario Pugliese)

SISA-TA
Sistema Integrato Sanitario di Taranto

***Sottoprogetto 1 - Interventi Metodologici
e di Management***
***Intervento 1 - Istituzione e Gestione del Coordinamento
per l'Interoperabilità dei Servizi Sanitari***
Intervento 2 – Produzione di Raccomandazioni

4. - Sottoprogetto Sp.1 Interventi metodologici e di Management

4.0.1. – Introduzione

Il progetto SISAPU, come già accennato (paragrafo 3.3 Articolazione), è stato realizzato per soddisfare la necessità della Regione di indirizzare il cittadino verso servizi sanitari appropriati (territorializzazione, informazione del cittadino, continuità di cura) e di avere strumenti per la pianificazione delle politiche sanitarie (conoscenza della domanda, delle potenzialità e dei vincoli dell'offerta). Il SISAPU si basa, pertanto, non solo sul bisogno di potenziamento delle dotazioni tecnologiche e strutturali e sulla creazione di nuovi canali comunicativi standardizzati rivolti al cittadino, ma anche sulla necessità di pensare ad un management che, in un ottica di integrazione e gestione delle conoscenze, sappia cercare, elaborare ed indirizzare informazioni utili per il progetto in questione, il cittadino e la Regione.

Per il raggiungimento delle finalità sopra espresse il SISA-PU si articola su tre livelli diversi che si sostanziano in tre differenti sottoprogetti:

Management e Metodologico. Tale livello si concretizza nella costituzione e nel funzionamento di un Coordinamento per l'Interoperabilità dei Servizi Sanitari che cura il management del progetto SISA-PU, comune per le città di Bari e Taranto, ad evitare il rischio di una pianificazione risultante dalla mera somma dei singoli interventi garantendo il coordinamento delle scelte strategiche in una logica riferita alle intere aree urbane ed al complesso dei servizi a tutela della salute.

Infrastrutturale Telematico. Tale livello consente la sperimentazione di una serie di misure armonizzate tra di loro e finalizzate nell'insieme a sviluppare modelli gestionali diversificati di riorganizzazione dei Servizi Sanitari territoriali ed Ospedalieri già presenti a Bari e Taranto.

Strutturale-tecnologico. In questo livello s'intendono realizzare specifici interventi che, tenendo conto delle caratteristiche, delle necessità e delle opportunità delle aree metropolitane di Bari e Taranto, consentano una più immediata accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari.

Gli Interventi che questo primo Sottoprogetto intende realizzare sono collegati da un unico comune denominatore: produrre non solo un unico management che si occupi dell'organizzazione e del monitoraggio dell'intero progetto ma anche una serie di linee guida che fungano da cardine per le azioni previste nel livello infrastrutturale e strutturale. Ciò consente di:

- individuare un unico soggetto responsabile del progetto ed di interfaccia con tutti gli stakeholder interessati;

- condividere e standardizzare le procedure e le metodologie utilizzate nei centri di Bari e Taranto;
- realizzare un datawarehouse in cui raccogliere tutte le informazioni relative ai sistemi sanitari dei due centri urbani .

Quanto accennato comporta un notevole valore aggiunto facilmente riscontrabile se si analizza il miglioramento ottenibile a livello di progetto:

- la visione di sistema consente di armonizzare ed integrare le singole scelte in un più ampio disegno strategico della Regione Puglia;
- la possibilità di attingere informazioni dal sistema informativo realizzato permette di fondare le politiche di programmazione sanitaria rilevazioni territoriali su più salde e costantemente aggiornate.

Il presente capitolo illustra nel dettaglio il sottoprogetto **Management e Metodologico** (si veda la Figura).

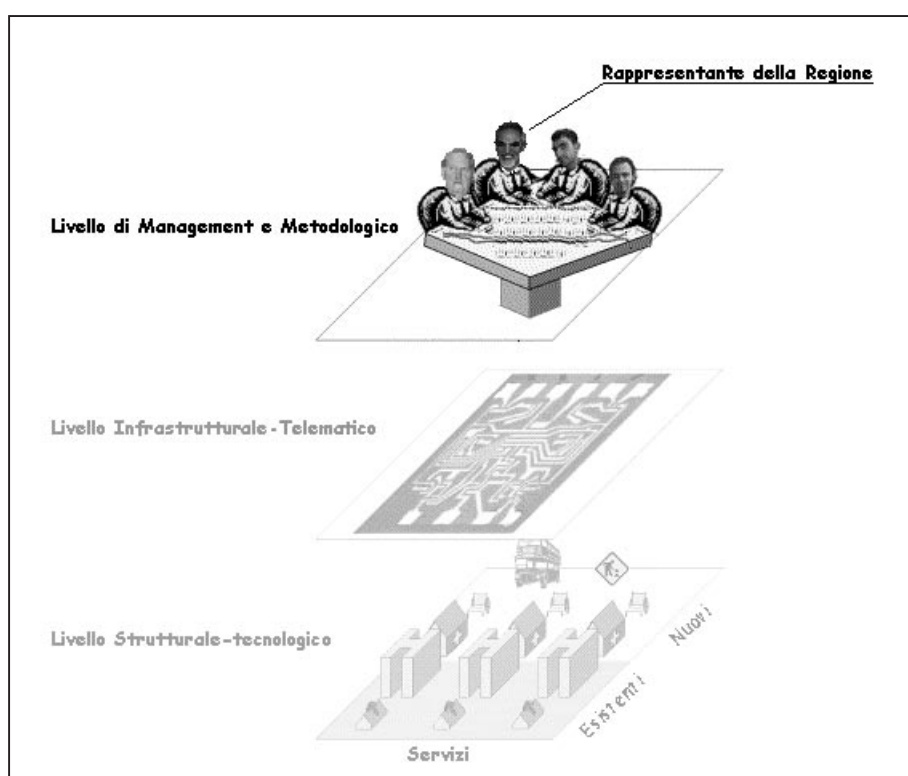


Figura: Rappresentazione grafica dell'Articolazione del Progetto SISA-PU in cui è evidenziato il livello di Management e Metodologico.

Questo sottoprogetto - che ricopre ed attua il Livello Progettuale Metodologico e di Management del Progetto e si occupa dei problemi generali che sorgono nell'affrontare i prerequisiti infrastrutturali - si propone di istituire e di far funzionare per il triennio di durata del progetto un **Coordinamento per la Inter-Operabilità dei Servizi Sanitari**. Esso deve svolgere, in una dimensione regionale, e senza interferire con il quotidiano agire dei singoli Servizi Sanitari del SSN - ogni azione necessaria per l'impianto di eventuali infrastrutture, che permettano di ottimizzare l'uso della telematica per la e-sanità.

In modo specifico, oltre a curare il Management del Progetto, si tratta di definire delle Raccomandazioni per implementare un'**Anagrafe delle Risorse Sanitarie** integrata, georeferenziata e dinamica, per armonizzare delle **Linee Guida** diagnostico-terapeutiche, per stabilire una metodologia affinché le **Cartelle Cliniche** siano finalizzate alla continuità assistenziale, per il coordinamento delle iniziative relative alla Prevenzione in **Ambiente di lavoro** sviluppato prevalentemente a Taranto col coinvolgimento delle competenze tecniche ed umane disponibili di Bari, di quelle relative alla **Qualità**, nonché di quelle di formazione a nuovi **Strumenti ed attitudini Comunicative**, insomma ogni attività necessaria per il governo dell'intero progetto.

Durante la durata del progetto il Coordinamento per l'Interoperabilità dei Servizi Sanitari (Sottoprogetto 1-CISS) si occupa pertanto di due Interventi:

Primo Intervento Svolgere per l'intero progetto (cioè far sì che tutta la struttura individuata nella proposta funzioni) gli aspetti attuativi di Pianificazione (Prima Fase, per cui i vari Sottoprogetti e Interventi si sviluppano secondo Raccomandazioni predefinite nel Sottoprogetto Sp.1) e di Monitoraggio (durante le fasi successive) della nuova modellistica funzionale con le seguenti attività:

Management di SISAPU

Sensibilizzazione sulle esigenze informative

Promozione dell'interoperabilità nei Servizi

Armonizzazione dell'esistente nelle varie province pugliesi

Standardizzazione a livelli nazionale ed internazionale

Rimuovere gli ostacoli legali ed amministrativi

Trasferibilità

Secondo Intervento La Produzione di Raccomandazioni o Linee Guida tecniche per lo sviluppo delle attività infrastrutturali e metodologiche è necessaria o facilitante per il funzionamento a sistema (coordinato ed interoperabile) della rete regionale dei Servizi Sanitari e per il

successivo sviluppo di progetti operati per conto ed in nome della Regione Puglia, oppure per conto della cooperazione tra due o più aziende o di collaborazioni pubblico-privato con l'introduzione di strumenti infrastrutturali. Si riportano, ad esempio, le Raccomandazioni per l'Ottimizzazione Percorsi Sanitari, per le Linee guida, per le Mappe Integrate delle Risorse Sanitarie, per le Metodologie per le Cartelle cliniche, per la Diagnostica Precoce e stadiazione Oncologica che, in linea di principio e per loro natura, sono diffusive, risolubili metodologicamente in modo centralizzato (per quanto con la più ampia partecipazione e confronto con operatori ed amministratori) e sono altresì applicabili in modo trasversale a tutti e ciascuno degli attuali Servizi Territoriali ed Ospedalieri.

Il CISS per definizione è un sistema eterogovernato (da parte dei coordinatori della Sanità regionale e cittadina), senza fini propri ma di esclusivo servizio al miglior funzionamento dei Servizi sanitari. Esso ha lo scopo specifico di attivare le possibili sinergie e di rendere più facile ed accessibile l'avvicinamento dei Servizi Sanitari a tutti i cittadini, in ogni circostanza ed in particolare modo alle fasce temporaneamente o definitivamente deboli e, in ultima istanza, per ridurre le ineguaglianze.

A tale scopo il CISS farà uso intensivo delle nuove metodologie e tecnologie telematiche seguendo qui le indicazioni generali dell'AIPA e della cabina di regia per l'informatizzazione del Ministero della Salute.

In particolare il CISS, seguendo il Protocollo di Intesa tra Stato, Regione ed Enti Locali per la realizzazione dei sistemi informativi di interesse generale - concordemente con il Comitato Tecnico di coordinamento dei GIS e secondo le specifiche comuni inerenti i DB di interesse generale con risoluzione 1:1000 e 1:2000, e a tale scopo di intesa con gli altri oggetti coinvolti - agirà da attuatore per consolidare lo strato di interesse sanitario nel GIS della città.

L'alto livello di innovazione strutturale, strumentale ed organizzativa introdotta con SISA-PU potrebbe indurre resistenze generali al cambiamento nei più radicati vissuti professionali e personali degli operatori sanitari ed amministrativi della ASL metropolitana barese. Infatti su essa si possono scaricare - come su ogni altra ASL - il peso di dinamiche meramente politiche o commerciali che possono fungere da freno o da elemento distorsivo per ogni innovazione.

Ulteriore vincolo è dato dalla complessità sociale di alcune delle zone con degrado culturale, ambientale, abitativo e civile su cui specificamente SISA-PU va ad incidere dove, in alcuni soggetti culturalmente meno disponibili, la modernità dei suoi metodi può provocare reazioni di chiusura.

SISA-PU potrà trasformare questi due vincoli in opportunità, se riuscirà a presentarsi quale portatore di una sorta di "riscatto" civile da una condizione di sostanziale abbandono. A tal fine il

SISA-PU deve dotarsi dell'“appeal” della modernizzazione, proponendo l'utilizzazione di livelli tecnologici visibili, attrattivi e capaci di sollecitare l'immaginario collettivo.

4.0.2. - Contesto

Il SottoProgetto segue l'evoluzione che la rivoluzione telematica sta inducendo in tutta la società, e che nel campo dell'Assistenza Sanitaria viene a introdurre la **e-sanità** (in inglese *e-health*) nuovo termine con cui si indica una vasta rete di scelte sanitarie, molte abilitate tramite Internet, con cui i pazienti diventano diretti collaboratori nei servizi sanitari.

Per anni, gli informatici medici hanno parlato di “sistemi incentrati sul paziente” ed ora Internet li ha resi possibili. I pazienti vogliono essere coinvolti nelle decisioni che riguardano la loro salute, come accedere alla propria informazione sanitaria, conoscere eventuali alternative, e ricercare efficienza ed efficacia. La e-sanità fornisce queste possibilità e la Società tutta non potrà che affrontare gli argomenti su indicati.

Il Coordinamento di per sè non aggiunge né toglie alcunché al funzionamento dei singoli presidi sanitari. In compenso rende trasparente, in modo sistemico e in tempo reale, a tutti, ivi inclusi i cittadini-utenti del sistema (i pazienti di una volta), il modo in cui il sistema sta funzionando. Se un presidio si mantiene isolato rispetto agli altri rifiutando il coordinamento, fornirà di sè una immagine di isolamento. Se invece una struttura fornisce un servizio di alto livello, i suoi indicatori di attività lo fotograferanno.

4.0.3. - Obiettivi

Questo Sottoprogetto occupandosi degli aspetti metodologici, risulta trasversale a tutti gli obiettivi specifici del Progetto SISA-PU e tende fortemente a indurre i Servizi e Presidi Sanitari a riferire la propria attività' in termini del MetaModello comune.

Il CISS si occupa dei problemi generali che sorgono nell'affrontare i prerequisiti Infrastrutturali del Coordinamento e della Interoperabilità dei Servizi Sanitari per cui viene ad articolarsi nei seguenti Interventi (di cui nelle relative schede vengono ulteriormente specificati gli obiettivi):

Intervento 1. **Istituzione e funzionamento del CISS** (Management);

Intervento 2. **Produzione di Raccomandazioni** che comprende vari sottointerventi o commesse quali

- **Definizione di Linee Guida** (Per es. per l'implementazione dell'Anagrafe delle Risorse Sanitarie).
- **Implementazione dell'Anagrafe Dinamica georeferenziata delle Risorse Sanitarie**
- **Metodologia** per finalizzare ogni tipo di **Cartelle Cliniche** alla Continuità Assistenziale.
- **Coordinamento** delle iniziative attuali a Sistema **Qualità**.
- **Coordinamento** dell'uso di **strumenti** e **attitudini comunicative** per favorire l'integrazione operativa di presidi e di operatori.

4.0.4. - Descrizione

La gestione del Progetto SISAPU, condotta dal Coordinamento per l'Inter-operabilità dei Servizi Sanitari, è organizzata secondo una struttura modulare come riportato nello schema apposito. Tale struttura, funzionerà come descritto nel paragrafo 3.7 riguardante il SISAPU.

Le attività di **Sensibilizzazione** e di **Promozione**, saranno sviluppate col supporto del CISS con l'obiettivo di sensibilizzare alle problematiche del progetto (Coordinamento ed Inter-operabilità) ed alla promozione dei suoi risultati tra le organizzazioni (Autorità civiche e sanitarie, industrie) ed operatori non direttamente coinvolti nel processo. Il lavoro si svolgerà, lungo 4 linee.

Gruppi di Utenti	Saranno promossi gruppi di lavoro sia a livello cittadino che regionale, come forum di discussione dei requisiti, delle varie soluzioni proposte per sistemi e sottosistemi. Durante il primo anno verranno organizzati incontri per l'espressione del consenso.
Standardizzazione	Verrà identificata e messa in atto ogni iniziativa utile per la promozione di SISAPU sul mercato sanitario nazionale con particolare rilevanza contribuire alla normalizzazione sia nazionale che internazionale.
Inchiesta di Mercato	Consiste in un'analisi continua delle nuove soluzioni disponibili sul panorama italiano ed internazionale in modo da facilitare l'indirizzamento delle attività del progetto in vista di assicurare la maggiore efficacia.
Piano di Sfruttamento	Sarà la strategia per sfruttare e meglio promuovere le infrastrutture e le applicazioni risultato del SISAPU.

Il CISS creerà le condizioni per una corretta comunicazione tra i soggetti erogatori di servizi così da aumentare la consapevolezza delle capacità e le potenzialità dell'intero sistema contribuendo all'integrazione dei servizi.

SISA-PU prevede precise attribuzioni di ruoli nel processo comunicativo funzionale:

Infrastruttura: È responsabilità di chi realizza un progetto stabilire ed attuare (in conformità con quanto stabilito dal CISS) le strategie comunicative;

Contenuto Informativo: È responsabilità del CISS determinare il protocollo informativo in accordo con i fruitori del servizio (per es. i medici per quanto concerne le cartelle cliniche);

Metodi: Il CISS ha il compito di stabilire le linee guida, nonché di verificare la conformità dei progetti alle indicazioni date e l'efficacia dei risultati ottenuti;

Altro compito del CISS è creare le condizioni per una corretta comunicazione tra i soggetti erogatori di servizi così da aumentare la consapevolezza delle capacità e le potenzialità dell'intero sistema contribuendo all'integrazione dei servizi.

Compito del CISS è infine quello di garantire l'afflusso di dati significativi verso gli organi di governo (ASL, Comuni, Regione, etc).

4.0.5. - Risultati attesi

La rispondenza dei risultati alle attese del sottoprogetto, verranno a dipendere non soltanto dalla bontà dell'operato dei suoi partecipanti, ma altresì dalla loro capacità di convincimento.

Scopo globale del Sottoprogetto N° 1 è la messa in opera a livello Metodologico di iniziative atte ad ottenere la riorganizzazione e la riqualificazione dell'Assistenza sociale e sanitaria nelle città di Bari e Taranto.

Un primo risultato atteso è la stessa Costituzione del Coordinamento per l'Inter-operabilità dei Servizi Sanitari (CISS) che possa svolgere, senza disturbare il quotidiano agire dei singoli Servizi Sanitari del Servizio Sanitario Nazionale, ogni azione necessaria per l'impianto di essenziali infrastrutture, per ottimizzare l'uso della telematica per la e-sanità, quali un'Anagrafe integrata georeferenziata e dinamica dalle Risorse Sanitarie, un Sistema Qualità o la formazione del personale in termini della Comunicazione.

Un risultato attendibile è la validazione durante il triennio da parte del Ministero della Sanità della attuale compagine e struttura in qualità di "programma di sperimentazioni avente come oggetto nuovi modelli gestionali" ex articolo 9 bis della recente riforma sanitaria. Ciò infatti starebbe a significare che sono state raggiunte la convenienza economica o il miglioramento

della qualità assistenziale e che il funzionamento è in coerenza con il Piano Sanitario Nazionale e Regionale.

4.0.6. - Strumenti di controllo

Ogni sottointervento ha propri sistemi di controllo; per esempio per quanto riguarda la armonizzazione di Linee Guida, per le quali è quindi necessaria una operazione di armonizzazione delle varie Linee Guida codificate per ogni singola patologia, in modo da fornire quell'orientamento per cui sono state pensate, e per la definizione di protocolli diagnostico-terapeutici comuni, che favoriscano lo scambio di informazioni ed il trattamento univoco di alcune patologie di interesse generale, il meccanismo di riprogettazione dovrà considerare la circostanza che una precedente versione delle norme non sia stata recepita positivamente e pertanto, una volta allertato il sistema dovrà provvedere a ricalibrare gli elementi da cui è sorta la devianza

4.0.7. - Risorse: Prospetto dei costi principali dell' Intervento

QUADRO ECONOMICO RIEPILOGATIVO SOTTOPROGETTO MANAGEMENT E METODOLOGICO										
SOTTOPROGETTI	INTERVENTI	Bari			Taranto			SISAPU		
		Finanziamento	Cofinanziamento	Totale	Finanziamento	Cofinanziamento	Totale	Finanziamento	Cofinanziamento	Totale
Management e Metodologico	Istituzione e Funzionamento del Coordinamento Interoperabilità Servizi	1.110.000,00	0,00	1.110.000,00	450.000,00	0,00	450.000,00	1.560.000,00	0,00	1.560.000,00
	Produzione di Raccomandazioni (PRORAC)	4.090.000,00	0,00	4.090.000,00	1.691.000,00	0,00	1.691.000,00	5.781.000,00	0,00	5.781.000,00
	Totale € (EURO)	5.200.000,00	0,00	5.200.000,00	2.141.000,00	0,00	2.141.000,00	7.341.000,00	0,00	7.341.000,00

4.0.8. - Scheduling

Il CISS, occupandosi sostanzialmente dello sviluppo e del trasferimento di metodologie e del monitoraggio di tutti gli altri sottoprogetti, svolgerà le proprie attività per la durata complessiva del Progetto.

SISAPU
(Sistema Integrato Sanitario Pugliese)

SISA-TA
Sistema Integrato Sanitario di Taranto

Interventi Metodologici e di Management
Intervento 1 – Istituzione e gestione del Coordinamento per l’Interoperabilità dei Servizi Sanitari
(Indicato come Linea di Azione 1 del Sottoprogetto CISS, nella versione SISAPU preliminare)

4.1 - INTERVENTO - ISTITUZIONE E FUNZIONAMENTO DEL COORDINAMENTO INTEROPERABILITÀ SERVIZI SANITARI (CISS)

4.1.1. - Contesto

Come già descritto prima, questo Intervento si occupa della Produzione di Raccomandazioni o Linee Guida tecniche per lo sviluppo dell'attività infrastrutturali e metodologiche è necessaria o facilitante per il funzionamento a sistema (coordinato ed interoperabile) della rete regionale dei servizi sanitari. Istituzione e della Gestione del **Coordinamento per l'Interoperabilità dei Servizi Sanitari** (CISS) e cioè di tutta la attività di Management, di Sensibilizzazione, di Promozione del progetto, di Armonizzazione dell'esistente, di Standardizzazione a livelli nazionale ed internazionale, di Rimozione degli ostacoli legali ed amministrativi e di trasferibilità. Esso dovrà curare cioè che l'intera struttura individuata nella proposta funzioni adeguatamente.

E' il caso di richiamare sommariamente che la struttura, consiste in un insieme di due Comitati delle aree omogenee del progetto, ed è capace di garantire il miglior contributo effettivo dei responsabili individuali, evitando spese superflue e sforzi inutili, nelle attività tecniche e nelle iniziative dello sviluppo dei risultati.

Essi sono di seguito, mentre le loro funzioni sono meglio specificate più a valle:

- Il Consiglio di Progetto
- Il Comitato Esecutivo che potrà nomenare per delega Il Comitato degli Utenti, Il Comitato di Marketing, ed i Comitati di Gestione dei singoli Sottoprogetti (incluso quello del CISS).

4.1.2. - Obiettivi

Ogni sottointervento ha un suo specifico contesto, obiettivo descrizione dei risultati attesi e risorse che verranno più in là descritti in dettaglio durante la descrizione dei singoli sottointerventi.

4.1.3. - Descrizione

Ogni sottointervento ha un suo specifico contesto, obiettivo, descrizione, risultati attesi e risorse che saranno più in là descritti in dettaglio durante la descrizione dei singoli sottointerventi. L'attività con cui verrà a concretizzarsi il perseguimento degli obiettivi di cui sopra è per sua stessa natura, poco predefinibile, in termini di tempi o di fasi operative ed è proprio perciò che richiederà la messa a punto iniziale di un sistema di allerta.

L'intervento si organizzerà per coordinare, nella misura del possibile, gli altri Interventi e gli altri Sottoprogetti che coinvolgono interazioni e/o rapporti non pre-definiti con i Servizi e i Presidi Assistenziali, tenendo conto dell'impatto informativo-formativo che possono avere nel loro complesso.

A tale scopo appronterà una linea di strumenti comunicativi (un sitoWeb, una famiglia di CD-rom, etc. una specie di collana editoriale telematica) a cui esplicitamente sarà devoluto il compito di mantenere il mondo esterno informato dell'evoluzione e dei progressi di SISAPU.

Similarmente sarà necessario provvedere, in stretto contatto con il Direttore del Progetto SISAPU, a mantenere sotto osservazione le possibilità di lanciare nuovi progetti ed iniziative finanziati dalle organizzazioni partecipanti o con fondi Regionali, Nazionali o Comunitari con ulteriori sviluppi di fall-out e di finanziamento.

Le attività di Sensibilizzazione e Promozione terranno conto dei risultati che via via arriveranno:

- Dai gruppi di utenti e dei vari pareri consensuati su vari argomenti di rilevanza per il sottoprogetto;
- Dal materiale di documentazione proveniente da iniziative di normalizzazione sia a livello nazionale che internazionale;
- Dalle nuove soluzioni disponibili sul panorama italiano ed internazionale, ottenute da Inchieste di Mercato.

4.1.4. - Risultati attesi

- La soddisfazione complessiva di tutte le Amministrazioni partecipanti al Progetto;
- Assicurare la massima conformità di tutte le attività alle effettive necessità del progetto;
- Il collegamento con le Autorità Comunali e Sanitarie e con il Ministero della Sanità;

Il raggiungimento dei risultati attesi in una maggioranza di Sottoprogetti

4.1.5. - Risorse

Il costo complessivo dell'Intervento n° 1 Istituzione e gestione del Coordinamento per l'Interoperabilità dei Servizi Sanitari, comprensivo delle spese per il funzionamento di tutti gli Organi del Progetto e di tutte le attività enumerate, assomma per Bari e Taranto rispettivamente a Euro 1.110.000,00 e Euro 450.000,00 nel triennio.

SISATA - MANAGEMENT METODOLOGICO
Coordinamento Interoperabilità Servizi Sanitari (CISS)

Voci di costo

		finanziamento totale intervento € 450.000,00
1	Personale dipendente	
2	<u>Personale a contratto/consulenza/borsa di studio</u>	€ 350.000,00
3	<u>Missioni</u>	€ 50.000,00
4	<u>Attrezzature</u>	€ 25.000,00
5	Eventuali contributi in conto capitale	
6	<u>Materiale di consumo</u>	€ 5.000,00
7	<u>Pubblicazioni/organizzazione/convegni, ecc.</u>	
8	<u>Elaborazioni dati ecc.</u>	€ 20.000,00
9	Altre	
10	<u>Spese generali strutture coinvolte</u>	
	TOTALE	€ 450.000,00

SISAPU
(Sistema Integrato Sanitario Pugliese)

SISA-TA
Sistema Integrato Sanitario di Taranto

Interventi Metodologici e di Management
Intervento 2 – Produzione di Raccomandazioni

*(Indicato come Linea di Azione 2 del Sottoprogetto CISS nella versione SISAPU preliminare
e come Interventi dal 2 a 7 nella versione definitiva)*

4.2. INTERVENTO – PRODUZIONE DI RACCOMANDAZIONI (PRORAC)

4.2.0.1. - Contesto

Come già descritto prima, questo intervento si occupa della Produzione di Raccomandazioni o linee guida tecniche per lo sviluppo delle attività infrastrutturali e metodologiche e necessarie o facilitante per il funzionamento al sistema (coordinato ed interoperabile) della rete Regionale dei servizi sanitari e per il successivo sviluppo di Progetti operati per conto ed in nome della regione Puglia, oppure per conto della cooperazione tra una o più aziende o di collaborazioni pubbliche-private con l'introduzione di strumenti infrastrutturali. Si riportano, ad esempio le Raccomandazioni per l'Ottimizzazione Percorsi sanitari, per le Linee guida, per le Mappe integrate delle Risorse Sanitarie, per le Metodologie, per le Cartelle Cliniche, per la Diagnostica Precoce e Stadiazione Oncologica, che in linea di principio e per loro natura, sono diffusive, risolubili metodologicamente in modo centralizzato (per quanto con la più ampia partecipazione e confronto con operatori ed amministratori) e sono altresì applicabili in modo trasversale a tutti e ciascuno degli attuali Servizi Territoriali ed Ospedalieri.

4.2.0.2. - Obiettivi

Questo intervento articolato in 6 sottointerventi:

1. Sottointervento – Definizione di Linee Guida (LinGui)
2. Sottointervento – Implementazione Anagrafe Dinamica Geo Referenziata delle Risorse sanitarie
3. Sottointervento – Metodologie Cartelle Cliniche per Continuità Assistenziale (MetodCC)
4. Sottointervento – Coordinamento Iniziative in Ambiente di Lavoro
5. Sottointervento – Coordinamento delle Iniziative Per Un Sistema Qualità (SistQual)
6. Sottointervento – Strumenti e Attitudini Comunicative per la continuità Assistenziale (StAtCA)

4.2.0.3. - Descrizione

L'attività con cui verrà a concretizzarsi il perseguimento degli obiettivi di cui sopra è per sua stessa natura, poco predefinibile, in termini di tempi o di fasi operative ed è proprio perciò che richiederà la messa a punto iniziale di un sistema di allerta.

L'Intervento si organizzerà per coordinare, nella misura del possibile, gli altri Interventi e gli altri Sottoprogetti che coinvolgano interazioni e/o rapporti non pre-definiti con i Servizi e i Presidi Assistenziali, tenendo conto dell'impatto informativo-formativo che possono avere nel loro complesso.

A tale scopo appronterà una linea di strumenti comunicativi (un sitoWeb, una famiglia di CD-rom, etc. una specie di collana editoriale telematica) a cui esplicitamente sarà devoluto il compito di mantenere il mondo esterno informato dell'evoluzione e dei progressi di SISAPU.

Similarmente sarà necessario provvedere, in stretto contatto con il Coordinatore esecutivo di SISAPU, a mantenere sotto osservazione le possibilità di lanciare nuovi progetti ed iniziative finanziati dalle organizzazioni partecipanti o con fondi Regionali, Nazionali o Comunitari con ulteriori sviluppi di fall-out e di finanziamento.

Le attività di Sensibilizzazione e Promozione terranno conto dei risultati che via via arriveranno:

- Dai gruppi di utenti e dei vari pareri consensuati su vari argomenti di rilevanza per il sottoprogetto;
- Dal materiale di documentazione proveniente da iniziative di normalizzazione sia a livello nazionale che internazionale;
- Dalle nuove soluzioni disponibili sul panorama italiano ed internazionale, ottenute da Inchieste di Mercato.

4.2.0.4. - Risultati attesi

Il risultato atteso da questo secondo intervento è la produzione di Raccomandazioni sui singoli argomenti dei singoli sottointerventi.

Ogni sottointervento ha un suo specifico contesto, obiettivo, descrizione, risultati attesi e risorse che saranno più in là descritti in dettaglio durante la descrizione dei singoli sottointerventi

4.2.0.5. - Risorse

Il costo complessivo dell'Intervento n° 2 Produzione di Raccomandazioni comprensivo delle spese per il funzionamento di tutti gli Organi del Progetto e di tutte le attività enumerate, assomma per Bari a euro 4.090.000,00 e per Taranto a euro 1.691.000,00 nel triennio ed è pari alla somma dell'ammontare dei vari sottointerventi.

SISATA - MANAGEMENT METODOLOGICO
Produzione di Raccomandazioni (PRORAC)

Voci di costo

finanziamento totale intervento € 1.691.000,00

1 Personale dipendente	
2 Personale a contratto/consulenza/borsa di studio	€ 1.008.000,00
3 Missioni	€ 143.000,00
4 Attrezzature	€ 110.000,00
5 Eventuali contributi in conto capitale	
6 Materiale di consumo	€ 50.000,00
7 Pubblicazioni/organizzazione/convegni, ecc.	€ 92.000,00
8 Elaborazioni dati ecc.	€ 283.000,00
9 Altre	
10 Spese generali strutture coinvolte	€ 5.000,00
TOTALE	€ 1.691.000,00

4.2.1. Sotto intervento - Definizione di Linee Guida (LinGui)

4.2.1.1. - Contesto

Le Linee Guida Clinico-Terapeutiche - per come pensate, elaborate e proposte - hanno la funzione di “supporto operativo” nei riguardi dell’attività clinico-diagnostica di routine.

L’idea che è alla loro base nasce dalla necessità - e quindi dalla opportunità - di produrre schemi di riferimento per orientare atteggiamenti e/o impostazioni clinico-terapeutiche in modo da rendere omogeneo, o quanto meno comparabile, l’orientamento degli operatori sanitari nell’affrontare le problematiche cliniche.

Le Clinical Guidelines sono, in genere, espressione di Associazioni o Società Medico-Scientifiche che ne certificano e validano la significatività scientifico-tecnica. I loro Board Editoriali provvedono a valutare la necessità, impostare la fattibilità, curare l’esecuzione, mediante i loro Opinion Leaders – e supportarne la diffusione.

Le Clinical Guidelines derivano da una procedura logica di astrazione dal particolare al generale, mediante tecniche di valutazione per analogia e di costo-beneficio su base statistica allargata. Ne derivano protocolli attuativi generali che vengono calati nel singolo caso specifico, come attuazione specifica e/o particolare di una norma generale di orientamento e suggerimento clinico-terapeutico.

La complessità e la varietà dell’ambiente clinico-scientifico internazionale ha in qualche modo influenzato il “modo di proporsi” delle Clinical Guidelines: ogni branca specialistica, infatti, accoglie nel proprio ambito più Società e/o Associazioni che esprimono il “punto di vista” dell’ambiente scientifico di fronte ad ogni settore della materia medica.

La realtà che scaturisce da questa situazione è abbastanza complicata, in quanto due fenomeni - tra loro interconnessi - influiscono significativamente sulla fruibilità delle Clinical Guidelines stesse:

- *Replicazione*: esistono molte Clinical Guidelines che prendono in considerazione lo stesso problema diagnostico-terapeutico. Poiché provengono da “scuole di pensiero” differenti, ne riflettono in qualche modo l’impostazione scientifico-sperimentale: ne deriva che tali protocolli clinico-terapeutici non sono necessariamente analoghi nell’analisi dei contenuti e nelle soluzioni operative che suggeriscono.
- *Complementarità*: ogni singola patologia può essere ovviamente considerata da punti di vista e/o di analisi sostanzialmente diversi. Ne consegue che sono stati prodotti, per moltis-

sime alterazioni e/o affezioni, protocolli e/o flow-chart di comportamento che “interpretano” l’angolo di proiezione clinico-terapeutica secondo logiche e prospettive non necessariamente complementari

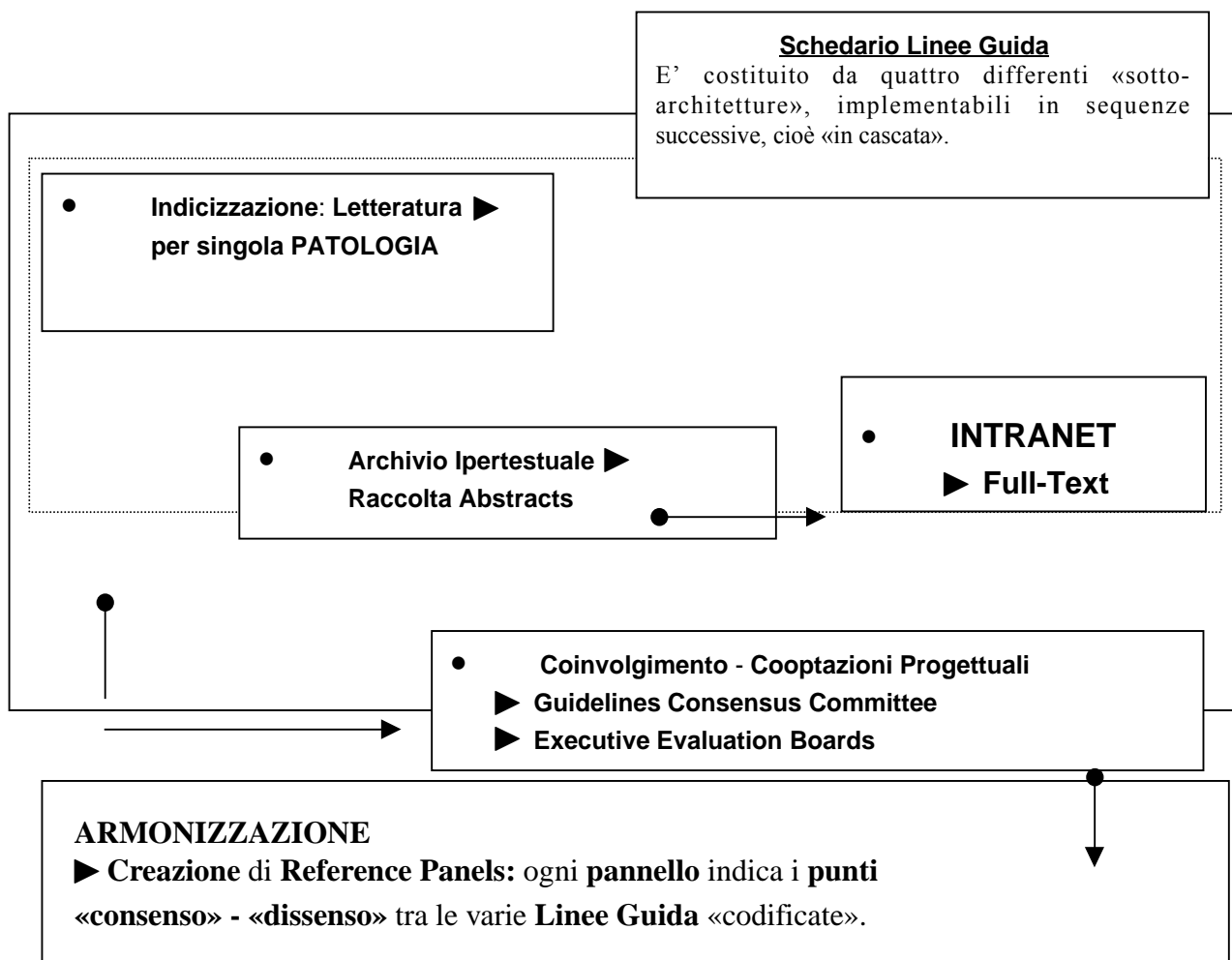
Dai dati emersi da metanalisi finalizzate, la Letteratura riporta - per ogni singola patologia – fino a 70-100 Linee Guida diverse, che sono elaborate da differenti Strutture Accademiche e/o Centri di Riferimento.

D’altra parte, non è sufficiente utilizzare il solo criterio della “origine” di una Clinical Guideline - cioè di quale Società e/o Associazione è espressione - come fattore di discriminazione, e quindi di selezione di orientamenti terapeutici, nel caso di embricature con suggerimenti tra loro significativamente divergenti.

4.2.5.2. - Obiettivi

E’ **necessaria**, e non più ulteriormente rimandabile, un’operazione di **armonizzazione** delle varie Linee Guida codificate per ogni singola patologia, in modo da fornire quella indicazione di orientamento per cui le Clinical Guidelines sono state pensate.

Un’ ipotesi di lavoro relativa ad un processo di **armonizzazione** delle Clinical Guidelines può essere ricondotta al seguente flow-chart, che prevede - come uscita operativa finale - la creazione di pannelli di valutazione critica basati, per protocolli “embricati”, sugli elementi di consenso e di dissenso tra le differenti procedure proposte.



All'interno del progetto SISA-PU è opportuno "aprire" una finestra dedicata al problema delle Clinical Guidelines, inteso come ipotesi di lavoro per produrre una significativa soluzione operativa che inizi a fornire strumenti "applicabili" di selezione e - quindi - di utilizzo di orientamenti applicativi clinico-terapeutici, in particolare per quegli argomenti che sono l'oggetto di iniziative infrastrutturali e/o strutturali.

4.2.5.3. - Descrizione

L'ipotesi proposta prevede quattro differenti stadi applicativi e presuppone l'esistenza di una infrastruttura telematica distribuita sul territorio.

- 1. *Infrastruttura*** Creazione di una rete - territorialmente distribuita - Intranet che coinvolga un "pacchetto" sperimentale di Medici di Medicina Generale (MMG), selezionato secondo criteri di omogeneità relativamente a frequenza di patologie trattate, orientamenti clinico-professionali, atteggiamento di valutazione della rilevanza applicativa delle Clinical Guidelines, disponibilità e/o attitudine ad attività di "lavoro in rete" secondo la logica del trattamento dell'informazione in forma distribuita ed integrata.
- 2. *Censimento*** Data l'ovvia impossibilità di applicare l'ipotesi progettuale unicamente ad un limitato pacchetto prototipale di patologie e/o situazioni clinico-terapeutiche ed al fine di produrre un'uscita esecutiva che sia significativa come "soluzione di problemi", è necessario individuare presso tale base territoriale dei MMG una o più patologie che costituiscano un "insieme omogeneo" od almeno coerente.
- 3. *Fabbrica di contenuti*** Creazione di un portale Internet - riservato agli utenti e protetto da password di accesso - dove raccogliere e organizzare il materiale relativo allo "stato dell'arte" delle Clinical Guidelines riguardante le patologie individuate dal gruppo territoriale di MMG cooptati al progetto.
- 4. *Schede esecutive*** Elaborazione ed immissione, sempre sul portale, di forme redazionalmente semplificate secondo logiche di strutture ipertestuali multimediali, relative alle Clinical Guidelines oggetto della sperimentazione.

Valutazione, mediante registrazione degli accessi e delle tabellazioni di frequenza, della forma più opportuna - in quanto più funzionale - di semplificazione in termini di amichevolezza del full text - inevitabilmente complesso - delle Clinical Guidelines trattate. Tale fase è da considerare prodromica all'uscita operativa finale, non necessariamente oggetto della sperimentazione, finalizzata alla costruzione, per ogni blocco di Clinical Guidelines "assemblato", di una scheda operativa del tipo "tabula absentiae et presentiae" di supporto per l'impostazione di criteri operativi di selezione e/o valutazione dell'attività clinico-terapeutica più opportuna.

4.2.5.4. - Risultati attesi

Nel triennio si intende:

- Armonizzare almeno 5 protocolli con analisi di oltre 25 Linee Guida;
- Aver raggiunto un accordo regionale (e se possibile nazionale) su una proposta da fare alle varie società scientifiche, per almeno 2 Linee Guida Armonizzate.

4.2.5.5. - Risorse

Il Costo complessivo dell' Intervento n. 2. **Definizione di Linee Guida, per Bari e Taranto** è **rispettivamente** di Euro 960.000,00 milioni e Euro 370.000,00

SISATA - MANAGEMENT METODOLOGICO	
<i>Linee Guida</i>	
Voci di costo	finanziamento totale intervento € 370.000,00
1 Personale dipendente	
2 <u>Personale a contratto/consulenza/borsa di studio</u>	€ 265.000,00
3 <u>Missioni</u>	€ 15.000,00
4 <u>Attrezzature</u>	
5 Eventuali contributi in conto capitale	
6 <u>Materiale di consumo</u>	€ 10.000,00
7 <u>Pubblicazioni/organizzazione/convegni,ecc.</u>	€ 15.000,00
8 <u>Elaborazioni dati ecc.</u>	€ 65.000,00
9 Altre	
10 <u>Spese generali strutture coinvolte</u>	
TOTALE	€ 370.000,00

4.2.2 Sottointervento - Implementazione Anagrafe dinamica georeferenziata delle Risorse Sanitarie

4.2.2.1. - Contesto

L'integrazione logica dei vari dati territoriali esistenti negli archivi dei diversi Enti pubblici operanti a livello locale favorisce il loro aggiornamento (che attualmente si mantiene a livelli decisamente bassi), per il tramite del confronto con dati omologhi contenuti in archivi legati a procedure di gestione più dinamiche. Con l'integrazione dei sistemi informativi territoriali dei diversi enti si è sempre più in grado di fornire conoscenze *geo-referenziate* (e non solo isolati dati territoriali, urbanistici, edilizi, socioeconomici, etc) e quindi informazioni integrate indispensabili per la programmazione e gestione dell'attività degli enti locali.

Generalmente l'archivio elettronico dei dati territoriali è il patrimonio primario dell'ente di competenza e il punto più critico del sistema informativo, essendo il costo di caricamento e di aggiornamento molto superiore alla spesa per la strumentazione hardware e software necessaria per gestirli. Pertanto è sempre più opportuno, e in alcuni casi diventa decisivo, pensare alla condivisione fra più enti dei dati territoriali comuni; il che non vuole dire unificare gli archivi, ma predisporli alla interconnessione logica che le nuove tecnologie oggi consentono.

L'integrazione degli archivi territoriali dei vari enti che operano nella stessa zona offre inoltre un altro vantaggio, talvolta più importante di quelli economici ed organizzativi accennati, cioè il valore aggiunto informativo che deriva dall'arricchimento di contenuti e dell'automatico aggiornamento dei dati interconnessi rispetto a quelli distinti nei singoli archivi. L'accennata sinergia informativa si ricava contestualmente dalla gestione coordinata dei dati territoriali delle varie procedure dei servizi predisposti da enti diversi nell'ambito dello stesso territorio.

4.2.2.2. - Obiettivi

Obiettivo dell'Anagrafe delle Risorse Sanitarie è la disponibilità di uno strumento di pianificazione che permette scelte di geomarketing sia applicato all'epidemiologia che alla programmazione ed alla gestione. Ad esempio la determinazione dei luoghi e dei percorsi che manifestano difficoltà o handicap per una corretta accessibilità. o il sistema semplificato di renumbering che verranno sviluppati.

4.2.2.3. - Descrizione

Mappe Integrate delle Risorse Sanitarie. L'Anagrafe delle Risorse Sanitarie Georeferenziate, predisposta dal CISS all'interno di questo sottointervento che consente la conoscenza integrata del territorio. Ad esempio, queste sono applicate all'identificazione dei vincoli urbanistici negli accessi e nei percorsi di pazienti in strutture sanitarie, onde programmare l'eliminazione dei colli di bottiglia. Verrà pertanto attivato uno studio delle variabili territoriali che si vorranno monitorare, si effettueranno dei rilevamenti aerei del territorio e, infine, si realizzerà il software necessario alla rappresentazione delle mappe.

Le varie azioni da svolgere sono:

- Predisposizione di un'Anagrafe delle Risorse Sanitarie di ogni tipo
- Georeferenziazione dell'Anagrafe di cui sopra
- Definizione delle variabili tabellari e delle loro aree geografiche di riferimento
- Georeferenziazione di tutte le Unità Amministrative (stanze, edifici, bacini di utenza, quartieri etc...)
- Inquadramento e modellizzazione della Sanità in una realtà territoriale
- Selezione degli strumenti GIS di gestione, di rappresentazione e di aggiornamento
- Definizione delle scale di classificazione di rappresentazione delle diverse carte tematiche sanitarie
- Collegamento con i dati di telerilevamento.
- Ristrutturazione dei Servizi territoriali mediante spazi di rilievo urbanistico, facilmente accessibile per bambini, disabili ed anziani
- Costituzione di una memoria di massa (dell'ordine dei Terabytes o migliaia di Gbytes) a rapido accesso multiplo (rate da 25Mbytes/sec)
- Sistemi di rappresentazione di mappe tematiche multimediali ipertestuali.

4.2.2.4. - Risultati attesi

In particolare il CISS, seguendo il Protocollo di Intesa tra Stato, Regione ed Enti Locali per la realizzazione dei sistemi informativi di interesse generale, concordemente con il Comitato Tecnico di coordinamento dei GIS e secondo le specifiche comuni inerenti i DB di interesse generale con risoluzione 1:1000 e 1:2000, e a tale scopo di intesa con gli altri oggetti coinvolti, agirà

da attuatore per consolidare lo strato di interesse sanitario nel GIS delle città. Nel triennio si intende caricare l'80 % delle Planimetrie esistenti sulle risorse sanitarie.

4.2.2.5. - Risorse

Il Costo complessivo dell'Intervento n. 2. Implementazione di un Anagrafe dinamica georeferenziata delle Risorse Sanitarie è, rispettivamente per Bari e Taranto, di Euro 1.035.000,00 e Euro 335.000,00.

SISATA - MANAGEMENT METODOLOGICO	
<i>Anagrafe delle Risorse Sanitarie Georeferenziate</i>	
Voci di costo	
	finanziamento totale intervento € 335.000,00
1 Personale dipendente	
2 Personale a contratto/consulenza/borsa di studio	€ 215.000,00
3 Missioni	€ 30.000,00
4 Attrezzature	€ 25.000,00
5 Eventuali contributi in conto capitale	
6 Materiale di consumo	€ 15.000,00
7 Pubblicazioni/organizzazione/convegni,ecc.	
8 Elaborazioni dati ecc.	€ 50.000,00
9 Altre	
10 Spese generali strutture coinvolte	
TOTALE	€ 335.000,00

4.2.3. Sottointervento - Metodologia Cartelle Cliniche per continuità assistenziale (MetodCC)

4.2.3.1. - Contesto

La moderna tecnologia informatica ha enormemente facilitato il compito degli operatori sanitari che vogliono strutturare le informazioni relative ai propri pazienti in modo omogeneo. Strumenti quali i DBMS, File Maker, Visual Basic o Excel, per fare un'esemplificazione, permettono facilmente di raggiungere lo scopo.

L'esigenza della Continuità Assistenziale pone in termini nuovi il problema irrisolto dei Medical Records o delle Cartelle Cliniche. Il problema non è tanto quello di avere Cartelle Cliniche strutturate e leggibili, quanto piuttosto avere (Life Long Medical Records) intellegibili nel tempo e nello spazio da parte di altri operatori sanitari magari di diversa specialità. Essi sono inseriti in modelli diagnostico-terapeutici diversi e in periodi temporali lontani e pertanto hanno differenti conoscenze di base, considerando il processo dell'innovazione delle conoscenze medico sanitarie.

La risposta è ovviamente la Standardizzazione della Cartella Clinica ma non si tratta cioè di pretendere di standardizzare la Medicina (di cui le Cartelle Cliniche sono strumento fedele ed utile).

La soluzione è stata da tempo individuata dal Comitato Europeo di Normalizzazione (CEN) e più specificatamente dal suo Comitato Tecnico TC 251 (Medical Informatics) fornendo una prima norma sulla Architettura delle Cartelle Cliniche Elettroniche (Electronics Health Care Records) che sta evolvendo in un set di 4 norme in 5 diverse direzioni:

- Domain Medical
- EHCR Extended Architective
- Domain Teamlist
- Distribution Rules
- EHCR Messages

Per non parlare degli ulteriori sviluppi legati agli Archetipi.

Un approccio integrato su base regionale, locale, interdisciplinare - basato semplicemente sul principio che l'Eterogeneità è intrinseca alla nostra realtà sanitaria (che è altresì una realtà distribuita ed aperta) - si presenta estremamente fruttifero.

4.2.3.2. - Obiettivi

Si propone di realizzare un' applicazione delle Norme europee, tenendo conto delle realtà di partenza presenti nelle Città di Bari e Taranto.

4.2.3.3. - Descrizione

Verrà costituito un Gruppo di lavoro misto con gli utenti e gli enti normatori per svolgere il seguente programma

- Enumerare e determinare le diverse Cartelle Cliniche informatizzate presenti nelle realtà sanitarie delle Città di Bari e Taranto;
- Identificare una sub-specifica delle 4 parti della normativa europea che possa essere immediatamente assunta quale target per l'organizzazione delle suddette Cartelle Cliniche;
- Determinare gli elementi costitutivi presenti in ognuna (rappresentazione dei segni vitali, rappresentazione degli eventi temporali, sistemi di codifiche) che sono anche loro passibili di armonizzazione;
- Disegnare un piano di sviluppo per un processo di armonizzazione affinché un qualunque estratto di cartella clinica che ha origine in un qualsiasi servizio o presidio sia interpretato in modo univoco quando viene ricevuto (direttamente, tramite rete, su supporto cartaceo o tramite il paziente stesso) da un altro qualsiasi servizio o presidio.

4.2.3.4. - Risultati attesi

Si pensa che entro un triennio i primi 3 obiettivi siano stati completamente raggiunti ed il quarto con una copertura del 30%.

4.2.3.5. - Risorse

Il Costo complessivo dell'Intervento n° 4, Individuazione e messa in attività di una Metodologia le Cartelle Cliniche finalizzata alla continuità assistenziale è, rispettivamente per le città di Bari e Taranto di Euro 1.310.000,00 e Euro 421.000,00.

SISATA - MANAGEMENT METODOLOGICO
Metodologia Cartelle Cliniche

Voci di costo

	finanziamento totale intervento € 421.000,00
1 Personale dipendente	
2 Personale a contratto/consulenza/borsa di studio	€ 270.000,00
3 Missioni	€ 48.000,00
4 Attrezzature	€ 15.000,00
5 Eventuali contributi in conto capitale	
6 Materiale di consumo	€ 10.000,00
7 Pubblicazioni/organizzazione/convegni, ecc.	
8 Elaborazioni dati ecc.	€ 78.000,00
9 Altre	
10 Spese generali strutture coinvolte	
TOTALE	€ 421.000,00

4.2.4 Sottointervento – Coordinamento Iniziative in Ambiente di Lavoro

Questo intervento è previsto solo nella città di Taranto.

4.2.4.1. - Contesto

Questo Intervento, per quanto metodologico e pertanto di interesse generale, prende lo spunto (ed il finanziamento) dalle condizioni specifiche della Città di Taranto per la quale, col D.P.R. 23 aprile 1998, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n.280 del 30.11.98 supplemento n. 196, veniva approvato il piano di disinquinamento per il risanamento del territorio della città di Taranto e della Provincia.

La situazione ambientale descritta dallo studio dell'Enea quale premessa per la individuazione ed approvazione dei piani di risanamento, evidenzia, tra le diverse problematiche, la non soddisfacente conoscenza delle rilevazioni epidemiologiche dei vari inquinanti che rappresentano specifici fattori di rischio per le patologie nella popolazione generale e nei lavoratori esposti.

Già lo studio dell'OMS sui casi di mortalità nei grandi centri urbani riferibili a fattori di inquinamento e degrado ambientale, pur avendo individuato la popolazione jonica come target "a Rischio", non ha potuto stabilire nesso certo di tipo causa - effetto, per la mancanza di serie storica dei parametri di contaminazione ambientale nell'area urbana ed industriale e la conseguente impossibilità di valutazione del rischio per gli effetti sanitari sulla popolazione complessivamente intesa degli ambienti di vita e di lavoro.

L'Enea ritiene dunque che si debba dare priorità particolare alla necessità di interventi di indagine, studio e monitoraggio delle patologie da insulto ambientale sostenendo le iniziative di studio sugli aggiornamenti dei dati di mortalità per neoplasie effettuati da questo Dipartimento, e le indagini sull'elevato numero di denunce di malattia professionale riconosciute dall'INAIL, come si evince dai dati statistici dello stesso Ente (In alcuni periodi la sola città di Taranto ha rappresentato il 44% dei casi dell'intera Regione Puglia con il riconoscimento dell'indennizzo, per il solo 1999, di 231 casi di malattia professionale).

Le specifiche indagini della 11^a Commissione Permanente Lavoro e Previdenza Sociale hanno altresì evidenziato le difficili condizioni di sicurezza per la salute dei lavoratori nella Provincia Jonica, così confermando quanto sempre segnalato dalle rappresentanze sindacali locali.

Allo stato attuale, i dati raccolti dalle istituzioni e le pressanti richieste dei rappresentanti delle organizzazioni sindacali, evidenziano l'impellente bisogno di interventi tesi all'avvio delle atti-

vità di promozione della salute e di prevenzione delle malattie cronico - degenerative capaci di monitorare in continuo il maggior numero di utenti che risultino già esposti ai rischi sanitari e propedeutici per analisi prospettiche, alla luce del persistente fenomeno dei cosiddetti “viaggi della speranza” che i cittadini affrontano anche solo per l'accertamento di patologie non diagnosticabili in sede locale.

Si ritiene inoltre che se non si interviene tempestivamente per la rimozione dei fattori inquinanti le condizioni ambientali peggioreranno e, in considerazione della carente sorveglianza sanitaria secondaria alla crisi occupazionale che da anni ormai investe la realtà socio – economica locale, soprattutto per quanto riguarda i settori industriali, si assisterà alla crescita del numero di cittadini bisognevoli di follow up perché non più assicurati e/o garantiti dalle leggi vigenti (vedi 626/94).

In particolare già si contano nell'area urbana circa 7000 lavoratori ex esposti – amianto per i quali c'è stato il riconoscimento dell' INAIL, cui si devono aggiungere i lavoratori comunque affetti da ipoacusie, allergopatie, e patologie da esposizione alle varie sostanze tossiche e nocive.

4.2.4.2. - Obiettivi

La ASL TA/1 da tempo ha avviato un percorso di analisi e riordino delle strutture esistenti sul territorio al fine di integrare le risorse e ottimizzare i risultati degli interventi di politica sanitaria.

In particolare ha puntato nella ristrutturazione dell'ex Ospedale Testa, struttura sanitaria sorta alla periferia urbana negli anni 30 per la diagnosi e cura della tubercolosi, all'epoca malattia sociale invalidante e diffusa. Con l'estensione dell'area industriale degli anni 60 tale struttura è risultata inglobata dalle opere di industrializzazione del territorio, subendo un progressivo degrado. Negli anni 70 il Comune di Taranto, di concerto con le Organizzazioni Sindacali, istituì presso l'Ospedale Testa il Servizio di MEDICINA del LAVORO le cui competenze furono successivamente trasferite per effetto della 833/78 alla Unità Sanitaria Locale di Taranto. Attualmente le competenze sono demandate allo S.P.E.S.A.L.- Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, struttura operativa del Dipartimento di Prevenzione della AZIENDA USL TARANTO/1.

La struttura ospedaliera si estende su un'area complessiva di 49.500 mq dei quali 9.260 sono edificati per una volumetria totale della estensione coperta di circa 59.000 mc e recentemente è stata oggetto di interventi di ristrutturazione utilizzando i finanziamenti ex art. 20 L. 67/88 per

l'ammontare di oltre 8 Miliardi di lire per un valore immobiliare allo stato attuale di circa 15 Miliardi.

Si evince che tale "risorsa" non può essere considerata come un semplice contenitore di servizi ma deve diventare lo strumento fondamentale per qualsivoglia intervento di prevenzione e diagnosi delle patologie correlate all'inquinamento.

La realizzazione di tali interventi è naturalmente condizionata da un adeguato aggiornamento tecnologico senza il quale l'utilizzo dell'Ospedale Testa si ridurrebbe ad un contenitore di uffici e servizi con l'inevitabile progressivo degrado della struttura stessa.

Si deve tener conto, infatti, degli investimenti produttivi che si stanno realizzando nell'area (Autorità Portuale e Evergreen, Terminal dell'Oleodotto della Val d'Agri), che indurranno la Amministrazione Comunale a investire per il miglioramento delle reti viarie e di tutti i servizi fondamentali per la vivibilità del quartiere e della possibilità concreta che tale struttura possa interagire con gli Enti di Ricerca e con le Facoltà Universitarie già presenti nel territorio (Politecnico, Corso di Laurea in Scienze Ambientali, etc.).

Con Decreto Legislativo 229 del 19 giugno 1999 "Norme per la razionalizzazione del S.S.N." il Dipartimento di Prevenzione viene individuato quale struttura operativa delle UU.SS.LL. deputata a garantire la tutela della salute perseguendo obiettivi di promozione della salute e miglioramento della qualità della vita attraverso azioni volte, tra le altre, a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, strategia operativa che il Governo ha assunto come impegno con il documento CARTA 2000.

Allo stesso Dipartimento sono pertanto attribuite le funzioni di tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita in riferimento agli effetti patologici degli inquinanti ambientali sulla popolazione generale e ai rischi connessi agli ambienti di lavoro, funzioni che devono essere svolte in pieno coordinamento delle attività con le altre Istituzioni di cui agli artt. 35 e 27 del D.Lgs. 626/94.

La ASL TA 1, anticipando le intenzioni del Governo, ha già da tempo avviato un percorso di programmazione che possa rispondere a quanto disposto dai provvedimenti governativi, mirando ad accogliere e integrare i Servizi che svolgono le attività di prevenzione in una struttura adeguata e articolata che sia dotata degli idonei strumenti e delle tecnologie avanzate per lo studio e la tutela della salute dei cittadini della comunità Ionica.

4.2.4.3. - Descrizione

Il Dipartimento di Prevenzione della AUSL TARANTO /1, in collaborazione con gli altri servizi e dipartimenti aziendali, si propone di individuare e definire una struttura operativa, da allocare presso l'ospedale Testa, con l'obiettivo di assicurare l'attività di assistenza sanitaria a cittadini e lavoratori, per gli interventi di Prevenzione Primaria e Secondaria attraverso :

Indagini strumentali negli ambienti di vita e di lavoro per la determinazione quali quantitativa degli agenti inquinanti

Studi epidemiologici per soggetti esposti a rischio e non

Screening e indagini diagnostiche preventive

Sorveglianza per ex esposti

In sintesi potranno essere effettuati gli accertamenti per la prevenzione di malattie cronico – degenerative e le attività diagnostiche rivolte agli ex esposti ai rischi delle attività industriali in collaborazione con gli Enti Nazionali preposti alla ricerca (come gli ex esposti amianto, gli attuali esposti per le attività di bonifica, gli ex esposti a quei fattori di rischio che hanno causato, così come indica il trend dei dati INAIL le malattie emergenti da lavoro).

Sarà necessario pertanto dotare la struttura di prevenzione di tecnologie avanzate e idonee per gli interventi di rilevazione nei luoghi di lavoro, per l'accertamento clinico e diagnostico, per la individuazione tempestiva dei fattori di rischio, per la valutazione precoce del danno biologico agli esposti.

Il coordinamento delle attività sopra esposte realizzerà in concreto l'auspicato "Patto per la Salute" e potrà avviare il miglioramento reale delle condizioni di vita e di lavoro dei cittadini di Taranto.

In particolare viene svolta una "Indagine epidemiologica respiratoria su un campione della popolazione generale di Taranto" con motivazioni essenzialmente informative, finalizzate ad una migliore definizione del Piano Sanitario Regionale.

La mortalità per malattie respiratorie in Italia, pur essendo in diminuzione come la mortalità generale, rappresenta tuttora la 3a causa di morte. Dal recente atlante pubblicato dall'ISTAT (1999) risulta che il tasso di mortalità continui ad essere più alto nelle regioni meridionali. Tuttavia, non esistono dati di prevalenza né di incidenza di malattie respiratorie in tali regioni, le quali non hanno partecipato agli studi realizzati nell'ambito dei Progetti Finalizzati di Medicina Preventiva del CNR (indagini epidemiologiche nel Delta del Po, a Pavia, a Pisa, a Perugia), né allo Studio Europeo sull'Asma (ECRHS, realizzato a Pavia, Verona, Torino), né agli Studi sui

Disturbi Respiratori Infantili e l'Ambiente (SIDRIA, realizzati nel Lazio, in Toscana, in Emilia, in Lombardia, in Piemonte).”

4.2.4.4. - Risultati attesi

“Identificazione ed addestramento dei team epidemiologico, pneumologico e di laboratorio in sede locale (Unità Sanitaria Locale, Altre amministrazioni pubbliche, Personale reclutato ad hoc). Reperimento dei dati descrittivi della popolazione (Anagrafe Comunale) e dell'ambiente (Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente). Selezione di un campione rappresentativo della popolazione generale residente a Taranto (n=3000). Updating del questionario standardizzato CNR per le malattie respiratorie. Definizione ed acquisizione di disponibilità degli strumenti “oggettivi” di esame (prove di funzione respiratoria, test allergologici, biomarkers). Realizzazione dello studio sul campo con monitoraggio periodico da parte dei tutor (Istituto di Fisiologia Clinica CNR di Pisa, IFC). Trasferimento dati su supporto magnetico ed organizzazione del data base. Analisi statistica dei risultati con calcolo dei tassi di prevalenza dei sintomi e malattie respiratorie e delle relazioni con i fattori di rischio. Comunicazione dei risultati in sede scientifica (congressi, pubblicazioni) ed alla cittadinanza per l'eventuale ripetizione dell'indagine dopo 5 anni per il calcolo dei tassi di incidenza e per il monitoraggio dell'effetto di eventuali interventi ambientali ed educazionali.”

4.2.4.5. - Risorse

Il costo complessivo del presente intervento è riportato soltanto per la città di Taranto in quanto solo in questa città si avvierà lo studio, ed ammonta a Euro 335.000,00.

SISATA - MANAGEMENT METODOLOGICO*Ambiente di Lavoro***Voci di costo**

finanziamento totale intervento € 335.000,00

1	Personale dipendente	
2	Personale a contratto/consulenza/borsa di studio	€ 168.000,00
3	Missioni	€ 30.000,00
4	Attrezzature	€ 50.000,00
5	Eventuali contributi in conto capitale	
6	Materiale di consumo	€ 7.000,00
7	Pubblicazioni/organizzazione/convegni,ecc.	€ 25.000,00
8	Elaborazioni dati ecc.	€ 55.000,00
9	Altre	
10	Spese generali strutture coinvolte	
	TOTALE	€ 335.000,00

4.2.5 Sottointervento – Coordinamento delle iniziative per un Sistema Qualità (SistQual)

4.2.5.1. - Contesto

Spesso si è condotti ad associare ai servizi pubblici, compresa la sanità, i concetti di inefficienza, sperpero, burocrazia esasperata. Il settore del servizio pubblico convive – alla pari di quello privato – in assenza di posizioni egemoniche di monopolizzazione, ma piuttosto in un regime di costante concorrenza con altri attori privati e magari stranieri spesso innovativi, più economici ed efficaci e più facilmente raggiungibili. Alcuni esempi sono evidenti nel mondo delle telecomunicazioni, dei trasporti o dei servizi postali. In linea con l'evolversi delle bozze che regolamentano il settore dei servizi, l'accresciuta consapevolezza dei cittadini circa i loro diritti, spingono le autorità dello Stato a pretendere maggiore efficienza ed efficacia dalle strutture pubbliche; non di meno risulta la volontà degli operatori pubblici di fare riconoscere il loro operato e la loro professionalità secondo criteri stabiliti, chiari e trasparenti.

La tendenza che ormai anche nel mondo dei servizi pubblici è in via d'affermazione evidenzia la necessità di affiancare alle valenze professionali aspetti di carattere organizzativi, tecnici e gestionali, già fatti propri dal mondo industriale negli scorsi decenni, sia nel campo manifatturiero sia nel mondo dei servizi. Tematiche quali Total Quality Management (TQM), Quality Assurance, Benchmarking, Business Process Analysis, associati ai concetti di accreditamento, di standard, di requisiti minimi circolano ed animo le discussioni in quanto tutti strettamente connessi al miglioramento nella erogazione dei servizi.

Anche a livello internazionale il rovesciamento del rapporto tra offerta e domanda nel campo dei servizi sanitari ha trovato importanti e solenni riconoscimenti. La Carta di Lubiana, sottoscritta il 18 giugno 1996 da tutti i Ministri della Sanità dei paesi europei, afferma tra i principi fondamentali sui quali devono poggiare i sistemi sanitari quello di “essere centrati sulle persone” e “le riforme sanitarie devono garantire che l'opinione e le scelte dei cittadini possano esercitare un'influenza decisiva sul modo in cui i servizi sanitari sono strutturati e su come funzionano; i cittadini devono anche condividere la responsabilità per la propria salute.”

Le esperienze effettuate hanno permesso di configurare un modello che viene chiamato “Accreditamento Volontario o Professionale o all'Eccellenza”, definizione con cui si intende un'attività volontaria, sistematica e periodica, finalizzata a garantire il miglioramento continuo della qualità dei servizi sanitari, per ottenere i migliori risultati di salute possibili in base alle conoscenze scientifiche ed alle risorse disponibili. In questo modello i rappresentanti delle professioni sanitarie (società scientifiche, associazioni professionali) giocano un ruolo fondamentale,

essendo gli effettivi attori dei processi di individuazione dei criteri e di verifica sul campo della conformità agli stessi.

Le motivazioni dell'attivazione dell'accreditamento si possono riportare a tre obiettivi fondamentali:

- Volontà delle strutture sanitarie e dei professionisti di avere una valutazione oggettiva dei propri livelli qualitativi. Una valutazione di esperti esterni ' importante per confermare, criticare o validare le scelte svolte localmente, permettendo di sopportare o, al contrario, spingere a rivalutare le opzioni scelte.
- Interesse delle associazioni professionali e Società Scientifiche ad attivare processi di miglioramento che vedano i professionisti parte attiva, favoriscano la crescita culturale degli operatori, garantiscano i migliori risultati sui pazienti.
- Richiesta da parte del servizio sanitario, alle strutture che richiedono convenzione, di corrispondere determinati livelli qualitativi per ottenere l'ammissione o per garantire i processi di miglioramento continuo. Il diffondersi dei sistemi pubblici di assistenza sanitaria ha determinato la ricerca di strumenti che meglio potessero garantire i soggetti paganti (servizi sanitari pubblici, assicurazioni) rispetto al reale contenuto, in termini di valore economico investito e di qualità di servizio prodotto.

La legislazione italiana in materia – attinente strettamente al servizio sanitario, per introdurre ed implementare la qualità nell'erogazione del servizio – è esplicita:

- DI 502/1992, (accreditamento istituzionale obbligatorio) art.10 "è introdotto in via ordinaria il metodo della verifica e della revisione della qualità"
- DI 517/1993: " Requisiti minimi...". Senza requisiti minimi non vi può essere autorizzazione al funzionamento.
- Legge 273/1995: L'accreditamento si configura come un percorso finalizzato al mantenimento e al miglioramento di tali attività 'sistematiche'.
- Direttiva del Consiglio dei Ministri del 27-1-94: "Carta dei servizi aziendali".

L'Analisi Partecipata della Qualità (APQ) rappresenta uno dei progetti a più alto contenuto strategico, nel quadro più complessivo di un Programma di ricerca sulla "governance" delle società contemporanee nel contesto della globalizzazione.

Elaborata alla fine degli anni '80, come procedura di valutazione della qualità dei servizi pubblici e di interesse collettivi l'APQ, è stata messa a punto nel suo apparato teorico e metodologico nel corso di un quinquennio di applicazioni nell'ambito di ricerche riguardanti prevalentemente il settore sanitario.

Nella prima metà degli anni '90 ci sono state alcune tappe significative nella prospettiva di trasformare l'APQ, da iniziativa puntuale di verifica della qualità ad opera dei ricercatori, a sistema coordinato di azioni volte al miglioramento della qualità dei servizi socio-sanitari, grazie all'adozione, in tutto il Servizio sanitario nazionale, di un sistema di standard per quanto possibile omogeneo, funzionale anche a comparazioni sincroniche e diacroniche.

Un elemento fondamentale di questo passaggio è stato, senza dubbio, non solo il riconoscimento dell'APQ all'interno della normativa (decreto legislativo 502/93 e succ.) ma soprattutto la realizzazione, a partire dal 1995, di iniziative di formazione rivolte agli operatori sanitari, per favorire il trasferimento alle aziende sanitarie dei Know-how relativi all'APQ e la sua adozione come strumento ordinario di valutazione della qualità dei servizi prestati.

4.2.5.2. - Obiettivi

L'APQ è una procedura di valutazione di servizi pubblici e sociali in generale che prende in considerazione tre grandi aree della qualità: la qualità tecnica, la dimensione interpersonale e il comfort. L'APQ guarda al Servizio sanitario come a un intervento di interesse collettivo da valutare nel suo insieme o per parti. L'APQ considera pertanto tutti i punti di vista presenti nel servizio (cittadinanza, utenza, operatori, amministratori), ma con lo specifico angolo visuale del titolare della politica pubblica, che potrebbe essere, di fatto, il proprietario-azionista del servizio sanitario e cioè il cittadino contribuente. L'APQ si fonda sul coinvolgimento di più soggetti: le amministrazioni, lo staff tecnico (direzione dell'indagine), gli operatori dei servizi (sanitari, amministrativi, ecc.) e i cittadini, entrambi a doppio titolo come membri dello staff tecnico e come soggetti di informazione.

Una delle novità teoriche di maggiore rilievo dell'APQ risiede nella sua impostazione matriciale, nel senso che essa si basa sull'applicazione di una matrice tramite la quale si mette in relazione un fenomeno non immediatamente osservabile, la qualità, con una serie di "fenomeni indicatori" osservabili, rispetto ai quali essa diviene, per usare la terminologia propria della metodologia della ricerca sociale, un "fenomeno indicato".

La qualità viene dall'APQ scomposta in nove aree.

Le nove aree dell'APQ

- Qualità tecnica per strutture (QxS)
- Qualità tecnica per processi (QTxP)
- Qualità tecnica per esiti (QtxE)
- Qualità della dimensione interpersonale per struttura (DixS)
- Qualità della dimensione interpersonale per processi (DixP)
- Qualità della dimensione interpersonale per esiti (DixE)
- Comfort per struttura (CxS)
- Comfort per processi (CxP)
- Comfort per esiti (CxE)

Per poter valutare i fatti, dati strutturali e accadimenti all'interno di un disegno complessivo, vengono identificati, come si è detto, diversi parametri di riferimento. Nell'ambito dell'APQ si procede quindi:

- A una comparazione con standard;
- Alla registrazione di disfunzioni;
- Alla registrazione di eventi-sentinella;
- Alla registrazione di situazioni particolari di qualità.

Gli standard possono avere un carattere qualitativo (quelli che hanno un carattere di obbligatorietà) oppure orientativo (quelli che non hanno tale carattere). Per individuare, sia i primi, sia i secondi, nell'ambito dell'APQ si fa ricorso a numerose fonti.

Le disfunzioni non situazioni di mancata conformità a parametri che, non avendo il carattere della normatività e della pubblicità, non possono essere considerati standard, ma che vengono comunque considerati da rispettare in base a un senso comune consolidato.

Gli eventi sentinella sono fatti che, anche quando accadono una sola volta, possono ritenersi sintomo di una grave disfunzione all'interno del servizio che si sta valutando (sono eventi-sentinella, ad esempio, la morte di un ricoverato durante un intervento chirurgico di appendicectomia; la presenza di topi in corsia; l'erogazione di somme di denaro in favore di personale sanitario per prestazioni dovute; la lettura della cartella clinica da parte di estranei; ecc....).

Le situazioni particolari di qualità sono accadimenti che dimostrano, invece, una specifica attenzione, nel servizio che si sta valutando, al miglioramento della qualità. Ad esempio, potrebbe ritenersi tale, in una divisione di degenza italiana, l'installazione di un telefono per ogni posto-letto.

I giudizi e le opinioni che vengono presi in considerazione nell'APQ provengono sia dagli operatori appartenenti alle diverse categorie professionali, che dai cittadini.

Le norme ISO 9000 sono un modo di "gestire la qualità" che si è diffuso nel mondo in oltre 200.000 organizzazioni di ogni settore e dimensione, contribuendo a sviluppare e diffondere nel mondo la cultura della qualità, favorendo i confronti necessari per il miglioramento continuo ed il coinvolgimento di tutte le parti interessate (gli stakeholders nella sanità sono: pazienti, medici, amministratori, personale, fornitori e collettività, ecc...).

Implementare un Sistema Qualità conforme ai requisiti della norma ISO 9000 in una struttura sanitaria significa definire e ridisegnare processi, funzioni, protocolli di produzione, specifiche di prodotto, verifiche delle metodologie e della validità dei metodi impiegati, criteri di valutazione della qualità dei mezzi e delle tecnologie disponibili.

La Certificazione del Sistema Qualità di una struttura sanitaria è la procedura con cui una "parte terza" (Organismo di Certificazione) attesta al mercato (cittadino/paziente, ASL, ecc.) la rispondenza della sua organizzazione ai requisiti delle norme ISO 9000, riferimento universalmente riconosciuto per regolare il rapporto fra clienti (il cittadino/paziente) e fornitori (la struttura sanitaria). La Certificazione ha lo scopo di garantire oltre alla qualità ed affidabilità dei prodotti/servizi anche il loro continuo miglioramento.

La predisposizione delle "Carte dei servizi pubblici sanitari" e la determinazione degli indicatori di efficienza del livello delle prestazioni sanitarie presuppongono inoltre un cambiamento culturale da parte delle aziende: infatti, non è più sufficiente garantire prestazioni mediche di qualità con le risorse disponibili, ma è necessario garantire l'umanizzazione e la personalizzazione dei servizi prestati, la trasparenza e il diritto all'informazione nel rapporto con l'utente.

Come riferimento esplicito di una tale tendenza può essere considerato il caso delle strutture sanitarie della Lombardia che devono provvedere alla certificazione del Sistema Qualità conforme ai requisiti delle norme ISO 9000 e alle specifiche di prodotto definite dalla stessa Regione, sulla base delle modalità deliberate dalla Giunta Regionale (L.R. 31/97, art. 13, comma 5) avvalendosi degli Organismi di Certificazione accreditati dal SINCERT.

A tal fine si pensa di implementare il sistema di qualità secondo un modello conforme alla norma ISO 9004/2, ossia un sistema qualità certificabile conforme allo standard ISO-9001 e verificabile secondo il modello delle norme ISO10011.

<i>Obiettivo I</i>	Attuare l'impianto di un sistema di monitoraggio
<i>Obiettivo II</i>	Generare una struttura operativa, trasversale alle attività propriamente sanitarie
<i>Obiettivo III</i>	Garantire la fidatezza delle apparecchiature e della strumentazione sanitaria
<i>Obiettivo IV</i>	Realizzare un sistema di gestione della documentazione
<i>Obiettivo V</i>	Ridurre i costi di gestione
<i>Obiettivo VI</i>	Realizzare un modello per la qualificazione dei fornitori
<i>Obiettivo VII</i>	Realizzare un sistema di rilevamento continuo di customer satisfaction
<i>Obiettivo VIII</i>	Progettare e rendere operativo un modello di verifica ispettiva
<i>Obiettivo XI</i>	Avviare progetti di miglioramento della qualità
<i>Obiettivo X</i>	Avviare ed attuare una politica che consideri il benchmarking.
<i>Obiettivo XI</i>	Migliorare la propria immagine nei confronti dei clienti di riferimento.

4.2.5.3. - Descrizione

La realizzazione del progetto viene qui descritto considerando le diverse fasi che lo costituiscono.

Una prima fase dell'intervento consiste nella individuazione delle organizzazioni sanitarie tra quelle disponibili sul territorio da sottoporre all'intervento.

Conclusa la fase di individuazione e conferma sugli interventi da effettuare, si intraprenderà l'attività di realizzazione del sistema per la qualità aziendale. Per ogni unità sanitaria si dovrà programmare una serie di interventi, le cui Azioni principali sono qui elencate:

- Survey iniziale sullo stato aziendale e sue condizioni generali;
- Formazione dell'alta direzione;
- Definizione dell'organigramma aziendale, individuazione del responsabile dell'assicurazione del sistema qualità per l'azienda, dei gruppi di lavoro (team interni della qualità a livello di reparti, distretti, aree/funzioni aziendali);
- Predisposizione del sistema documentale per la qualità;
- Formazione e addestramento di tutto il personale interessato dal sistema qualità (impiegati ed operatori);

- Sorveglianza e visita ispettiva interna;
- Assistenza durante la visita;
- Assistenza nell'attuazione delle azioni correttive.

La realizzazione del sistema qualità si può considerare nella scala temporale consistere in tre macrofasi distinte:

- Survey (prima fase)
- Implementazione del sistema qualità (seconda fase)
- Realizzazione del sistema documentale
- Formazione/addestramento
- Adeguamento macchinari e strumentazione e relative documentazioni
- Sorveglianza sulla buona operatività
- Certificazione (terza fase).

4.2.5.4. - Risultati attesi

L'APQ non è di per se una analisi della qualità onnicomprensiva. Gli aspetti economici e l'adeguatezza dei protocolli diagnostici e terapeutici o delle attrezzature sanitarie, così come la stessa qualità organizzativa, sono aree solo in minima parte considerate dalla APQ. La stessa qualità organizzativa è inadeguata nelle sue manifestazioni esteriori, ma molto nelle sue dinamiche interne. E' per questo motivo che si è sempre sottolineata la necessità di una integrazione tra l'APQ e altri strumenti di analisi, che hanno, invece, una maggiore capacità di entrare nel merito delle aree suddette (cfr., ad es., metodi quali la VRQ, I DRG, ISO9000, Total Quality, ecc.).

I benefici che ci si attende di raggiungere con l'implementazione del sistema qualità nelle strutture sanitarie possono essere elencati come qui di seguito:

- maggiore coinvolgimento del personale nel processo di miglioramento continuo della Qualità;
- valorizzazione della professionalità;
- razionalizzazione del processo gestionale della documentazione
- sensibilizzazione e responsabilizzazione del personale soprattutto in front-line;

- metodica gestione delle non conformità;
- riduzione dei costi di gestione (stimabili in un 3% del fatturato –valori verificati in ambito industriale);
- riduzione degli incidenti di natura tecnica;
- maggiore prontezza della struttura nel suo insieme per fronteggiare adeguamenti di natura normativa, regolamentare e legislativa;
- possibilità di considerare parametri leggibili in termini di efficienza ed efficacia del servizio;
- maggiore chiarezza nella comunicazione con l'utenza.

La certificazione si configura inoltre come leva organizzativa per ripensare i processi aziendali, è un momento di dialogo tra attori abituati ad agire in modo isolato, è una spinta a recepire ed applicare la normativa senza ritardi e uno strumento per mettere ordine ed eliminare documenti inutili.

4.2.5.5. - Risorse

Il Costo complessivo dell'Intervento n° 6 **Coordinamento iniziative per un sistema Qualità** comprensivo di oltre 7 anni/ uomo di lavoro corrisponde rispettivamente per le città di Bari e Taranto a Euro 410.000,00 e a Euro 115.000,00.

SISATA - MANAGEMENT METODOLOGICO
Qualità

Voci di costo

finanziamento totale intervento € 115.000,00

1 Personale dipendente	
2 Personale a contratto/consulenza/borsa di studio	€ 45.000,00
3 Missioni	€ 10.000,00
4 Attrezzature	€ 20.000,00
5 Eventuali contributi in conto capitale	
6 Materiale di consumo	€ 5.000,00
7 Pubblicazioni/organizzazione/convegni,ecc.	€ 5.000,00
8 Elaborazioni dati ecc.	€ 25.000,00
9 Altre	
10 Spese generali strutture coinvolte	€ 5.000,00
TOTALE	€ 115.000,00

4.2.6 Sottointervento - Strumenti e attitudini comunicative per continuità assistenziale (StAtCA)

4.2.6.1. - Contesto

La comunicazione è uno dei principali meccanismi operativi e in tutti i settori ma assume un particolare valore in Sanità. Il presente Intervento raccoglie i dati di attività ed i risultati da ogni altro intervento attivato secondo flussi e referenti individuati in fase programmatoria. In particolare la comunicazione è rilevante sui temi:

- del contesto sociale (osservatorio sociale) e ambientale (sorveglianza dei rischi ambientali) in cui si svolgono gli interventi sanitari;
- dell'analisi delle risorse (mappe integrate delle risorse sanitarie);
- dell'uso in termini di prestazioni (qualità delle prestazioni sanitarie);
- dei risultati delle prestazioni in termini di salute prodotta (ancora osservatorio sanitario).

Il sistema di gestione di tali dati li seleziona per criticità e importanza a costituire l'oggetto di iniziative mirate verso: a) la popolazione generale (nel complesso o in gruppi selezionati per età, condizione lavorativa, rischi specifici, condizioni di patologia, ecc.), b) gli utenti dei servizi e c) gli operatori sanitari.

Le attività o gli strumenti, volta a volta più idonei, si articolano intorno a quattro nuclei:

- campagne di *informazione* circa i risultati di tutte le attività svolte, miranti a produrre aumento di conoscenze;
- iniziative di “*advocacy*” per la organizzazione del consenso, miranti a produrre atteggiamenti complessivamente positivi nei confronti dell'organizzazione sanitaria;
- campagne di *educazione alla salute*, miranti a mutare stabilmente i comportamenti di gruppi a rischio;
- iniziative che organizzano l'*ascolto* dei cittadini e stabilizzano i *canali comunicativi di ritorno*, completando la bidirezionalità comunicativa per rilevare la domanda sanitaria potenzialmente esprimibile nel territorio (a fini di orientamento programmatorio), e per rilevare la valutazioni del gradimento dei cittadini sulle attività (accettabilità soggettiva).

4.2.6.2. - Obiettivi

Obiettivo dell'Intervento è dunque l'attivazione di *canali comunicativi stabili* che garantiscano:

- La socializzazione delle conoscenze sulle attività svolte e sui risultati ottenuti, come valore in sé, come base per creare il consenso sociale e come strumento - partecipativo più che conflittuale - per il controllo e la valutazione collettiva degli interventi.
- Un intervento di educazione alla salute mirato sui rischi reali presenti nel territorio e sulle domande reali della popolazione.
- La conoscenza precisa di tali domande e di tali rischi come supporto fondamentale per ogni programmazione.
- La motivazione degli operatori come strumento per la più corretta gestione e il massimo potenziamento delle risorse umane

4.2.6.3. - Descrizione

Contenuto generale dell'Intervento è la attivazione di canali bidirezionali comunicativi stabili tra le Aziende Sanitarie ed i propri Operatori che garantiscano:

Verso l'esterno dell'azienda:

1.- la diffusione delle conoscenze circa le attività ed i risultati prodotti come:

1.1.- valore in sé, cruciale per l'azienda la cui committenza e i cui obiettivi si collocano nell'area dell'intervento pubblico. A questo provvederanno iniziative di informazione circa i risultati di tutte le attività svolte, miranti all'aumento delle conoscenze e localizzate presso il punto sanitario;

1.2.- base per la creazione del consenso sociale fondamentale per l'efficienza di ogni intervento di sanità pubblica (a questo provvederanno iniziative di advocacy per l'organizzazione del consenso, mirati a produrre atteggiamenti complessivamente positivi nei confronti dell'organizzazione sanitaria e localizzate presso il punto sanitario);

1.3.- strumento partecipativo più che conflittuale - per il controllo e la valutazione degli interventi da parte degli utenti fondata sulla conoscenza di dati oggettivi di risultato circa le attività sanitarie. A questo provvederanno idonee iniziative localizzate presso il punto sanitario).

2.- Un intervento di educazione alla salute mirato sui rischi reali presenti nel territorio e sulle domande reali della popolazione allo scopo di mutare stabilmente i comportamenti di gruppi a

rischio (idonee campagne territoriali organizzate in collaborazione con Enti e Istituzioni locali: Provveditorato agli Studi, Sanita' militare, Organizzazioni imprenditoriali, sindacali, etc);

3.- La stabilizzazione di canali comunicativi di ritorno, ossia di iniziative di organizzazione dell'ascolto dei cittadini-utenti;

4.- La rilevazione, a fini di orientamento programmatico, oltreche' di orientamento preciso delle campagne di educazione alla salute, delle domande sanitarie potenzialmente esprimibili nel territorio che fatte emergere e raccolte;

5.- La rilevazione, a fini di correzione riprogrammatoria, delle valutazioni di gradimento, di accettabilita' e comunque correlate alla soggettivita' espresse da parte dei cittadini su tutte le attivita' sanitarie dell'azienda anch'esse raccolte attraverso attivita' specifiche.

Verso l'interno dell'azienda

1.- La diffusione verso ogni operatore delle conoscenze circa le attivita' svolte e i risultati prodotti, come base per l'integrazione e la finalita' dei servizi (a questo provvederanno flussi di informazione, attivati con varie modalita' comunicative (cartacea, informatica, interpersonale, etc) sui risultati delle attivita' svolte, miranti a produrre aumento di conoscenze circa l'azienda nell'azienda stessa;

2.- La motivazione degli operatori come strumento per la piu' corretta gestione e il massimo potenziamento delle risorse umane. A questo provvedono stages motivazionali, sulla valutazione comune dei dati di conoscenza diffusi, e per produrre/incrementare il senso di appartenenza/orgoglio d'azienda, mediante la consapevolezza del ruolo di ognuno nella missione fondante del servizio;

3.- Iniziative di autoascolto, finalizzato alla razionalizzazione ed integrazione delle attivita' del sistema azienda sanitaria cioe' l'autoanalisi organizzativa sistemica per analizzare e ridefinire il ruolo e le attivita' di ogni operatore nel confronto con i dati di risultato ottenuti.

4.2.6.4. - Risultati attesi

- In relazione all'obiettivo di una migliore individuazione degli obiettivi e piu' precisa articolazione delle attivita' sanitarie, perseguita nel presente Intervento attraverso la stabilizzazione di canali comunicativi. Il risultato atteso e' che elementi di ascolto della soggettivita' dei cittadini (in particolare delle fasce deboli e svantaggiate siano inseriti in maniera stabile nel processo di programmazione e riprogrammazione dei servizi;

2. In relazione all'obiettivo di mutare stabilmente i comportamenti di gruppi a rischio un risultato atteso è quello sul piano dei processi che attivano campagne di educazione alla salute mirate sui rischi reali presenti nel territorio e sulle domande reali della popolazione, raccogliere attraverso i canali di ascolto e di osservazione attivati;

Tale risultato potrà essere misurato attraverso il confronto tra il numero di tali campagne, e il numero di quelle attivate con obiettivi e bersagli decisi all'esterno dell'ASL o secondo altre dinamiche. Altro risultato atteso, sul piano degli esiti, è un miglioramento delle condizioni di salute/malattia oggetto di intervento educativo/preventivo, e tale risultato potrà essere misurato attraverso i consueti indicatori di morbilità e mortalità correntemente adoperati in epidemiologia descrittiva;

3. In relazione all'obiettivo di un miglioramento del clima esterno ai servizi, e perseguita nel presente sottoprogetto attraverso attività di advocacy (fondate sulla diffusione comunicativa degli obiettivi e dei risultati dell'azienda) risultato atteso è un aumento del consenso sociale. Tale risultato potrà essere misurato attraverso il confronto del numero di reclami pervenuti all'URP prima e dopo l'attivazione di SISAPU, in particolare per le fasce di disagio;

4. In relazione all'obiettivo di potenziamento delle risorse umane perseguita nel presente Intervento attraverso "stages" motivazionali, articolati intorno alla valutazione comune da parte degli operatori dei dati di conoscenza diffusi, risultato atteso è un incremento del senso di appartenenza/orgoglio di azienda negli operatori. Tale risultato potrà essere misurato attraverso la comparazione dei giorni di assenza per malattia richiesti dal personale ASL, prima e dopo l'attivazione di SISAPU.

5. In relazione all'obiettivo di diffusione delle conoscenze verso ogni operatore circa le attività svolte e i risultati prodotti della ASL - perseguita nel presente Intervento attraverso la attivazione di flussi di informazione di modalità comunicative diverse (cartacea, informatica, interpersonale ecc.) –sui risultati di tutte le attività svolte, il risultato atteso è una razionalizzazione organizzativa dei servizi;

Tale risultato potrà essere misurato attraverso indicatori di funzionalità e di attività dei servizi, in particolare per le fasce di disagio attraverso vari indicatori di attività specialmente indicatori di funzionalità della banca dati sui servizi attivata a quel livello.

4.2.6.5. - Risorse

Il Costo complessivo dell'Intervento n° 7 **Strumenti ed attitudini comunicative per la continuità assistenziale (StAtCA)** è rispettivamente per le città di Bari e Taranto di Euro 375.000,00 e Euro 115.000,00.

SISATA - MANAGEMENT METODOLOGICO*Comunicazione***Voci di costo**

		finanziamento totale intervento € 115.000,00
1	Personale dipendente	
2	Personale a contratto/consulenza/borsa di studio	€ 45.000,00
3	Missioni	€ 10.000,00
4	Attrezzature	
5	Eventuali contributi in conto capitale	
6	Materiale di consumo	€ 3.000,00
7	Pubblicazioni/organizzazione/convegni,ecc.	€ 47.000,00
8	Elaborazioni dati ecc.	€ 10.000,00
9	Altre	
10	Spese generali strutture coinvolte	
TOTALE		€ 115.000,00

SISAPU
(Sistema Integrato Sanitario Pugliese)

SISA-TA
Sistema Integrato Sanitario di Taranto

***Sottoprogetto 2 - Interventi Infrastrutturali-
telematici***

Intervento 1 – Rete Medici di Base

*(Indicato come Linea di Azione 1 del Sottoprogetto REMB nella versione SISAPU Preliminare
e come Intervento 3 nella versione definitiva)*

***Intervento 2 – Dipartimenti Interaziendali
Tecnologico Assistenziali***

*(Indicato come Linea di Azione 1 del Sottoprogetto DITA nella versione SISAPU Preliminare
e come Intervento 6 nella versione definitiva)*

5. - Sottoprogetto Sp2 - Interventi Infrastrutturali Telematici

5.0.1. - Introduzione

Il progetto SISAPU, come già accennato (paragrafo 3.3 Articolazione), è stato realizzato per soddisfare la necessità della Regione di indirizzare il cittadino verso servizi sanitari appropriati (territorializzazione, informazione del cittadino, continuità di cura) e di avere strumenti per la pianificazione delle politiche sanitarie (conoscenza della domanda, delle potenzialità e dei vincoli dell'offerta). Il SISAPU si basa, pertanto, non solo sul bisogno di potenziamento delle dotazioni tecnologiche e strutturali e sulla creazione di nuovi canali comunicativi standardizzati rivolti al cittadino, ma anche sulla necessità di pensare ad un management che, in un ottica di integrazione e gestione delle conoscenze, sappia cercare, elaborare ed indirizzare informazioni utili per il progetto in questione, il cittadino e la Regione.

Per il raggiungimento delle finalità sopra espresse il SISA-PU si articola su tre livelli diversi che si sostanziano in tre differenti sottoprogetti:

- ✓ **Management e Metodologico.** Tale livello si concretizza nella costituzione e nel funzionamento di un Coordinamento per l'Interoperabilità dei Servizi Sanitari che cura il management del progetto SISA-PU, comune per le città di Bari e Taranto, ad evitare il rischio di una pianificazione risultante dalla mera somma dei singoli interventi garantendo il coordinamento delle scelte strategiche in una logica riferita alle intere aree urbane ed al complesso dei servizi a tutela della salute.
- ✓ **Infrastrutturale Telematico.** Tale livello consente la sperimentazione di una serie di misure armonizzate tra di loro e finalizzate nell'insieme a sviluppare modelli gestionali diversificati di riorganizzazione dei Servizi Sanitari territoriali ed Ospedalieri già presenti a Bari e Taranto.
- ✓ **Strutturale e tecnologico.** In questo livello s'intendono realizzare specifici interventi che, tenendo conto delle caratteristiche, delle necessità e delle opportunità delle aree metropolitane di Bari e Taranto, consentano una più immediata accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari.

Il presente capitolo illustra gli interventi che verranno eseguiti nel sottoprogetto Infrastrutturale Telematico raggruppati per sottoprogetto.

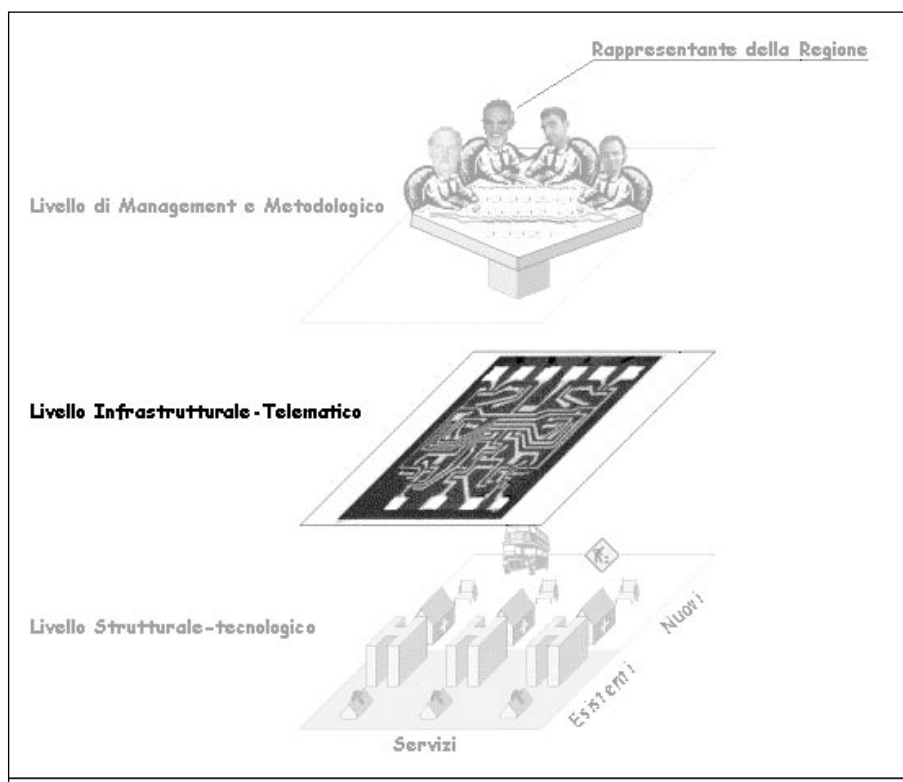


Figura: Rappresentazione grafica dell'Articolazione del Progetto SISA-PU in cui è evidenziato il livello Infrastrutturale Telematico.

In particolare, il sottoprogetto prevede:

- ✓ azioni finalizzate alla creazione di accessi, percorsi e rete mobile;
- ✓ la realizzazione di una rete dei medici di base;
- ✓ sulla base dei principi della continuità di cura e dell'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse sanitarie, di Dipartimenti Interaziendali Tecnologici Assistenziali (DITA) e del monitoraggio telematico;
- ✓ la realizzazione di un sistema Informativo clinico per l'area metropolitana finalizzato all'area di diagnostica per immagini e delle UU.OO di Patologia Clinica.

Come si può notare, le singole linee d'intervento sono state pensate, sulla base delle linee guida previste a livello di Management e Metodologico, in modo da consentire la realizzazione di opere infrastrutturali comuni per Bari e Taranto. In tal modo, avendo una visione sistemica (livello regionale) delle azioni da intraprendere, si ottiene per i due centri urbani citati:

1. omogeneità di sistemi applicativi;
2. equità di trattamento ed opportunità;
3. efficienza del sistema informativo e comunicativo.

Quanto accennato comporta un notevole valore aggiunto facilmente riscontrabile se si analizza il miglioramento ottenibile a livello:

- ✓ dei singoli cittadini che vedranno garantito il principio di continuità di cura (si pensi alla creazione di Dipartimenti Interaziendali);
- ✓ delle singole città e riassumibile nel processo di riorganizzazione del sistema sanitario locale;
- ✓ delle due città, se si pensa che, utilizzando procedure standardizzate di raccordo e perciò confrontabili, avranno nell'una il termine di confronto dell'altra;
- ✓ del coordinamento per l'interoperabilità dei servizi sanitari, che potrà realizzare un data warehouse di informazioni standardizzate base per la gestione delle conoscenze in ambito sanitario;
- ✓ della Regione Puglia che, utilizzando le elaborazioni delle informazioni ottenute come spiegato al punto precedente, potrà avvalersi del sistema costruito come base per la programmazione delle politiche sanitarie.

Si desidera precisare che gli interventi illustrati nel presente capitolo sono stati raggruppati in linee tematiche facilmente riconducibili ai sottoprogetti della versione preliminare del progetto SISA-PU.

5.0.2. - Contesto

Dall'analisi dei dati riportati nel paragrafo 2.1.3 *Il contesto sanitario in Puglia* si evince che la popolazione regionale, oltre ad aver visto crescere l'età media, è interessata da fenomeni di emarginazione legati a problematiche quali tossicodipendenza, alcolismo, emigrazione (tematiche tra l'altro di grande interesse anche a livello nazionale – si veda l'obiettivo IV del PSN 98-00). Il sistema sanitario regionale necessita pertanto di garantire l'accessibilità e la fruibilità ai propri servizi proprio per le fasce svantaggiate. Per consentire la continuità di cura, necessaria ad un'efficace ed efficiente erogazione delle cure, è inoltre auspicabile che i servizi sanitari siano tra loro integrati. Un ulteriore elemento da considerare è la necessità del superamento degli ostacoli conoscitivi derivanti dalla mancanza di informazione, comunicazione e, soprattutto, formazione di tutti gli stakeholder (operatori, cittadini, pazienti) nell'ambito particolare

di tutte quelle patologie che sempre più colpiranno la cittadinanza a causa dell'innalzamento dell'aspettativa di vita.

5.0.3. - Obiettivi

I problemi dell'accessibilità e continuità assistenziale sul territorio verranno affrontati mediante la sperimentazione di una serie di misure armonizzate tra di loro e finalizzate nell'insieme a sviluppare modelli gestionali diversificati di riorganizzazione dei Servizi Sanitari territoriali ed Ospedalieri già presenti a Bari e Taranto, e specificamente attraverso l'integrazione tra soggetti istituzionali, pubblici e privati, quali le Aziende Sanitarie di Bari e Taranto, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Bari, gli IRCCS, i Comuni di Bari e Taranto, il terzo settore ed imprese del settore socio-sanitario e biomedico.

In particolare, questo sottoprogetto mira a raggiungere gli obiettivi che di seguito vengono presentati sulla base della classificazione riconducibile ai sottoprogetti della versione preliminare del SISAPU.

Rete dei Medici di Base (REMB)

Il SISA-PU si presenta come Sistema Integrato Sanitario in cui i dati clinici, epidemiologici, di disponibilità di risorse, convergono e sono elaborati per diventare informazione e quindi cultura. La dinamicità e la flessibilità sono caratteristiche essenziali per il corretto funzionamento del Sistema che necessita di una continua evoluzione per adattarsi ai bisogni del cittadino-paziente.

Obiettivo di questo sottoprogetto è di informatizzare i medici di base ed integrarli nel SISR e di gestire le prescrizioni/prestazioni sanitarie rese alla popolazione; il "mettere in rete" la vasta comunità di interessi sanitari consente di ridurre l'isolamento di molti soggetti che, mal dislocati sul territorio, non possono usufruire ed integrare i dati prodotti da altre strutture. Tale necessità è ancor più evidente per gli studi dei medici di base, che per le caratteristiche specifiche della propria professione, generano la maggior parte delle prestazioni sanitarie ed orientano al consumo di farmaci.

Con questa prospettiva è auspicabile, sul territorio, l'integrazione funzionale tra medicina ospedaliera e medicina generale al fine di facilitare la gestione del percorso della malattia nel suo complesso, dalla prevenzione alla riabilitazione. Tale integrazione dei dati prodotti dal medico di base e dall'ospedale rendono gli operatori sanitari più consapevoli dell'iter com-

plexivo di cura dell'assistito, in pieno rispetto dei principi della continuità di cura, della tutela della salute e dell'efficienza del sistema (si evitano, ad esempio, esami inutili).

L'obiettivo generale è pertanto l'implementazione di modalità di comunicazione efficienti per mezzo di una rete telematica tra gli ambulatori dei Medici di Base, le strutture dipartimentali ospedaliere ed i vari servizi della AUSL. Ciò consente la razionalizzazione e l'ottimizzazione della assistenza sanitaria.

Dipartimenti Interaziendali Tecnico Assistenziali (DITA)

Implementazione e validazione di un sistema per l'ottimizzazione delle risorse sanitarie tramite la costituzione di Dipartimenti Interaziendali Tecnologici Assistenziali

5.0.4. - Descrizione

Nella descrizione del livello Infrastrutturale Telematico, così come già fatto per la definizione degli obiettivi (paragrafo precedente) si fa riferimento alla classificazione riconducibile ai sottoprogetti della versione preliminare del SISAPU.

Rete dei Medici di Base (REMB)

la rete telematica creata per soddisfare la necessità d'integrazione dei medici di base lavorerà su tre distinti livelli:

1. tra loro;
2. con gli altri operatori sanitari, così come previsto dal **SISA-PU**;
3. con il Sistema Informativo Sanitario Regionale (**SISR**);

è inoltre previsto l'accesso ad internet e l'attivazione di caselle di posta elettronica.

Tale infrastruttura consente l'attivazione di una serie di servizi infotelematici utile supporto all'esercizio della normale pratica medica (**prevenzione, diagnosi, terapia**) moderna. Tali servizi sono:

- Anagrafe Sanitaria dei cittadini;
- Prenotazioni di esami;
- Verifica liste d'attesa

- *Cartella clinica computerizzata*: definita dal **Coordinamento per l'Inter-Operabilità dei Servizi Sanitari**, permette:
 - a. l'accesso rapido all'archivio dei dati clinici di ciascun assistito;
 - b. previo consenso dell'assistito, l'accesso ai dati inseriti anche da altri siti sanitari operanti all'interno del **SISA-PU**;
 - c. l'aggiornamento dell'anagrafe sanitario;
 - d. l'aggregazione dei dati clinici per uso epidemiologico.
- Avvisi automatici per segnalare:
 - a. La presenza di interazione/incompatibilità farmacologia,
 - b. L'opportunità di eseguire analisi preventive, etc.
- Trasmissione in tempo reale di dati epidemiologici.

Elementi essenziali per l'ottimizzazione nell'utilizzo dell'infrastruttura e dei servizi citati sono la creazione di una **base motivazionale** per gli operatori sanitari coinvolti e per i cittadini e l'attivazione di un **percorso formativo** per i medici di base.

In definitiva questa linea d'azione, contribuendo allo snellimento della circolazione di dati e informazioni sanitarie (il medico di base fornisce gli uni ed usufruisce delle altre in tempo reale), favorisce l'integrazione delle conoscenze.

Dipartimenti Interaziendali Tecnologico Assistenziale (DITA)

- Realizzazione di Dipartimenti Interaziendali Tecnologico-Assistenziale

5.0.5. - Risultati Attesi

Anche per l'analisi dei risultati attesi, così come già fatto per i paragrafi precedenti, si fa riferimento alla classificazione riconducibile ai sottoprogetti della versione preliminare del SISAPU

Rete dei Medici di Base (REMB)

L'intervento mira ad avere una moderna medicina di base, sviluppata sulle certezze dell'agire del medico, le cui decisioni devono essere fondate su prove ed analisi oggettive (evidence-based medicine) e non su conoscenze ed esperienze prevalentemente soggettive.

L'intervento comporta un salto culturale, un modo nuovo di concepire, organizzare ed espletare la medicina territoriale ed ospedaliera, al passo con i tempi, sia dal punto di vista socio-sanitario che economico, nell'interesse del paziente-utente e quindi della comunità tutta.

Fra gli altri i risultati più rilevanti saranno:

1. Accesso a una vasta sorgente di dati disponibili nel panorama locale e nazionale;
2. Accessibilità on-line alle informazioni sanitarie relative al paziente;
3. Fruibilità epidemiologica dei dati resi disponibili dai medici di base; cosa utile inoltre per un adeguamento mirato delle strutture sanitarie alle realtà locali;
4. Miglioramento dell'accessibilità al servizio sanitario dei pazienti-utenti, mediante il previsto collegamento della rete dei medici di base al CUP;
5. Canale telematico per un aggiornamento, professionale e sanitario, in tempo reale e per tutti i medici connessi in rete.

Non meno rilevante è peraltro l'**impatto economico** che può derivarne per effetto:

- della maggiore e più tempestiva consapevolezza dell'entità e della natura della spesa indotta da parte dei soggetti prescrittori;
- dei possibili interventi correttivi sui comportamenti prescrittivi, conseguenti alla reale potenzialità di pianificare e gestire la domanda e l'offerta dei servizi sanitari;
- della effettiva condivisione dell'informazione clinico-sanitaria dei pazienti, che consente una maggiore appropriatezza e razionalizzazione della domanda di prestazioni specialistiche, diagnostico-terapeutiche e di ricoveri ospedalieri.

Dipartimenti Interaziendali Tecnologico Assistenziale (DITA)

1. L'attivazione di **dipartimenti per specialità** cliniche quali: Malattie Cardiovascolari, Endocrino-Metaboliche, Neuroscienze, Materno Infantile e Salute della Donna; con la gestione integrata delle **tecnologie biomediche e dell'information technology** attraverso il Dipartimento di Ingegneria Clinica e dell'integrazione informatica, al fine di garantire la comunicazione tra i dipartimenti interaziendali clinici e l'accesso alle informazioni cliniche del paziente;

2. **l'integrazione con i sistemi informativi delle aziende sanitarie** ed enti coinvolti per la costruzione dei dizionari comuni definiti dal Coordinamento per l'Inter-Operabilità dei Servizi Sanitari (ad esempio dati anagrafici del paziente);
3. l'integrazione con la rete dei medici di base;

5.0.6. - Strumenti di controllo

Si ricorda, prima di esplicitare alcuni degli strumenti utilizzati per il controllo, che l'attività di gestione e monitoraggio delle singole linee d'azione e dei relativi management vengono realizzate sotto la guida del Coordinamento ed Interoperabilità dei Servizi Sanitari. Ciò consente da un lato di mantenere inalterata la visione di sistema che caratterizza l'intero progetto SISA-PU e dall'altro di garantire l'effettivo raggiungimento degli obiettivi fissati nelle diverse linee d'azione.

Gli strumenti che quantificano e misurano l'avanzamento e la realizzazione del progetto, consentendone l'eventuale riprogettazione, sono rappresentati da:

- report conoscitivo che descriva lo stato di avanzamento delle singole linee d'azione, che include la descrizione puntuale delle attività delle singole Fasi, dei risultati ottenuti, degli obiettivi raggiunti e dell'uso delle risorse.
- disponibilità di un sistema informativo per il Dipartimento Interaziendale Assistenziale.
- numero di medici che operano in rete

L'elencazione sopra riportata non deve essere considerata esaustiva in quanto, in sede di progettazione esecutiva, sarà compito del CISS allargare tale elenco in base alle necessità riscontrate.

5.0.7 - Risorse

Le cifre in tabella sono da considerarsi in Euro

QUADRO ECONOMICO RIEPILOGATIVO SOTTOPROGETTO INFRASTRUTTURALE TECNOLOGICO										
SOTTOPROGETTI	INTERVENTI	Bari			Taranto			SISAPU		
		Finanziamento	Cofinanziamento	Totale	Finanziamento	Cofinanziamento	Totale	Finanziamento	Cofinanziamento	Totale
Infrastrutturale Telematico	Fruttilità Servizi Sanitari	1.000.000,00	0,00	1.000.000,00	0,00	0,00	0,00	1.000.000,00	0,00	1.000.000,00
	Rete Medici di Base	2.300.000,00	0,00	2.300.000,00	1.000.190,00	0,00	1.000.190,00	3.300.190,00	0,00	3.300.190,00
	DITA	2.000.000,00	0,00	2.000.000,00	2.000.000,00	0,00	2.000.000,00	4.000.000,00	0,00	4.000.000,00
	SICAM	11.368.486,25	0,00	11.368.486,25	0,00	0,00	0,00	11.368.486,25	0,00	11.368.486,25
	Totale € (EURO)	16.668.486,25	0,00	16.668.486,25	3.000.190,00	0,00	3.000.190,00	19.668.676,25	0,00	19.668.676,25

SISAPU
(Sistema Integrato Sanitario Pugliese)

SISA-TA
Sistema Integrato Sanitario di Taranto

Interventi Infrastrutturali-telematici

Intervento 1 – Rete Medici di Base

*(Indicato come Linea di Azione 1 del Sottoprogetto REMB nella versione SISAPU Preliminare
come Intervento 3 nella versione definitiva)*

5.2 – INTERVENTO - RETE MEDICI DI BASE

5.2.1 - Contesto

In questi anni si assiste ad una trasformazione del modello sanitario da *sistema isolato* a *sistema integrato*. Cresce l'interdipendenza ed il bisogno di comunicare tra soggetti diversi (istituzioni nazionali, enti locali, aziende sanitarie pubbliche, organizzazioni private, etc.).

Questo trend finalizzato ad una maggiore efficacia ed efficienza del Servizio Sanitario necessita dell'impiego di strumenti telematici per una maggiore diffusione delle informazioni e, conseguentemente, una semplificazione dell'accesso ai servizi.

I bisogni del medico, ad oggi, sono solo parzialmente soddisfatti dai molti **sistemi di archiviazione dei dati**. Tali sistemi, infatti, sono mirati al **singolo medico** che è sì **produttore** ma, purtroppo, **fruitore unico** dei propri dati. Manca, pertanto, quell'elemento d'integrazione che consentirebbe di accrescere il valore del **dato** trasformandolo in **informazione** disponibile ed accessibile. Tale integrazione è infatti alla base delle modificazioni culturali e strategiche auspiccate nel Piano Sanitario Nazionale (pag.8) e che condurrebbero alla elaborazione di politiche intersettoriali di promozione alla salute.

5.2.2 - Obiettivi

Il SISA-PU si presenta come Sistema Integrato Sanitario in cui i **dati** clinici, epidemiologici, di disponibilità di risorse, convergono e sono elaborati per diventare **informazione** e quindi **cultura**. La **dinamicità** e la **flessibilità** sono caratteristiche essenziali per il corretto funzionamento del Sistema che necessita di una continua evoluzione per adattarsi ai bisogni del **cittadino-paziente**.

Obiettivo di questo sottoprogetto è di informatizzare i medici di base ed integrarli nel SISR e di gestire le prescrizioni/prestazioni sanitarie rese alla popolazione; il "mettere in rete" la vasta comunità di interessi sanitari consente di ridurre l'isolamento di molti soggetti che, mal dislocati sul territorio, non possono usufruire ed integrare i dati prodotti da altre strutture. Tale necessità è ancor più evidente per gli studi dei medici di base, che per le caratteristiche specifiche della propria professione, generano la maggior parte delle prestazioni sanitarie ed orientano al consumo di farmaci.

Con questa prospettiva è auspicabile, sul territorio, l'integrazione funzionale tra medicina ospedaliera e medicina generale al fine di facilitare la gestione del percorso della malattia nel suo complesso, dalla prevenzione alla riabilitazione. Tale integrazione dei dati prodotti dal medico di base e dall'ospedale rendono gli operatori sanitari più consapevoli dell'iter complessivo di cura dell'assi-

stato, in pieno rispetto dei principi della continuità di cura, della tutela della salute e dell'efficienza del sistema (si evitano, ad esempio, esami inutili).

L'obiettivo generale è pertanto l'implementazione di modalità di comunicazione efficienti per mezzo di una rete telematica tra gli ambulatori dei Medici di Base, le strutture dipartimentali ospedaliere ed i vari servizi della AUSL. Ciò consente la razionalizzazione e l'ottimizzazione della assistenza sanitaria.

5.2.3 - Descrizione

Il sottoprogetto utilizza la rete telematica per soddisfare la necessità d'integrazione dei medici di base sui tre livelli descritti in precedenza. Tale infrastruttura consente l'attivazione di una serie di servizi telematici a medici e pazienti. Infatti i medici, oltre ad avere una più immediata possibilità di confronto, possono prendere visione del percorso terapeutico seguito dal paziente; questi ultimi vedono snellirsi e semplificarsi le procedure di accesso al servizio sanitario.

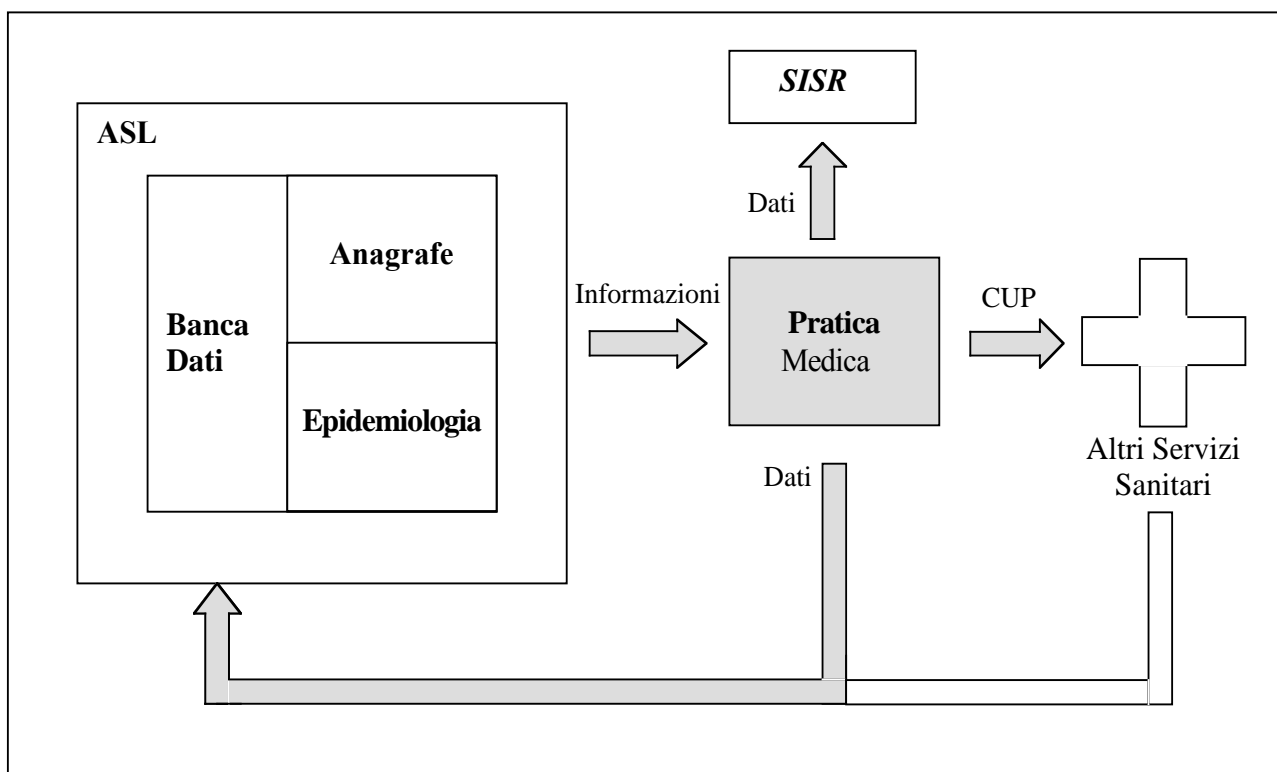


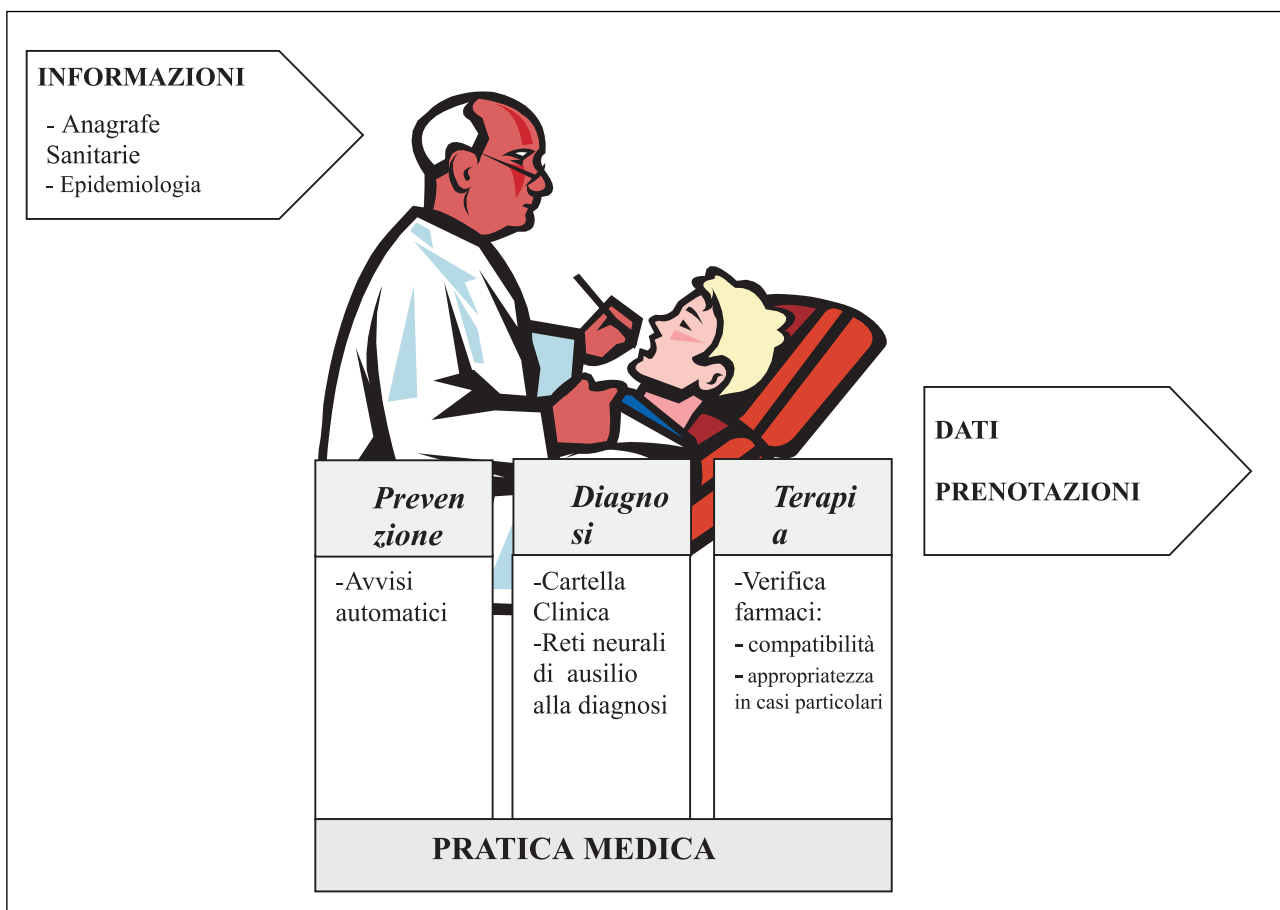
Figura 1: rappresentazione della Rete dei Medici di Base

Come accennato nell'analisi di contesto, il sottoprogetto realizza l'infrastruttura mediante la quale è possibile, **in tempo reale**:

- fornire dati, così come risultanti dalla pratica medica, al “servizio di epidemiologia” (previsto dalla legge.....) della ASL;
- far circolare le informazioni a flusso continuo;
- garantire un collegamento con il SISR.

Tale infrastruttura rappresenta la base per l'attivazione di una serie di servizi infotelematici utile supporto all'esercizio della normale pratica medica (**prevenzione, diagnosi, terapia** - figura 2).

Figura 2: servizi telematici per l'esercizio della pratica medica



In particolare il sottoprogetto prevede la realizzazione dei seguenti servizi:

- *Anagrafe Sanitaria* dei cittadini;
- Prenotazioni di esami;

- Verifica liste d'attesa
- *Cartella clinica computerizzata*: definita dal **Coordinamento per l'Interoperabilità dei Servizi Sanitari** ed implementata dalla linea d'intervento *Cartelle Cliniche*, permette:
 - a. l'accesso rapido all'archivio dei dati clinici di ciascun assistito;
 - b. previo consenso dell'assistito, l'accesso ai dati inseriti anche da altri siti sanitari operanti all'interno del **SISA-PU**;
 - c. l'aggiornamento dell'anagrafe sanitario;
 - d. l'aggregazione dei dati clinici per uso epidemiologico.
- Avvisi automatici per segnalare:
 - a. La presenza di interazione/incompatibilità farmacologia,
 - b. L'opportunità di eseguire analisi preventive, etc.
- Trasmissione in tempo reale di dati epidemiologici.

Elementi essenziali per l'ottimizzazione nell'utilizzo dell'infrastruttura e dei servizi citati sono la creazione di una **base motivazionale** per gli operatori sanitari coinvolti e per i cittadini e l'attivazione di un **percorso formativo** per i medici di base. Ciò è reso possibile mediante l'utilizzo delle metodologie previste dal **Coordinamento per l'Interoperabilità dei Servizi Sanitari**.

5.2.4 - Risultati attesi

Il progetto mira ad avere una moderna medicina di base, sviluppata sulle certezze dell'agire del medico, le cui decisioni devono essere fondate su prove ed analisi oggettive (evidence-based medicine) e non su conoscenze ed esperienze prevalentemente soggettive.

Il progetto comporta un salto culturale, un modo nuovo di concepire, organizzare ed espletare la medicina territoriale ed ospedaliera, al passo con i tempi, sia dal punto di vista socio-sanitario che economico, nell'interesse del paziente-utente e quindi della comunità tutta.

Fra gli altri i risultati più rilevanti saranno:

6. Accesso a una vasta sorgente di dati disponibili nel panorama locale e nazionale;
7. Accessibilità on-line alle informazioni sanitarie relative al paziente;
8. Fruibilità epidemiologica dei dati resi disponibili dai medici di base; cosa utile inoltre per un adeguamento mirato delle strutture sanitarie alle realtà locali;

9. Miglioramento dell'accessibilità al servizio sanitario dei pazienti-utenti, mediante il previsto collegamento della Rete dei Medici di Base al CUP;
10. Canale telematico per un aggiornamento, professionale e sanitario, in tempo reale e per tutti i medici connessi in rete.

Non meno rilevante è peraltro l'**impatto economico** che può derivarne per effetto:

- della maggiore e più tempestiva consapevolezza dell'entità e della natura della spesa indotta da parte dei soggetti prescrittori;
- dei possibili interventi correttivi sui comportamenti prescrittivi, conseguenti alla reale potenzialità di pianificare e gestire la domanda e l'offerta dei servizi sanitari;
- della effettiva condivisione dell'informazione clinico-sanitaria dei pazienti, che consente una maggiore appropriatezza e razionalizzazione della domanda di prestazioni specialistiche, diagnostico-terapeutiche e di ricoveri ospedalieri.

5.2.5 - Risorse

Il costo complessivo relativo a tale intervento per il triennio è pari a Euro 2.300.000,00 per Bari e Euro 1.000.190,00 per Taranto.

SISATA - INFRASTRUTTURALE TECNOLOGICO	
RETE MEDICI DI BASE	
Voci di costo	finanziamento totale intervento
	€ 1.000.190,00
1 Personale dipendente	
2 Personale a contratto/consulenza/borsa di studio	€ 200.000,00
3 Missioni	€ 100.000,00
4 Attrezzature	€ 300.000,00
5 Eventuali contributi in conto capitale	
6 Materiale di consumo	€ 40.000,00
7 Pubblicazioni/organizzazione/convegni,ecc.	€ 40.000,00
8 Elaborazioni dati ecc.	€ 300.000,00
9 Altre	
10 Spese generali strutture coinvolte	€ 20.190,00
TOTALE	€ 1.000.190,00

SISAPU
(Sistema Integrato Sanitario Pugliese)

SISA-TA
Sistema Integrato Sanitario di Taranto

Interventi Infrastrutturali-telematici
Intervento 2 – Dipartimenti Interaziendali
Tecnologico Assistenziali

*(Indicato come Linea di Azione 3 del Sottoprogetto GITA nella versione SISAPU Preliminare
e come Intervento 6 nella versione definitiva)*

5.3 - INTERVENTO - DIPARTIMENTI INTERAZIENDALI TECNOLOGICO ASSISTENZIALI

5.3.1 - Contesto

- Il presente intervento mira alla costituzione di Dipartimenti Interaziendali Tecnologico-assistenziali basati sull'integrazione tra le componenti sanitaria-assistenziale, epidemiologica, tecnologica, amministrativa delle aziende sanitarie dei centri di Bari e Taranto.
- Il contesto è quello di un Grande Centro che, in vista di una integrazione tecnologica e assistenziale, deve fornire gli elementi gestionali e tecnologici che devono rendere possibili l'attuazione delle linee guida espresse nel coordinamento per l'interoperabilità dei servizi sanitari.
- Questo Intervento dovrà fornire gli strumenti gestionali per modelli organizzativi innovativi, tesi ad una più equa distribuzione dei servizi sanitari sul territorio, ad una eliminazione degli sprechi economici insiti nell'attuale erogazione dei servizi, e in maniera principale ad una agevolazione e facilitazione dei cittadini/utenti nei loro percorsi sanitari che si vedono innalzati nel livello qualitativo prestazionale e di erogazione del servizio.
- L'organizzazione, rendendo possibile l'attuazione di percorsi terapeutici assistenziali di tipo interaziendale, dovrà fornire una metodologia per disciplinare i rapporti di ogni amministrazione sanitaria coinvolta nel dipartimento specialistico attivato, fissando le regole da rispettare per quanto riguarda l'input, il trattamento, e l'output della action di competenza e delle interazioni che avvengono tra le varie componenti il dipartimento stesso.
- Il livello gestionale delle politiche correttive dovrà corrispondere agli standard riconosciuti a livello europeo ed essere fondato su sistemi di qualità, che permettano il monitoraggio continuo, la valutazione delle attività e la loro eventuale riprogrammazione, in modo da raggiungere il buon funzionamento e il miglioramento nel tempo dell'intero sistema sanitario.
- Per gli aspetti tecnologici il Dipartimento di Ingegneria Clinica, che dovrà essere attivato simultaneamente agli altri dipartimenti per la loro operatività effettiva, dovrà garantire la fornitura di procedure, consulenza e monitoraggio per il buono stato funzionale delle tecnologie informatiche, biomediche e tecnologiche in generale, necessarie all'integrazione tecnologica previste nel Dipartimento Interaziendale.

5.3.2 - Obiettivi

L'obiettivo generale di questo intervento consiste – nel contesto Interaziendale di aziende sanitarie locali e di aziende ospedaliere dei grandi centri urbani di Bari e Taranto – nell'implementazione e validazione di un sistema per l'ottimizzazione delle risorse sanitarie i cui obiettivi principali nel suo complesso sono relativi alla attivazione dei dipartimenti assistenziali per specialità, integrando i vari presidi specialistici nelle due città tramite l'utilizzo delle nuove tecnologie previste in altri interventi.

5.3.3 - Descrizione

L'Istituzione, Sperimentazione e Validazione del Dipartimento Interaziendale Tecnologico Assistenziale (**DITA**) presuppone, come è naturale per un processo di integrazione e un approccio operativo a due livelli:

- un primo livello Intra-Aziendale per la predisposizione, nelle Unità funzionali coinvolte, degli strumenti (Hw e Sw) produttori di flussi di informazione a partire dai contatti con i pazienti e dalle procedure di gestione e manutenzione del materiale.
- un secondo livello Interaziendale, che viene alimentato dal primo e che costituendone la premessa razionale richiede non solo valenze di tipo metodologico, procedurale e organizzativo ma anche valenze di supporto tecnico.

Nelle prime fasi di realizzazione e analisi si dovranno identificare, nelle aziende sanitarie coinvolte, le unità funzionali target della validazione e disegnare e sviluppare il programma di qualificazione e di formazione del personale coinvolto, idoneo a sostenere un nuovo modello organizzativo.

Sarà necessario usare sistematicamente un linguaggio armonizzato da parte delle unità funzionali target della validazione e mantenere sotto controllo lo svolgersi del progetto, in particolare: verificare l'andamento del (DITA), eseguire la revisione della documentazione prodotta e in specifico del Documento di Metodologia per la gestione dei processi interaziendali.

Dal punto di vista telematico architetturale, per permettere la distribuzione fisica in un unicum logico, verranno usate tecnologie Middleware (insieme di interfacce che consentono il trasferimento dei dati dalle isole funzionali all'Archivio Centrale per confluire nella Cartella clinica) e Web Intranet (che consente in modo sicuro, usando normali browsers Internet, la gestione e consultazione dei dati clinici e amministrativi e della Cartella clinica non richiedendo software specifico).

Per procedere in modo sinergico in ambiente aziendale e nel contesto multi-aziendale, i due livelli possono essere affrontati in parallelo dopo una fase preliminare in cui deve essere identificata e condivisa una Metodologia basata sul principio di cooperazione e condivisione.

La parte iniziale dovrà affrontare i temi del primo livello in tutte le sue articolazioni, inclusa la relativa documentazione e formazione del personale. Esse sono volte cioè a estendere e trasferire i moduli selezionati presso le aziende sanitarie coinvolte.

Ogni obiettivo si dovrà sviluppare in due momenti principali comuni ad ogni implementazione dell'obiettivo considerato:

- Implementazione e validazione del sistema "isola funzionale|obiettivo" presso le singole Aziende (Amministrazione, Istituto, ecc.) Sanitarie;
- Integrazione del sistema implementato nel contesto generale del dipartimento interaziendale.

La descrizione del piano di azione dovrà coincidere nei tempi programmatici con quelle elencate nel paragrafo Obiettivi.

5.3.4 - Risultati attesi

Fra i risultati previsti che contemplino e implementino gli obiettivi enunciati nel paragrafo 2 di questo Intervento:

- l'attivazione di dipartimenti per specialità cliniche quali: Malattie Cardiovascolari, Endocrino-Metaboliche, Neuroscienze, Materno Infantile e Salute della Donna;
- la gestione integrata delle tecnologie biomediche e dell'information technology attraverso il Dipartimento di Ingegneria Clinica e dell'integrazione informatica, al fine di garantire la comunicazione tra i dipartimenti interaziendali clinici e l'accesso alle informazioni cliniche del paziente;
- l'integrazione con i sistemi informativi delle aziende sanitarie ed enti coinvolti per la costruzione dei dizionari comuni definiti dal coordinamento per l'interoperabilità dei servizi sanitari (ad esempio dati anagrafici del paziente);
- l'integrazione gestionale con la rete dei medici di base;
- la gestione dell'accesso al servizio CUP collocati nei Presidi Ospedalieri, da studi dei medici di base, e dalle postazioni domiciliari che, in via sperimentale, saranno installati in un set minimo.

Sul versante amministrativo il **DITA** fornisce le procedure di Ingegneria Clinica per la gestione integrata delle tecnologie biomediche (comprensiva di manutenzione correttiva e preventiva, verifiche di sicurezza e qualità, procedure per l'acquisto e gestione di beni e servizi), così come per la gestione del patrimonio e del personale.

La realizzazione del **DITA** comporterà un notevole miglioramento dei livelli di assistenza e una razionalizzazione dell'offerta dei servizi sanitari attraverso la condivisione e la distribuzione delle risorse sul territorio. Inoltre comporterà i seguenti miglioramenti:

- Individuazione di uno strumento a supporto della professionalità e dell'efficienza degli operatori addetti e individuazione di un servizio che generi al suo interno strumenti utili e finalizzati alle funzionalità istituzionali di programmazione e controllo della spesa sanitaria.
- Ridistribuzione/razionalizzazione della domanda secondo le effettive opportunità di offerta di servizi sanitari.
- Aumento delle competitività della Sanità Pubblica rispetto a quella Privata, se è vero che quest'ultima viene generalmente preferita alla prima non tanto per la superiore qualità di offerta, quanto per la più tempestiva possibilità di accesso.
- Maggiore omogeneità del servizio offerto agli utenti - cittadini
- Cooperazione sull'area di interesse di tutti i soggetti coinvolti per migliorare la qualità del servizio offerto
- Minor tempo di attesa per la fruizione delle prestazioni specialistiche sanitarie rispetto a quello medio attuale

I Dipartimenti Interaziendali Tecnologico Assistenziali favoriscono l'implementazione dell'assistenza sanitaria a rete che possa rispondere alle necessità di tutta l'area interessata, in modo organico ed unitario, tendente verso livelli crescenti di integrazione e complementarietà funzionale, capaci peraltro di favorire la contrazione delle diseconomie strutturali. La realizzazione di un settore trasversale a livello provinciale rappresenta un valido strumento per sostenerne l'estensione all'intera Regione Puglia.

5.3.5 - Risorse

Il Costo complessivo dell'intervento n.6 **Dipartimenti Interaziendali Tecnologico Assistenziali (DITA)** per il triennio è pari a Euro 2.000.000,00 per Bari e Euro 2.000.000,00 per Taranto.

SISATA - INFRASTRUTTURALE TECNOLOGICO
DIPARTIMENTI INTERAZIENDALI TECNOLOGICO ASSISTENZIALI (DITA)

Voci di costo

finanziamento totale intervento € 2.000.000,00

1	Personale dipendente	
2	Personale a contratto/consulenza/borsa di studio	€ 370.000,00
3	Missioni	€ 160.000,00
4	Attrezzature	€ 650.000,00
5	Eventuali contributi in conto capitale	
6	Materiale di consumo	€ 130.000,00
7	Pubblicazioni/organizzazione/convegni, ecc.	€ 130.000,00
8	Elaborazioni dati ecc.	€ 450.000,00
9	Altre	
10	Spese generali strutture coinvolte	€ 110.000,00
	TOTALE	€ 2.000.000,00

SISAPU
(Sistema Integrato Sanitario Pugliese)

SISA-TA
Sistema Integrato Sanitario di Taranto

Sottoprogetto 3 - Interventi Strutturali Tecnologici

- Intervento 1 - Centro Eventi e Urbanizzazione ex Presidio Ospedaliero di via SS. Annunziata***
- Intervento 2 - Potenziamento Radiologia e Diagnostica per Immagini, Viabilità e Parcheggi Ospedale SS. Annunziata***
- Intervento 3 - Potenziamento Radioterapia Oncologica Ospedale S. Giuseppe Moscati***
- Intervento 4 - Acquisizione e Riqualificazione Immobile (ex UPIM) Distretto Socio-Sanitario n. 4 - Dipartimento di Prevenzione***
- Intervento 5 - Diagnostica Precoce e Stadiazione oncologica Ospedale S. Giuseppe Moscati***

6.- Sottoprogetto Sp3 - Interventi Strutturali e Tecnologici

6.0.1. - Introduzione

Il Piano SISA-PU, come già accennato (paragrafo 3.3 Articolazione), è stato realizzato per soddisfare la necessità della Regione di indirizzare il cittadino verso servizi sanitari appropriati (territorializzazione, informazione del cittadino, continuità di cura) e di avere strumenti per la pianificazione delle politiche sanitarie (conoscenza della domanda, delle potenzialità e dei vincoli dell'offerta). Il SISA-PU si basa, pertanto, non solo sul bisogno di potenziamento delle dotazioni tecnologiche e strutturali e sulla creazione di nuovi canali comunicativi standardizzati rivolti al cittadino, ma anche sulla necessità di pensare ad un management che, in un'ottica di integrazione e gestione delle conoscenze, sappia cercare, elaborare ed indirizzare informazioni utili per il progetto in questione, il cittadino e la Regione.

Per il raggiungimento delle finalità sopra espresse il SISA-PU si articola su tre livelli diversi che si sostanziano in tre differenti sottoprogetti:

- ✓ **Management e Metodologico**. Tale livello si concretizza nella costituzione e nel funzionamento di un Coordinamento per l'Interoperabilità dei Servizi Sanitari che cura il management del progetto SISA-PU, comune per le città di Bari e Taranto, ad evitare il rischio di una pianificazione risultante dalla mera somma dei singoli interventi garantendo il coordinamento delle scelte strategiche in una logica riferita alle intere aree urbane ed al complesso dei servizi a tutela della salute.
- ✓ **Infrastutturale Telematico**. Tale livello consente la sperimentazione di una serie di misure armonizzate tra di loro e finalizzate nell'insieme a sviluppare modelli gestionali diversificati di riorganizzazione dei Servizi Sanitari territoriali ed Ospedalieri già presenti a Bari e Taranto.
- ✓ **Strutturale-tecnologico**. In questo livello s'intendono realizzare specifici interventi che, tenendo conto delle caratteristiche, delle necessità e delle opportunità delle aree metropolitane di Bari e Taranto, consentano una più immediata accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari. In particolare nel presente capitolo si punta l'attenzione sugli interventi strutturali che si andranno ad effettuare nell'area metropolitana di Taranto per accrescere e qualificare l'offerta di servizi (si veda la Figura).

Il SISA-PU intende supportare la realizzazione di un intervento strutturale per la Diagnostica Precoce e la Stadiazione oncologica.

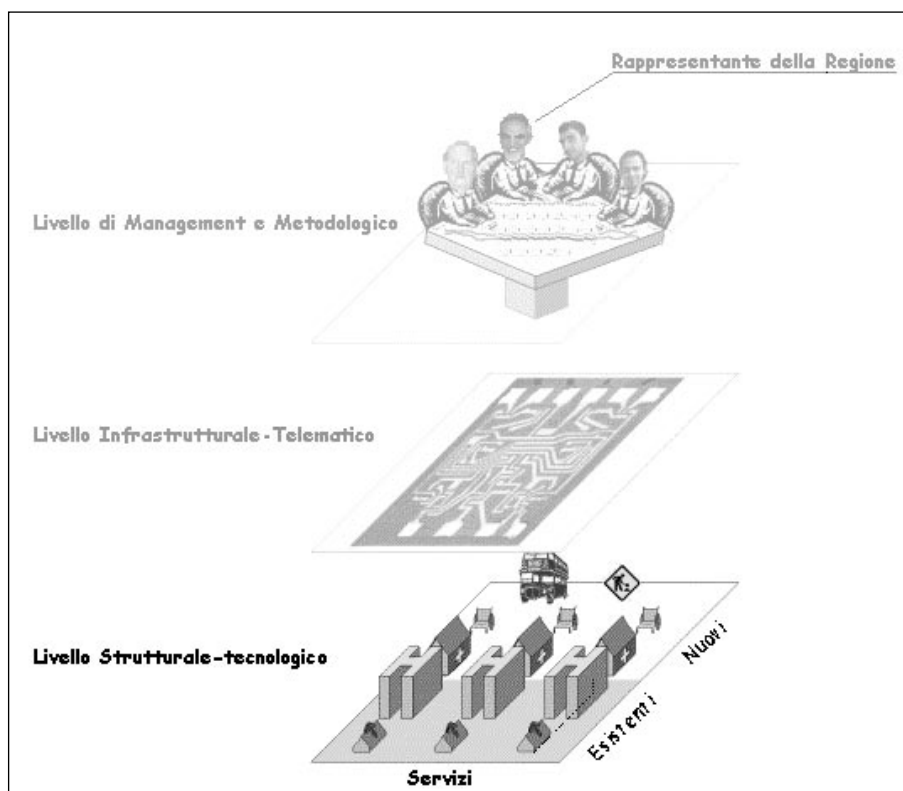


Figura. Rappresentazione grafica dell'Articolazione del Progetto SISA-PU in cui è evidenziato il livello Strutturale-tecnologico.

6.0.2. - Contesto

Dall'analisi dei dati riportati nei paragrafi 2.1.1 *I problemi sanitari delle città* e 2.1.3 *Il contesto sanitario in Puglia* si evince che la popolazione regionale, oltre ad aver visto crescere l'età media e pertanto aumentare tutte le patologie connesse alla lungodegenza, è interessata da fenomeni connessi non solo alla presenza di aree particolarmente svantaggiate ma anche ad una errata distribuzione territoriale dei servizi sanitari che ne inficiano l'utilizzo. Il sistema sanitario regionale necessita pertanto non solo di garantire la cura delle patologie legate all'invecchiamento ma anche di realizzare tutta quella serie di interventi strutturali che consenta da un lato di ripianare la situazione delle aree depresse e dall'altro di garantire, sul territorio, l'accessibilità e la fruibilità dei propri servizi.

6.0.3. - Obiettivi

I problemi esposti nel paragrafo precedente sono stati recepiti dal progetto SISA-TA e le loro soluzioni sono diventati gli obiettivi del presente sottoprogetto.

Al fine di rendere più chiara l'esposizione degli stessi di seguito viene riportata la dicitura dai singoli Interventi.

6.0.4. - Descrizione

Nella descrizione del livello Strutturale Tecnologico, così come già fatto per la definizione degli obiettivi (paragrafo precedente) si fa riferimento alla dicitura riconducibile ai singoli interventi.

6.0.5. - Risultati Attesi

Anche per l'analisi dei risultati attesi, così come già fatto per i paragrafi precedenti, si fa riferimento alla classificazione riconducibile ai singoli Interventi.

6.0.6 - Strumenti di controllo

Si ricorda, prima di esplicitare alcuni degli strumenti utilizzati per il controllo, che l'attività di gestione e monitoraggio dei singoli interventi e dei relativi management vengono realizzate sotto la guida del Coordinamento ed Interoperabilità dei Servizi Sanitari. Ciò consente da un lato di mantenere inalterata la visione di sistema che caratterizza l'intero progetto SISA-PU e dall'altro di garantire l'effettivo raggiungimento degli obiettivi fissati nei diversi interventi.

Gli strumenti che quantificano e misurano l'avanzamento e la realizzazione del progetto, consentendone l'eventuale riprogettazione, sono rappresentati da:

- report conoscitivo che descriva lo stato di avanzamento dei singoli interventi, che include la descrizione puntuale delle attività delle singole Fasi, dei risultati ottenuti, degli obiettivi raggiunti e dell'uso delle risorse.
- disponibilità di un sistema informativo per il Dipartimento Interaziendale Assistenziale.
- numero di medici che operano in rete

L'elencazione sopra riportata non deve essere considerata esaustiva in quanto, in sede di progettazione esecutiva, sarà compito del CISS allargare tale elenco in base alle necessità riscontrate.

6.0.7 - Risorse

Le cifre in tabella sono da considerarsi in Euro

QUADRO ECONOMICO RIEPILOGATIVO STRUTTURALE TECNOLOGICO - TARANTO				
SOTTOPROGETTI	INTERVENTI	Taranto		
		Finanziamento	Cofinanziamento	Totale
Strutturale Tecnologico TARANTO	Centro Eventi e Urbanizzazione ex Presidio Ospedaliero di via SS. Annunziata	1.800.000,00	1.040.000,00	2.840.000,00
	Potenziamento Radiologia e Diagnostica per Immagini, Viabilità e Parcheggi Ospedale SS. Annunziata	6.000.000,00	6.710.000,00	12.710.000,00
	Potenziamento Radioterapia Oncologica Ospedale S. Giuseppe Moscati	1.750.000,00	0,00	1.750.000,00
	Acquisizione e Riqualificazione Immobile (ex UPIW) Distretto Socio-Sanitario n. 4 - Dipartimento di Prevenzione	3.000.000,00	2.960.000,00	5.960.000,00
	Diagnostica Precoce e Stadiazione Oncologica Ospedale S. Giuseppe Moscati	4.000.000,00	0,00	4.000.000,00
	Totale € (EURO)	16.550.000,00	10.710.000,00	27.260.000,00

SISAPU
(Sistema Integrato Sanitario Pugliese)

SISA-TA
Sistema Integrato Sanitario di Taranto

Interventi Strutturali a Taranto
Intervento 1 – Centro Eventi e Urbanizzazione
ex Presidio Ospedaliero di via SS. Annunziata
(Indicato come Linea di Azione 3 del Sottoprogetto RFSS nella versione SISAPU preliminare)

6.1 – INTERVENTO - CENTRO EVENTI E URBANIZZAZIONE EX PRESIDIO OSPEDALIERO DI VIA SS. ANNUNZIATA

6.1.1. - Contesto

L'Azienda Sanitaria Locale TA/1 è carente nel centro cittadino di un centro eventi a carattere sanitario in cui poter consentire l'aggregazione degli operatori sanitari, dei cittadini, delle associazioni di volontariato a fine sanitario.

Va però tenuto conto che il presidio ospedaliero SS. Annunziata, già ospedale vecchio, è ubicato al centro del "Borgo" di Taranto in una zona che presenta un notevole degrado urbanistico soprattutto per la presenza di percorsi pedonali costituiti da vecchi marciapiedi sconnessi ed avvallati in più punti.

6.1.2. - Obiettivi

Detto centro eventi può realizzarsi nel padiglione SS. Annunziata, già ospedale vecchio, compreso nel patrimonio dell'Azienda Sanitaria Locale TA/1. La struttura ha una superficie complessiva di circa 6000 mq e si sviluppa su tre livelli fuori terra; risale agli ultimi anni del 1500 e fu realizzata per ospitare i monaci domenicani. In adiacenza è realizzata la parrocchia del SS Crocifisso.

Il complesso è attualmente vuoto, avendo trasferito l'attività sanitaria in locali conformi alle normative vigenti in materia di sanità e di sicurezza.

È inoltre necessaria una riqualificazione del piazzale antistante il presidio e la rampa di accesso allo stesso, che sono ad un livello superiore rispetto al piano viario circostante necessitano di urgenti interventi di riqualificazione.

6.1.3. - Descrizione

Ovviamente al fine di soddisfare ai requisiti minimi sulla sicurezza, in considerazione anche della struttura portante esistente, si dovranno effettuare interventi di natura edile ed impiantistica di una certa consistenza.

Gli interventi strutturali ed impiantistici più importanti sono i seguenti:

- demolizione di murature non portanti o divisori interni.
- stonacatura e rimozione di rivestimenti.
- rimozione di alcune parti di pavimento.
- opere di consolidamento statico in alcuni punti della struttura.

- trattamento delle murature portanti al fine di eliminare i fenomeni di umidità ascendente superficiale delle murature in particolare del piano terra o di fenomeni di umidità provenienti dalla copertura o dai pluviali .
- Rifacimento delle guaine impermeabilizzanti sul terrazzo con pulizia dei pluviali e rifacimento degli imbocchi.
- realizzazione di alcuni varchi in muratura portante per l'adeguamento alle norme di prevenzione incendi.
- realizzazione di nuovi servizi igienici.
- stonacatura ed intonacatura parziale delle pareti.
- pitturazione di tutti gli ambienti.
- Sostituzione degli infissi interni ed esterni.
- revisione ed adeguamento degli ascensori.
- revisione dell'impianto termico con sostituzione della caldaia per consentire l'alimentazione a gas metano.
- Rifacimento del quadro elettrico generale e dell'intero impianto elettrico con la realizzazione di nuovi quadri di zona.
- Realizzazione di nuovo impianto idrico antincendio con relativa centrale.
- Realizzazione di nuovi impianti idrici e fognari.
- Realizzazione di tutti gli impianti speciali (telefonici, antintrusione, comunicazione interna, rivelazione fumi, citofonici, tv satellitare, etc).
- Pulizia e sanificazione degli ambienti.

Risulta, inoltre, necessario provvedere al restauro dei muri di contenimento del piazzale antistante il presidio, la rampa di accesso allo stesso e della relativa balaustra in ferro battuto.

6.1.4. - Risultati attesi

La realizzazione del Centro Eventi grazie alle attività altamente qualificate che in esso si svolgeranno costituirà un'attrazione per operatori sanitari. Ciò genererà un effetto indotti che, integrato nelle politiche economiche e sociali del comune, porterà ad un elevamento della qualità della vita.

Risorse

Il costo complessivo, comprensivo delle spese per la realizzazione del centro eventi e la ristrutturazione del piazzale e della rampa dell'ex Presidio Ospedaliero di via SS. Annunziata, assomma a € 2.840.000,00 nel triennio, di cui € 1.040.000,00 di cofinanziamento.

SISAPU
(Sistema Integrato Sanitario Pugliese)

SISA-TA
Sistema Integrato Sanitario di Taranto

Interventi Strutturali a Taranto
Intervento 2 – Potenziamento Radiologia e Diagnostica
per Immagini, Viabilità e Parcheggi Ospedale
SS. Annunziata

(Indicato come Linea di Azione 2 del Sottoprogetto RFSS nella versione SISAPU Preliminare)

6.2 INTERVENTO - POTENZIAMENTO RADIOLOGIA E DIAGNOSTICA PER IMMAGINI, VIABILITÀ E PARCHEGGI OSPEDALE SS. ANNUNZIATA

6.2.1 - Contesto

Le necessità sanitarie della città di Taranto, in parte legate al forte sviluppo industriale della città, basti pensare all'insediamento industriale dell'ILVA e dell'Evergreen, impongono alle strutture sanitarie locali di dotarsi di attrezzature ed apparecchiature elettromedicali rivolte alla diagnosi e terapia in tempi brevi di malattie oncologiche, delle patologie dell'apparato respiratorio e di patologie derivanti da traumi causati da incidenti industriali.

Va inoltre tenuto conto che il presidio ospedaliero SS. Annunziata, che attualmente dispone di oltre 700 posti letto, è ubicato in una zona semi-centrale della città di Taranto ad alta densità abitativa e che presenta un notevole degrado urbanistico per la presenza di percorsi pedonali costituiti da vecchi marciapiedi sconnessi ed avvallati in più punti ed una viabilità circostante assolutamente non adeguata al volume di traffico generato dal presidio ospedaliero, in particolare modo con riferimento alla disponibilità di parcheggi.

Infine in previsione del secondo varco di accesso al presidio ospedaliero su piazza Marconi, si rende necessario provvedere alla ripavimentazione dei sentieri pedonali e dello spazio collettivo, all'implementazione dell'architettura del verde, alla realizzazione di elementi di arredo urbano ed a una ristrutturazione del punto di ristoro. Con l'occasione si procederà anche al recupero ed alla valorizzazione di reperti archeologici di notevole importanza quali una fornace greco romana presente al di sotto del piano di calpestio.

6.2.2. - Obiettivi

L'ammodernamento tecnologico ed il potenziamento delle apparecchiature radiologiche con la necessaria ristrutturazione strutturale degli interventi, permetterà di raggiungere i seguenti obiettivi:

- Riduzione delle liste di attesa per l'esecuzione di risonanze magnetiche, TAC o altri accertamenti radiologici.
- Riduzione delle dosi radiogene ai pazienti e diagnosi più sicure.
- Maggiori interventi di radiochirurgia.
- Realizzazione di un sistema di accettazione, archiviazione ed elaborazione delle immagini informatizzato con conseguente risparmio in termini di personale, consumi generici e di materiale sensibile.
- Maggior numero di esami radiologici del torace
- Miglioramento dell'assistenza radiologica durante gli interventi operatori.
- Attivazione del servizio "progetto donna" per la prevenzione delle malattie della donna. -

Maggior numero degli esami cardiologici al p.o. S.G. Moscati in considerazione dell'installazione dell'acceleratore lineare.

- Riduzione delle liste di attesa per il servizio di Medicina nucleare con l'installazione di una nuova Gamma Camera anche in considerazione del nuovo reparto di Medicina Nucleare realizzato con i fondi dell'ex art.20.

Per rendere realmente fruibili le nuove tecnologie acquisite è necessaria una riqualificazione delle strade e delle piazze intorno al Presidio ospedaliero.

6.2.3 - Descrizione

Si elencano gli interventi previsti per il potenziamento della struttura di radiologia e diagnostica per immagini:

- raddoppio della sezione angiografica con apparecchi digitali biplano ed allestimento della sala con connotazione radiochirurgica per permettere interventi di endoprotesi aortica ed il potenziamento degli interventi già eseguibili e per consentire l'avvio di interventi endovascolari nel settore dell'emodinamica cardiologia;
- sostituzione della RM esistente da 1 T con una nuova da 1,5 T con accessori completi per per fusione, diffusione, spettroscopia, advanced angiography e bobine phase a ray;
- sistema di teleradiologia completo di RIS e PACS. Tale sistema è, come a tutti noto, un insostituibile complemento nell'ottica di realizzazione di un dipartimento di diagnostica per immagini per i sistemi di accettazione, archiviazione, elaborazione delle immagini;
- sostituzione di una obsoleta TAC convenzionale con una CT Multislice;
- Acquisizione delle seguenti tecnologie:
 - o Chest Changer digitale che permette un numero elevatissimo di esami radiologici del torace con una notevole riduzione della dose radiologica della popolazione e direttamente collegabile tra il p.o. SS. Annunziata ed il presidio pneumologico attraverso il sistema di teleradiologia - Telecomandato digitale per ottimizzare gli esami prescritti dal Pronto Soccorso;
 - o Apparecchio trococardigrafico digitale che permetterà l'abolizione di almeno 4 postazioni convenzionali;
 - o Apparecchi con amplificatore di brillantezza e portatili per esami a letto in quanto quelli esistenti determinano molto spesso il blocco della attività operatoria;
 - o OPT digitale in quanto il p.o. SS. Annunziata non dispone più di tale strumento poiché quello esistente è stato dichiarato non riparabile.

Per l'avvio del nuovo servizio "Progetto Donna" sarà necessario l'acquisto di

- N. 2 mammografi digitali, un ecografo multidisciplinare ed un mammotomografo per biopsie mammarie

- N. 3 ecografi multidisciplinari per gli esami giornalieri
- N. 1 ecocolor Doppler da utilizzare presso la nuova S.C. di cardiologia del p.o. San Giuseppe Moscati, al fine di ridurre le liste di attesa e migliorare la collaborazione con il nuovo centro di radioterapia oncologica.
- Ristrutturazione degli spazi e l'adeguamento degli impianti tecnologici e delle opere pro-teximetriche per ospitare le nuove apparecchiature
- Installazione di n. 2 gammacamere a cristallo sottile con doppia testata a geometria variabile con collimatori e software adeguato.

Inoltre si procederà alla:

- realizzazione dei marciapiedi con appositi scivoli per l'eliminazione delle barriere architettoniche e di corsie preferenziali per la circolazione in sicurezza dei mezzi di soccorso;
- l'autosilo verrà costruito in un'area compresa tra la Via Minniti, via Oberdan e via Leonida e sarà del tipo interrato con una capienza di circa 400 auto;
- ripavimentazione dei sentieri pedonali e dello spazio collettivo, all'implementazione dell'architettura del verde, alla realizzazione di elementi di arredo urbano ed a una ristrutturazione del punto di ristoro in piazza Marconi.

6.2.4. - Risultati attesi

- riduzione delle liste di attesa che si traduce in termini economici in un incremento dei ricavi per delle attività verso terzi e una possibile riduzione delle giornate di degenza;
- interconnessione informatica di tutte le apparecchiature e quindi ottimizzazione della refertazione;
- riduzione della dose radiologica della popolazione;
- aumento del numero di screening;
- miglioramento del flusso veicolare per permettere ai mezzi di soccorso in condizioni di sicurezza;
- renderà piazza Marconi fruibile all'utenza ospedaliera che gravita intorno al presidio.

6.2.5. - Risorse

Il costo complessivo dell'intervento, comprensivo delle spese per il potenziamento della struttura radiologia e diagnostica per immagini, il miglioramento dell'accessibilità pedonale al presidio, la realizzazione di un autosilo e la riqualificazione urbanistica di piazza Marconi, ammonta a € 12.710.000,00 di cui € 6.710.000.

SISAPU
(Sistema Integrato Sanitario Pugliese)

SISA-TA
Sistema Integrato Sanitario di Taranto

Interventi Strutturali a Taranto
Intervento 3 – Potenziamento Radioterapia
Oncologica Ospedale S. Giuseppe Moscati
(Indicato come Linea di Azione 3 del Sottoprogetto RFSS nella versione SISAPU Preliminare)

6.3 – INTEREVENTO - POTENZIAMENTO RADIOTERAPIA ONCOLOGICA OSPEDALE S. GIUSEPPE MOSCATI

6.3.1 - Contesto

Le necessità sanitarie di Taranto in campo oncologico, in parte legate al tipo di sviluppo industriale della città, hanno imposto l'attuazione di un centro di radioterapia in grado di far fronte nel tempo ai bisogni dei potenziali pazienti neoplastici (1200 - 1500) previsti in un anno, suddivisi in modo adeguato evitando penose e costose migrazioni intra ed extra regionali.

Nel realizzare il centro di radioterapia di Taranto è stato tenuto conto del contesto in cui il centro si inserisce, dimensioni e necessità del bacino di utenza, esistenza di risorse dello stesso tipo nelle vicinanze e dei collegamenti funzionali con tali risorse.

Il centro realizzato si è limitato a risolvere l'esigenza più impellente ovvero quella della rapida attuazione della struttura, ma ha anche tenuto conto delle prospettive di crescita a medio e lungo termine e della evoluzione insita in ogni specializzazione che utilizza apparecchiature ad alto contenuto tecnologico.

Nel formulare le condizioni epidemiologiche circa l'incidenza della patologia neoplastica del bacino di interesse del centro di radioterapia di Taranto, sono state considerate specialmente le necessità della popolazione residente nella provincia e di quella relativa alò bacino di utenza potenziale.

La popolazione della provincia di Taranto è definita in circa 600.000 persone (di cui il 19% popolazione in età infantile dell'11% di popolazione anziana). Il bacino di utenza potenziale comprende la provincia di Matera e parte della costa calabra che affaccia sullo Jonio. (Popolazione stimata in circa 300.000 abitanti).

Le nuove neoplasie attese ogni anno in base alla popolazione residente nella provincia di Taranto sono stimabili in circa 2700 ed è prevedibile il ricorso al trattamento radiante, ematico o palliativo, da parte di almeno il 50 % di queste nel corso della loro storia.

In base alle neoplasie attese nella popolazione residente il centro dovrebbe trattare ogni anno circa 1000 - 1300 nuovi casi, più 300 - 500 pazienti che possono aver bisogno di un trattamento per recidiva o metastasi nel decorso della malattia.

Questi dati sono in accordo con i dati di incidenza nazionale e pubblicati sul sito internet del Ministero della Salute.

L'attuazione del centro con un solo acceleratore risponde ai criteri di emergenza suesposti, ma non è in grado di soddisfare la richiesta di prestazioni che verrà dal bacino di utenza e ridurrà la possibilità di dedicare tempo e macchina a trattamenti più complessi quali radioterapia stereotassica ed irradiazione corporea totale.

6.3.2 - Obiettivi

L'attivazione di un secondo acceleratore lineare, in locali già parzialmente predisposti, permetterà innanzitutto la riduzione delle liste di attesa per accedere al trattamento, che già oggi dopo tre mesi di attivazione risulta essere di 4-5 mesi, così da ridurre i disagi dell'utenza ed in particolare il rivolgersi a strutture radioterapiche fuori dalla provincia.

Il centro dovrà raggiungere una dimensione critica che gli permetta un'autonomia culturale e lo ponga sullo stesso piano dei poli oncologici che servono aree popolate da circa 1.000.000 di abitanti ottenendo anche delle importanti economie di scala potendo arrivare a trattare il doppio dei pazienti con un incremento dei costi complessivi di circa il 30%.

6.3.3 - Descrizione

Con la struttura attuale la S.C. di Radioterapia di Taranto può far fronte ad una domanda non superiore a 500 nuovi pazienti/anno, pertanto i nuovi pazienti dovrebbero rivolgersi ad altri centri regionale ed extra regionale con conseguenti costi sociali derivanti da sacrificio del cittadino che si vede costretto ad affrontare lunghi viaggi per ricevere le necessarie cure in condizioni fisiche e psicologiche non certo ideali.

Per raggiungere la suddetta dimensione critica sarà necessario acquisire le seguenti apparecchiature:

- o Un secondo acceleratore lineare a doppia energia con collimatore multilamellare
- o Un sistema per brachiterapia interstiziale e endocavitaria ad alto dose-rate
- o Hardware e software per radioterapia stereotassica encefalica
- o Software per la radioterapia a modulazione d'intensità
- o Sistema di memoria di massa con archiviazione su CD o DVD di almeno 100 dischi
- o Sistema di laser dinamici per centraggio TAC e prova TAC in carbonio

- o Attrezzatura PTW per dosimetria TBI e in vivo come da DLG 197/00 sulla radioterapia del paziente.

Interventi strutturali per la posa del secondo acceleratore lineare consiste nella realizzazione della fossa centrale, realizzazione degli impianti elettrici e di coordinamento all'interno del locale bunker, realizzazione delle opere proteximetriche necessarie, installazione della porta schermata automatica di accesso al bunker, realizzazione di suppellettili varie per migliorare l'operatività del personale addetto e l'accoglienza dell'utenza.

6.3.4 - Risultati Attesi

L'attivazione del secondo acceleratore permetterà il trattamento di 1200-1300 pazienti/anno con tutti i vantaggi descritti negli obiettivi e la realizzazione di nuove tipologie di interventi quali la stereotassica e corporea totale.

6.3.5 - Risorse

Il costo complessivo dell'intervento comprensivo delle spese per l'acquisizione dei necessari strumenti HW e SW e degli interventi strutturali richiesti è di € 1.750.000,00. Per questo intervento non è previsto cofinanziamento.

SISAPU
(Sistema Integrato Sanitario Pugliese)

SISA-TA
Sistema Integrato Sanitario di Taranto

Interventi Strutturali a Taranto
Intervento 4 – Acquisizione e Riqualficazione
Immobile (ex UPIM) Distretto Socio-Sanitario n. 4
Dipartimento di Prevenzione
(Indicato come Linea di Azione 4 del Sottoprogetto RFSS nella versione SISAPU Preliminare)

6.4 – INTERVENTO - ACQUISIZIONE E RIQUALIFICAZIONE IMMOBILE (EX UPIM) PER DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N. 4 -

6.4.1 - Contesto

L'immobile è situato in via Mazzini angolo via Temenide nel quartiere Tre Carrare – Battisti e si sviluppa su sei livelli fuori terra ed un piano interrato avente una superficie complessiva di circa 12000 mq.

L'immobile è di proprietà comunale ed il valore risulta essere pari a circa 2.960.000,00 di Euro, così come si evince dalle schede dei beni patrimoniali inserite nel Bilancio di previsione relativo all'esercizio finanziario 2003-2005 approvato con delibera di Giunta Comunale del 31.12.2002.

6.4.2. - Obiettivi

La struttura precedentemente destinata ad uso commerciale necessita di sostanziali interventi di riqualificazione al fine di poter destinare gli ambienti alle nuove esigenze, anche se comunque risulta avere alcune caratteristiche che gli consentono l'uso pubblico (ascensori, scale mobili, impianti centralizzati, ampio parcheggio scoperto accessibile con rampa da via Temenide, etc).

Acquisito il rilievo dello stato di fatto, si è proceduto alla formulazione e stesura delle esigenze funzionali rappresentate dalle necessità d'uso e di utilizzo della struttura a Distretto Socio Sanitario.

Dette esigenze hanno riguardato la sistemazione e allocazione dei sottosegnati servizi:

- uffici direzionali di distretto socio-sanitario;
- poliambulatorio di distretto;
- deposito e uffici area servizio Farmacia con spazi adibiti ad attesa e scarico merci;
- sede ed uffici di consultorio familiare;
- centro di igiene mentale e diurno con day hospital;
- sede del dipartimento di salute mentale;
- servizi del dipartimento di igiene e sanità pubblica;
- centro di vaccinazione, sportelli al pubblico, attesa e ristoro.

A seguito della disamina delle necessità di allocazione di un Distretto Socio Sanitario, sono state individuate le "esigenze funzionali" di tali servizi, con indicazione anche delle necessità spaziali d'uso e di impianti.

Esigenze dimensionali e tecniche di destinazione

Avendo ampiamente verificato tutte le esigenze di quanto necessario per l'allocazione dei servizi, e per il compiuto espletamento dei servizi sanitari di un Distretto socio-sanitario, si riportano nel seguito le esigenze dimensionali e tecniche dei diversi servizi previsti:

- uffici direzionali di distretto socio-sanitario - mq. 500;
- poliambulatorio di distretto - mq. 800;
- deposito e uffici area servizio Farmacia con spazi adibiti ad attesa e scarico merci - mq. 900;
- sede ed uffici di consultorio familiare – mq. 500;
- centro di igiene mentale e diurno con day hospital - mq. 450;
- sede del dipartimento di salute mentale – mq. 300;
- servizi del dipartimento di igiene e sanità pubblica – mq. 1000;
- centro di vaccinazione, sportelli al pubblico, attesa e ristoro – mq. 600.

Esigenze specifiche dei requisiti tecnologici d'uso

La struttura precedentemente destinata ad uso commerciale necessita di sostanziali interventi di riqualificazione al fine di poter destinare gli ambienti alle nuove esigenze.

Ovviamente al fine di soddisfare ai requisiti minimi sulla sicurezza, in considerazione anche della struttura portante esistente, si dovranno effettuare interventi di natura edile ed impiantistica di una certa consistenza.

Gli interventi strutturali ed impiantistici più importanti sono i seguenti:

- demolizione di murature non portanti o divisori interni.
- stonacatura e rimozione di rivestimenti.
- rimozione di alcune parti di pavimento.
- opere di consolidamento statico in alcuni punti della struttura.
- trattamento delle murature portanti al fine di eliminare i fenomeni di umidità ascendente superficiale delle murature in particolare del piano terra o di fenomeni di umidità provenienti dalla copertura o dai pluviali .
- Rifacimento delle guaine impermeabilizzanti sul terrazzo con pulizia dei pluviali e rifacimento degli imbocchi.
- realizzazione di alcuni varchi in muratura portante per l'adeguamento alle norme di prevenzione incendi.
- realizzazione di nuovi servizi igienici.
- stonacatura ed intonacatura parziale delle pareti.
- pitturazione di tutti gli ambienti.
- Sostituzione degli infissi interni ed esterni.

- revisione ed adeguamento degli ascensori.
- revisione dell'impianto termico con sostituzione della caldaia per consentire l'alimentazione a gas metano.
- Realizzazione dell'impianto di condizionamento.
- Rifacimento del quadro elettrico generale e dell'intero impianto elettrico con la realizzazione di nuovi quadri di zona.
- Realizzazione di nuovo impianto idrico antincendio con relativa centrale.
- Realizzazione di nuovi impianti idrici e fognari.
- Realizzazione di tutti gli impianti speciali (telefonici, antintrusione, comunicazione interna, rivelazione fumi, citofonici, tv satellitare, etc).

Pulizia e sanificazione degli ambienti.

6.4.3. - Descrizione

Tale immobile, tramite protocollo d'intesa, verrà conferito all'Azienda Sanitaria Locale TA/1.

- tav. 1 piano interrato:
è prevista l'allocazione del servizio di farmacia con relativo deposito a servizio dell'intero territorio provinciale. L'accesso sarà garantito attraverso due scale esterne, una scala mobile ed una ascensore per una superficie complessiva di circa 200mq. Sono già realizzate idonee uscite di sicurezza.
In particolare si potrà prevedere un'area adibita agli uffici amministrativi del Servizio su una superficie di circa 300 mq, ed un'area da adibire a depositi per una superficie di circa 400 mq. A tale livello saranno ubicati anche i locali tecnici e locali adibiti a servizi.
- tav. 2 piano terra:
è prevista l'allocazione del poliambulatorio del distretto sanitario n. 4 per una superficie complessiva di circa 800 mq con aree adibite a spazi di attesa, punto informazioni, sportello al pubblico e ristoro per una superficie di circa 300 mq
- tav. 3 piano primo:
è prevista l'allocazione del consultorio familiare per una superficie di circa 500 mq e del centro di vaccinazione con superficie di circa 600 mq con un'ampia area adibita ad attesa e disimpegno.

- tav. 4 piano secondo:
è prevista l'allocazione del centro di igiene mentale diurno con day hospital su una superficie di circa 450 mq e la sede del Dipartimento di salute mentale su una superficie di circa 300 mq con ampi spazi adibiti ad attesa e disimpegno.
- tav. 5 piano terzo:
è prevista l'allocazione degli uffici amministrativi e dirigenziali del Dipartimento di igiene e Sanità pubblica con spazi riservati all'attesa e punti di incontro per una superficie complessiva di circa 1000 mq.
- tav. 6 piano quarto:
è prevista la realizzazione di altri locali che potranno essere destinati ad uffici amministrativi e dirigenziali del Distretto Socio Sanitario n. 4 con sale riunioni, e spazi comuni per una superficie complessiva di circa 500 mq.

Le suddette destinazioni e i disimpegni delle zone e/o parti, ben si evidenziano dai grafici in allegato.

Ovviamente, le opere di adeguamento necessarie per la loro sistemazione tengono conto anche di tutta la parte impiantistica (elettrica, idrica, fognante, impianti di condizionamento, impianti d'allarme, videoconferenza, telefonico) legge 46/90; la progettazione dell'abbattimento barriere architettoniche legge 13/89.

E così anche gli impianti di sollevamento ascensori saranno oggetto di adeguamento funzionale e secondo legge.

6.4.4. - Risultati attesi

realizzazione di un centro sanitario ed in particolare:

- uffici direzionali di distretto socio-sanitario;
- poliambulatorio di distretto;
- deposito e uffici area servizio Farmacia con spazi adibiti ad attesa e scarico merci;
- sede ed uffici di consultorio familiare;
- centro di igiene mentale e diurno con day hospital;
- sede del dipartimento di salute mentale;
- servizi del dipartimento di igiene e sanità pubblica;
- centro di vaccinazione, sportelli al pubblico, attesa e ristoro.

6.4.5. - Risorse

Il costo complessivo dell'intervento compresa l'acquisizione dell'immobile ed i lavori di riqualificazione e ristrutturazione dello stesso assommano a € 5.960.000,00 di cui € 2.960.000.

SISAPU
(Sistema Integrato Sanitario Pugliese)

SISA-TA
Sistema Integrato Sanitario di Taranto

Interventi Strutturali a Taranto
Intervento 5 – Diagnostica precoce e stadiazione
oncologica S. Giuseppe Moscati

6.5 – INTERVENTO – DIAGNOSTICA PRECOCE E STADIAZIONE ONCOLOGICA OSPEDALE S. GIUSEPPE MOSCATI

6.5.1. - Contesto

Fino alla metà degli anni '80 la PET è stata utilizzata quasi esclusivamente per scopi di ricerca, ma la rapida evoluzione tecnologica sia nello sviluppo di nuovi radiofarmaci che per gli scanner ha portato allo sviluppo di applicazioni diagnostiche e cliniche. Si è passati da una risoluzione spaziale di 24 mm, per scanner sviluppati negli anni '70, ad una di 3-4 mm nei sistemi PET moderni.

Nel solo arco di tempo che va dal 1987 al 1999, il numero di sistemi PET in Europa passò da poche unità a circa 200. Così, grazie alla diminuzione dei costi ed agli sviluppi della ricerca soprattutto nel campo dei nuovi materiali per i cristalli e nel campo delle applicazioni software di fusione tra immagini funzionali (PET) ed immagini morfologiche (TAC e RMN), si è avuta una sempre più rapida diffusione dei sistemi PET in ambienti clinici.

Notevoli vantaggi dal punto di vista economico si ottengono quando i centri PET si dotano non solo di uno scanner PET, ma anche di un ciclotrone e di un laboratorio di radiochimica per produrre direttamente in loco i radiofarmaci. Basti pensare che il costo del glucosio marcato con fluoro acquistato all'estero è di poco inferiore a quanto si ottiene con il rimborso degli esami PET.

In Puglia esistono le premesse politiche, culturali e scientifiche che favoriscono il decollo di strutture sanitarie, tecnologiche e scientifiche che portino come conseguenza ad una svolta nei settori della medicina avanzata, con ovvie ricadute sul piano occupazionale. Tali premesse sono costituite da:

- Una rapida trasformazione sociale, economica e scientifica;
- L'avvio di nuovi Corsi di Laurea quali "Ingegneria Biomedica" sia a Bari che a Lecce;
- Un conseguente alto numero di giovani meridionali laureati in materie che rappresentano una buona base per la ricerca scientifica (quali ingegneria, chimica, informatica, fisica, biologia, medicina, chimica e tecnologie farmaceutiche, etc.);

Non esiste alcun centro PET, né tanto meno PET/TAC, in Puglia e dei sei centri esistenti in Italia uno soltanto ha sede al Sud, cioè a Napoli, cioè una sede troppo distante dai cittadini pugliesi bisognosi. Nell'ipotesi di un progetto PET su base regionale, si potrebbe adottare un'impostazione di più tomografi PET installati ad una distanza ottimale da un superciclotrone, valutando il bacino di ed i flussi di utenza, nonché il fabbisogno di richiesta diagnostica. Esiste, comunque, un margine di sicurezza adeguato se si procede al potenziamento diagnostico di un centro oncologico, quale il Centro di radioterapia di Taranto, mediante un apparato PET/TAC. L'esperienza operativa del Centro stesso

potrà stimare, nel tempo minimo di un biennio, la domanda diagnostica esatta, senza margini di errore o approssimazioni.

6.5.2. - Obiettivi

Gli attuali ambiti clinici di applicazione della PET/TAC sono tre:

1. oncologia per diagnosi, stadiazione e follow-up;
2. cardiologia per la valutazione della vitalità cardiaca pre-rivascolarizzazione;
3. neurologia per le epilessie farmaco resistenti, per la demenza, etc.

Ipotizzando a regime un'attività assistenziale (quindi esclusa qualsiasi attività di ricerca pura e/o di ricerca clinica) pari a 12 ore al giorno (doppio turno) per 220 giorni all'anno; ipotizzando ancora 1.5 ore per paziente (tempo per l'esame + tempo di gestione del paziente) come tempo medio di occupazione del sistema ed un'ora al giorno per la manutenzione ordinaria e calibrazione del sistema, un'installazione PET può garantire gli esami di 7 pazienti al giorno pari a 1540 pazienti all'anno. L'attività negli anni seguenti può aumentare con un'ottimizzazione del tempo di utilizzo della PET nella fase di acquisizione rispetto alle problematiche di gestione del paziente nella fase preparatoria dell'esame. Il numero d'esami è comunque condizionato dalla tipologia di esami nel senso che le indagini di tipo cardiologico o neurologico sono in genere più complesse di quelle oncologiche e richiedono quindi tempi maggiori.

Gli spazi vuoti, lasciati dall'uso PET/TAC, possono facilmente essere coperti dall'uso della macchina in sola funzione TAC spirale multistrato, ottimizzandone l'utilizzazione.

6.5.3. - Descrizione

- Acquisizione e adattamento dei locali per ospitare il centro PET

Per un centro PET per diagnostica sono previsti almeno questi locali:

per il ciclotrone:

- sala ciclotrone (ca. 50 m²)
- laboratorio di radiochimica (ca. 70 m²)
- ambiente tecnico (ca. 20 m²)
- sala di decontaminazione (ca. 20 m²)
- laboratorio di controllo qualità (ca. 20 m²)

per lo scanner PET/TAC:

- sala esami (ca. 50 m²)
- sala referti (ca. 20 m²)

- sala sviluppo software ed archivio immagini (ca. 20 m²)
- sala controllo (ca. 20 m²)

per un totale di circa 300 m².

Nel calcolo non sono stati considerati altri ambienti di supporto, quali bagni e servizi, sale di attesa per pazienti ambulatoriali e ricoverati e servizi amministrativi.

Questa superficie è disponibile al piano interrato del presidio ospedaliero San. G. Moscati in adiacenza al già funzionante reparto di radioterapia oncologica.

I locali erano destinati in parte a locali tecnici ed in parte a servizio morgue.

- Formazione degli operatori:
Riveste particolare importanza la formazione di tutto il personale per garantire il raggiungimento del know-how necessario affinché la metodica PET/TAC diventi sicuramente efficace e rispondente ai bisogni della popolazione.

La formazione va intesa come formazione iniziale di apprendimento della tecnica diagnostica e di utilizzo della strumentazione e come aggiornamento professionale continuo nel tempo.

E' quindi necessario che già all'avvio delle attività alcune delle professionalità coinvolte siano in possesso dei requisiti di base e di esperienza specifica in modo da assicurare efficienza operativa e qualità gestionale e clinica.

Sono importanti le seguenti competenze:

- * Medica
- * Chimica
- * Fisica
- * Informatica
- * Nucleare

Inoltre, tutto il personale deve avere un addestramento specifico sull'attrezzatura da parte dei fornitori.

6.7.4. - Risultati attesi

Insatallare, attivare e portare a regime un centro PET/TAC secondo i modi ed i criteri precedentemente descritti

6.7.5. - Risorse

Il costo relativo all'installazione di un Centro PET/TAC deve fare riferimento ad una serie di possibili moduli organizzativi per ciascuno dei quali sono stati analizzati i costi di acquisto della strumentazione ed i costi di installazione, che sono qui sintetizzati in modo onnicomprensivo.

a) Lavori	250.000,00
b) Oneri per la sicurezza	7.000,00
c1) fornitura ciclotrone	1.250.000,00
c2) fornitura tomografo PET-TAC	1.800.000,00
Somme a disposizione dell'Amministrazione	
d) Spese generali (progettazione , direzione dei lavori)	30.000,00
IVA al 10% su a) e b)	25.700,00
IVA al 20% su d) e c)	616.000,00
e) Responsabile del procedimento	15.000,00
f) Collaudo	5.000,00
g) Economie ed imprevisti	1.300,00
totale	693.000,00
TOTALE	4.000.000,00

