

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 20 febbraio 2018, n. 188

**Obiettivi a carattere prioritario e di rilievo nazionale. Approvazione progetti riferiti al finanziamento 2015.**

Il Presidente, sulla base dell'istruttoria espletata dal Funzionario istruttore e confermata dal Dirigente della Sezione Amministrazione, Finanza e Controllo e dal Direttore del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti, riferisce quanto segue:

Vista *l'Intesa*, (Rep. Atti n. 236/CSR) del 23/12/2015, fra Stato-Regioni e Province Autonome che ha sancito sulla nuova proposta del Ministro della Salute di Deliberazione del CIPE relativa all'assegnazione delle risorse vincolate - ai sensi dell'art. 1, co. 34 e 34 bis, della L n. 662 del 23/12/1996 - la realizzazione degli Obiettivi di Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2015.

Con *l'Accordo* (Rep. Atti n. 234/CSR), sancito in Conferenza Stato-Regioni in data 23/12/2015, sono state quindi individuate per l'anno 2015 le seguenti Linee Progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate di cui al sopra citato art. 1, c. 34 e 34 bis della L. 23/12/1996, n. 662 per l'elaborazione di progetti finalizzati a realizzare gli Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati dal Piano Sanitario nazionale:

1. Attività di assistenza primaria
2. Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali
3. Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica.
4. Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione.
4. Supporto al Piano Nazionale Prevenzione
5. Gestione delle Cronicità.
6. Reti Oncologiche.

Vista l'assegnazione complessiva per la Regione Puglia che è pari a euro 67.140.070,00.

Conformemente a quanto disposto dal suddetto comma 34 bis dell'art. 1 della L. 23/12/1996 n. 662, *l'Accordo Rep. Atti n. 234/CSR del 23/12/2015* stabilisce che i progetti predisposti nell'ambito delle elencate Linee Progettuali, siano presentati dalle Regioni al Ministero della Salute, su proposta del quale, previa valutazione favorevole del comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'art. 9 dell'Intesa del 23 marzo 2005, saranno quindi sottoposti all'approvazione della Conferenza Stato-Regioni. L'Accordo stabilisce inoltre che la Delibera di approvazione dei progetti contenga "anche specifica relazione illustrativa dei risultati raggiunti per singolo progetto nell'anno precedente e degli stati di avanzamento per i progetti pluriennali.

Sulla base delle suddette linee progettuali, l'ARESS Puglia ed i competenti uffici regionali hanno predisposto i seguenti progetti che, allegati al presente provvedimento, ne costituiscono parte integrante e sostanziale:

- *Linea Progettuale 1: Attività di assistenza primaria:* Implementazione dell'Assistenza Primaria.
- *Linea Progettuale 2: Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali:* Rete per l'assistenza domiciliare per trattamenti riabilitativi.
- *Linea Progettuale 3: Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica:* Rete regionale di cure palliative.
- *Linea Progettuale 4: Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione:* Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano nazionale prevenzione.
- *Linea Progettuale 4: Supporto al Piano Nazionale Prevenzione*
- *Linea Progettuale 5: Gestione della cronicità:* Gestione delle cronicità - CCM in Puglia.
- *Linea Progettuale 6: Reti Oncologiche:* Rete Oncologica Pugliese.

Visto che l'Accordo Rep. Atti n. 234/CSR del 23/12/2015 prevede vincoli specifici sulle risorse ministeriali per l'anno 2015, che sono stati rispettati.

Nei rispetto delle suddette linee e vincoli, l'Agenzia Regionale Sanitaria (A.Re.S.S.) ha predisposto i progetti (allegato n.1 alla presente deliberazione). Tenuto conto che le ASL trasmettono annualmente ai referenti dei progetti, la relazione finale in merito all'attuazione degli stessi, tenuto conto che i progetti si integrano a pieno titolo nelle attività istituzionali riferite ai Livelli Essenziali di Assistenza.

Dato atto che le attività relative alle linee progettuali sono state già avviate a sostegno dell'attività istituzionale delle Aziende costituendo vincolo per le Aziende e Istituti del SSR, indipendentemente dalla burocratizzazione dei procedimenti e dalla materiale erogazione dei fondi che costituisce supporto aggiuntivo per detto perseguimento.

Tenuto conto che ai fini dell'istruttoria ministeriale è necessario anche inviare le rendicontazioni relative ai progetti finanziati con le risorse riferite all'esercizio 2014, per le quali l'Aress sta procedendo alla ultimazione.

Tenuto conto che le linee programmatiche approvate rivestono particolare interesse e rilievo per l'intera pianificazione regionale.

Ritenuto di inviare al Ministero della Salute il presente provvedimento, corredato delle Schede di Progetto, onde consentire l'effettivo riconoscimento delle risorse assegnate alla Regione Puglia con la citata Intesa del 23 dicembre 2015, così come di seguito riepilogato:

LINEA PROGETTUALE	TITOLO DEL PROGETTO	COSTO COMPLESSIVO
1	Riorganizzazione dell'Assistenza Primaria	€ 8.400.000,00
2	Rete per l'assistenza domiciliare per trattamenti riabilitativi	€ 20.495.413,00
3	Rete regionale di cure palliative	€ 7.560.193,00
4	Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione	€ 18.053.741,68
4	Supporto al Piano Nazionale Prevenzione	€ 90.722,32
5	Gestione Cronicità - CCM in Puglia	€ 9.540.000,00
6	Reti Oncologiche	€ 3.000.000,00
	<b>TOTALE</b>	<b>€ 67.140.070,00</b>

Visto che con Deliberazione di Giunta Regionale n.26 del 12 gennaio 2018 sono stati recepiti l'Accordo e l'Intesa Stato-Regioni del 23 dicembre 2015, si propone alla Giunta di approvare i progetti.

Preso atto che ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs. 118/2011 le somme risultano iscritte in entrata e uscita nell'esercizio di competenza 2015, e che le stesse risultano già impegnate al capitolo 751068/2015 con AD n.75/168/2015 e n.76/168/2015, giusti crediti iscritti dalle Aziende Sanitarie nei Bilanci di Esercizio 2015;

**Copertura finanziaria ai sensi del D.lgs. 118/2011**

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale, in quanto trattasi di mera ricognitoria, posto che le risorse risultano essere già state impegnate con AD n.75/168/2015 e n.76/168/2015, e parzialmente erogate.

Il Presidente, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta, ai sensi della LR. n. 7/97 art.4, comma4, lettera k) l'adozione del conseguente atto finale.

**LA GIUNTA**

Udita e fatta propria la relazione del Presidente, che qui si intende integralmente riportata;

Vista la sottoscrizione posta in calce al presente provvedimento dal Dirigente della Sezione Amministrazione, Finanza e Controllo e dal competente Direttore di Dipartimento;

A voti unanimi espressi nei modi di legge

**DELIBERA**

Per quanto in premessa indicato che qui si intende integralmente trascritto:

- 1.** Di approvare le schede di progetto - di cui all'allegato n. 1 al presente atto - parti integranti del presente provvedimento elaborate secondo le linee progettuali indicate nell'Accordo Stato-Regioni e relative alle risorse assegnate per l'anno 2015, pari ad € 67.140.070,00.
- 2.** Di dare mandato al Commissario dell'Aress di predisporre le relazioni consuntive dei progetti finanziati con le risorse 2014 al fine dell'invio al competenti uffici del Ministero della Salute;
- 3.** Di trasmettere la presente deliberazione al Ministero della Salute per gli adempimenti di competenza.
- 4.** Di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul sito ufficiale della Regione Puglia.
- 5.** Di pubblicare la presente Deliberazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA  
CARMELA MORETTI

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA  
MICHELE EMILIANO

Progetti di Piano anno 2015 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

**ORIGINALE**



**Regione Puglia**

---

# PROGETTI DI PIANO ANNO 2015

---

REDATTI AI SENSI DELL'ARTICOLO 1, COMMI 34 E 34 BIS, DELLA LEGGE DEL 23 DICEMBRE 1996, N. 662.

ELABORAZIONE : ARESS PUGLIA



Progetti di Piano anno 2015 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

## **INDICE ANALITICO DEI PROGETTI**

*LINEA PROGETTUALE 1: ATTIVITÀ DI ASSISTENZA*

**IMPLEMENTAZIONE DELL'ASSISTENZA PRIMARIA**

*LINEA PROGETTUALE 2: SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZZAZIONE  
ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI*

**RETE PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE PER TRATTAMENTI RIABILITATIVI**

*LINEA PROGETTUALE 3: CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE. SVILUPPO  
DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE PALLIATIVA SPECIALISTICA*

**RETE REGIONALE DI CURE PALLIATIVE**

*LINEA PROGETTUALE 4: PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO  
NAZIONALE PREVENZIONE*

**PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE  
PREVENZIONE**

*LINEA PROGETTUALE 4: PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO  
NAZIONALE PREVENZIONE*

**SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE**

*LINEA PROGETTUALE 5: GESTIONE DELLA CRONICITÀ*

**CHRONIC CARE MODEL PUGLIA**

*LINEA PROGETTUALE 6: RETI ONCOLOGICHE*

**RETE ONCOLOGICA PUGLIESE (ROP)**



Progetti di Piano anno 2015 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

<b>GENERALITÀ</b>	
<b>REGIONE</b>	<b>160 – REGIONE PUGLIA</b>
<b>LINEA PROGETTUALE 1</b>	<b>ATTIVITÀ DI ASSISTENZA PRIMARIA</b>
<b>TITOLO</b>	<b>IMPLEMENTAZIONE DELL'ASSISTENZA PRIMARIA</b>
<b>DURATA</b>	<b>24 MESI</b>
<b>COSTO</b>	<b>€ 8.400.000,00</b>
<b>REFERENTE</b>	<b>DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI SERVIZIO STRATEGIE E GOVERNO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE A.Re.S.S. Puglia</b>

#### RAZIONALE

La complessa riorganizzazione dell'Assistenza Territoriale che la Regione Puglia sta portando avanti prevede l'ottimizzazione dei servizi in risposta ai bisogni crescenti della popolazione più fragile e la rifunzionalizzazione dell'intero sistema dell'offerta per assicurare la copertura assistenziale nell'arco delle 24 ore. Gli assi principali lungo i quali questo articolato processo di riorganizzazione si è sviluppato nel corso degli ultimi anni sono rappresentati dalla contemporanea realizzazione da un lato dei Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) e, dall'altro, di azioni importanti a sostegno della implementazione dell'Assistenza Primaria. Per quanto riguarda il primo punto, il PTA rappresenta la risposta alla riconversione delle strutture ospedaliere e contribuisce alla rifunzionalizzazione dei servizi distrettuali concentrando, il più possibile, tutte le attività che possono contribuire a realizzare la copertura assistenziale nell'arco delle 12 o 24 ore. I PTA corrispondono alle strutture ospedaliere oggetto di processo di riconversione delle strutture ospedaliere (per effetto del R.R. n.14/2015, nonché dei R.R. n. 18/2010 e s.m.i. e n. 36/2012 di riordino della rete ospedaliera) e rappresentano il perno della riorganizzazione dei servizi distrettuali realizzando una reale revisione della rete dei servizi che mira ad integrare e mettere in collegamento (organizzazione a rete) i punti di offerta ed i professionisti che concorrono all'erogazione dell'assistenza territoriale. I PTA rappresentano il punto di partenza dell'integrazione tra le diverse funzioni assistenziali e dello sviluppo dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), in modo da conseguire quattro macro obiettivi prioritari:

- la massima **efficienza** erogativa (h24);
- la migliore **efficacia**, attraverso la "messa in comune" delle competenze e delle abilità in forma integrata e condivisa dai professionisti attraverso adeguati percorsi assistenziali;
- la maggiore **appropriatezza** nell'uso delle risorse in quanto coordinate e orientate ad obiettivi di salute condivisi;
- la maggiore **integrazione** con la rete dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali a ciclo diurno e a carattere domiciliare.

Per quanto riguarda il secondo punto, attraverso l'ultimo Accordo Integrativo Regionale (AIR) della Medicina Generale (tuttora vigente) la Regione Puglia ha costruito un primo modello di governo delle Cure Primarie. Tale modello finalizza l'attività del Medico di Medicina Generale al raggiungimento degli obiettivi di salute definiti dalla programmazione regionale (diabete, ipertensione, rischio cardiovascolare) attraverso l'utilizzo del governo clinico, quale strumento per garantire l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni, ed il potenziamento della sanità elettronica, previa adeguata formazione degli stessi Medici di Medicina Generale attraverso nuclei appositamente costituiti, adeguando nel contempo le modalità di gestione della carta clinica informatizzata. La caratteristica principale della rete dei servizi sanitari pugliesi dedicata alle cure primarie, infatti, è quella delle forme evolute di collaborazione tra Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta con il personale dei Distretti Sociosanitari (in particolare infermieri e fisioterapisti), nell'ottica di una riorganizzazione complessiva della assistenza territoriale secondo modelli gestionali di tipo integrato. Tutto ciò è stato realizzato in



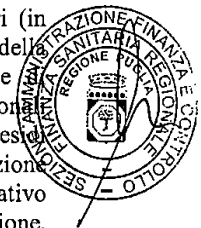
Progetti di Piano anno 2015 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

coerenza con i principi affermati nel Piano Regionale di Salute 2008-2010 e dal Programma Operativo 2013-2015 che si ispirano ad un modello organizzativo di Distretto Sociosanitario in grado di assicurare, attraverso la implementazione di processi di integrazione ospedale-territorio e di integrazione sociosanitaria oltre alla messa in opera di azioni di coordinamento della rete, le attività legate all'assistenza primaria con conseguente valorizzazione delle forme complesse di associazionismo. La Legge 189/2012 ed il nuovo Patto per la Salute 2014-2016, sancito con l'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014, attribuiscono alla Regioni autonomia esclusiva in merito alla definizione dell'organizzazione delle Cure Primarie, attraverso l'implementazione di modelli organizzativi (Aggregazioni Funzionali Territoriali e Unità Complesse di Cure Primarie) che permettano una gestione più efficace ed efficiente nella presa in carico dei pazienti fragili ed affetti da patologie croniche. La realizzazione di tali modelli organizzativi consente, altresì, un'appropriatezza risposta ai bisogni di salute delle persone a parità di risorse economiche in uno scenario normativo ancora in fase di perfezionamento e demandato all'Accordo Collettivo Nazionale in via di definizione. In attesa della chiusura delle trattative per la sottoscrizione del nuovo Accordo Collettivo Nazionale che disciplina il rapporto con i Medici di Medicina Generale, che dovrà definire, a livello nazionale, la declinazione degli istituti normativi contenuti nella Legge 189/2012, è stato avviato un percorso di progressivo potenziamento del modello organizzativo della Medicina Generale, che ha costituito anche l'oggetto di attività progettuali già sviluppate ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662 negli obiettivi di piano (linea progettuale 1) degli ultimi anni. La regione, infatti, in attesa della sottoscrizione dell'Accordo Collettivo Nazionale, ha posto in essere delle azioni propedeutiche all'attuazione della L. 189/2012.

A tale proposito occorre ricordare che:

- la regione con DGR n. 2290 aveva approvato nel 2009 l'accordo integrativo regionale (AIR) per la medicina generale che disciplina anche le forme associative complesse che prevedono la costituzione di forme in rete e gruppo denominate "super rete" e "super gruppo" all'art. 3 e "centri polifunzionali territoriali" (CPT) all'art. 4;
- in ogni azienda è stato istituito il fondo per l'associazionismo complesso ed il fondo per la sperimentazione dei "centri polifunzionali territoriali";
- la forma associativa "centro polifunzionale territoriale" (CPT) era stata istituita come forma sperimentale relativamente alla erogazione dell'assistenza primaria nell'arco delle 12 ore diurne;
- in ogni ASL è stato costituito un CPT;
- la sperimentazione dei CPT ha prodotto risultati lusinghieri in termini di assistenza ai cittadini e di customer satisfaction.

L'approvazione della legge Balduzzi 189/2012, che ha previsto la istituzione di forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e forme organizzative multiprofessionali, denominate unità complesse di cure primarie (UCCP), che nell'ambito dell'organizzazione distrettuale del servizio devono garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, ha reso necessaria una revisione organica del modello assistenziale previsto dall'AIR lungo alcune ben precise direttrici evolutive, al fine di consentire il superamento della fase sperimentale e la riorganizzazione del servizio in aderenza alle previsioni della Legge 189/2012. La caratteristica principale della attuale rete dei servizi sanitari è quella delle forme evolute di collaborazione tra Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta con il personale dei Distretti Sociosanitari (in particolare infermieri e fisioterapisti), nell'ottica di una riorganizzazione complessiva dell'assistenza territoriale secondo modelli gestionali di tipo U.C.C.P. Tali forme evolute dell'associazionismo medico sono state già attuate e configurate come Centri Polifunzionali Territoriali (C.P.T.). I C.P.T., allocati nelle ex strutture ospedaliere riconvertite in Presidi Territoriali di Assistenza (P.T.A.), saranno convertiti in U.C.C.P. a seguito della sottoscrizione dell'Accordo Collettivo Nazionale e successiva sottoscrizione dell'Accordo Integrativo Regionale. Le attuali forme di associazionismo monoprofessionali (Medicina in Associazione, Medicina in Rete e Super rete, Medicina di Gruppo e Supergruppo) sono candidate a diventare



Progetti di Piano anno 2015 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

Aggregazioni Funzionali Territoriali (A.F.T.). Tutte le attuali forme di associazionismo medico sono state istituite con formali atti istitutivi delle Aziende Sanitarie Locali. Tale assetto organizzativo, dove i professionisti operano non più da soli ma in una logica di squadra assieme ai loro pari nelle AFT o assieme ad altri professionisti nelle UCCP, collegati da una rete informatica dei servizi regionali in modo da garantire la continuità dell'assistenza sanitaria (da h12 fino ad h24), mira a ridurre l'uso e l'impegno (la maggior parte delle volte in maniera inappropriata) dei servizi sanitari di secondo e terzo livello, aumentando l'efficienza complessiva del SSR e quindi di operare a favore della sua sostenibilità. Una volta definito il processo di potenziamento della rete di assistenza primaria territoriale, sia in sede unica che in sedi diverse ma collegate informaticamente, i risultati attesi saranno quelli di seguito riportati :

- Attività di diagnosi, cura, prevenzione;
- Educazione terapeutica;
- Counseling;
- Presa in carico dei pazienti cronici;
- Domiciliarità;
- Integrazione e coordinazione con gli altri attori territoriali ed ospedalieri del SSR, contribuendo ai processi di governance;
- Omogeneità dei comportamenti assistenziali e dei servizi di medicina generale alla popolazione assistita in funzione degli obiettivi di assistenza programmati.

In questa prospettiva il progetto proposto si pone in continuità con quello del 2013 e 2014 adottando i risultati raggiunti nell'ultimo biennio come indice esplicativo delle azioni da conseguire e/o da implementare nel periodo di riferimento. L'obiettivo strategico è quello di riqualificare la rete dei servizi distrettuali, all'interno della quale si colloca la progettazione dei PTA (Presidi Territoriali di Assistenza). Nel contempo è in atto una concertazione a livello regionale ed aziendale affinché forme associative già costituite, nei comuni in cui è presente una struttura ospedaliera in riconversione, si trasferiscano all'interno delle stesse. Inoltre, si prevede l'attivazione (ex novo o per trasformazione e sviluppo di quelle già esistenti) di nuove forme associative del tipo "Unità Complessa di Cure Primarie" in modo da conseguire i seguenti macro-obiettivi:

- "Costruire" strutture a vocazione multifunzionale e a gestione multi-professionale;
- Favorire il passaggio dall'associazionismo mono-professionale a quello multi-professionale;
- Assicurare la presa in carico H24 dei bisogni complessi dei pazienti;
- Integrare tutte le attività svolte a livello distrettuale dai professionisti che contribuiscono alla salute ed al benessere del cittadino con le attività sociali e con quelle ospedaliere.

L'attivazione di tali forme associative è attualmente oggetto di contrattazione aziendale. Nell'ottica dei sistemi integrati di assistenza, la proposta intende recepire le linee di indirizzo progettuale suggerite nel bando ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662, al fine di:

- migliorare il rapporto con i cittadini;
- costruire nuove forme di reciprocità sociale;
- ridefinire le reti dei servizi e degli interventi sociali e sanitari;
- mantenere e migliorare i livelli di assistenza raggiunti;
- garantire l'equità sociale e assicurare la prossimità degli interventi;
- individuare nuove domande di assistenza in rapporto all'emergere di nuove categorie di bisogni per migliorare l'offerta;
- sviluppare nuovi ambiti e modelli di intervento per soddisfare una domanda sociale che si caratterizza per una marcata differenziazione, specificità e priorità da persona a persona.





Progetti di Piano anno 2015 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

## **OBIETTIVI**

1. Emanazione Linee Guida e direttive regionali sulla organizzazione funzionamento dei Presidi Territoriali di Assistenza;
2. Mappatura strutture in termini di livelli organizzativi, servizi, appropriatezza prestazioni per struttura;
3. Rimodulazione tendenziale delle risorse umane e tecnologiche in funzione dei fabbisogni e degli standard vigenti ed emendati;
4. Completamento tendenziale del processo di riconversione in conformità con le indicazioni nazionali e regionali relative ai Presidi Territoriali di Assistenza (P.T.A.);
5. Attivazione nei P.T.A. di forme organizzative Multiprofessionali della Medicina Generale (U.C.C.P.)
6. Completamento della dismissione delle funzioni ospedaliere non più previste nei presidi ospedalieri oggetto di riconversione, ridefinendo le attività territoriali previste in maniera standardizzata (vedi capitolo assistenza distrettuale)
7. Adozione dei Protocolli per le dimissioni protette e programmate (vedi anche A.D.I.);
8. Rimodulazione dei percorsi clinici ospedale/territorio anche attraverso la definizione di PDTA

## **TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)**

### **Primo Semestre:**

1. Emanazione Linee Guida e direttive regionali sulla organizzazione funzionamento dei Presidi Territoriali di Assistenza;
2. Mappatura strutture in termini di livelli organizzativi, servizi, appropriatezza prestazioni per struttura;
3. Rimodulazione tendenziale delle risorse umane e tecnologiche in funzione dei fabbisogni e degli standard vigenti ed emendati;

### **Secondo Semestre:**

4. Completamento tendenziale del processo di riconversione in conformità con le indicazioni nazionali e regionali relative ai Presidi Territoriali di Assistenza (P.T.A.);
5. Attivazione nei P.T.A. di forme organizzative Multiprofessionali della Medicina Generale (U.C.C.P.)

### **Terzo Semestre:**

6. Completamento della dismissione delle funzioni ospedaliere non più previste nei presidi ospedalieri oggetto di riconversione, ridefinendo le attività territoriali previste in maniera standardizzata (vedi capitolo assistenza distrettuale)

### **Quarto Semestre**

7. Adozione dei Protocolli per le dimissioni protette e programmate (vedi anche A.D.I.);  
Rimodulazione

## **INDICATORI**

- Adozione Linee Guida;
- Report;
- Adozione dei provvedimenti finalizzati al completamento tendenziale del processo di riconversione delle strutture ospedaliere chiuse;



Progetti di Piano anno 2015 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

- n. U.C.C.P. attivati nei P.T.A;
- monitoraggio degli atti aziendali per la valutazione dell'assetto conseguente al completamento delle riconversioni;
- n. protocolli per l'integrazione ospedale territorio



Progetti di Piano anno 2015 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

<b>GENERALITÀ</b>	
<b>REGIONE</b>	<b>160 – REGIONE PUGLIA</b>
<b>LINEA PROGETTUALE 2</b>	<b>SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZZAZIONE ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI</b>
<b>TITOLO</b>	<b>RETE PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE PER TRATTAMENTI RIABILITATIVI</b>
<b>DURATA</b>	<b>24 MESI</b>
<b>COSTO</b>	<b>€ 20.495.413,00</b>
<b>REFERENTE</b>	<b>DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI <i>SERVIZIO STRATEGIE E GOVERNO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE</i></b>

### RAZIONALE

Garantire l'assistenza domiciliare attraverso un progetto di rete assistenziale complessiva che possa rendere sostenibile la riabilitazione domiciliare. L'obiettivo prioritario è quello di potenziare le risorse della riabilitazione territoriale e creare una "rete" adeguata alle esigenze della popolazione, e quindi una migliore appropriatezza di riferimento a specifiche situazioni quali i ricoveri ripetuti in disabilità complesse con esiti permanenti o alcuni ricoveri dopo la fase dell'acuzie (es. protesi d'anca o ginocchio). Attraverso la riabilitazione domiciliare si offre un trattamento che può esaurirsi a domicilio o rappresentare una fase transitoria in cui vengono attivate tutte le azioni che permettano di continuare il trattamento in ambulatorio. Tutto ciò ha come presupposto la definizione del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) da parte del fisiatra dell'ASL di appartenenza del paziente con l'équipe multidisciplinare per definire i bisogni specifici della persona ed indicare le risposte più adeguate. Possono accedere alla riabilitazione domiciliare i cittadini che presentano le seguenti caratteristiche:

- Soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali impossibilitati ad essere trasportati presso gli ambulatori o per i quali occorre raggiungere obiettivi relativi all'autonomia nel proprio ambito
- Adeguato supporto familiare o informale
- Idonee condizioni abitative
- Consenso informato da parte della persona e della famiglia

La riabilitazione domiciliare fa capo al Sistema Organizzativo dei DSS e si integra nella rete dei servizi riabilitativi territoriali.

La riabilitazione domiciliare è richiesta:

- Da una Unità Operativa Ospedaliera per acuti e riabilitative
- Da strutture residenziali territoriali (RSA e Strutture di riabilitazione)
- MMG

### OBIETTIVI

La Riabilitazione Domiciliare prevede:

1. Valutazione sanitaria domiciliare
2. Stesura del piano riabilitativo domiciliare
3. Esecuzione del programma riabilitativo
4. Maggiore estensione del programma riabilitativo ai pazienti che non possono accedere al trattamento ambulatoriale



Progetti di Piano anno 2015 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

5. Evitare ricoveri e trattamenti in regime residenziale e semiresidenziale inappropriati.
6. Fare in modo che il paziente, soprattutto i soggetti fragili, possa rimanere nel proprio ambito familiare, usufruendo dell'assistenza di cui ha bisogno.
7. Utilizzo della riabilitazione domiciliare nella Regione Puglia e analizzarne l'esito.

#### **TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)**

##### **Primo Semestre:**

1. Valutazione sanitaria domiciliare

##### **Secondo Semestre:**

2. Stesura del piano riabilitativo domiciliare
3. Esecuzione del programma riabilitativo

##### **Terzo Semestre:**

4. Maggiore estensione del programma riabilitativo ai pazienti che non possono accedere al trattamento ambulatoriale
5. Evitare ricoveri e trattamenti in regime residenziale e semiresidenziale inappropriati.

##### **Quarto semestre:**

6. Fare in modo che il paziente, soprattutto i soggetti fragili, possa rimanere nel proprio ambito familiare, usufruendo dell'assistenza di cui ha bisogno.
7. Utilizzo della riabilitazione domiciliare nella Regione Puglia e analizzarne l'esito.

#### **INDICATORI**

- Numero di pazienti presi in carico per anno
- Media del numero di prestazioni erogate per ciascun paziente
- Maggiore estensione del programma riabilitativo ai pazienti che non possono accedere al trattamento ambulatoriale
- Evitare ricoveri e trattamenti in regime residenziale e semiresidenziale inappropriati.
- Fare in modo che il paziente, soprattutto i soggetti fragili, possa rimanere nel proprio ambito familiare, usufruendo dell'assistenza di cui ha bisogno.
- Utilizzo della riabilitazione domiciliare nella Regione Puglia e analizzarne l'esito.



Progetti di Piano anno 2015 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

<b>GENERALITÀ</b>	
<b>REGIONE</b>	<b>160 – REGIONE PUGLIA</b>
<b>LINEA PROGETTUALE 3</b>	<b>CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE. SVILUPPO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE PALLIATIVA SPECIALISTICA.</b>
<b>TITOLO</b>	<b>RETE REGIONALE DI CURE PALLIATIVE</b>
<b>DURATA</b>	<b>24 MESI</b>
<b>COSTO</b>	<b>€ 7.560.193,00</b>
<b>REFERENTE</b>	<b>DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI SERVIZIO ASSISTENZA TERRITORIALE, PSICHIATRIA E DIPENDENZE PATOLOGICHE</b>

### RAZIONALE

L'obiettivo delle cure palliative è la tutela della qualità della vita del malato e della sua famiglia.

Il malato ha diritto a richiedere forme di tutela e di sostegno che valorizzino le risorse di cura della famiglia e consentano anche ai cittadini più fragili di rimanere al domicilio e nel proprio contesto di vita, evitando istituzionalizzazioni precoci e inappropriate, con la conseguenza di una migliore qualità di vita e la riduzione dei costi complessivi. Il Piano di Salute 2008-2010 della Regione Puglia al capitolo "Cure Palliative", nel definirne gli obiettivi e il modello organizzativo, ha previsto l'istituzione di specifiche Unità Operative di Cure Palliative (UOCP) per il coordinamento delle procedure di ricovero dei pazienti nei centri residenziali di cure palliative (hospice), in regime di day hospice, in assistenza ambulatoriale e assistenza domiciliare specialistica.

Nello specifico, il Piano ha previsto l'istituzione di una UOCP ogni 400.000 abitanti circa, con dimensione sovra-distrettuale. Pertanto, la Giunta Regionale, con deliberazione n.2210 del 26-11-2013, ha recepito l'Intesa Stato-Regioni 25 luglio 2012, concernente la definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessarie per l'accreditamento delle strutture assistenziali ai malati in fase terminale e delle unità di cura palliative e della terapia del dolore, dando mandato al Gruppo di Lavoro Regionale, già costituito con Determinazione Dirigenziale n.134/2013, di supportare l'Assessorato alla Sanità nell'attività di programmazione tesa ad implementare l'erogazione omogenea delle prestazioni a favore dei pazienti terminali e delle loro famiglie su tutto il territorio regionale. Il Progetto, in continuità con il 2014, si propone di dare attuazione alla predetta Intesa, e, in particolare, di disegnare e portare all'approvazione della Giunta le Linee Guida Regionali per lo sviluppo della Rete per le cure palliative in Puglia. Il Progetto è finalizzato al potenziamento e al miglioramento della qualità dell'intero sistema d'offerta dei servizi per la costruzione di una efficace Rete in grado di garantire l'omogenea erogazione delle prestazioni sull'intero territorio regionale, assicurando continuità nel percorso del malato e della sua famiglia, soprattutto nel passaggio dalla fase di cronicità a quello della terminalità, con particolare attenzione alle cure palliative domiciliari di base e specialistiche.

### OBIETTIVI

In linea con le previsioni normative nazionali e regionali, a partire dal Piano di Salute 2008-2010 della Regione Puglia, l'obiettivo che il Progetto si pone, in continuità con il 2014, è l'adozione di "Linee Guida Regionali" che, oltre a delineare l'articolazione territoriale della Rete cure palliative, definiscano gli elementi costitutivi, l'organizzazione e le funzioni della medesima Rete, nonché i percorsi diagnostico-terapeutici di presa in carico e di assistenza dei malati in fase terminale.

1. Prosecuzione del confronto con il Gruppo di Lavoro regionale "Cure Palliative e Terapia del Dolore" per affrontare e condividere tutte le scelte che consentano di definire le "Linee Guida regionali per lo sviluppo della Rete per le Cure Palliative in Puglia".
2. Approvazione del provvedimento di Giunta per la definizione delle Linee Guida Regionali per lo sviluppo della Rete per le cure palliative.



Progetti di Piano anno 2015 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

### **TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)**

#### **Primo Anno:**

1. Prosecuzione del confronto con il Gruppo di Lavoro regionale "Cure Palliative e Terapia del Dolore" per affrontare e condividere tutte le scelte che consentano di definire le "Linee Guida regionali per lo sviluppo della Rete per le Cure Palliative in Puglia".

#### **Secondo Anno:**

2. Approvazione del provvedimento di Giunta per la definizione delle Linee guida regionali per lo sviluppo della Rete per le cure palliative.

### **INDICATORI**

Assicurare, in ciascuna rete locale di Cure Palliative:

- Monitoraggio della Continuità dei percorsi assistenziali per le Cure Palliative nei diversi setting assistenziali ai malati in fase terminale, con particolare attenzione ad assicurare le cure palliative domiciliari di base e specialistiche.
- Introduzione di percorsi semplificati, tempestivi e flessibili, ma globali, di accesso ai vari servizi;
- Almeno un processo di presa in carico finalizzato ad assicurare la continuità delle cura, riducendo, altresì, al minimo i casi di ricoveri inappropriati.



Progetti di Piano anno 2015 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

<b>GENERALITÀ</b>	
<b>REGIONE</b>	<b>160 – REGIONE PUGLIA</b>
<b>LINEA PROGETTUALE 4</b>	<b>PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE</b>
<b>TITOLO</b>	<b>PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE</b>
<b>DURATA</b>	<b>24 mesi</b>
<b>COSTO</b>	<b>€ 18.053.741,68</b>
<b>REFERENTE</b>	<b>DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI <i>SEZIONE PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE</i></b>

### RAZIONALE

Il Piano Nazionale di Prevenzione 2014/18 (PNP), approvato con Intesa Stato-Regioni del 13/11/2014, prevede all'art. 1, comma 2 che le Regioni recepiscano con apposita Delibera il PNP disponendo:

- Di applicare nell'elaborazione del proprio PRP la visione, i principi, le priorità, la struttura del PNP;
- La preliminare individuazione dei programmi regionali, il più possibile integrati e trasversali rispetto ad obiettivi ed azioni, con i quali si intende dare attuazione a tutti i macro-obiettivi e a tutti gli obiettivi centrali;
- La definizione degli elementi di contesto, profili di salute, trend dei fenomeni, continuità con quanto conseguito nel precedente Piano Regionale della Prevenzione – funzionali ai programmi regionali individuati.

In attuazione dell'Intesa Stato-Regioni del 13.11.2014 rep. Atti 156/CSR "Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018", con DGR n. 302 del 22.03.2016 è stato approvato il documento di programmazione "Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018", elaborato assumendo la visione, i principi, le priorità e la struttura del PNP 2014-2018, in continuità con quanto realizzato in Puglia nelle precedenti programmazioni, cercando di valorizzare il Know-how acquisito e tenendo conto delle specificità territoriali. L'attuazione del Piano Regionale della Prevenzione in coerenza con le indicazioni nazionali rappresenta una delle azioni previste dai Programmi Operativi della Regione.

### OBIETTIVI

Il provvedimento si pone l'obiettivo di sviluppare nel quinquennio, attraverso programmi nazionali, la visione strategica e gli obiettivi di salute del PNP. La costruzione del Piano, secondo le linee di programmazione definite con la DGR n. 2832 del 30.12.2014 di recepimento del PNP, nella sua complessità e articolazione riflette lo sforzo di passare da un'ottica parcellizzata di singole azioni derivanti da progetti settoriali a una logica di processi e programmi quanto più intersettoriali e trasversali, basati su un approccio condiviso e legati tra loro per temi e valori chiave. Infatti il Piano è strutturato in 7 programmi di ampio respiro, trasversali e multidisciplinari, con l'integrazione di obiettivi ed azioni tra loro coerenti che contribuiscono al conseguimento dei macro obiettivi e obiettivi centrali del PNP.

### TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)

**Primo semestre:**



Progetti di Piano anno 2015 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

La costruzione del Piano, secondo le linee di programmazione definite con la DGR n. 2832 del 30.12.2014 di recepimento del PNP

#### Secondo semestre:

Articolazione di singole azioni derivanti da progetti settoriali in una logica di processi e programmi

#### Terzo Semestre:

Integrazione di obiettivi ed azioni tra loro coerenti che contribuiscono al conseguimento dei macro obiettivi e obiettivi centrali del PNP:

#### Quarto Semestre:

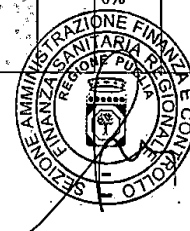
Analisi dei risultati

#### INDICATORI

- Presenza di documenti di rendicontazione delle attività previste nell'ambito dei Piani locali di Prevenzione 2016 di tutte le ASL.
- Attuazione degli obiettivi contenuti nel Piano regionale della Prevenzione.

#### Cfr. ALLEGATO N. 1

Formula	Fonte dei dati	Baseline	Anno di riferimento del baseline	Valore atteso al 31.12.2016	Valore atteso al 31.12.2017	Valore atteso al 31.12.2018	compilare solamente la riga corrispondente al tipo di dato		
							valore osservato al 31/12/2016 (se è un numero)	valore osservato al 31/12/2016 (se è una percentuale)	valore osservato al 31/12/2016 (se è un testo)
N° Istituti scolastici che aderiscono alla Progettazione regionale/ n° tot Istituti Scolastici della regione Puglia	Archivio GTI	37%		50%	58%	67,50%	64%		
N° Off. Prom. Salute istituiti/ N° tot ASL Puglia	Delibera Direttore	16,60%		33,30%	66,60%	100%	33,33%		
SI/NO	Istituzione gruppo di lavoro	NO		SI	SI	SI			SI
N° corsisti che hanno frequentato almeno 80% del corso teorico/Tot corsisti	Archivio Ordine dei Medici			90%	90%	100%	0%		
N° incontri con i Direttori delle scuole di specializzazione/ Tot scuole di specializzazione di interesse	Archivio PATP			35%	70%	100%	0%		





Progetti di Piano anno 2015 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

N° corsi organizzati per ASL/tot ASL	Archivio AGENAS	-	50%	66%	100%	50%	
N° operatori PASS/PDA formati/tot operatori PDA	Archivio OER	-	50%	70%	100%	100%	
SI /NO	Portale sanità	NO	SI	SI	SI		SI
N° CV che consegnano il materiale di promozione sull'allattamento /Tot CV	archivio	-	25%	35%	55%	30,38 %	
N° materiale informativo stampato/totale nuovi nati annui		-	30%	50%	80%	30%	
SI/NO	Registro aziendale	NO	Istituzione gruppo di lavoro	Sottoscrizioni convenzioni con Enti	Sottoscrizioni convenzioni con Enti		SI (Istituzione gruppo di lavoro)
SI/NO	Accreditamento ECM		SI	SI	SI		SI
N° Distretti in cui è attivo almeno un gruppo di NW/tot Distretti	Portale web dedicato	-	15%	20%	25%	20%	
N° Consulteri che sperimentano/tot Consulteri	Archivio DSS	-	10%	20%	25%	15%	
N° progetti attivati/totale progetti	Archivio Archivio PATP/CIP	-	2/7	5/7	6/7	2/7	
N° Comuni loggati al link "comune con pista ciclabile"/tot Comuni	Archivio portale Regione Puglia	-	20%	25%	35%	0%	
N° Dipartimenti Prevenzione /tot Dipartimenti	Delibera Direttore Generale ASL /Archivio PATP	16%	33%	66%	66%	33%	
SI/NO	Regione Puglia/PATP	0	SI	SI	SI		SI
SI/NO	Regione Puglia	0	SI	SI	SI		SI
Numero di aziende che hanno attuato almeno una azione di buone pratiche sulle abitudini alimentari/ Tot Aziende loggate	Archivio Spesal ASL	0	10%	20%	30%	30%	
Numero di aziende che hanno attuato almeno una azione di buone pratiche sull'utilizzo dei dispositivi di sicurezza per adulti/ Tot Aziende loggate	Archivio Spesal ASL	0	10%	20%	30%	30%	
Numero di aziende che hanno attuato almeno una azione di buone pratiche inerenti la lotta al	Archivio Spesal ASL	0	10%	20%	30%		



Progetti di Piano anno 2015 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

tabagismo/Tot Aziende loggate								
N° nosocomi che segnalano le Infezioni invasive da CPE (compreso lo zero reporting) /Tot Nosocomi	Archivio dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale	25%	35%	40%	50%		70,83 %	
Numero di casi di morbillo e di rosolia con diagnosi di laboratorio effettuata presso il laboratorio di riferimento regionale/n umero di casi di morbillo e rosolia notificati	Archivio dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale	72,70 %	80%	85%	90%		61,10 %	
Casi di malattia batterica invasiva per cui è stato inviato il campione biologico al laboratorio di riferimento regionale/ soggetti dimessi con diagnosi di meningite meningococcica (ICD9CM:036.0), meningite da Haemophilus influenzae (ICD9CM: 320.0), meningite pneumococcica (ICD9CM: 320.1), sepsi da meningococco ICD9CM: 036.2), sepsi da Haemophilus influenzae (ICD9CM: 038.41), sepsi da pneumococco (ICD9CM: 038.2), polmonite da Haemophilus influenzae (ICD9CM: 482.2) e polmonite pneumococcica (ICD9CM:481.x)	Archivio dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale	3,30%	30%	50%	70%		56,67 %	
S/NO	Registro delle deliberazioni regionali	NO		Istituzione gruppo di lavoro	Documento approvato con DGR			SI (Istituzione gruppo di lavoro)



Progetti di Piano anno 2015 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

Casi di malattia infettiva sottoposti a sorveglianza speciale (DGR 565/2014) e previsti in classe II del D.M. 15.12.1990 inseriti nell'applicativo SISR/ Casi di malattia infettiva sottoposti a sorveglianza speciale e previsti in classe II del D.M. 15.12.1990 segnalati	Archivio dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale	0	30%	50%	70%	94,23 %	
S/NO	Registro Deliberazioni Giunta Regionale	NO		Documento adottato con DGR			NO
S/NO	Registro Deliberazioni Giunta Regionale	NO		Istituzione gruppo di lavoro	Documento adottato con DGR		
S/NO	Adozione del protocollo da parte delle strutture sanitarie interessate	NO		Protocollo adottato dall'Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di Foggia d'intesa con l'Università degli Studi di Foggia	Protocollo adottato da almeno 5/10 aziende sedi di corsi di laurea delle Scuole di Medicina, d'intesa con le Università interessate	Protocollo adottato da tutte le aziende sedi di corsi di laurea delle Scuole di Medicina, d'intesa con le Università interessate	SI
S/NO	Servizio PATP	non rilevato					
N° riunioni eseguite		Non rilevato	1	1	1	0	
	Servizio PATP	Non rilevato	2	2	2	0	
	Servizio PATP	Non rilevato	2	2	2		
	Servizio PATP	Non rilevato	2	2	2	0	
	Atti Sezione PATP		Monitoraggio, Riesame e nuovaprogrammazione	Monitoraggio, Riesame e nuovaprogrammazione	Monitoraggio, Riesame e nuovaprogrammazione		SI (Monitoraggio, Riesame e nuovaprogrammazione)



Progetti di Piano anno 2015 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

neonati sottoposti a screening audiologico /tot n° bambini nati vivi	Regionale (presso l'U.O. Otorinolaringoiatri a Universitaria, A.O.U. Policlinico di Bari che riceve i dati)	50%		60%	70%	80%		80%	
N. inviti anno / Popolazione target anno	Gestionale screening	62%	2014	80%	100%	100%		70,50 %	
N. inviti anno / Popolazione target anno	Gestionale screening	31%	2014	80%	100%	100%		21,70 %	
N. inviti anno / Popolazione target anno	Gestionale screening	7%	2014	65%	100%	100%		0%	
N. screenate anno / N inviti anno	Gestionale screening	32% (anno 2014)		40%	50%	50%		27%	
N. screenate anno / N inviti anno	Gestionale screening	61%	2014	65%	65%	50%		54%	
N. screenate anno / N inviti anno	Gestionale screening	22%	2014	30%	45%	50%		0%	
N. donne screenate con HPV test / N. donne screenate	Rilevazione ad hoc	Non rilevato		15%	50%	100%		0%	
N. di donne screenate nell'ambito del percorso anno/Popolazione e target per l'inserimento		Non rilevato		15%	30%	50%		0%	
SI/NO	DGR	NO		Disponibilità di 1 Documento di indirizzo su competenze, responsabilità e ruoli di ASL, ARPA per almeno 1 tematica	Disponibilità di 1 Documento di indirizzo su competenze, responsabilità e ruoli di ASL, ARPA, per almeno 3 tematiche	Disponibilità di 1 Documento di indirizzo su competenze, responsabilità e ruoli di ASL, ARPA, per tutte le tematiche			SI
SI/NO	DGR	NO		Report annuale: esecuzione studi programmati 20%	Report annuale: esecuzione studi programmati 60%	Rapporto finale Ambiente e Salute			SI (Report annuale: esecuzione studi programmati 20%)



Progetti di Piano anno 2015 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

	Regione	0	1 documento	Evidenza di linee guida	Adozione linee guida			1 documento
Evidenza documentata del pacchetto didattico/formativo	Regione	0	Realizzazione del pacchetto didattico/formativo	Sperimentazione del pacchetto didattico/formativo	Piena implementazione del pacchetto didattico/formativo			SI (Realizzazione del pacchetto didattico/formativo)
Evidenza documentata del pacchetto didattico/formativo	Regione	0	Sperimentazione del pacchetto didattico/formativo	Sviluppo del pacchetto didattico/formativo	Sviluppo del pacchetto didattico/formativo			SI (Sperimentazione del pacchetto didattico/formativo)
Conteggio	Regione Puglia/PATP	valore 2015	350	350	350	606		
Conteggio	INAIL	valore 2015	+3%	+6%	+10%	+38%		
(Numero cantieri edili ispezionati)/(Numero dei cantieri edili notificati ex art. 99 D.Lgs. 81/08 nell'anno precedente)	Regione Puglia/PATP	11%	13%	14%	15%	16,20 %		
N. aziende LEA vigilate per rischio MSK	Regione Puglia/PATP (numeratore) INAIL (denominatore)	N.A	150	200	300	157		
Conteggio	Regione Puglia/PATP	Valore 2015	+10%	+50%	+100%	+74%		
SI/NO	Circolare Ufficio Scolastico Regionale	SI	Circolare USR	Circolare USR	Circolare USR			Circolare USR
N° ambulatori vaccinali che usano la scheda integrata/Tot. ambulatori			10%	30%	50%	0%		
SI/NO	Archivio OER	100%	SI		SI			SI
SI/NO	Delibera PATP	NO	SI	SI	SI			SI



Progetti di Piano anno 2015 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

<b>GENERALITÀ</b>	
<b>REGIONE</b>	<b>160 – REGIONE PUGLIA</b>
<b>LINEA PROGETTUALE 4</b>	<b>PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE.</b>
<b>TITOLO</b>	<b>SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE</b>
<b>DURATA</b>	<b>12 MESI</b>
<b>COSTO</b>	<b>€ 90.722,32 5 per mille</b>
<b>REFERENTE</b>	<b>DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI SEZIONE PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE</b>

### RAZIONALE

Negli ultimi anni le istituzioni nazionali ed internazionali hanno sostenuto la prevenzione basata sulla diagnosi precoce per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto attraverso l'attivazione di programmi di screening organizzati. La Regione Puglia ha l'obiettivo di utilizzare la banca dati AIRTUM al fine di perseguire le seguenti finalità:

- Interventi mirati di prevenzione primaria, in particolare l'attivazione di campagne specifiche di diagnosi precoce oncologica;
- Monitoraggio sull'efficacia dei programmi di screening oncologici tradizionali e/o sperimentali
- Supporto per gli studi epidemiologici finalizzati all'analisi dell'impatto sull'ambiente, sull'incidenza della patologia oncologica.

Inoltre, in coerenza con il Piano Nazionale della Prevenzione (Intesa Stato-Regioni n. 156/CSR del 13/11/2014, il PRP 2014/18 include una ristretta cerchia di interventi supportati da prove di efficacia o indicazioni di buone pratiche, che saranno monitorati nel tempo e valutati secondo quanto definito a livello nazionale. La Regione Puglia, con Atti Dirigenziali n. 88 del 180marzo 2015 e n. 139 del 22/04/2015, ha definito il modello di governance attraverso cui assicurare, in prima fase, la definizione e la condivisione del Piano Regionale della Prevenzione e, in fase successiva, il coordinamento degli interventi, l'attuazione e il monitoraggio del Piano. E' stata, pertanto, costituita una Cabina di Regia regionale con funzioni di coordinamento strategico delle attività e di interfaccia istituzionale con i Responsabili dei Programmi, con le Direzioni delle aziende Sanitarie e con gli stakeholders, nonché un Gruppo di Lavoro con funzioni di supporto tecnico alla struttura regionale nelle fasi di progettazione, attuazione, monitoraggio e valutazione del PRP. Con DGR n. 1209 del 27/05/2015 ha approvato il Piano Regionale della Prevenzione 2014/2018 da inviare al Ministero della Salute per avviare il percorso di interlocuzione con lo stesso Ministero finalizzato all'approvazione definitiva del Piano avvenuta poi con la DGR n. 302 del 22/03/2016.

### OBIETTIVI

Rendere coerente il documento di pianificazione regionale rispetto alla programmazione nazionale, attraverso la definizione di azioni ed interventi più strutturati e la definizione di un maggior numero di indicatori cd. "sentinella", attraverso i quali valutare e monitorare lo stato di avanzamento, anno per anno, degli interventi previsti nel Piano.



Progetti di Piano anno 2015 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

### **TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)**

#### **Primo Semestre:**

Rilevazione e introduzione di un maggior numero di indicatori cd. "sentinella",

#### **Secondo Semestre:**

Analisi

### **INDICATORI**

Presenza di documenti di rendicontazione delle attività previste nell'ambito dei Piani locali di Prevenzione 2015 di tutte le ASL.

Attuazione degli obiettivi contenuti nel Piano Regionale della Prevenzione.



Progetti di Piano anno 2015 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

<b>GENERALITÀ</b>	
<b>REGIONE</b>	<b>160 – REGIONE PUGLIA</b>
<b>LINEA PROGETTUALE 5</b>	<b>GESTIONE DELLA CRONICITÀ</b>
<b>TITOLO</b>	<b>CHRONIC CARE MODEL PUGLIA</b>
<b>DURATA</b>	<b>24 MESI</b>
<b>COSTO</b>	<b>€ 9.540.000,00</b>
<b>REFERENTE</b>	<b>A.Re.S.S. Puglia</b>

### RAZIONALE

Le patologie croniche sono in progressiva crescita e, richiedendo continuità di assistenza per periodi di lunga durata oltre ad una forte integrazione con i servizi sociali, impegnano gran parte delle risorse del SSR. Si stima, infatti, che circa il 70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale sia oggi speso per la gestione delle malattie croniche.

La cura per questi pazienti, non potendo prevedere la guarigione, è finalizzata al miglioramento della qualità di vita attraverso una stabilizzazione del quadro clinico e alla prevenzione delle complicanze e della disabilità.

I modelli organizzativi di assistenza ai pazienti cronici adottati a livello internazionale sono mirati a ridurre la frammentazione dell'erogazione dell'assistenza attraverso il coordinamento e la continuità dell'assistenza all'interno e tra le diverse istituzioni variamente coinvolte. Tra i principali modelli si cita:

- il *Chronic Care Model* (e le sue evoluzioni) che individua in modo puntuale le variabili fondamentali che rendono possibile un approccio sistemico alle malattie croniche creando una cultura, un'organizzazione e dei meccanismi che promuovano un'assistenza sicura e di alta qualità. Il modello prevede una puntuale definizione delle prestazioni, attività e servizi resi lungo definiti percorsi assistenziali (PDTA), condivisi da tutte le figure professionali coinvolte.

La Regione Puglia sin dall'inizio del 2012, contestualmente al processo di riconversione di numerosi presidi ospedalieri in strutture territoriali (implementato nell'ambito degli adempimenti previsti dal Piano di Rientro 2010-2012 sottoscritto dalla Regione con il Ministero delle Finanze e con quello della Salute), ha avviato un percorso di sperimentazione di modelli assistenziali di medicina d'iniziativa secondo i principi del Chronic Care Model.

Il Progetto Nardino, partito nel 2011, è stata la prima iniziativa sistemica di medicina d'iniziativa su scala regionale, ma prendeva le mosse da una precedente esperienza locale, in ASL Lecce, che aveva nome di Progetto Leonardo.

Il Progetto, destinato a pazienti con diabete, BPCO, scompenso cardiaco e ipertensione, in sintesi estrema, si poggiava su:

- presa in carico precoce del paziente cronico e dei suoi problemi di salute secondo i principi del Chronic Care Model sviluppatosi negli USA in Kaiser Permanente;
- introduzione nel processo di presa in carico della figura del Care Manager con funzione "pivotale" rispetto ai percorsi organizzativi del caso clinico;
- informatizzazione e condivisione informativa dell'intero percorso diagnostico-terapeutico.

L'elemento più innovativo del modello era rappresentato dalla figura del Care Manager: infermieri opportunamente formati che fornivano al paziente strumenti utili per l'autogestione della malattia e per l'aderenza al percorso clinico-assistenziale. Operavano in stretto contatto con il paziente e con il team di operatori sanitari territoriali (Medico di Medicina Generale, Specialista e Infermieri Professionali) per mettere a punto un piano di assistenza individuale e far fronte ai problemi identificati. L'esperienza, sviluppatasi con alterne fortune sul territorio regionale in funzione dell'aderenza stessa da parte del sistema delle cure primarie (MMG, PLS, Continuità assistenziale, ecc.), ha consentito di avviare nei casi di più completo sviluppo la riconversione "indolore" del preesistente presidio ospedaliero in una buona





Progetti di Piano anno 2015 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

soddisfazione dei pazienti reclutati nel programma, una costanza di performance status e, risultato inatteso, l'azzeramento delle liste di attesa per i pazienti reclutati. Nel corso del 2013 e del 2014 è stato

condotto uno studio retrospettivo sui pazienti coinvolti (gruppo di intervento) che ha dimostrato, rispetto a un gruppo di controllo, una riduzione del 20% circa tra ospedalizzazione non pianificata (numero e giornate di degenza) e costi economici della stessa. Media numero di eventi per 100 persone/anno e Incidence Rate Ratio (limiti di confidenza). Da un ulteriore approfondimento effettuato con i dati della Banca Dati Assistiti regionale è emerso chiaramente che le modalità (e i costi) assistenziali di presa in carico del paziente cronico dipendono strettamente dalla rete di offerta preesistente. La distribuzione della prevalenza delle cronicità in Puglia (tasso std per età e sesso 41.379 pz x 100.000 abitanti) ha dato la possibilità di rappresentare una georeferenziazione del fenomeno epidemiologico. Tuttavia, raffrontando il cartogramma con quelli relativi all'ospedalizzazione e alla disponibilità di posti letto in ciascun territorio si è potuto notare come non ci sia corrispondenza diretta tra cronicità e ospedalizzazione e come quest'ultima sia tanto più alta quanto più posti letto sono disponibili, confermando un comune assioma dell'assistenza sanitaria secondo cui l'offerta spesso condiziona la domanda.

### **OBIETTIVI**

Sulla scorta della prevalenza di malattie croniche registrata dalla Banca Dati Assistiti regionale del 2014, delle evidenze economiche, dei risultati accennati ma soprattutto della generalizzata approvazione del modello in quei contesti dove l'esperienza è stata portata a fondo (MMG, medici specialisti, care manager, distretti socio-sanitari) la Regione Puglia intende aprire la terza e non più sperimentale fase del modello assistenziale, attraverso un percorso che:

- parta dalla definizione condivisa (distretti, MMG e specialisti) di un modello generalizzato e ufficiale di presa in carico delle cronicità maggiori,
- passi per la realizzazione di un patto di cura tra SSR e MMG che preveda premialità e ripotenziamento ciclico del sistema a fronte del rispetto di condivisi obiettivi economici e di cura,
- alimenti un efficace sostegno all'autogestione della patologia cronica da parte del malato,
- utilizzi il PDTA come strumento di progettazione, organizzazione, monitoraggio e miglioramento continuo dei processi di clinico-assistenziali della cronicità,
- completi solidamente la trasformazione dell'assistenza sanitaria regionale in assistenza prevalentemente territoriale e di prossimità.

### **TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)**

#### **Primo Semestre**

- Definizione condivisa (distretti, MMG e specialisti) di un modello generalizzato e ufficiale di presa in carico delle cronicità maggiori

#### **Secondo Semestre**

- Realizzazione di un patto di cura tra SSR e MMG che preveda premialità e ripotenziamento ciclico del sistema a fronte del rispetto di condivisi obiettivi economici e di cura

#### **Terzo Semestre**

- Progetto per il sostegno all'autogestione della patologia cronica da parte del malato

#### **Quarto semestre**

- Creazione del PDTA come strumento di progettazione, organizzazione, monitoraggio e miglioramento continuo dei processi di clinico-assistenziali della cronicità,
- Delibera di giunta per la trasformazione dell'assistenza sanitaria regionale in assistenza prevalentemente territoriale e di prossimità.



Progetti di Piano anno 2015 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

## INDICATORI

Progettazione del modello organizzativo e funzionale	DGR di adozione di modello evolutivo e di sistema delle preesistenti esperienze di Chronic Care Model in accordo con gli studi e le esperienze maturate di concerto con A.Re.S.S.
Predisposizione della cassetta degli attrezzi	DD di adozione manuale per redazione e manutenzione documentazione PDTA in accordo con gli studi e le esperienze maturate di concerto con A.Re.S.S.
Progettazione dei PDTA delle cronicità maggiori	DGR di adozione PDTA cronicità (diabete, scompenso, BPCO, ipertensione) in accordo con gli studi e le esperienze maturate di concerto con A.Re.S.S.
Ridefinizione della rete dei servizi di specialistica ambulatoriale di supporto, anche con riferimento all'offerta assistenziale garantita dai Presidi Territoriali di Assistenza	DGR di revisione dell'offerta di specialistica ambulatoriale (su PDTA, su Liste di Attesa e su Domanda Appropriata) in accordo con gli studi e le esperienze maturate di concerto con A.Re.S.S.
Negoziazione degli accordi integrativi con la medicina convenzionata	DGR di adozione accordo integrativo con MMG e Specialisti in accordo con gli studi e le esperienze maturate di concerto con A.Re.S.S.
Campagna di comunicazione e promozione del sistema	Numero Inviti / Popolazione Target
Reclutamento pazienti	Numero Reclutati / Numero Inviti
Analisi dei risultati/esiti	DGR annuali di ricognizione dei risultati e delle premialità in accordo con gli studi e le esperienze maturate di concerto con A.Re.S.S.



Progetti di Piano anno 2015 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

<b>GENERALITÀ</b>	
<b>REGIONE PROPONENTE</b>	<b>160 – REGIONE PUGLIA</b>
<b>LINEA PROGETTUALE 6</b>	<b>RETI ONCOLOGICHE</b>
<b>TITOLO</b>	<b>RETE ONCOLOGICA PUGLIESE</b>
<b>DURATA</b>	<b>24 MESI</b>
<b>COSTO</b>	<b>€ 3.000.000,00</b>
<b>REFERENTE</b>	<b>A.Re.S.S. Puglia</b>

## RAZIONALE

Le modalità di gestione del paziente neoplastico, la necessità di garantire al cittadino una qualità di prestazioni ottimale ed omogenea sul territorio regionale e esperienze in tal senso maturate in altre Regioni, richiedono la costituzione di una Rete Regionale, che integri risorse e modalità assistenziali tipiche dell'ospedale con quelle del territorio.

Il Piano Regionale di Salute 2006-2008, allegato alla L.R. 23/2008, proponeva la istituzione di una RETE ONCOLOGICA PUGLIESE (ROP) destinata a configurarsi come un sistema di gestione globale di servizi/prestazioni in ambito oncologico. Il progetto organizzativo della Rete Oncologica prevedeva la massima razionalizzazione dei percorsi, ispirata al principio della presa in carico globale e continua del paziente, assegnando i seguenti obiettivi:

- Ottimizzare il percorso diagnostico, terapeutico ed assistenziale del paziente
- Razionalizzare l'impiego di risorse umane e materiali in ambito sanitario
- Superare la frammentarietà e la disomogeneità delle prestazioni sanitarie in ambito oncologico tramite la condivisione di protocolli all'interno della Rete e l'affidamento del paziente al nucleo operativo più appropriato in funzione della fase della malattia.

Il 30 ottobre 2014 è stata sancita l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8 comma 6 della legge 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo e le Province Autonome di Trento e Bolzano, concernente il "Documento Tecnico di indirizzo per ridurre il burden del cancro – Anni 2014-2016, che recepisce il documento "Guida per la costituzione di reti oncologiche regionali", come strumento di riferimento nella programmazione ed attuazione delle reti oncologiche.

In particolare, vengono identificate due componenti principali quali presupposti gestionali nella costituzione della Rete Oncologica:

- l'approccio multidisciplinare con integrazione delle differenti modalità (chirurgia, oncologia medica, radioterapia, cure palliative, scienze infermieristiche, psico-oncologia, ecc.) in un disease management team formalmente costituito. Tali team dovrebbero essere tumore-specifici, come avviene in maniera strutturata nelle Breast Units.
- l'accessibilità a cure di qualità per tutti i pazienti residenti in una certa area geografica (corrispondente alla regione amministrativa o a una sua parte) che comporta la necessità di una adeguata integrazione funzionale.

Vengono quindi proposti alcuni modelli organizzativi, identificando nel Comprehensive Cancer Care Network (CCCN) il modello da privilegiare in quanto potenzialmente in grado di rendere il sistema capace di una più razionale pianificazione sia di breve che di medio-lungo periodo. Tale modello è considerato inoltre capace di aumentare l'efficacia e l'efficienza in quanto tende ad evitare le duplicazioni e permette reingegnerizzazioni secondo modelli più cost-effective.

Quest'ultimo tipo di struttura oncologica si configura come un network gestito da un'autorità centrale che tende ad includere tutte le strutture già presenti sul territorio e a coordinare in modo efficiente il loro ambito di competenza: dalla prevenzione, alla cura alla riabilitazione del paziente oncologico. Valore aggiunto è la possibilità di garantire al malato un'assistenza eccellente e di prossimità, poiché si andrebbero ad utilizzare le strutture già presenti sul territorio che verrebbero valorizzate, migliorate e rese ancor più specializzate.

Alla luce di queste indicazioni, la Regione Puglia intende adottare il progetto sperimentale di Rete Oncologica Pugliese, la cui articolazione viene di seguito descritta.



Progetti di Piano anno 2015 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

- **CONSULTA ONCOLOGICA REGIONALE** con compiti di indirizzo strategico e di verifica, costituita da: Presidente della Giunta Regionale che la presiede; un rappresentante designato dalla Conferenza per la programmazione socio-sanitaria; un rappresentante designato dal Consiglio Sanitario Regionale della Puglia; il Direttore del Dipartimento Promozione della Salute; il Direttore Generale dell'AReSS Puglia; un rappresentante designato da ciascuna delle Società Scientifiche operanti in Puglia impegnate in oncologia (oncologi medici, chirurghi oncologici, radioterapisti, anatomo-patologi, radiologi, infermieri, psico-oncologi, cure palliative); un rappresentante dei MMG e un rappresentante dei PLS; un referente per i distretti socio-sanitari; rappresentanti delle Associazione dei pazienti. La Consulta si riunisce presso l'IRCCS Oncologico di Bari, che garantisce le funzioni di segreteria. Elabora annualmente gli obiettivi strategici della rete e valuta la corretta esecuzione dei piani e programmi affidati all'Unità di coordinamento Rete.
- **L'UNITA' DI COORDINAMENTO DELLA RETE** che ha sede ha sede presso l'IRCCS Oncologico di Bari Giovanni Paolo II, già individuato dalla Regione come "Centro di Riferimento Oncologico Regionale", al quale compete la gestione delle risorse finanziarie specificamente attribuite per lo svolgimento degli obiettivi strategici impartiti dalla Consulta Oncologica Regionale. L'Unità di coordinamento Rete si avvale di un Coordinatore Operativo, nominato dal Presidente dell'Unità di coordinamento Rete, su designazione dei componenti dell'Unità di coordinamento Rete, con maggioranza qualificata, e dura in carica tre anni, rinnovabili.

L'Unità di coordinamento Rete elabora, sulla base degli indirizzi impartiti dalla Consulta Oncologica Regionale:

- Le attività di rete: definizione di linee guida, PDTA, sistema di monitoraggio e verifica, definizione dei requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici delle articolazione della rete, controlli di qualità; coordinamento delle attività dei dipartimenti integrati di oncologia, attraverso la verifica delle attività realizzate e l'approvazione dei piani e programmi annuali.
- I programmi trasversali di Rete: si tratta delle attività di rete che garantiscono l'infrastrutturazione e il funzionamento della Rete, in maniera omogenea e standardizzata a livello regionale (approvazione programmi di investimento strutturale, infrastrutturale e tecnologico, formazione, definizione del sistema informativo di Rete, informazione e comunicazione, ecc.).
- I progetti sperimentali: si tratta di iniziative a carattere innovativo e di ricerca che risultano di interesse prioritario regionale (che possono riguardare tecnologie, farmaci, dispositivi, modalità organizzativo-gestionali ecc.) e che possono essere attivati in via sperimentale anche da uno o più dipartimenti integrati. L'Unità di coordinamento di Rete promuove e coordina iniziative di ricerca all'interno della Rete, propone e/o valuta iniziative finalizzate al finanziamento della ricerca, orientandone l'utilizzo dei fondi e assicurando il trasferimento operativo dei risultati quando appropriato; coordina la partecipazione a bandi di finanziamento per ricerche in campo oncologico.

L'Unità di coordinamento di Rete promuove la conoscenza scientifica attraverso la predisposizione di appositi strumenti per l'accesso alle risorse bibliografiche e alle banche dati biomediche e la diffusione delle buone prassi e delle linee guida istituendo un sito web dedicato agli operatori della Rete e ai cittadini.

## OBIETTIVI

Gli obiettivi assegnati sono i seguenti:

- Adottare in modo condiviso linee guida (o percorsi diagnostico-terapeutici) tecnico-professionali che siano mandatorie per i professionisti delle diverse strutture;
- Promuovere l'introduzione e l'uso ottimale di tecnologie avanzate, spesso anche costose;
- Identificare all'interno del network le strutture più adatte per quei tumori per i quali sia comprovata l'efficacia della numerosità dei casi trattati, così come per le patologie rare o situazioni di particolare complessità;



Progetti di Piano anno 2015 redatti ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge del 23 dicembre 1996, n. 662.

- Uniformare l'equità di accesso;
- Facilitare l'attuazione di una logistica comune con economie di scala;
- Facilitare la ricerca;
  
- Selezionare strutture di eccellenza a cui delegare la gestione dei farmaci e/o procedure ad alto costo.

Alla luce di tali indicazioni, il processo di riorganizzazione si deve confrontare con le seguenti esigenze ineludibili, analiticamente individuate:

- Gli obiettivi di qualità sono realistici solo se il network è in grado di gestire una massa critica di pazienti: occorre pertanto orientare e indirizzare i pazienti verso percorsi di cura affidabili e sicuri
- Allocare risorse in modo selettivo con decisioni condivise nel sistema: i professionisti devono essere coinvolti nel processo decisionale e assumere la responsabilità di scelte fondate esclusivamente sul miglioramento della qualità delle cure e sulla sostenibilità dei provvedimenti assunti
- Rendere operativa l'integrazione non solo tra strutture ospedaliere ma anche del cosiddetto territorio, attraverso l'identificazione di percorsi trasversali e il coinvolgimento di tutti gli attori del sistema (cure primarie, prevenzione primaria e secondaria, assistenza domiciliare, ecc.)
- Attivare valutazioni di outcome sull'intera popolazione regionale, dell'operato dell'intero network e non più solo valutazioni di performance di singole strutture, adottando un sistema di monitoraggio fondato su opportuni indicatori di esito e di processo
- Essere in grado di garantire nella pratica l'equità di accesso
- Sviluppare strategie di alleanza e di empowerment, attraverso il coinvolgimento attivo delle associazioni dei pazienti e del volontariato.

#### **TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)**

##### **Primo semestre:**

1. Delibera di adozione del modello organizzativo

##### **Secondo semestre:**

2. Definizione dei percorsi per le principali patologie oncologiche

##### **Terzo semestre:**

3. Definizione dell'articolazione della rete e insediamento delle funzioni di governance

##### **Quarto semestre:**

4. Definizione del sistema di monitoraggio
5. Monitoraggio semestrale del funzionamento

#### **INDICATORI**

- Delibera di adozione del modello organizzativo
- Definizione dei percorsi per le principali patologie oncologiche
- Definizione dell'articolazione della rete e insediamento delle funzioni di governance
- Definizione del sistema di monitoraggio
- Monitoraggio semestrale del funzionamento





**REGIONE  
PUGLIA**

**DIPARTIMENTO PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE  
SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI**

**SEZIONE AMMINISTRAZIONE FINANZA E CONTROLLO**

**ALLEGATO 1**

Il presente allegato è composto  
di n. 27 pagine inclusa la presente



**IL DIRIGENTE DELLA SEZIONE  
(Benedetto G. PACIFICO)**