

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 24 luglio 2018, n. 1332

**Obiettivi a carattere prioritario e di rilievo nazionale per Panno 2016. Approvazione progetti.**

Assente 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 il Vice Presidente:

Vista *l'Intesa*, (Rep. Atti n. 64/CSR) del 14/04/2016, 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 2016.

Con *l'Accordo* (Rep. Atti n. 65/CSR), sancito in Conferenza Stato-Regioni in data 14/04/2016, sono state quindi individuate per l'anno 2016 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 70.454.543,00**.

Conformemente a quanto disposto dal suddetto comma 34 bis dell'art. 1 della L. 23/12/1996 n. 662, *l'Accordo Rep. Atti n. 65/CSR del 14/04/2016* 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. 65/CSR del 14/04/2016 prevede vincoli specifici sulle risorse ministeriali per l'anno 2016, che sono stati rispettati.

Nel 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 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 14 aprile 2016, così come di seguito riepilogato:

LINEA PROGETTUALE	TITOLO DEL PROGETTO	COSTO COMPLESSIVO
1	Implementazione dell'Assistenza Primaria	€ 9.209.343,00
2	Rete per l'assistenza domiciliare per trattamenti riabilitativi	€ 21.000.543,00
3	Rete regionale di cure palliative	€ 7.560.193,00
4	Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione	€18,144.464,00
	<i>di cui Supporto al Piano Nazionale Prevenzione: € 90.722,32</i>	
5	Gestione Cronicità - CCM in Puglia	€ 10.540.000,00
6	Rete Oncologica Pugliese (ROP)	€ 4.000.000,00
	<b>TOTALE</b>	<b>€ 70.454.543,00</b>

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 2016, e che le stesse risultano già impegnate al capitolo 751068/2016 con AD n.97/168/2016, giusti crediti iscritti dalle Aziende Sanitarie nei Bilanci di Esercizio 2016;

#### **Copertura finanziaria ai sensi del D.lgs. 118/2011 e ss.mm.ii.**

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia in entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

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

#### **LA GIUNTA**

Udita e fatta propria la relazione del Vice 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 2016, pari ad € 70.454.543,00.
2. Di trasmettere la presente deliberazione al Ministero della Salute per gli adempimenti di competenza.
3. Di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul sito ufficiale della Regione Puglia.
4. Di pubblicare la presente Deliberazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA  
ROBERTO VENNERI

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA  
ANTONIO NUNZIANTE

**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)**

GENERALITÀ	
REGIONE	160 - REGIONE PUGLIA
LINEA PROGETTUALE 1	ATTIVITÀ DI ASSISTENZA PRIMARIA
TITOLO	IMPLEMENTAZIONE DELL'ASSISTENZA PRIMARIA
DURATA	24 MESI
COSTO	€ 9.209.343,00
REFERENTE	DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI <i>SERVIZIO STRATEGIE E GOVERNO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE A.Re.S.S. Puglia</i>

### 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 cartella 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 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 Regione 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'appropriata 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 della assistenza territoriale secondo modelli gestionali di tipo U.C.C.P. Tali forme evolute di 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 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 digitalmente, 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 quelli del 2013, 2014 e 2015 adottando i risultati raggiunti nell'ultimo anno 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 delle 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.

#### 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)

##### Anno 2015

##### 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.)

#### RELAZIONE ATTIVITÀ ANNO 2015:

La Regione Puglia nel corso degli anni 2015-2016 ha provveduto a dare piena attuazione a quanto previsto con riferimento alla implementazione della assistenza primaria. In particolare, con riguardo alla adozione di apposite Linee Guida per la attuazione dei Presidi territoriali di Assistenza, la Regione Puglia ha stabilito di adottare una disciplina regolamentare (e, dunque, vincolante) per la regolamentazione dei PTA e degli Ospedali di Comunità.

I PTA rappresentano articolazioni dell'organizzazione del Distretto Socio Sanitario che, collocate in una sede ben riconoscibile, concentrano tutti i servizi distrettuali e tutte le altre attività che possono contribuire a realizzare la copertura assistenziale nell'arco delle 12/24 ore, a seconda della loro dimensione. I PTA costituiscono, difatti, il perno della riorganizzazione dei servizi distrettuali attraverso una nuova modalità di organizzazione e funzionalizzazione delle cure primarie, 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.

In questo contesto, risulta dunque necessario ripensare l'organizzazione del sistema delle cure primarie, dal punto di vista del modello di governance e di relazione tra i vari attori istituzionali; dal punto di vista dei modelli assistenziali; dal punto di vista dei percorsi clinici e dell'integrazione ospedale-territorio.

In questa ottica all'esito dei provvedimenti di riordino, a partire dai Regolamenti Regionali n. 18/2010, 36/2012, con il **Regolamento Regionale n. 14/2015** "Regolamento per la definizione dei criteri per il riordino della rete ospedaliera della Regione Puglia e dei modelli di riconversione dell'assistenza ospedaliera", in applicazione dell'Intesa Stato-Regioni 10 luglio 2014 - Patto per la Salute 2014-2016, la Regione Puglia ha previsto l'istituzione di n. 31 **Presidi Territoriali di Assistenza (PTA)**, quale risposta alla riconversione delle seguenti strutture ospedaliere.

ASL FG	ASL BT	ASL BA	ASL BR	ASL TA	ASL LE
Torremaggiore	Minervino	Rutigliano	Mesagne	Massafra	Campi Salentina
San Marco in Lamis	Spinazzola	Altamura	Ceglie Messapica	Mottola	Nardò
Monte Sant'Angelo	Trani	Gravina	Cisternino		Poggiardo
Vico del Gargano		Bitonto	Fasano		Maglie
Sannicandro Garganico		Ruvo	San Pietro Vernotico		Gagliano del Capo
Troia/ Accadia		Gioia del Colle			Martano
		Noci			
		Grumo			
		Conversano			

In particolare all'art. 8 del Regolamento si è stabilito che:

Il Presidio Territoriale di Assistenza (a seguire, PTA) rappresenta la risposta alla riconversione delle strutture ospedaliere e contribuisce alla rifunionalizzazione 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, per effetto del presente Regolamento, nonché dei R.R. n. 18/2010 e s.m.i. e n. 36/2012, e rappresentano il perno della riorganizzazione dei servizi distrettuali attraverso una nuova modalità di riorganizzare e rifunzionalizzare le cure primarie, 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 tre 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 condivise 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 socio-sanitari territoriali a ciclo diurno e a carattere domiciliare.

Il PTA si realizza sia attraverso un pieno accorpamento dei servizi territoriali, di norma presso il Comune sede del Distretto Socio-sanitario e non servito da un Presidio Ospedaliero di cui all'art. 2 del presente Regolamento. Sono possibili aggregazioni parziali degli stessi all'interno dell'ambito distrettuale qualora, per complessità dei contesti territoriali e dei fabbisogni rilevati, tale flessibilità sia necessaria ad assicurare la continuità dell'assistenza.

All'interno del PTA possono pertanto essere svolte le seguenti funzioni, in ragione dello specifico contesto di offerta di servizi e di fabbisogno:

1. Degenza Territoriale:
  - Ospedale di comunità;
  - Centro risvegli;
  - Assistenza Residenziale;
  - Hospice.
2. Servizi Sanitari e SocioSanitari:
  - Accesso Unico alle Cure:
    - o C.U.P.
    - o Accesso Unico Facilitato al Sistema
    - o Gestione e presa in carico delle cd. "dimissioni protette" e raccordo con UVM distrettuale
  - Attività amministrativa
    - o Scelta e revoca Medico
    - o Esenzioni ticket
    - o Rimborsi
    - o Ausili, Presidi e Protesi
    - o Assistenza Integrativa Farmaceutica
  - Attività Medica di base e Specialistica Ambulatoriale:
    - o Associazione complessa della Medicina e Pediatria di Famiglia
    - o Continuità assistenziale
    - o Cure domiciliari Integrate (CDI)



- o Assistenza Farmaceutica Territoriale
- o Poliambulatorio Specialistico (secondo l'articolazione definita con LR 23/2008)
  - Day service medico
  - Day service chirurgico
  - Ambulatorio delle cronicità
- o Diagnostica di Base
  - Radiodiagnostica
  - Centro prelievi
  - Assistenza Consultoriale e Materno Infantile
- o Consultorio familiare
- o Centro di Procreazione Medicalmente Assistita
  - Emergenza-Urgenza
- o Punto di primo Intervento Territoriale
- o Postazione 118
  - Prevenzione
- o Vaccinazioni
- o Medicina Legale e fiscale
  - Salute Mentale
- o Centro Salute Mentale
- o Centro diurno psichiatrico
- o Centro residenziale/semiresidenziale per i Disturbi del comportamento alimentare (DCA)
  - Dipendenze Patologiche
- o Ser.T.
  - Riabilitazione
- o Centro riabilitazione ambulatoriale
- o Trattamenti domiciliari
  - Servizi a gestione ospedaliera
- o Posti rene

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

I PTA devono essere censiti nell'Area Anagrafe delle Strutture Sanitarie del Sistemi Informativi sanitari regionali. Per la determinazione dei contenuti informativi e del loro aggiornamento si rinvia alle determinazioni della Cabina di Regia NSIS, di cui all'art. 5 comma 18 del Patto per la Salute 2014-2016.

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

Quanto invece agli **Ospedali di Comunità** l'art. 9 del citato Regolamento n. 14 del 2015 ha stabilito che:

Nell'ambito del PTA può essere ospitato l'ospedale di comunità, struttura sanitaria con un numero limitato di posti letto di degenza territoriale (unità di degenza territoriale), di norma non superiore a 20 p.l., gestiti da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è garantita nelle 24 ore da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN.





del territorio regionale e della conformazione degli ambiti territoriali distrettuali e dei servizi sanitari censiti.

- Si è ritenuto opportuno suddividere grossomodo il territorio della Regione Puglia nelle seguenti "macrozone":
  - **Zona Nord:** coincidente con il territorio della ASL FG, che conta n. 61 comuni (**di cui 13 superano 10.000 Ab.**) e che presenta una criticità specifica relativa soprattutto alla numerosità dei comuni piccoli presenti, tra l'altro, in zone disagiate e deprivate come i monti Dauni, il Gargano e le isole Tremiti;
  - **Zona Centro:** coincidente con il territorio delle AASSLL di BT e BA, che in "soli" n. 51 comuni (**41 ASL BA e 10 ASL BT, di cui 8 non superano 10.000**) somma 1.638.512 Ab., (**40% del totale**) in comuni di media e grande dimensione con specifiche esigenze in merito alla distribuzione dei servizi ed all'offerta sanitaria;
  - **Zona Sud:** coincidente con il territorio delle AA.SS.LL. di Brindisi, Lecce e Taranto, il cosiddetto "Grande Salento", che solo nella provincia di Lecce conta 97 comuni (**cui "solo" 13 superano 10.000**) dislocati su un territorio vasto, anche se meno problematico in termini di viabilità rispetto alla zona nord, e che richiede soluzioni legate alla fruibilità dei servizi ed alla prossimità delle cure totalmente differenti rispetto alla prime due zone.

#### ASL BARI

##### Medicina Generale

- Totale MMG: n. 991
- % MMG coinvolti nelle forme associative: **94%**
- % MMG che gestiscono la scheda sanitaria individuale su supporto informatico: **100%**
- % MMG che partecipano attivamente all'applicazione delle procedure di trasmissione telematica delle ricette: **100%**
- MMG che utilizzano sistemi di comunicazione informatica:
  - % Rete telematica e di teleconsulto: **5%**
  - % Telemedicina: **3%**

ASL BARI						
Medicina Generale						
	Gruppo	Rete	Associazione	Super Gruppo	Super Rete	CPT
N. Forme	41	44	4	60	41	1
N. MMG	134	181	150	233	229	8

##### Pediatria di Libera Scelta

- Totale PLS: n. 190
- % PLS coinvolti nelle forme associative: **68%**
- % PLS che gestiscono la scheda sanitaria individuale su supporto informatico: **100%**
- % PLS che partecipano attivamente all'applicazione delle procedure di trasmissione telematica delle ricette: **100%**
- PLS che utilizzano sistemi di comunicazione informatica:



- % Rete telematica e di teleconsulto: 5%
- % Telemedicina: 0

## ASL BARI

## Pediatria di Libera Scelta

	Gruppo	Rete	Associazion e	Super Gruppo	Super Rete
N. Forme	7	29	11	0	0
N. PLS	19	76	35	0	0

## ASL BARLETTA-ANDRIA-TRANI (BAT)

## Medicina Generale

- Totale MMG: n. 298
- % MMG coinvolti nelle forme associative: 53%
- % MMG che gestiscono la scheda sanitaria individuale su supporto informatico: 100%
- % MMG che partecipano attivamente all'applicazione delle procedure di trasmissione telematica delle ricette: 100%
- MMG che utilizzano sistemi di comunicazione informatica:
  - % Rete telematica e di teleconsulto: 0
  - % Telemedicina: 0%

## ASL BAT

## Medicina Generale

	Gruppo	Rete	Associazion e	Super Gruppo	Super Rete
N. Forme	15	18	2	0	4
N. MMG	49	80	7	0	22

## Pediatria di Libera Scelta

- Totale PLS: n. 54
- % PLS coinvolti nelle forme associative: 78%
- % PLS che gestiscono la scheda sanitaria individuale su supporto informatico: 100%
- % PLS che partecipano attivamente all'applicazione delle procedure di trasmissione telematica delle ricette: 100%
- PLS che utilizzano sistemi di comunicazione informatica:
  - % Rete telematica e di teleconsulto: 0
  - % Telemedicina: 0

## ASL BAT



Pediatria di Libera Scelta						
	Gruppo	Rete	Associazion e	Super Gruppo	Super Rete	
N. Forme	1	12	0	0	0	0
N. PLS	4	38	0	0	0	0

**ASL BRINDISI****Medicina Generale**

- Totale MMG: n. 325
- % MMG coinvolti nelle forme associative: 54%
- % MMG che gestiscono la scheda sanitaria individuale su supporto informatico: 100%
- % MMG che partecipano attivamente all'applicazione delle procedure di trasmissione telematica delle ricette: 100%
- MMG che utilizzano sistemi di comunicazione informatica:
  - % Rete telematica e di teleconsulto: 0
  - % Telemedicina: 0

ASL BRINDISI Medicina Generale						
	Gruppo	Rete	Associazio ne	Super Gruppo	Super Rete	CPT
N. Forme	10	5	2	12	10	1
N. MMG	33	22	7	47	56	9

**Pediatria di Libera Scelta**

- Totale PLS: n. 55
- % PLS coinvolti nelle forme associative: 60%
- % PLS che gestiscono la scheda sanitaria individuale su supporto informatico: 100%
- % PLS che partecipano attivamente all'applicazione delle procedure di trasmissione telematica delle ricette: 100%
- PLS che utilizzano sistemi di comunicazione informatica:
  - % Rete telematica e di teleconsulto: 0
  - % Telemedicina: 2%

ASL BRINDISI Pediatria di Libera Scelta					
	Gruppo	Rete	Associazion e	Super Gruppo	Super Rete



N. Forme	1	5	1	0	0
N. PLS	2	20	11	0	0

**ASL FOGGIA****Medicina Generale**

- Totale MMG: **n. 513**
- % MMG coinvolti nelle forme associative: **81%**
- % MMG che gestiscono la scheda sanitaria individuale su supporto informatico: **100%**
- % MMG che partecipano attivamente all'applicazione delle procedure di trasmissione telematica delle ricette: **100%**
- MMG che utilizzano sistemi di comunicazione informatica:
  - % Rete telematica e di teleconsulto: **0**
  - % Telemedicina: **0**

*ASL FOGGIA*  
Medicina Generale

	Gruppo	Rete	Associazion e	Super Gruppo	Super Rete
N. Forme	34	31	2	20	16
N. MMG	111	120	7	115	64

**Pediatria di Libera Scelta**

- Totale PLS: **n. 91**
- % PLS coinvolti nelle forme associative: **62%**
- % PLS che gestiscono la scheda sanitaria individuale su supporto informatico: **100%**
- % PLS che partecipano attivamente all'applicazione delle procedure di trasmissione telematica delle ricette: **100%**
- PLS che utilizzano sistemi di comunicazione informatica:
  - % Rete telematica e di teleconsulto: **0**
  - % Telemedicina: **0**

*ASL FOGGIA*  
Pediatria di Libera Scelta

	Gruppo	Rete	Associazion e	Super Gruppo	Super Rete
N. Forme	6	13	0	0	0
N. PLS	19	37	0	0	0

**ASL LECCE****Medicina Generale**

- Totale MMG: **n. 649**
- % MMG coinvolti nelle forme associative: **92%**
- % MMG che gestiscono la scheda sanitaria individuale su supporto informatico: **100%**
- % MMG che partecipano attivamente all'applicazione delle procedure di trasmissione telematica delle ricette: **100%**
- MMG che utilizzano sistemi di comunicazione informatica:
  - % Rete telematica e di teleconsulto: **11%**
  - % Telemedicina: **4%**

*ASL LECCE*  
Medicina Generale

	Gruppo	Rete	Associazion e	Super Gruppo	Super Rete
N. Forme	26	24	14	26	23
N. MMG	187	188	67	78	75

**Pediatria di Libera Scelta**

- Totale PLS: **n. 110**
- % PLS coinvolti nelle forme associative: **81%**
- % PLS che gestiscono la scheda sanitaria individuale su supporto informatico: **100%**
- % PLS che partecipano attivamente all'applicazione delle procedure di trasmissione telematica delle ricette: **100%**
- PLS che utilizzano sistemi di comunicazione informatica:
  - % Rete telematica e di teleconsulto: **9%**
  - % Telemedicina: **0**

*ASL LECCE*  
Pediatria di Libera Scelta

	Gruppo	Rete	Associazion e	Super Gruppo	Super Rete
N. Forme	1	0	23	0	0
N. PLS	3	0	86	0	0

**ASL TARANTO**

**Medicina Generale**

- Totale MMG: **n. 479**
- % MMG coinvolti nelle forme associative: **98%**
- % MMG che gestiscono la scheda sanitaria individuale su supporto informatico: **100%**
- % MMG che partecipano attivamente all'applicazione delle procedure di trasmissione telematica delle ricette: **100%**
- MMG che utilizzano sistemi di comunicazione informatica:



- % Rete telematica e di teleconsulto: 15%
- % Telemedicina: 0

ASL TARANTO  
Medicina Generale

	Gruppo	Rete	Associazion e	Super Gruppo	Super Rete
N. Forme	20	26	12	21	15
N. MMG	85	70	98	85	108

**Pediatria di Libera Scelta**

- Totale PLS: n. 80
- % PLS coinvolti nelle forme associative: 81%
- % PLS che gestiscono la scheda sanitaria individuale su supporto informatico: 100%
- % PLS che partecipano attivamente all'applicazione delle procedure di trasmissione telematica delle ricette: 100%
- PLS che utilizzano sistemi di comunicazione informatica:
  - % Rete telematica e di teleconsulto: 13%
  - % Telemedicina: 0

ASL TARANTO  
Pediatria di Libera Scelta

	Gruppo	Rete	Associazion e	Super Gruppo	Super Rete
N. Forme	1	11	0	0	0
N. PLS	3	62	0	0	0

1. Modelli Organizzativi delle Cure Primarie:

Tutte le forme di associazionismo medico, già attive nel 2012, sono state istituite con formali atti istitutivi delle Aziende Sanitarie Locali.

**ASL BARI**

Nella ASL di Bari è presente un Centro Polifunzionale Territoriale (CPT), costituito da 8 MMG.

Ha una apertura continuata h12 ed al suo interno sono presenti i seguenti servizi:

- Ambulatori medici specialistici dedicati alla Diagnosi e Cura di:
  - Patologie a elevato Rischio Cardiovascolare;
  - Diabete Mellito;



- Monitoraggio del Rischio Vascolare;
- Sindrome Metabolica;
- Sinergia con il Progetto Regionale "Nardino" per la presa in carico di persone affette da patologie croniche e/o a lungo termine
- Centro antifumo;
- Ambulatori Infermieristici;
- Diagnostica di 1° livello:
  - Holter Cardiaco e Pressorio, ECG attraverso l'utilizzo della Telemedicina, anche a domicilio;
  - Telemonitoraggio delle Patologie Respiratorie attraverso l'utilizzo della Telemedicina;
  - Densitometria ad Ultrasuoni;
  - Esami di Laboratorio;
  - Diagnostica per Immagini ad Ultrasuoni.

#### ASL BRINDISI

Nella ASL di Brindisi è presente un **Centro Polifunzionale Territoriale (CPT)**, costituito da **9 MMG**.

Lo studio ha una apertura continuata h12. Lo studio è articolato secondo il "*Sistema Integrato Assistenza Territoriale & Ambulatoriale*" (SIATA) che eroga servizi ulteriori rispetto a quanto previsto dall'A.C.N. e dall'A.C.R. Puglia in rete con strutture specialistiche territoriali, con la condivisione di percorsi diagnostico-terapeutici, secondo le linee guida internazionali approvate dalle società scientifiche.

Le prestazioni vengono fornite direttamente presso lo stesso CPT, secondo corsie preferenziali, dai servizi territoriali, mediante prenotazioni on-line da parte degli stessi M.M.G.

Si garantisce così un continuo miglioramento del processo assistenziale con particolare attenzione alle patologie cronico-degenerative (diabete mellito, ipertensione arteriosa, BPCO). Il processo si realizza attraverso l'articolazione razionale degli orari dei singoli medici, la gestione di ambulatori dedicati, la condivisione di dati clinici on-line, l'integrazione con gli specialisti territoriali e ospedalieri, il supporto del personale infermieristico territoriale.

Il reclutamento del paziente avviene da parte del MMG attraverso una vera e propria operazione di screening. Il MMG, reclutato il paziente, ne definisce il percorso diagnostico-terapeutico condividendolo con il paziente stesso, e ne attiva la presa in carico attraverso una scheda sanitaria informatizzata che segue il paziente per tutto il percorso e per il follow-up.

#### ASL LECCE

La Regione Puglia è stata impegnata nel triennio 2010-2012 nella realizzazione del Piano di Rientro, approvato con una Delibera di Giunta Regionale n.2624 del 30/11/2010.

In seguito il Piano di Rientro ha dettato i tempi e le modalità per la ridefinizione dei posti letto, delle strutture complesse e della contestuale riconversione degli ospedali chiusi, in Presidi Territoriali di Assistenza.

Il Piano di Rientro ha previsto, tra prima e seconda fase, la riconversione di 22 strutture ospedaliere e l'attivazione, sui relativi territori, di Strutture Territoriali di Assistenza e di nuovi Servizi di Assistenza alla Persona, secondo modalità alternative al ricovero ospedaliero.

Nella ASL di Lecce, le strutture ospedaliere interessate dal processo di riconversione sono n. 6.

Nel processo di riconversione, le strutture sotto riportate hanno coinvolto, al loro interno, le forme di Associazionismo Medico presenti sul territorio dando vita a modelli organizzativi complessi delle Cure primarie.



**Galliano del Capo:** Casa della Salute con una apertura continuata h24 ed al suo interno sono presenti i seguenti servizi:

- Ambulatori medici specialistici;
- Ambulatori Infermieristici;
- Postazione di continuità assistenziale (ex guardia medica);
- Diagnostica di 1° livello;
- PUA;

**Gallipoli:** UTAP con una apertura continuata h24 ed al suo interno sono presenti i seguenti servizi:

- Ambulatori medici specialistici;
- Ambulatori Infermieristici;
- Postazione di continuità assistenziale (ex guardia medica);

**Corigliano d'Otranto:** Cittadella della Salute con una apertura continuata h12 ed al suo interno sono presenti i seguenti servizi:

- Ambulatori medici specialistici;
- Ambulatori Infermieristici;
- Ambulatorio di continuità assistenziale con apertura h12;
- Consultorio Familiare;

**Poggiardo:** Presidio Territoriale di Assistenza (PTA) con una apertura continuata h24 ed al suo interno sono presenti i seguenti servizi:

- Ambulatori medici specialistici;
- Postazione di continuità assistenziale (ex guardia medica);
- Diagnostica di 1° livello;

**Grado di accessibilità ai modelli organizzativi di Cure Primarie:**

L'apertura giornaliera delle forme d'associazionismo complesso è di 5 giorni su 7.

Considerata la presenza nella sede del Medico e dell'Infermiere, il servizio è attivo H12 diurno.

**Presenza di meccanismi operativi (procedure) di collegamento con altri servizi sanitari, sociali e socio sanitari:**

Alcuni modelli organizzativi associazionismo medico hanno attivato il servizio "CUPNET". Trattasi di un'applicazione web integrata con il sistema CUP a supporto del processo di prenotazione di prestazioni sanitarie, da parte dei MMG, collegati al sistema centrale tramite la rete intranet aziendale o, a seconda delle scelte tecnologico-organizzative adottate dall'Azienda, tramite la rete internet.

All'interno di altre strutture sono presenti P.U.A, ossia dell'organismo territoriale di ingresso unico che garantisce l'accesso alla rete dei servizi sanitari e territoriali e sociosanitari, promuovendo la semplificazione delle procedure, l'unicità del trattamento dei dati, l'integrazione nella gestione del caso, la garanzia per l'utente di un tempo certo per la presa in carico.

La PUA rappresenta il collegamento con i diversi punti di accesso alla rete dei servizi sociosanitari distrettuali ed ospedalieri: Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta



punti di accesso del Distretto e delle altre strutture sanitarie Dipartimentali del territorio (CSM, SeRT, ecc.).

In questo contesto di implementazione dei modelli organizzativi delle Cure Primarie, l'Agenzia Regionale Sanitaria della Puglia (AReS - Puglia) ha messo a punto un piano di implementazione del modello assistenziale di gestione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici e di presa in carico di persone a rischio di fragilità e persone affette da patologie croniche e a rischio di fragilità nel territorio regionale, Progetto Nardino, (Delibera D.G. del 09.05.2011, n. 175);

Il modello assistenziale, proposto successivamente alla Giunta Regionale, prende il nome di **Programma "Care Puglia"** ed ha l'obiettivo di rendere ordinario il modello assistenziale del Chronic Care su tutto il territorio regionale.

Si tratta di applicare il protocollo di presa in carico delle persone fragili e affette da patologie croniche attraverso l'introduzione della figura dell'*Infermiere Care Manager nelle forme evolute di associazionismo medico e nel Servizio Infermieristico ed Ostetrico Distrettuale*, già previsto all'interno dell'organizzazione del Distretto dal Regolamento regionale n. 6/2011.

Le tipologie organizzative già previste nel Programma "Care Puglia" e più coerenti con l'organizzazione distrettuale rilevata sul territorio regionale, attraverso le quali attuare il protocollo di presa in carico, sono:

- modello basato sulle forme complesse di associazionismo della Medicina Generale;
- modello basato sulle Case della Salute o Centri Territoriali di Assistenza;
- modello basato sul Servizio Infermieristico ed Ostetrico Distrettuale che prevede l'attivazione degli Ambulatori Infermieristici all'interno dell'Assistenza Specialistica Territoriale che rappresenta un sistema molto diffuso nella rete dell'offerta regionale.

Tuttavia, si tratta di tipologie flessibili che possono contemplare altre forme multi professionali e mono-professionali come quelle previste dalle norme nazionali e regionali, come:

- Unità Territoriale di Assistenza Primaria (UTAP);
- Unità Complessa Cure Primarie (UCCP);
- Nuclei Cure Primarie (NCP);
- Casa della Salute;
- Centri di Assistenza Primaria (CAP);
- Centri di Assistenza Primaria Territoriale (CAPT);
- Presidi Territoriali di Assistenza (PTA);
- Centri Clinico-Assistenziali Distrettuali (CeCAD);
- Altro.

**Target di assistiti a cui si rivolgono i meccanismi operativi:**

Le precitate procedure di collegamento si rivolgono ai seguenti pazienti:

- paziente non classificato;
- paziente cronico;
- paziente non autosufficiente e/o fragile.

**Strumenti informativi automatizzati:**

In tutte le forme associative coinvolte è utilizzata la "Cartella Clinica Informatizzata" come previsto dall'AIR sottoscritto dal Comitato Permanente Regionale per la Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta, per la raccolta delle informazioni sanitarie degli assistiti (100%).

Attualmente, l'archivio informatico presente nelle forme associative è condiviso fra tutti i componenti, ma non si integra con sistemi informativi esterni.

Sono in fase di definizione, inoltre, le procedure per far confluire i dati contenuti nella Cartella Clinica Informatizzata nel **Fascicolo della Sanità Elettronica** collegato a tutti i servizi sanitari esterni.

Più recentemente è stato messo a punto un software per la gestione del paziente cronico secondo il modello del "Desease and Care Management" gestito direttamente dai MMG e PLS o in collaborazione con gli istituti ambulatori infermieristici distrettuali.

#### ANNO 2016 (IN CORSO)

##### 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;
- 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



GENERALITÀ	
REGIONE	160 - REGIONE PUGLIA
LINEA PROGETTUALE 2	SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZZAZIONE ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI
TITOLO	RETE PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE PER TRATTAMENTI RIABILITATIVI
DURATA	24 MESI
COSTO	€ 21.000.543,00
REFERENTE	DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI <i>SERVIZIO STRATEGIE E GOVERNO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE</i>

### 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'èquipe 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
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)

##### ANNO 2015

##### Primo Semestre:

1. Valutazione sanitaria domiciliare

##### Secondo Semestre:

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

#### RELAZIONE ATTIVITÀ ANNO 2015:

Nell'ambito dell'assistenza riabilitativa, la Regione ha negli ultimi anni incentivato l'erogazione di prestazioni di riabilitazione domiciliare al fine di evitare ricoveri ospedalieri o ricoveri presso strutture territoriali e favorendo l'esecuzione del programma riabilitativo presso il domicilio del paziente. Con il RR n. 20/2011, dedicato alla riabilitazione domiciliare, è stato disciplinato il percorso che parte dalla predisposizione del progetto riabilitativo fino al suo completamento con l'esecuzione del programma riabilitativo. Tutto il percorso, previamente autorizzato da parte del Dipartimento di riabilitazione, si esplica attraverso l'erogazione delle prestazioni da parte delle strutture pubbliche dislocate nei vari distretti sociosanitari delle ASL e da parte delle strutture private accreditate. Negli ultimi anni si è cercato di incrementare il numero delle prestazioni erogate da parte delle strutture pubbliche e, in riferimento alle strutture private, si è incrementata la percentuale del sub-fondo destinato alla riabilitazione domiciliare nell'ambito del fondo unico destinato all'acquisto di prestazioni di riabilitazione in regime residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare. A partire dall'anno 2015 il sub-fondo destinato all'acquisto di prestazioni di riabilitazione domiciliare si attesta intorno al 25% del fondo totale.

Con riferimento all'assistenza residenziale e semiresidenziale per i disabili, il Comitato Lea individua come fabbisogno almeno 0,6 p.l. ogni 1.000 abitanti che in base alla popolazione in Puglia (4.090.105 abitanti secondo i dati ISTAT 2015) corrispondono a 2.454 p.l. totali.

Le strutture territoriali sanitarie e sociosanitarie che ospitano i disabili in regime residenziale e semiresidenziale sono:

- Presidi di Riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali in regime residenziale e semiresidenziale (R.R. n.12/2015): erogano prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative in regime residenziale a persone disabili che necessitano di riabilitazione intensiva o estensiva;
- Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) in regime residenziale (R.R. n.8/2002): erogano prestazioni terapeutiche e riabilitative in regime residenziale a persone disabili che necessitano di riabilitazione estensiva;



- Residenze Socio Sanitarie Assistenziali (RSSA per disabili) in regime residenziale (art.58 R.R. n.4/2007): erogano prestazioni socio-riabilitative di mantenimento;
- Comunità socio-riabilitativa in regime residenziale (art. 57 R.R. n.4/2007): erogano prestazioni socioriabilitative di mantenimento congiuntamente a prestazioni tutelari per disabili privi di sostegno familiare oltre che per disabili gravi privi di sostegno familiare;
- Centro Diurno Socio-educativo e Riabilitativo in regime semiresidenziale (art.60 R.R. n.4/2007): erogano prestazioni socio-riabilitative finalizzate al mantenimento e al recupero dei livelli di autonomia della persona e al sostegno della famiglia.

Nell'ambito dell'assistenza a carattere estensivo va precisato che la legge regionale 19 settembre 2008, n.23 nella sezione 3.2.2 "Livelli di assistenza" individua:

- l'assistenza estensiva post acuzie ad alta complessità (strutture residenziali territoriali)
 

*"Per pazienti che richiedono un moderato impegno clinico e terapeutico, per il trattamento di disabilità in fase post-acuzie, a basso rischio potenziale di instabilità clinica oppure per pazienti con disabilità croniche in condizione di non autosufficienza, abbisognevoli nell'arco delle 24 ore di interventi di nursing infermieristico di base, non erogabili al proprio domicilio e di un intervento riabilitativo estensivo multicomprendivo distribuito nell'arco dell'intera giornata, e/o di monitoraggio continuo durante o dopo definiti interventi riabilitativi."*
- l'assistenza estensiva a media complessità ( strutture residenziali territoriali - RSA)
 

*"Per pazienti non autosufficienti, a causa di una disabilità con ridotte possibilità di recupero, non gestibili al proprio domicilio, per i quali è necessario un progetto riabilitativo dalla durata limitata e predefinita finalizzato al mantenimento e promozione dei livelli di autonomia e delle abilità comunicativo-relazionali."*

La Regione, con il regolamento regionale n. 12/2015, ha riorganizzato l'offerta di prestazioni riabilitative di tipo intensivo ed estensivo, in regime residenziale e semiresidenziale, erogate dai Presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali in regime residenziale e semiresidenziale.

Resta da riorganizzare l'assistenza residenziale e semiresidenziale nella fase di mantenimento ai soggetti disabili, con la revisione dell'attuale offerta di strutture al fine di una loro semplificazione.

Pertanto, si ritiene necessario che l'AReSS inizi ad attuare un percorso di riclassificazione delle attuali strutture residenziali socio-riabilitative per disabili con l'obiettivo di istituire un'unica tipologia di struttura organizzata in nuclei per l'erogazione di trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue (RSA disabili). In considerazione del diverso impegno assistenziale necessario in relazione alla gravità delle condizioni degli ospiti, le strutture residenziali socio-riabilitative saranno articolate in nuclei, differenziati in base alla tipologia degli ospiti in:

- disabili in condizioni di gravità che richiedono elevato impegno assistenziale e tutelare, le cui prestazioni saranno a carico del SSR per una quota pari al 70% della tariffa giornaliera;
- disabili che richiedono moderato impegno assistenziale e tutelare o disabili gravi privi di sostegno familiare, le cui prestazioni saranno a carico del SSR per una quota pari al 40% della tariffa giornaliera.

Inoltre, si ritiene necessario che l'AReSS contribuisca a rivedere il fabbisogno di strutture semiresidenziali socio-riabilitative, le cui prestazioni saranno a carico del SSR per una quota pari al 70% della tariffa giornaliera.



Premesso quanto innanzi, con il percorso di riclassificazione delle attuali strutture residenziali socio-riabilitative per disabili, nel rispetto del DPCM LEA del 2001, la Regione modificherà la normativa regionale in materia di compartecipazione prevedendo:

- in riferimento all'assistenza residenziale nella fase di mantenimento (ex RSA disabili, ex RSSA disabili) due quote a carico del SSR, 70% per i disabili in condizioni di gravità e 40% per i disabili gravi privi del sostegno familiare;
- in riferimento all'assistenza semiresidenziale nella fase di mantenimento (ex Centri diurni socio-educativi e riabilitativi) una quota pari al 70% a carico della ASL.

#### **ANNO 2016 (IN CORSO)**

##### **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.

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

### 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.

#### TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)

##### ANNO 2015

##### 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".

##### RELAZIONE ATTIVITÀ ANNO 2015:

Con DGR n. 917 del 6/5/2015 sono state approvate le Linee Guida regionali per lo sviluppo della Rete per le Cure Palliative in Puglia, in attuazione dell'Atto d'Intesa sottoscritto in Conferenza Stato - Regioni (Rep. N. 152/2012 "Definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore").

Per quanto attiene alle Cure Palliative domiciliari, le Linee guida regionali dettano le modalità di presa in carico e di definizione del Progetto di assistenza individuale (PAI). Dal monitoraggio effettuato per l'anno 2015, risulta che il numero di giornate di cure palliative a domicilio, assicurate ai pazienti trattati, è inferiore al valore standard calcolato ai sensi del decreto ministeriale n. 43/2007. Si ritiene, dunque, necessario incrementare tale tipologia assistenziale, tenendo presente che, attualmente, risultano territori della Regione completamente scoperti. La percentuale d'incremento da conseguire entro il 2018 sarà più precisamente definita sulla base dei dati SIAD in corso di consolidamento riferiti all'anno 2016. Si ritiene, pertanto, al fine d'incrementare detta modalità assistenziale, di porre in essere le seguenti azioni:

- ✓ istituire, con il supporto dell'AReSS, un gruppo di lavoro tecnico, nel quale siano rappresentate tutte le AA.SS.LL., al fine di individuare e porre in essere gli interventi necessari al potenziamento dell'assistenza;
- ✓ aggiornare le Linee Guida regionali di cui alla DGR N. 917 del 6/5/2015, in attuazione del recente decreto ministeriale con il quale sono stati definiti i nuovi livelli di assistenza;
- ✓ monitorare le prestazioni erogate nel triennio 2016-2018

##### 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 cure, riducendo, altresì, al minimo i casi di ricoveri inappropriati.



**GENERALITA'**

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	<b>Linea Progettuale 4: Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione</b>
TITOLO DEL PROGETTO	Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano nazionale prevenzione
DURATA DEL PROGETTO	Pluriennale
REFERENTE	P.A.T.P.

**ASPETTI FINANZIARI**

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ <b>18.144.464</b> , di cui al netto della quota per il Supporto al Piano Nazionale Prevenzione : € <b>18.053.741,68</b>
--------------------------------	---

**IL PROGETTO**

CONTESTO	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: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Di applicare nell'elaborazione del proprio PRP la visione, i principi, le priorità, la struttura del PNP;</li> <li>• 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;</li> <li>• 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.</li> </ul>
DESCRIZIONE	In attuazione dell'Intesa Stato-Regioni del 13.11.2014 rep. Atti 156/CSR "Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018", con <b>DGR n. 302 del 22.03.2016</b> 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



	<p>quanto più intersettoriali e trasversali, basati su un approccio condiviso e legati tra loro per temi e valori chiave.</p> <p>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.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p><b>Tempi Di Attuazione (Cronoprogramma)</b> per tutto i periodo di durata del progetto (2016).</p> <p><b>Indicatori</b></p> <p>Presenza di documenti di rendicontazione delle attività previste nell'ambito dei Piani locali di Prevenzione 2016 di tutte le ASL.</p>
RISULTATI ATTESI	Attuazione degli obiettivi contenuti nel Piano regionale della Prevenzione.
RELAZIONE ANNO 2016	<b>All.to (n. 1)</b>

All.to (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° Uff. 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%		
N° corsi organizzati per ASL/ tot ASL	Archivio AGENAS	-		50%	66%	100%	50%		
N° operatori PASSI/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	archivio	-		25%	35%	55%	30,38%		





N° nosocomi che segnalano le infezioni invasive da CPE (compreso lo zero reporting) / Tot Nosocomi	25%	35%	40%	50%	70,83%	
Archivio dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale						Si (Istituzione gruppo di lavoro)
Numero di casi di morbillo e di rosolia con diagnosi di laboratorio effettuata presso il laboratorio di riferimento regionale/n numero di casi di morbillo e rosolia notificati	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 pneumococcica (ICD9CM:481.x)	3,30%	30%	50%	70%	56,67%	
Archivio dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale						Documento approvato con DGR
Registro delle deliberazioni regionali	NO					Istituzione gruppo di lavoro
SI/NO						





Servizio PATP	Non rilevato	2	2	2	0		
Servizio PATP	Non rilevato	2	2	2	2		
Servizio PATP	Non rilevato	2	2	2	0		
Atti Sezione PATP		Monitoraggio, Riesame e nuovaprogrammazione	SI (Monitoraggio, Riesame e nuovaprogrammazione)				
neonati sottoposti a screening audiologico /tot n° bambini nati vivi	50%	60%	70%	80%	80%		80%
N. inviti anno / Popolazione target anno	62%	80%	100%	100%	70,50%		
N. inviti anno / Popolazione target anno	31%	80%	100%	100%	21,70%		
N. inviti anno / Popolazione target anno	7%	65%	100%	100%	0%		
N. screenate anno / N inviti anno	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 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%)	
	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/format.	Sperimentazione del pacchetto didattico/format.	Spiega implementazione del pacchetto didattico/format.	PIena implementazione del pacchetto didattico/format.	SI (Realizzazione del pacchetto didattico/format.)
Evidenza documentata del pacchetto didattico/formativo	Regione	0					
Evidenza documentata del pacchetto didattico/formativo	Regione	0					
Evidenza documentata del pacchetto didattico/formativo	Regione Puglia/PATP	valore 2015	350	350	350	606	SI (Sperimentazione del pacchetto didattico/format.)
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	Archivio OER	100%	10%	30%	50%		0%
SI/NO	Delibera PATP	NO	SI	SI	SI		SI



**GENERALITA'**

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	<b>Linea Progettuale 4: Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione.</b>
TITOLO DEL PROGETTO	Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano nazionale prevenzione
DURATA DEL PROGETTO	Pluriennale
REFERENTE	P.A.T.P.

**ASPETTI FINANZIARI**

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 90.722,32 (supporto al piano Nazionale prevenzione - vincolo del 5 per mille)
--------------------------------	--

**IL PROGETTO**

CONTESTO	<p>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.</p> <p>La Regione Puglia ha l'obiettivo di utilizzare la banca dati <b>AIRTUM</b> al fine di perseguire le seguenti finalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventi mirati di prevenzione primaria, in particolare l'attivazione di campagne specifiche di diagnosi precoce oncologica;</li> <li>• Monitoraggio sull'efficacia dei programmi di screening oncologici tradizionali e/o sperimentali</li> <li>• Supporto per gli studi epidemiologici finalizzati all'analisi dell'impatto sull'ambiente, sull'incidenza della patologia oncologica.</li> </ul> <p>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.</p>
DESCRIZIONE	<p>Quale adempimento dell'Intesa Stato-Regioni sul PNP, con <b>DGR n. 302 del 22/03/2016</b> è stato approvato il Piano Regionale della Prevenzione 2014/18, in coerenza con le indicazioni del Piano Nazionale della Prevenzione.</p>
OBIETTIVI	<p>Il provvedimento si pone l'obiettivo di partecipare nel quinquennio, attraverso programmi regionali, al raggiungimento degli obiettivi di salute del PNP.</p> <p>Infatti il Piano è strutturato in programmi di ampio respiro, trasversali e multidisciplinari, con l'integrazione di obiettivi ed azioni tra loro coerenti.</p>



	I programmi del Piano incorporano tutti i macro obiettivi e gli obiettivi centrali del PNP, nonché gli adempimenti previsti dal quadro normativo.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<b>Tempi Di Attuazione (Cronoprogramma)</b> per tutto il periodo di durata del progetto (2016).  <b>Indicatori</b>  Presenza di documenti di rendicontazione delle attività previste nell'ambito dei Piani locali di Prevenzione 2016 di tutte le ASL.
RISULTATI ATTESI	Attuazione degli obiettivi contenuti nel Piano regionale della Prevenzione.



GENERALITÀ	
REGIONE	160 - REGIONE PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	GESTIONE DELLA CRONICITÀ
5	
TITOLO	CHRONIC CARE MODEL PUGLIA
DURATA	24 MESI
COSTO	€ 10.540.000,00
REFERENTE	A.Re.S.S. Puglia

### 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 alla stessa da parte del sistema delle cure primarie (MMG, PLS, Continuità assistenziale, ecc.), ha comunque rivelato nei casi di più completo sviluppo la riconversione "indolore" del preesistente presidio ospedaliero, una buona 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)**

##### **ANNO 2015**

##### **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

#### RELAZIONE ATTIVITÀ ANNO 2015:

Nel corso del 2015 è stato istituito un Gruppo di lavoro con il Referente Regionale delle Cure Primarie dei MMG, con il Referente Regionale delle Cure Primarie dei Pediatri di Libera scelta, con i responsabili delle UACP delle Aziende Sanitarie locali pugliesi, referenti del Dipartimento Promozione della Salute, del benessere sociale e dello sport per tutti e dell'Agazia, al fine di:

- Esaminare i risultati delle precedenti esperienze avviate in via sperimentale in regione Puglia sulla presa in carico dei soggetti cronici
- Delineare il nuovo modello denominato Care Puglia 3.0

Preliminarmente è stato quindi affidato il compito all'Agazia regionale di condurre uno studio sui risultati conseguiti, evidenziando gli aspetti positivi e le criticità di percorso, nonché di aggiornare i dati sulla distribuzione delle cronicità nella Regione Puglia, a livello di distretto socio-sanitario. La Regione Puglia sin dall'inizio del 2012, contestualmente all'ultima robusta riconversione di presidi ospedalieri in strutture territoriali, ha avviato un percorso di sperimentazione di modelli assistenziali di medicina d'iniziativa secondo i principi del Chronic Care Model. Il Progetto Nardino, all'epoca, 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 fu proprio il 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 (MMG, Specialista e Infermieri Professionali) per mettere a punto un piano di assistenza individuale e far fronte ai problemi identificati.

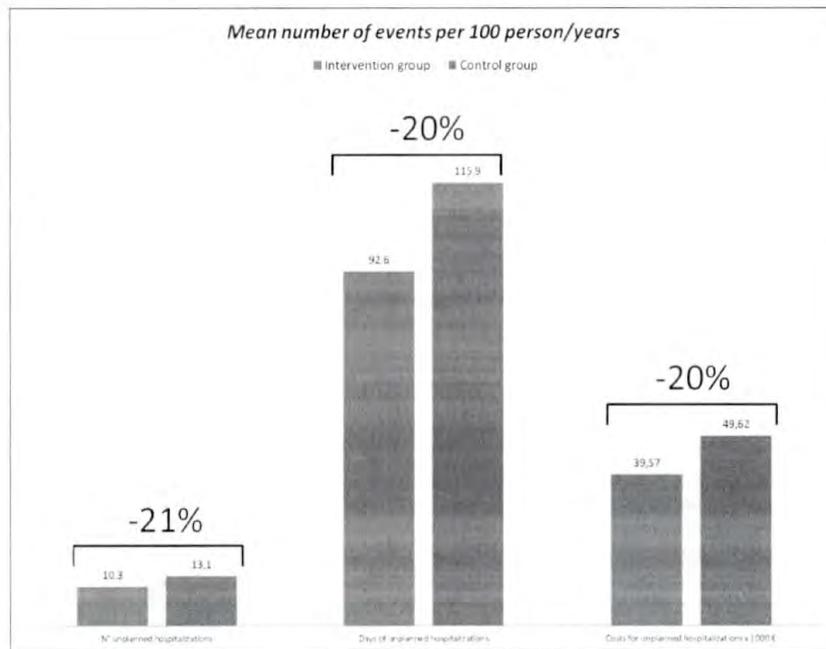
L'esperienza, sviluppatasi con alterne fortune sul territorio regionale in funzione dell'aderenza alla stessa da parte del sistema delle cure primarie (MMG, PLS, Continuità assistenziale, ecc.), ha comunque rivelato nei casi di più completo sviluppo la riconversione "indolore" del preesistente presidio ospedaliero, una buona 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 2015 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)**

	Intervention Group	Control Group	IRR (CI)
N° unplanned hospitalizations	10.3 (9.1-11.7)	13.1 (12.1-14.1)	0.79 (0.68-0.91)*
Days unplanned hospitalizations	92.6 (88.8-96.6)	115.9 (113.0-118.9)	0.80 (0.76-0.84)*
Costs for unplanned hospitalizations in euro	39572 (39491-39653)	49622 (49562-49683)	0.80 (0.80-0.80)*

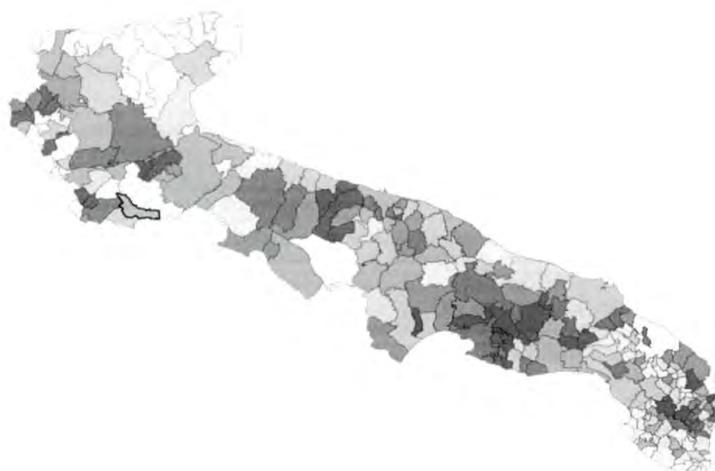
\*p<0.001



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) si presenta come nella figura seguente.

**Tasso Std Prevalenza Cronicità x 100.000**

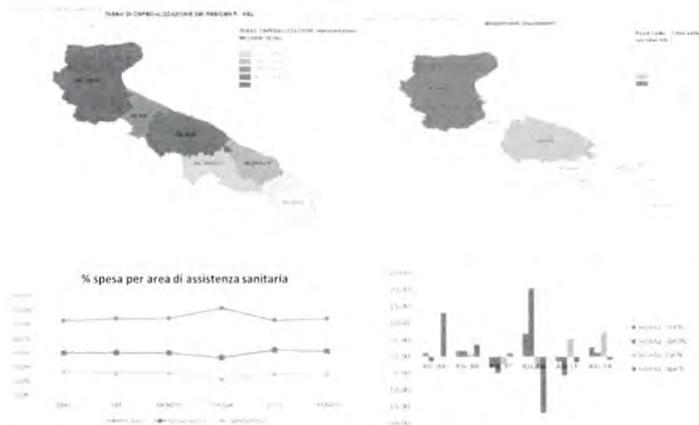




Pop Puglia con cronicità - Tassi standardizzati x 100000 ab - Mappa per comuni 2015

2681 - 38818	38950 - 39891
39929 - 40420	40431 - 41181
41182 - 41793	41808 - 42505
42649 - 43587	43616 - 48851

Tuttavia, raffrontando lo stesso cartogramma con quelli relativi all’ospedalizzazione e alla disponibilità di posti letto in ciascun territorio si nota 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. Sulla scorta della prevalenza di malattie croniche registrata dalla Banca Dati Assistiti regionale, 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.

Il Gruppo di Lavoro, istituito informalmente nel 2015, è stato formalizzato con la nota prot. n. 6731 del 01/07/2016, con cui è stato avviato il percorso di definizione del nuovo modello. Nel mese di ottobre 2016 è stata condivisa una prima bozza del documento: il target è rappresentato dalla popolazione ultraquarantenne in carico ai MMG della Regione Puglia che dispongono di un infermiere e di un collaboratore di studio. Il modello organizzativo si incardina sulle aggregazioni dei medici e punta a valorizzare gli ambiti assistenziali previsti dai presidi territoriali. La selezione dei pazienti viene effettuata da ARESS Puglia in collaborazione con l'Istituto Mario Negri a partire dalla Banca Dati Assistito attraverso l'applicazione di opportuni algoritmi: i pazienti selezionati saranno quindi stratificati in classi di rischio utilizzando una metodologia originale messa a punto dal gruppo di lavoro ARESS-Mario Negri basata sull'esposizione a farmaci. Ciò consente l'applicazione di PDTA appropriati in funzione dell'impegno assistenziale richiesto e una valutazione dell'efficacia del modello in funzione delle condizioni di gravità/gravosità clinica. L'esito di queste procedure è stato sottoposto alla validazione di un campione di Medici di Medicina Generale. Il modello organizzativo proposto si fonda sulla centralità del Medico di Medicina Generale che inquadra sul piano clinico e sociale le esigenze del paziente, disegna il percorso assistenziale individuale sulla base delle linee guida nazionale e internazionali, promuove l'adesione al percorso da parte del paziente, si rende garante dell'appropriatezza e dell'efficacia della presa in carico. In questo processo assume rilievo la figura dell'infermiere di studio che assume le funzioni di case manager: è una figura professionale di assistenza ma anche di collegamento tra i diversi attori del percorso assistenziale, favorendo l'integrazione e fungendo da tutor del paziente, nel percorso assistenziale. Viene inoltre coinvolto il collaboratore di studio, che oltre ad occuparsi del data input e della gestione informatica del processo, coadiuva l'infermiere nel supporto alla gestione delle pratiche amministrative del paziente. E' prevista una prima fase sperimentale della durata massima di due anni, al termine della quale il modello assistenziale così definito sarà implementato per l'intera popolazione cronica con il coinvolgimento di tutti i Medici di Medicina Generale. Il modello di presa in carico che si intende implementare prova a definire percorsi individuali appropriati ed efficaci in un ogni fase dell'evoluzione della cronicità, in funzione delle condizioni di salute degli assistiti, in una logica di integrazione funzionale ma anche, attraverso l'implementazione dei nuovi modelli organizzativi dell'assistenza primaria e specialistica nonché dei Presidi Territoriali di Assistenza, strutturale. Di seguito si riporta l'approccio assistenziale in funzione della classe di rischio.





La gestione del paziente cronico è sempre in capo al MMG. In assenza di malattia ma in presenza di fattori di rischio – individuali e collettivi – il MMG attiva gli interventi di prevenzione e promozione della salute, anche attraverso il ricorso ai servizi distrettuali (centri disassuefazione al fumo, dietologi, centri alcolologici). In presenza di sospetto clinico, il MMG invia il paziente in regime di Day Service allo specialista ambulatoriale per l'inquadramento diagnostico e la definizione dell'approccio terapeutico. Ne assicura il follow up per tutto il percorso di vita del paziente, attraverso l'interlocazione con i servizi sanitari (territoriali e ospedalieri) quando necessario, con l'obiettivo di mantenere il più a lungo possibile la persona nel suo domicilio, riducendo al massimo il rischio di istituzionalizzazione. Nel documento è contenuta una proposta di PDTA per le quattro patologie in studio, in funzione delle classi di rischio, avanzata dai rappresentanti dei medici partecipanti al gruppo di lavoro che rappresenta la base per effettuare una stima del fabbisogno di prestazioni specifiche in funzione dei soggetti arruolabili, attraverso la quale sarà possibile avviare la programmazione della rete di offerta, anche con riferimento alla specialistica ambulatoriale, la cui sede preferenziale di erogazione è rappresentata dagli Ambulatori di Cronicità previsti nell'ambito dei Presidi Territoriali di Assistenza. Il completamento di queste fasi propedeutiche risulta essenziale al fine della pianificazione operativa delle modalità gestionali del paziente cronico

#### ANNO 2016 (IN CORSO)

##### 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.

#### 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.
Negoziante 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.





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.

- 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, anatomopatologi, 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 articolazioni 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;
- 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)**

##### **ANNO 2015**

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

1. Delibera di adozione del modello organizzativo

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

2. Definizione dei percorsi per le principali patologie oncologiche

#### **RELAZIONE ATTIVITÀ ANNO 2015:**



Le attività finalizzate alla realizzazione della Rete Oncologica Pugliese (ROP) hanno preso avvio nel 2015 contestualmente al processo di riorganizzazione della Rete Ospedaliera pugliese. L'elemento ispiratore di questo articolato e complesso processo di re-ingegnerizzazione avviato dalla Regione Puglia si può individuare, in piena coerenza con lo spirito e le disposizioni normative contenute nel DM/70, nella descrizione complessiva della Rete di offerta ospedaliera e nel suo sviluppo per Reti di Patologia secondo il modello organizzativo della gerarchia delle strutture (HUB&SPOKE) stabilita sulla base del principio di progressiva specializzazione clinico-professionale e di complessità organizzativa.

Nel caso specifico l'atto fondativo della ROP, contenuto nella D.G.R. 161/2016 in cui sono confluiti i risultati delle attività svolte nel corso del 2015, è rappresentato dalla individuazione dell'IRCCS, Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari, quale HUB principale della costituenda Rete Oncologica Pugliese.

Risponde a questa logica la D.G.R. del 22 giugno 2016, n. 895 dal titolo "Trasferimento di funzioni di competenza oncologica e relative Unità Operative dalla ASL di Bari all'IRCCS Istituto Tumori Giovanni Paolo II di Bari". Tale deliberazione ha previsto:

- il potenziamento dell'IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari (sia in termini di numero complessivo di posti letto che di unità operative dedicate, di nuove specialità a carattere oncologico, di personale dedicato, etc.) destinato pertanto a configurarsi quale CCCN (Comprehensive Cancer Care Network) intorno al quale organizzare e strutturare la Rete Oncologica Pugliese. Il CCCN così configurato, in considerazione della mission attribuita all'Istituto, è indissolubilmente legato ad una progressiva revisione dell'offerta in campo oncologico dell'intera rete assistenziale, in grado di garantire la soddisfazione della domanda di salute in campo oncologico e di contenere il fenomeno della mobilità passiva.

A supporto del processo di istituzione della ROP è stato inoltre condotto uno studio epidemiologico (ALLEGATO A) propedeutico alla definizione dei percorsi per le principali patologie oncologiche. Tale studio è finalizzato da un lato a qualificare il bisogno assistenziale espresso dai pazienti oncologici (domanda di salute), dall'altro ad indagare le modalità di articolazione delle dinamiche di consumo di prestazioni sanitarie alla luce dell'attuale modello di offerta.

#### **ANNO 2016 (IN CORSO)**

##### **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

