

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 10 marzo 2020, n. 333

Approvazione Documento “La riorganizzazione della rete di assistenza territoriale della Regione Puglia”.

Assente il Presidente Michele Emiliano, sulla base delle risultanze della istruttoria espletata dalla Responsabile PO e dal Dirigente del Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza Territoriale e confermata dal Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, riferisce quanto segue il Vice Presidente:

VISTO:

- Il D.Lgs. n.502/1992 s.m.i., che, all'art.2, co.1, attribuisce alle Regioni l'esercizio delle funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali;
- La legge 25 del 2006 che, all'art. 14, prevede che la erogazione di tutta l'attività sanitaria e socio-sanitaria delle strutture territoriali sia posta in capo al Distretto;
- Il Regolamento Regionale 16 dicembre 2010 n.18 che reca “Regolamento di riordino della rete ospedaliera della Regione Puglia per l'anno 2010” pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. 188 del 17/12/2010;
- Il Regolamento Regionale 28 dicembre 2012 n.36 che reca “Modifica ed integrazione al Regolamento Regionale 16 dicembre 2010, n. 18 e s.m.i. di riordino della rete ospedaliera della Regione Puglia” pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. 189 del 31/12/2012;
- L'intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'art.8, comma 6 della legge 5.6.2003, n.131, rispettivamente in data 10.7.2014 e 5.8.2014, , concernente il Nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014- 2016 e l'intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n.311 e dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto – legge 6 luglio 2012, n.95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n.135, sullo schema di decreto del Ministro della Salute, di concerto con il ministro dell'Economia e delle Finanze, che concerne il regolamento recante “Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”;
- Il Decreto ministeriale 2 aprile 2015, n.70 con cui è stato definito il “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”, acquisita l'intesa in sede di Conferenza Stato – Regioni (Rep. Atti n.198/CSR del 13 gennaio 2015);
- Il Regolamento regionale 4 giugno 2015 n.14 avente ad oggetto: “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 Salute 2014- 2016”;
- La deliberazione di Giunta regionale n. 161 del 29/02/2016 e ss.mm.ii. di approvazione della nuova rete ospedaliera della Regione Puglia, in attuazione del D.M. n. 70/2015 nonché delle Leggi di stabilità 2016- 2017;
- La deliberazione di Giunta regionale n.1933 del 30/11/2016 con la quale veniva, tra l'altro, adottata, a parziale modifica ed integrazione delle DD.GG.RR. n. 161/2016 e n. 265/2016, la proposta di Regolamento di riordino della rete ospedaliera recependo, peraltro, indicazioni del Ministero della Salute e del Tavolo Tecnico D.M. n. 70/2015;
- La deliberazione di Giunta regionale n. 1937 del 30 novembre 2016 con la quale veniva approvato lo schema di Disciplinare regolante i rapporti tra la Regione Puglia e le Aziende Sanitarie beneficiari delle risorse di cui al P.O.R. Puglia 2014-2020 - Asse IX - Azione 9.12 “Interventi di riorganizzazione e potenziamento dei servizi territoriali socio-sanitari e sanitari territoriali a titolarità pubblica”;
- La deliberazione di Giunta regionale n. 239 del 28/02/2017 di approvazione del “Regolamento Regionale: Riordino Ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017. Modifica e integrazione del R.R. n. 14/2015”;
- Il Regolamento regionale 10 marzo 2017, n. 7 recante: “Riordino ospedaliero della Regione Puglia

ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle Leggi di stabilità 2016-2017. Modifica e integrazione del R.R. n. 14/2015”, pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. 32 del 14/03/2017;

- La deliberazione di Giunta regionale n. 129 del 26/01/2018 recante: Programma Operativo 2016-2018. Piano delle azioni avviate nel biennio 2016-2017 e delle misure da attuare nel 2018;
- Il Regolamento regionale 19 dicembre 2018 n.3 recante: “Approvazione Regolamento regionale: “Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n.70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017. Modifica e integrazione del R.R. n.7/2017”;
- Il Regolamento regionale 22 novembre 2019, n.23 recante: “Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n.70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017”.

ATTESO CHE:

- La deliberazione di Giunta regionale n. 129 del 06/02/2018 ha approvato il “Programma Operativo 2016-2018. Piano delle azioni avviate nel biennio 2016-2017 e delle misure da attuare nel 2018”;
- Il predetto Piano prevede, alla sezione GOTER 01.00: l’adozione di un documento complessivo sulla riorganizzazione della rete di assistenza territoriale. Tale documento rappresenta non solo la sintesi dei testi normativi e regolamentari adottati nel corso degli ultimi anni, ed in corso di adozione, con i quali sono disciplinati i singoli modelli di gestione dei servizi territoriali e le diverse tipologie di offerta, ma, altresì, il fondamentale strumento di programmazione regionale dell’offerta territoriale, nell’ottica di un progressivo miglioramento dell’offerta e di una completa implementazione dei livelli di assistenza previsti dal DPCM LEA del 12 gennaio 2017.

CONSIDERATO CHE:

- a) Il Tavolo di verifica degli adempimenti regionali ed il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, nella riunione del 15/11/2018, hanno invitato la Regione a procedere all’adozione di un documento unico di riorganizzazione della rete territoriale, che rappresenta lo strumento di programmazione regionale dell’offerta territoriale, nell’ottica di un progressivo miglioramento dell’offerta e di una completa implementazione dei livelli di assistenza previsti dal DPCM LEA 12 gennaio 2017;
- b) È stata acquisita dal Sistema Documentale Piani di Rientro al prot. 2 - A del 28/01/2019 una bozza del documento recante la riorganizzazione della rete di assistenza territoriale della Regione Puglia;
- c) Nella riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza del 09/04/2019, Tavolo e Comitato hanno chiesto alla Regione di ricomprendere tutte le forme di assistenza (anche quella primaria) per le diverse tipologie di utenza, già delineate nei Regolamenti regionali. Hanno evidenziato, pertanto, la necessità di:
 - Una chiara definizione del fabbisogno di assistenza per le diverse tipologie di utenza;
 - La pianificazione delle attività di implementazione della riorganizzazione unitamente agli indicatori di monitoraggio indispensabili a consentire la verifica dello stato di avanzamento delle azioni previste;
- d) La Regione, pertanto, ha trasmesso in data 03/07/2019 una nuova bozza del documento completo dei chiarimenti richiesti, acquisita dal Sistema Documentale Piani di Rientro al protocollo-PUGLIA-160-03/07/2019-0000069-A;
- e) Nella successiva riunione del Tavolo tecnico del 18/07/2019, Tavolo e Comitato, hanno ritenuto che il documento descriva in maniera esaustiva l’offerta di assistenza sociosanitaria territoriale attiva e i propositi di potenziamento dei servizi nelle diverse aree, ma hanno chiesto alla Regione di chiarire ulteriormente i tempi di attuazione della riorganizzazione;
- f) La Regione, pertanto, ha introdotto nel documento specifici cronoprogrammi riferiti alle diverse tipologie di assistenza e, in data 30/10/2019, ha trasmesso una nuova versione del documento con le integrazioni relative al cronoprogramma delle azioni previste, acquisita al Protocollo PUGLIA-160-31/10/2019-0000113-A;

- g) Nella riunione del Tavolo tecnico del 26/11/2019 Tavolo e Comitato hanno ritenuto che il documento fornisca una buona e ampia panoramica dell'offerta territoriale sociosanitaria e, pertanto, restano in attesa dell'adozione definitiva del provvedimento, previa integrazioni con le informazioni richieste;
- h) La Regione ha provveduto ad integrare il documento con le informazioni richieste e la definizione, nell'ambito della pianificazione delle attività e degli obiettivi (a medio e lungo termine), degli indicatori di risultato/processo, al fine di consentire il monitoraggio dello stato di avanzamento delle azioni programmate in tutte le aree assistenziali;
- i) Si può, pertanto, procedere alla adozione del documento recante la riorganizzazione della rete di assistenza territoriale.

Il Presidente, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, ai sensi della L. R. n. 7/97, art. 4, lett. k. propone alla Giunta:

- a) di approvare l'allegato documento, parte integrante del presente provvedimento, recante la riorganizzazione della rete di assistenza territoriale della Regione Puglia (allegato A);
- b) di pubblicare il presente provvedimento sul BURP in versione integrale.

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DELLA L. R. N. 28/01 E SS.MM.II.

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

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio loro affidato è stato espletato nel rispetto della normativa regionale, nazionale e europea e che il presente schema di provvedimento, predisposto dal Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza Territoriale, ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta Regionale, è conforme alle risultanze istruttorie.

La Responsabile P.O.: Isabella CAVALLO

Il Dirigente del Servizio: Giuseppe LELLA

Il Dirigente della Sezione: Giovanni CAMPOBASSO

Il sottoscritto Direttore di Dipartimento non ravvisa la necessità di esprimere, sulla proposta di delibera, osservazioni, ai sensi del combinato disposto degli artt. 18 e 20 del DPGR n.443/2015 e ss.mm.ii..

Il Direttore di Dipartimento Promozione della Salute,
del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti: Vito MONTANARO

Il Presidente della Giunta regionale: Michele EMILIANO

LA GIUNTA

udita la relazione e la conseguente proposta del Vice Presidente;

viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento;

a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

- a) di fare propria la relazione del Presidente, che qui si intende integralmente riportata e trascritta;
- b) di approvare l'allegato documento, parte integrante del presente provvedimento, recante la riorganizzazione della rete di assistenza territoriale della Regione Puglia (allegato A);
- c) di pubblicare il presente provvedimento sul BURP in versione integrale.

Il Segretario della Giunta
GIOVANNI CAMPOBASSO

Il Presidente della Giunta
ANTONIO NUNZIANTE

Allegato A

**“La riorganizzazione della rete di
assistenza territoriale della Regione
Puglia”**



Sommario

Introduzione.....	4
Principi generali del riordino organizzativo.....	5
1. L'integrazione Ospedale-Territorio: la riorganizzazione dell'assistenza territoriale a favore della continuità delle cure.....	7
1.1. Il governo dell'assistenza territoriale: il ruolo del Distretto.....	7
1.2. Ricognizione della disciplina e della situazione esistente.....	7
1.3. Il modello organizzativo del Distretto.....	12
1.4. Le funzioni socio-sanitarie distrettuali.....	12
2. Il riordino delle forme organizzative della Assistenza Primaria.....	13
2.1. Le attuali forme organizzative delle cure primarie della Regione Puglia.....	13
2.2. L'evoluzione del quadro normativo di riferimento.....	15
2.3. La continuità assistenziale.....	18
3. Il riordino delle forme organizzative della Pediatria di Libera Scelta.....	22
3.1. Il progetto SCAP.....	24
4. La rete della Assistenza Primaria e la presa in carico delle cronicità. La sperimentazione del Modello Care Puglia.....	26
4.1. Premessa. Contesto e obiettivi del Progetto.....	26
4.2. Il modello di gestione del paziente cronico.....	28
5. Le prestazioni specialistiche.....	33
5.1. La specialistica ambulatoriale.....	33
5.2. La rete dei laboratori.....	34
5.3. Centri dialisi.....	35
6. L'assistenza domiciliare (art. 22 DPCM LEA).....	38
7. Il "domicilio allargato": l'Ospedale di Comunità.....	44
8. Assistenza alle persone con disturbi mentali.....	47
8.1. Assistenza ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neuro sviluppo (artt. 25 e 32 DPCM LEA).....	47
8.2. Assistenza alle persone con disturbi dello spettro autistico (artt. 25, 32 e 60 DPCM LEA).....	51
8.3. Assistenza alle persone con disturbi mentali (artt. 26 e 33 DPCM LEA).....	57
9. Assistenza per i Disturbi del Comportamento Alimentare.....	61
10. Assistenza alle persone con dipendenze patologiche (art. 35 DPCM LEA).....	62
11. Assistenza alle persone non autosufficienti (art. 30 DPCM LEA).....	69
12. Assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario (art. 29 DPCM LEA).....	74
13. Assistenza alle persone nella fase terminale della vita (artt. 23 e 31 DPCM LEA).....	76



14. Assistenza alle persone con disabilità (artt. 27 e 34 DPCM LEA).....	78
15. Assistenza ai soggetti in Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza.....	87
16. Assistenza ai pazienti autori di reato.....	91
17. Rete consultoriale.....	93
18. L'offerta dei servizi territoriali in un unico contenitore: i Presidi Territoriali di Assistenza....	95
19. Poliambulatori.....	99



Introduzione.

La Regione, con il presente documento, in ottemperanza a quanto indicato nel programma operativo 2016-2018, sezione GOTER 00 "La riorganizzazione della rete di assistenza territoriale della Regione Puglia", intende illustrare il processo di riorganizzazione dell'**offerta territoriale di assistenza sanitaria e socio-sanitaria** realizzato negli ultimi anni, anche nell'ottica di individuare le linee di sviluppo di tale assistenza come necessaria risposta assistenziale al processo di riordino della assistenza ospedaliera. Rafforzare l'offerta territoriale è presupposto imprescindibile anche per evitare accessi impropri alle strutture ospedaliere e garantire l'inserimento del paziente in un corretto *setting* assistenziale.

In questa ottica il D.M. n. 70 del 2015 assegna alle Regioni "*al fine di agevolare il processo di ridefinizione della rete ospedaliera*" il dovere di "*procedere contestualmente al riassetto dell'assistenza primaria, dell'assistenza domiciliare e di quella residenziale, in coerenza con quanto previsto dal vigente quadro normativo in materia di livelli essenziali di assistenza e con gli obiettivi economico finanziari nazionali fissati per il Servizio sanitario nazionale.*"

A partire da tale prescrizione, il presente documento si riferisce alla "assistenza **primaria**, all'assistenza **domiciliare** ed a quella **residenziale**", ma tiene conto altresì delle forme di assistenza **intermedia**.

Ai sensi dello stesso DM 70, "*per struttura **intermedia**, omnicomprendiva della qualsivoglia tipologia o "provenienza" del paziente, si intende una struttura sanitaria a valenza territoriale, anche basata su moduli diversificati, di ricovero e di assistenza, idonea ad ospitare:*

- *pazienti in dimissione da reparti per acuti degli ospedali, per i quali è necessario:*

- *consolidare le condizioni fisiche ;*
- *continuare il processo di recupero funzionale ;*
- *accompagnare il paziente con fragilità individuale o sociale nella prima fase del post-ricovero;*

- *pazienti provenienti dal territorio per i quali il MMG richieda un ambiente protetto per attuare/proseguire le proprie terapie al fine di evitare o preparare il ricovero in struttura ospedaliera".*

Infine, alla Assistenza Territoriale, oggetto del presente documento, va ricondotta la assistenza distrettuale come definita dal d.lgs. 502/92, art. 3 quinquies, ai sensi del quale "*il distretto garantisce:*

a) *assistenza specialistica ambulatoriale;*

b) *attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;*

c) *attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;*

d) *attività o servizi rivolti a disabili ed anziani;*



e) attività o servizi di assistenza domiciliare integrata;

f) attività o servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale.

Trovano inoltre collocazione funzionale nel distretto le articolazioni organizzative del dipartimento di salute mentale e del dipartimento di prevenzione, con particolare riferimento ai servizi alla persona."

Unica eccezione, attese le peculiarità del servizio, è rappresentata dal Dipartimento di Prevenzione cui non si farà riferimento in questa sede, rinviando alla disciplina specifica adottata dalla Regione Puglia.

Definito il quadro di riferimento complessivo, si possono indicare i principali contenuti del presente documento. Esso rappresenta la sintesi di tutti i testi normativi e regolamentari adottati nel corso degli ultimi anni, con i quali la Regione ha disciplinato i singoli modelli di gestione dei servizi territoriali e le diverse tipologie di offerta.

La ricostruzione complessiva segue la impostazione contenuta nel D.P.C.M. 12 gennaio 2017 recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502", con l'obiettivo di declinare, a livello di offerta territoriale, quanto previsto nella regolamentazione nazionale. Si intende, dunque, esplicitare, a livello regionale, le modalità con cui i Livelli essenziali di Assistenza vengono garantiti agli utenti pugliesi a partire dal bisogno di salute di ciascuno.

Al tempo stesso, il presente documento rappresenta il punto di partenza per un'ulteriore evoluzione dell'assistenza territoriale secondo modelli di governo clinico che dovranno essere condivisi con le Direzioni delle Aziende sanitarie e dei Distretti Socio Sanitari.

In particolare, a partire dal quadro qui descritto, si dovrà concentrare l'attenzione sulla progettazione e l'implementazione di sistemi di *Transitional Care*, con particolare riferimento alle aree di sovrapposizione tra Cure intermedie e di transizione. Una volta disciplinati e realizzati i livelli di assistenza citati, occorrerà, dunque, lavorare nella direzione di una crescente interconnessione, favorendo il coordinamento e la continuità tra i diversi livelli.

Principi generali del riordino organizzativo.

La Regione Puglia, nel corso degli ultimi anni, ha inteso promuovere lo sviluppo della sanità territoriale come principale risposta ai bisogni dei cittadini pugliesi, riducendo i tassi di ospedalizzazione eccessivamente elevati e promuovendo il ricorso ai servizi di assistenza primaria ed intermedia.

Con il Decreto ministeriale n. 70 del 2015 e la Legge di stabilità 2016, sono stati, difatti, individuati nuovi standard qualitativi, tecnologici e quantitativi al fine di portare le reti ospedaliere nazionali dentro omogenei parametri di sicurezza, efficacia di cura ed efficacia gestionale. Contestualmente, si è riconosciuto che la riorganizzazione della rete ospedaliera risulta insufficiente rispetto all'esigenza di garantire una copertura piena dei bisogni assistenziali che richiedono un trattamento ospedaliero, se, in una logica di continuità assistenziale, non viene affrontato il tema del **potenziamento delle strutture**.



territoriali nonché dell'integrazione/interazione funzionale tra le strutture territoriali e le strutture ospedaliere.

L'organizzazione di una **rete territoriale** di assistenza rappresenta il complemento necessario ed ineludibile di tale razionalizzazione della rete ospedaliera, dovendo assicurare ai cittadini un presidio sanitario non ospedaliero che garantisca l'offerta sul territorio dei servizi di assistenza primaria ed intermedia, facilitando l'accesso a tutti i servizi territoriali, sia quelli fisicamente aggregati nei presidi territoriali, sia quelli non aggregati, consentendo così di snellire l'iter di presa in carico e di indirizzamento degli utenti.

L'attuazione del Piano di riordino ospedaliero ha confermato la correttezza di tale impostazione rendendo, altresì, evidente la necessità di concentrare ulteriormente **l'erogazione dei servizi sanitari territoriali**, sfruttando la opportunità offerta in tal senso dalla necessità di riconvertire le strutture ospedaliere destinate alla dismissione.



1. L'integrazione Ospedale-Territorio: la riorganizzazione dell'assistenza territoriale a favore della continuità delle cure.

Tra gli obiettivi generali e specifici relativi alla riorganizzazione della rete ospedaliera pugliese, ai sensi del D.M. n.70/2015 e delle Leggi di stabilità 2016 - 2017, rientrano:

- il **riequilibrio dei ruoli Ospedale-Territorio e la riorganizzazione delle attività territoriali** per l'integrazione con l'ospedale per una diversa allocazione delle risorse ridefinendo nel contempo forme alternative di assistenza (day service, ambulatorio). La programmazione della rete ospedaliera e dell'offerta territoriale obbliga a scelte di diversificazione per livelli di specializzazione tra strutture e di definizione di precise competenze e dotazioni in grado di coniugare l'equità nell'accesso ai servizi sanitari con la qualità e la sicurezza degli utenti e degli operatori; è su questi obiettivi che si dovranno concentrare i necessari investimenti, nella consapevolezza che il riassetto della rete ospedaliera non può consistere soltanto nel trasferimento di servizi al territorio, ma deve privilegiare dotazioni coerenti con le funzioni, alti livelli d'integrazione delle competenze e la ricerca costante di qualità e di adeguati volumi di attività per garantirne il mantenimento;
- il **parallelo progressivo potenziamento delle attività territoriali**, attraverso la messa a punto di interventi organici di sistema, sotto gli aspetti strutturali, organizzativi e di empowerment.

L'integrazione ospedale-territorio rappresenta un obiettivo strategico di tutte le aziende sanitarie. Al territorio viene chiesto di integrarsi con l'ospedale, da un lato, in termini di maggiore appropriatezza dell'accesso ai servizi ospedalieri, dall'altro, nella presa in carico efficace dei pazienti dimessi. All'ospedale viene contemporaneamente chiesto di ripensare la propria organizzazione e modalità di gestione alla luce delle nuove innovazioni gestionali come, ad esempio, l'intensità di cura.

1.1. Il governo dell'assistenza territoriale: il ruolo del Distretto.

La Regione Puglia, con l'art. 14 della legge n. 25 del 2006, ha previsto che la erogazione di tutta l'attività sanitaria e socio-sanitaria delle strutture territoriali sia **governata dal Distretto**, quale articolazione organizzativo-funzionale della ASL, con l'obiettivo di assicurare la presa in carico globale dell'utente per una risposta strutturata, integrata e complessiva ai bisogni di salute in maniera diffusa e uniforme sul territorio regionale.

Il modello regionale prevede, pertanto, che al Distretto facciano capo **tanto le funzioni di committenza**, quanto **quelle di erogazione** delle prestazioni territoriali, anche attraverso la rete della assistenza primaria e della farmaceutica territoriale.

1.2. Ricognizione della disciplina e della situazione esistente.

Le funzioni e l'organizzazione del Distretto Socio Sanitario sono disciplinate dal **REGOLAMENTO REGIONALE 18 aprile 2011 n. 6** "Regolamento di organizzazione del "Distretto Socio Sanitario" (D.S.S.)".

Il Distretto è una macro struttura dell'Azienda Sanitaria Locale, della quale costituisce articolazione territoriale, operativa, organizzativa e centro di coordinamento, responsabilità e costo; è il centro di riferimento per il **governo clinico** e per il **governo istituzionale** del territorio di competenza.



Il Distretto Socio Sanitario:

- tutela e presidia lo stato di salute della popolazione, attraverso l'organizzazione e la gestione delle cure primarie e intermedie;

- realizza la sintesi tra la funzione di produzione, esercitata prevalentemente dalla Struttura Cure Primarie e Intermedie, e la funzione di committenza specificatamente attribuita alla Struttura Direzione di Distretto;

- garantisce, attraverso la PORTA UNICA di ACCESSO (PUA), la presa in carico globale della persona al fine di perseguire il miglioramento dei livelli di efficienza e di efficacia del setting assistenziale e l'appropriatezza della continuità delle cure.

In ciascun Distretto sono assicurati i seguenti livelli di assistenza territoriale (art. 4 R.R. 6/2011):

a) Assistenza primaria e intermedia, che comprende: assistenza sanitaria di base, continuità assistenziale, assistenza infermieristica, assistenza di emergenza territoriale, assistenza domiciliare, ospedale di comunità, assistenza delle strutture residenziali e semiresidenziali territoriali;

b) Assistenza specialistica, che comprende: l'assistenza specialistica ambulatoriale, inclusa la medicina dello sport, l'assistenza protesica, l'assistenza termale e specialistico-riabilitativa;

c) Assistenza consultoriale;

d) Assistenza psicologica;

e) Assistenza penitenziaria;

f) Assistenza sociosanitaria.

Di seguito si rappresenta l'attuale organizzazione dei distretti della Regione Puglia:

ASL BARI	DISTRETTO	N. COMUNI	POPOLAZIONE AL 31/12/2017
		4 (Altamura - Gravina di Puglia - Santeramo in Colle - Poggiorsini)	
	ALTAMURA		142.424
		1 (Bari)	
	BARI		323.370
		2 (Bitonto - Palo del Colle)	
	BITONTO		76.615
		3 (Conversano - Monopoli - Polignano a Mare)	
	CONVERSANO		93.157
		3 (Ruvo di Puglia - Terlizzi - Corato)	
	RUVO DI PUGLIA		100.715
		4 (Casamassima - Gioia del Colle - Sammichele di Bari - Turi)	
	GIOIA DEL COLLE		66.955



	GRUMO APPULA	6 (Acquaviva delle Fonti - Binetto - Cassano delle Murge - Grumo Appula - Sannicandro di Bari - Toritto)	68.561
	MODUGNO	3 (Bitetto - Bitritto - Modugno)	61.736
	MOLA DI BARI	3 (Mola di Bari - Noicattaro - Rutigliano)	70.309
	MOLFETTA	2 (Molfetta - Giovinazzo)	79.818
	PUTIGNANO	5 (Alberobello - Castellana Grotte - Locorotondo - Noci - Putignano)	90.291
	TRIGGIANO	5 (Adelfia - Capurso - Cellamare - Triggiano - Valenzano)	83.569
	12	41	1.257.520

ASL BAT	DISTRETTO	N. COMUNI	POPOLAZIONE AL 31/12/2017
	ANDRIA	1 (Andria)	99.857
	BARLETTA	1 (Barletta)	94.477
	CANOSA DI PUGLIA	3 (Canosa di Puglia - Minervino Murge - Spinazzola)	45.226
	MARGHERITA DI SAVOIA	3 (Margherita di Savoia - San Ferdinando di Puglia - Trinitapoli)	40.248
	TRANI	2 (Bisceglie - Trani)	111.416
	5	10	391.224

ASL BRINDISI	DISTRETTO	N. COMUNI	POPOLAZIONE AL 31/12/2017
	BRINDISI	2 (Brindisi - San Vito dei Normanni)	106.236
	FASANO	3 (Cisternino - Fasano - Ostuni)	82.433
	FRANCAVILLA FONTANA	6 (Carovigno - Ceglie Messapica - Francavilla Fontana - Oria - San Michele Salentino - Villa Castelli)	103.932
	MESAGNE	9 (Cellino San Marco - Erchie - Latiano - Mesagne - San Donaci - San Pancrazio Salentino - San Pietro Vernotico - Torchiariolo - Torre Santa Susanna)	102.376
	4	20	394.977



ASL FOGGIA	DISTRETTO	N. COMUNI	POPOLAZIONE AL 31/12/2017
	CERIGNOLA	6 (Carapelle - Cerignola - Ortona - Ortanova - Stornara - Stornarella)	96.896
	FOGGIA	1 (Foggia)	151.372
	LUCERA	14 (Alberona - Biccari - Carlantino - Casalnuovo Monterotaro - Casalvecchio di Puglia - Castelnuovo della Daunia - Celenza Valfortore - Lucera - Motta Montecorvino - Pietramontecorvino - Roseto Valfortore - San Marco la Catola - Vulturara Appula - Volturino)	51.526
	MANFREDONIA	4 (Manfredonia - Mattinata - Monte Sant'angelo - Zapponeta)	78.973
	SAN MARCO IN LAMIS	4 (Rignano Garganico - San Giovanni Rotondo - San Marco in Lamis - Sannicandro G.co)	57.996
	SAN SEVERO	8 (Apricena - Chieuti - Lesina - Poggio Imperiale - San Paolo di Civitate - San Severo - Serracapriola - Torremaggiore)	103.594
	TROIA/ACCADIA	16 (Accadia - Anzano di Puglia - Ascoli Satriano - Bovino - Candela - Castelluccio de' Sauri - Castelluccio Valmaggiore - Celle San Vito - Deliceto - Faeto - Monteleone di Puglia - Orsara di Puglia - Panni - Rocchetta Sant'Antonio - Sant'Agata di Puglia - Troia)	38.986
	VICO DEL GARGANO	8 (Cagnano Varano - Carpino - Ischitella - Isole Tremiti - Peschici - Rodi Garganico - Vico del Gargano - Vieste)	45.968
	8	61	625.311

ASL LECCE	DISTRETTO	N. COMUNI	POPOLAZIONE AL 31/12/2017
	CAMPI SALENTINA	8 (Campi Salentina - Carmiano - Guagnano - Novoli - Salice Salentino - Squinzano - Trepuzzi - Veglie)	86.838



	CASARANO	7 (Casarano - Collepasso - Matino - Parabita - Ruffano - Supersano - Taurisano)	72.449
	GAGLIANO DEL CAPO	15 (Acquarica del Capo - Alessano - Castrignano del Capo - Corsano - Gagliano del Capo - Miggiano - Montesano Salentino - Morciano di Leuca - Patu' - Presicce - Salve - Specchia - Tiggiano - Tricase - Ugento)	85.279
	GALATINA	6 (Aradeo - Cutrofiano - Galatina - Neviano - Sogliano Cavour - Soleto)	59.932
	GALLIPOLI	8 (Alezio - Alliste - Gallipoli - Melissano - Racale - Sannicola - Taviano - Tuglie)	74.168
	LECCE	10 (Arnesano - Cavallino - Lecce - Lequile - Lizzanello - Monteroni - San Cesario - San Donato - San Pietro in Lama - Surbo)	179.321
	MAGLIE	12 (Bagnolo del Salento - Cannole - Castrignano de' Greci - Corigliano d'Otranto - Cursi - Giurdignano - Maglie - Melpignano - Muro Leccese - Otranto - Palmariggi - Scorrano)	54.863
	MARTANO	10 (Calimera - Caprarica - Carpignano Salentino - Castri' di Lecce- Martano - Martignano - Melendugno - Sternatia - Vernole - Zollino)	48.112
	NARDO'	6 (Copertino - Galatone - Leverano - Nardo' - Porto Cesareo - Seclì)	93.363
	POGGIARDO	15 (Andrano - Botrugno - Castro - Diso - Giuggianello - Minervino - Nociglia - Ortelle - Poggiardo - San Cassiano - Sanarica - Santa Cesarea Terme - Spongano - Surano - Uggiano la Chiesa)	44.566
	10	97	798.891

ASL	DISTRETTO	N. COMUNI	POPOLAZIONE AL 31/12/2017
TARANTO	GINOSA	4 (Castellaneta - Ginosa - Laterza - Palagianello)	62.504



	GROTTAGLIE	11 (Carosino - Faggiano - Grottaglie - Leporano - Monteiasi - Montemesola - Monteparano - Pulsano - Roccaforzata - San Giorgio Ionico - San Marzano di San Giuseppe)	99.952
	MANDURIA	7 (Avetrana - Fragagnano - Lizzano - Manduria - Maruggio - Sava - Torricella)	78.485
	MARTINA FRANCA	2 (Crispiano - Martina Franca)	62.479
	MASSAFRA	4 (Massafra - Mottola - Palagiano - Statte)	78.616
	TARANTO	1 (Taranto)	198.283
	6	29	580.319
TOTALE REGIONE	N. 45 DISTRETTI	258	4.048.242

1.3. Il modello organizzativo del Distretto.

Il Distretto è articolato in Strutture Complesse e Strutture Semplici (art. 6 R.R. n 6/2011).

La Struttura Complessa "Direzione di Distretto" ricomprende le seguenti Strutture Semplici:

- Struttura Semplice Direzione Amministrativa;
- Struttura Semplice Assistenza Consultoriale;
- Struttura Semplice Assistenza Psicologica;
- Struttura Semplice Assistenza Penitenziaria, laddove si verifichi la coincidenza territoriale.

La Struttura Complessa Cure Primarie ed Intermedie (di fatto bloccata per effetto della adozione delle azioni stabilite dal piano di rientro) ricomprende le seguenti strutture semplici:

- Struttura Semplice Assistenza Specialistica;
- Struttura Semplice Cure Domiciliari e Assistenza Intermedia;
- Struttura Semplice Assistenza Sanitaria di base, continuità assistenziale e emergenza territoriale.

1.4. Le funzioni socio-sanitarie distrettuali.

Il Distretto è la struttura operativa mediante la quale l'Azienda Sanitaria Locale assicura la risposta unitaria coordinata e continuativa ai bisogni di salute della popolazione di un dato territorio attraverso il governo e la gestione di una rete integrata di servizi socio-sanitari. Tale integrazione, declinata nei livelli (istituzionale, gestionale e professionale), si articola attraverso un processo complessivo e condiviso che trova fondamento già nella fase di analisi e valutazione dei bisogni di salute. L'analisi deve essere costruita attraverso dati demografici, epidemiologici e sociali di ogni territorio distrettuale (profilo di salute), in



modo da cogliere le specificità territoriali e di adeguare conseguentemente l'organizzazione dell'offerta sanitaria.

I distretti svolgono, anche, l'attività di coordinamento e di raccordo tra le strutture sanitarie e socio-sanitarie.

Nell'ambito della organizzazione del distretto, la Porta Unica di Accesso (PUA,) esprime in maniera figurata il concetto di "ingresso" alla rete dei servizi, e si articola organicamente con i diversi punti di accesso alla rete dei servizi socio-sanitari distrettuali, al fine di realizzare una più omogenea presa in carico dei pazienti.

Il sistema di accesso ai servizi socio-sanitari integrati è, in altri termini, articolato in una rete di *front office*, la cui "unitarietà" richiama la non settorialità dell'accoglienza e la unicità del trattamento dei dati ai fini della successiva valutazione e di un *back office* che mira a produrre benefici reali per l'utente finale, ma anche semplificazioni e migliore governo del caso e della appropriatezza del sistema di risposte allestito per la presa in carico di un caso.

2. Il riordino delle forme organizzative della Assistenza Primaria.

2.1. Le attuali forme organizzative delle cure primarie della Regione Puglia.

L'attuale assetto delle forme organizzative delle cure primarie in Regione Puglia è disciplinato dall'Accordo Regionale per la Medicina Generale in attuazione di quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale del 23.3.2005 (D.G.R. 2289 del 29.12.2007 – BURP n.10 del 18.01.2008).

La Regione Puglia, ai sensi della Legge Regionale 25/06, "promuove le forme associative per la erogazione dei servizi di competenza dell'assistenza primaria secondo modelli a complessità crescente, in funzione delle esigenze e delle caratteristiche del territorio, coerentemente con quanto previsto dagli accordi collettivi nazionali di settore". Le forme associative sono quelle previste dall'art. 54 dell'ACN del 23/03/2005.

Di seguito vengono riportate le principali caratteristiche delle diverse forme di associazionismo:

Medicina in associazione:

- gli studi sono distribuiti sul territorio del distretto e non sono vincolati a sede unica;
- associati da un minimo di 3 a un massimo di 10 (tranne casi particolari);
- è prevista la condivisione e implementazione di linee guida diagnostico terapeutiche per le patologie di più alta prevalenza etc.

Medicina in rete:

- gli studi sono distribuiti sul territorio del distretto e non sono vincolati a sede unica;
- gestione della scheda sanitaria individuale su supporto informatico mediante software tra loro compatibili;
- collegamento reciproco degli studi dei medici con i sistemi informatici tali da consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti dell'associazione;
- utilizzo da parte di ogni medico di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico per il collegamento con i centri di prenotazione e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici o prescrittivi, quando tali prestazioni siano normate da appositi accordi regionali e/o aziendali, nonché



per la realizzazione dei momenti di revisione della qualità e della appropriatezza prescrittivi interna alla associazione e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dalla associazione;

- associati da un minimo di 3 a un massimo di 10 (salvo casi particolari).

Medicina di gruppo:

- sede unica del gruppo articolata in più studi medici. Resta ferma la possibilità che singoli medici possano operare in altri studi del medesimo ambito territoriale, ma devono farlo in orari aggiuntivi rispetto a quelli della sede principale;

- presenza nella sede del gruppo di un numero di studi pari almeno alla metà dei medici componenti il gruppo stesso, con possibilità di uso promiscuo degli stessi, sia pure in orari differenziati;

- utilizzo, per l'attività assistenziale, di supporti tecnologici e strumentali comuni, anche eventualmente in spazi predestinati comuni;

- utilizzo da parte dei componenti il gruppo di eventuale personale di segreteria o infermieristico comune, secondo l'accordo interno;

- gestione della scheda sanitaria su supporto informatico e collegamento in rete dei vari supporti;

- utilizzo di software per la gestione della scheda sanitaria tra loro compatibili;

- utilizzo da parte di ogni medico di sistemi di comunicazione informatica di tipo telematico, per il collegamento con i centri di prenotazione dell'ASL e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici o prescrittivi, quando tali prestazioni siano normate da appositi accordi regionali e/o aziendali, nonché per la realizzazione dei momenti di revisione della qualità e della appropriatezza prescrittivi interna alla associazione e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dalla forma associativa;

- numero di medici non inferiore a 3 e non superiore a 8.

La Regione Puglia ha, inoltre, previsto la costituzione di **super gruppi** e **super reti** che, ferme restando le modalità organizzative originarie, assicurano assistenza per un minimo di 10 ore/die.

L'art. 4 dell'AIR 2007 istituisce infine i **Centri polifunzionali territoriali**, che consistono in aggregazioni di medici di medicina generale in una sede unica – anche messa a disposizione dalla ASL territorialmente competente - e garantiscono la continuità assistenziale per 12 ore/die (8-20), attraverso l'ambulatorio infermieristico e l'ambulatorio medico.

In Puglia risultano convenzionati, al 31/12/2018, n. 3.834 Medici di assistenza primaria di cui n. 3.278 medici di medicina generale e n. 556 pediatri di libera scelta. N. 15 MMG scaduti il 01/01/2019.

La tabella che segue mostra il numero di medici per forma associativa:

FORME ASSOCIATIVE al 31/12/2018	N. medici	%
Nessuna	811	24.85
Associazione	84	2.57
Rete	355	10.88
Gruppo	227	6.96
Rete - Super_Rete	922	28.26
Gruppo - Super_Gruppo	798	24.46
CPT	66	2.02



A livello aziendale, ai sensi dell'art. 21 comma 3 della L.R. 26/06, è istituito un **Ufficio di Coordinamento Aziendale delle Cure Primarie (UACP)**, diretto da un medico di medicina generale indicato dal Comitato permanente aziendale (CPA). Ciascun MMG ha il compito di inviare annualmente al Comitato Permanente Aziendale una relazione sul monitoraggio delle attività svolte a livello distrettuale per garantire la partecipazione dei medici di medicina generale alle scelte strategiche di programmazione aziendale.

A livello distrettuale, ai sensi dell'art. 14 comma 13 della L.R. 26/06, è istituito l'**Ufficio di Coordinamento Distrettuale delle Cure Primarie (UDMG)**, cui è affidato il compito di programmare e monitorare le attività della Medicina Generale; esso è composto da tre medici di medicina generale che coincidono con i componenti dell'Ufficio distrettuale per la programmazione e il monitoraggio delle attività in medicina generale previsto dall'art. 25 dell'ACN 2005.

L'UDMG rappresenta a livello distrettuale l'organismo istituzionale per i rapporti tra la medicina generale del distretto e il Direttore del distretto. In particolare svolge i seguenti compiti:

- a. definisce, con il direttore dell'unità operativa delle cure primarie (UOCP) di cui al comma 8, art.14, L.R. 25/06, le modalità operative per il raggiungimento degli obiettivi della medicina generale definiti dal PAT;
- b. valuta i dati del monitoraggio relativi all'attuazione del Programma delle attività distrettuali e alla gestione delle relative risorse con riferimento alla medicina generale e trimestralmente invia una relazione scritta all'UACP;
- c. valuta i dati relativi all'appropriatezza prescrittiva, anche in relazione ai rapporti tra medicina generale e medicina specialistica ambulatoriale e ospedaliera, con riferimento a linee guida condivise, all'applicazione di percorsi diagnostico-terapeutici concordati, al rispetto delle note dell'AIFA, anche al fine di prevenire e rimuovere comportamenti non in linea con gli indirizzi regionali;
- d. assume iniziative per organizzare tra i medici di medicina generale momenti di verifica e revisione di qualità, di conferenze di consenso per il raggiungimento degli obiettivi relativi ai progetti di cui al PAT, rappresentando l'interfaccia tra i medici di medicina generale operanti nel distretto e l'UOCP che ha la responsabilità gestionale di tutti i servizi distrettuali complementari all'attività di assistenza primaria, in particolare per quanto attiene l'assistenza domiciliare, l'assistenza specialistica, l'assistenza protesica.

Ai Medici di Medicina Generale, inoltre, è affidato il ruolo decisivo nella presa in carico e gestione dei pazienti cronici, a partire dalla sperimentazione prevista con il progetto Care Puglia (per il quale vedi infra al paragrafo 3).

2.2. L'evoluzione del quadro normativo di riferimento.

Nell'ottica del riassetto della rete territoriale, il D.L. 13 settembre 2012 n.158, coordinato con la **legge** di conversione 8 novembre **2012, n. 189** ha previsto una **riorganizzazione dell'assistenza primaria**.

Il D. Lvo 189/2012 all'art. 1 comma 2 così recita: "Le aggregazioni funzionali territoriali e le unità complesse di cure primarie erogano l'assistenza primaria attraverso personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale. Le Regioni possono, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, prevedere la presenza, presso le medesime strutture, sulla base della convenzione nazionale, di personale dipendente del Servizio sanitario nazionale, in posizione di comando ove il soggetto pubblico incaricato dell'assistenza territoriale sia diverso dalla struttura di appartenenza".



Il Patto per la Salute 2014-2016, all'art. 5 comma 1, prevede: "Al fine di promuovere un modello multiprofessionale ed interdisciplinare, le Regioni, nell'ambito della propria autonomia decisionale ed organizzativa, istituiscono le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) quali forme organizzative della medicina convenzionata, integrate con personale dipendente del SSN come previsto dal comma 2 dell'art.1 della legge 189/2012, per l'erogazione delle cure primarie. Esse perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda sanitaria del Distretto, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti degli ACN e definite dalle Regioni, al fine di garantire uniformità assistenziale."

L'implementazione di una Assistenza Territoriale Integrata, come rappresentata dal patto della Salute 2014-2016, ai sensi della così detta legge Balduzzi (legge n.189/2012) si realizza tramite:

- un processo organizzativo che garantisca un'efficace continuità dell'assistenza mediante la riduzione del ricorso improprio al Pronto Soccorso e dei ricoveri inappropriati anche con l'attivazione di "Percorsi Diagnostico Terapeutici Ambulatoriali" (PDTA) che coinvolgano i medici dell'Assistenza Primaria e gli specialisti ambulatoriali convenzionati interni organizzati in Aggregazioni Funzionali territoriali (AFT) e in UCCP;
- il perseguimento del "coordinamento funzionale" dell'attività degli Specialisti Ambulatoriali dei medici di Assistenza primaria e PLS, con le attività del distretto;
- la realizzazione di forme di "maggiore fruibilità e accessibilità" dei servizi e delle attività territoriali da parte dei Cittadini, prevedendo da parte dei medici la fruibilità di spazi comuni, attraverso le UCCP";
- l'utilizzazione degli strumenti della "rete" e della "telemedicina" per la gestione del paziente in sede domiciliare, e in particolare nelle località disagiate e nelle isole minori.

La norma ha previsto, nel nuovo assetto della Medicina Generale, il **Ruolo Unico** del personale medico convenzionato, con il superamento dell'attuale sistema distinto in settori, Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica) e Assistenza Primaria (medici di famiglia), realizzando un sistema unitario, ove attività orarie, come ad esempio guardia medica e servizi territoriali, e attività a quota capitaria, come la medicina di famiglia, potranno essere svolte dallo stesso medico.

Tale cambiamento, seppur previsto dalle suddette normative, non ha ancora visto piena attuazione su scala nazionale ed è oggetto di contrattazione col prossimo Accordo Collettivo Nazionale (ACN) e dei successivi Accordi Integrativi Regionali (AIR) della medicina generale.

Oltre al ruolo unico nella precitata normativa è stato previsto il superamento delle diverse tipologie di forme associative della Medicina Generale di cui all'**art. 54 dell'ACN 2009**, con la previsione delle **Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)** e delle **Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)**, quali uniche forme di aggregazione dei Medici di medicina generale e dei Pediatri di libera scelta

Le AFT sono le forme organizzative monoprofessionali che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, mentre **le UCCP** sono forme organizzative multiprofessionali che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il SSN, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria.



Il riassetto delle Cure Primarie comporta, quindi, la necessità di riorganizzare la medicina convenzionata (Medici di Assistenza Primaria/PLS e Medicina Specialistica Ambulatoriale) e tutte le figure professionali che costituiscono il Sistema della "Primary Health Care" in raggruppamenti funzionali, anche per dare attuazione a quanto previsto dalla Legge 189/2012.

Il modello operativo per la medicina di iniziativa deve prevedere degli aspetti qualificanti anche per garantire uniformità ed equità di assistenza ai cittadini:

- il superamento della frammentazione dell'assistenza sanitaria nel territorio mediante la continuità assistenziale;
- un'assistenza basata sulla popolazione, sulla stratificazione del rischio e su differenti livelli di intensità assistenziale;
- il riconoscimento che l'assistenza primaria rappresenta il punto centrale (hub) dei processi assistenziali con forti collegamenti con il resto del sistema, con un ruolo cardine svolto dal Distretto;
- una maggiore caratterizzazione e definizione delle funzioni delle diverse figure professionali, mediche e non, ferma restando la necessità di integrazione tra MMG, specialisti, altre professioni sanitarie e sociali, infermieri, in grado di farsi carico di gruppi di popolazione e di garantire loro una continuità assistenziale integrata, tenuto conto che la responsabilità clinica del paziente, e quindi il coordinamento del processo di cura, è in carico all'equipe medica (Medici di Assistenza Primaria/PLS - Specialisti Ambulatoriali), presa in carico del paziente anche avvalendosi di PDTA concordati e condivisi;
- l'utilità di definire sedi fisiche di prossimità sul territorio per l'accesso e l'erogazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e socioassistenziali rivolti alla popolazione di pazienti cronici in aggiunta ai già esistenti setting assistenziali rappresentati dal domicilio del paziente o dalle strutture residenziali;
- la presenza di sistemi informativi evoluti in grado di leggere i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) al fine di monitorare e valutare l'assistenza erogata al paziente cronico;
- l'utilizzo di linee guida in grado di tener conto della comorbilità e della complessità assistenziale e, contemporaneamente, porre attenzione alla promozione degli stili di vita e al passaggio dal solo "Approccio Linee Guida (LG) ed Evidence Based Medicine (EBM)" ad un "Approccio più Personalizzato";
- investire sull'auto-gestione dei pazienti e sull'empowerment in modo da aiutare i pazienti e le loro famiglie ad acquisire abilità e fiducia nella gestione della malattia.

Sia le AFT che le UCCP perseguono il governo clinico attraverso l'appropriatezza con incontri periodici a carattere di audit organizzativo.

La Regione Puglia, preso atto dei livelli di aggregazione esistenti e della prevalenza del modello rete/super rete, ha avviato il confronto con le Organizzazioni rappresentative dei medici di assistenza primaria al fine di supportare il processo di aggregazione nelle forme previste dall'art. 54 dell'ACN 2009 (AFT/UCCP). Tale confronto dovrà concludersi nel corso dell'anno 2020.

CRONOPROGRAMMA	ENTRO
Consultazione organizzazioni MMG	31/12/2020
Costituzione di n.10 AFT sperimentali	31/12/2020



2.3. La continuità assistenziale.

Con **DGR n. 7829 del 10/12/1979** avente ad oggetto: "Istituzione del Servizio di Guardia medica festiva, notturna e pre-festiva nella Regione Puglia. Criteri organizzativi e trattamento economico per i medici preposti. (art. 35 della Convenzione Nazionale Unica per la medicina generica e pediatrica)" è stato istituito il Servizio di Guardia medica festiva, notturna e pre-festiva.

Nella delibera sono indicati: le località della Regione Puglia, sedi del Servizio, il numero dei medici assegnati in organico ad ogni singola località o aggregazione di Comuni ed il numero dei medici necessari per turno.

Le modalità di erogazione del servizio di Continuità Assistenziale, i compiti e gli orari di accesso alle strutture sono normati dall' ACN di categoria (atto di intesa Conferenza Stato Regioni reperito 2272 del 23 marzo 2005) e dall'AIR (**D.G.R. 2289 del 29.12.2007** – BURP n.10 del 18.01.2008).

Di seguito sono riportati: le località della Regione, sedi del servizio, ed il numero dei medici assegnati in organico come indicate nella DGR n.7829 del 10/12/1979:

ASL BARI	NUMERO MEDICI IN ORGANICO
BARI (Palese, S. Spirito, Torre a Mare, Carbonara, Ceglie, Loseto)	40
Aquaviva delle Fonti, Cassano Murge	8
Adelfia, Valenzano	4
Altamura	12
Andria	20
Barletta	20
Bisceglie	12
Bitonto	12
Canosa di Puglia	12
Casamassima	4
Conversano	4
Corato	8
Gioia del Colle	8
Gravina di Puglia, Poggiorsini	8
Grumo Appula, Modugno	8
Toritto, Binetto	4
Locorotondo	4
Alberobello	4
Minervino Murge, Spinazzola	8
Mola di Bari	8
Molfetta	20
Giovinazzo	4
Monopoli	12
Noci	4
Noicattaro, Rutigliano	8
Palo del Colle, Bitetto	4
Polignano a Mare	4
Putignano	8
Castellana Grotte	4
Ruvo di Puglia	8
Sannicandro di Bari, Bitritto	4
Santeramo in Colle	8
Terlizzi	8



Trani	12
Triggiano, Capurso, Cellamare	8
Turi, Sammichele di Bari	4
	Totale: 328

ASL BRINDISI	NUMERO MEDICI IN ORGANICO
Brindisi	12
Oria, T. S. Susanna, Erchie	8
Latiano	4
Carovigno (S. Sabina, Specchiolla, Serranova)	4
Ostuni	8
Cisternino	4
Fasano (Pezze di Greco, Speziale, Montalbano)	8
Francavilla Fontana	8
Mesagne	8
S. Pietro Vernotico, Cellino S. Marco	8
S. Donaci, S. Pancrazio	4
Torchiarolo	4
S. Vito, S. Michele	8
Ceglie Messapica, Villa Castelli	8
	Totale: 96

ASL FOGGIA	NUMERO MEDICI IN ORGANICO
Foggia	16
Apricena	4
Ascoli Satriano	4
Biccari	4
Cerignola	12
Isole Tremiti	4
Lucera	8
Manfredonia	12
Margherita di Savoia	4
Mattinata	4
Monte S. Angelo	4
Orsara di Puglia	4
Peschici	4
Rignano Garganico	4
Rodi Garganico	4
S. Ferdinando di Puglia	4
S. Giovanni Rotondo	4
S. Marco in Lamis	4
Sannicandro Garganico	4
S. Paolo Civitate	4
S. Severo	12
Torremaggiore	4
Trinitapoli	4
Troia	4
Vieste	4
Zapponeta	4
Alberona, Roseto	4



Monteleone, Anzano	4
Carlantino, Calenza	4
Chieuti, Serracapriola	4
Deliceto, Castelluccio	4
Volturino, Motta Montecorvino	4
Volturara, S. Marco la Catola	4
Stornara, Stornarella	4
Bovino, Panni	4
Candela, Rocchetta S. Antonio	4
Cagnano Varano, Carpino	4
Vico Garganico, Ischitella	4
Lesina, Poggio Imperiale	4
Casalvecchio, Casalnuovo	4
Castelnuovo, Pietra Montecorvino	4
Accadia, S. Agata	4
Faeto, Castelluccio V., Celle S. Vito	4
Ortanova, Ortona, Carapelle	4
	Totale: 216

ASL LECCE	NUMERO MEDICI IN ORGANICO
Gagliano (Leuca)	4
Guagnano, Salice	4
Trepuzzi, Squinzano	8
Campi, Novoli	4
Veglie	4
Carmiano (Magliano), Arnesano, Monteroni	8
Lecce (Surbo)	16
Copertino, Leverano	8
S. Pietro Lama, S. Cesario, Lequile (Dragoni)	4
Cavallino, Lizzanello (Merine)	4
Vernole (Pisignano, Strudà, Acaia, Vanze Acquarica), Melendugno (S.Foca, Borgagne)	4
Calimera, Castrì, Caprarica, Martignano	4
S. Donato (Galugnano)	4
Zollino, Sternatia	4
Soletto, Galatina, Sogliano, Cutrofiano	12
Martano, Castrignano dei G., Carpignano	4
Corigliano, Melpignano, Corsi	4
Bagnolo, Canole, Palmariggi	4
Seclì, Aradeo, Neviano	4
Porto Cesareo	4
Nardò, Galatone, Sannicola, Tuglie, Alezio	12
Casarano	4
Collepasso, Parabita, Matino	4
Taviano, Melissano, Racale, Alliste (Felline)	8
Gallipoli	4
Ugento (Gemini)	4
Taurisano, Ruffano, Supersano	8
Acquarica del Capo, Presicce	4
Maglie, Scorrano	8



Handwritten signature or initials.

Muro, Sanarica, Giuggianello	4
Otranto	4
Giurdignano, Uggiano, Minervino (Cocumola)	4
Botrugno, S. Cassiano, Nociglia, Surano	4
Poggiardo, Vaste, Ortelle (Vignacastri)	4
S. Cesaria Terme (Cerfignano, Vitigliano)	4
Spongano, Diso, Andrano (Castiglione), Castromarittima	4
Miggiano, Specchia, Montesano	4
Tricase (Depressa, S. Eufemia, Caprarica, Lucugnano)	4
Tiggiano, Corsano	4
Alessano (Montesardo)	4
Patù, Salve, Morciano, Castrignano	4
	Totale: 224

ASL TARANTO	NUMERO MEDICI IN ORGANICO
Taranto	28
Avetrana, Maruggio, Torricella	4
Castellaneta	4
Crispiano	4
Ginosa	4
Grottaglie	8
Laterza	4
Lizzano	4
Manduria	8
Martina Franca	12
Massafra	8
Montemesola	4
Monteiasi	4
Mottola	4
Palagiano, Palagianello	4
Pulsano, Leporano, Roccaforzata	4
Sava	4
S. Giorgio Jonico, Carosino, Monteparano, Faggiano	8
S. Marzano di S. Giuseppe, Fragagnano	4
	124

A seguito degli episodi di aggressioni verificatesi nei confronti dei medici di continuità assistenziale, registrati dagli organi di informazione, ed evidenziati anche dal Comitato Regionale delle Autorità di Pubblica Sicurezza, la Regione ha avviato con le OO.SS. rappresentative di categoria una serie di interlocuzioni finalizzate alla individuazione di possibili soluzioni.

Si è, pertanto, prospettato di:

- effettuare una ricognizione della situazione delle sedi di Continuità Assistenziale che dovranno essere rispondenti ai requisiti di cui all'art. 68 ACN vigente, e rafforzare gli ausili sulla prevenzione, nelle sedi della continuità assistenziale, che dovranno essere rispondenti ai requisiti di cui all'art. 68 ACN vigente, al fine di garantire l'incolumità dei medici nell'ambito dell'attività ambulatoriale;
- garantire l'attività ambulatoriale dalle ore 20.00 alle ore 22.30 nelle sedi giudicate idonee dal punto di vista della sicurezza, ed, a seguire, lo svolgimento dell'attività domiciliare;



- procedere a forme di accorpamento delle sedi giudicate inidonee, ovvero ad una allocazione delle stesse presso i P.S. ospedalieri oppure all'interno dei PTA, secondo valutazioni delle Direzioni Generali delle AA.SS.LL;
- inibire l'esercizio dell'attività ambulatoriale nella fascia 20.00-22.30 nei piccoli centri dove c'è una sola postazione, garantendo, invece, l'attività domiciliare, limitatamente ad un periodo di 6 mesi dalla data di adozione dei provvedimenti di ricognizione delle Direzioni Generali.

3. Il riordino delle forme organizzative della Pediatria di Libera Scelta.

La Regione, con **DGR n. 2290 del 29.12.2007** "Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina pediatrica, ex art. 24 Accordo Collettivo Nazionale del 15 dicembre 2005, relativo agli istituti normativi ed economici riservati alla trattativa regionale. Approvazione." ha disciplinato l'attuale assetto delle forme organizzative della pediatria di libera scelta.

La Regione Puglia, ai sensi della Legge Regionale 25/06, "promuove le forme associative per la erogazione dei servizi di competenza dell'assistenza primaria secondo modelli a complessità crescente, in funzione delle esigenze e delle caratteristiche del territorio, coerentemente con quanto previsto dagli accordi collettivi nazionali di settore".

Le forme associative sono quelle previste dall'art. 52 dell'ACN del 15/12/2005, integrato con l'A.C. N. 29 luglio 2009, di seguito elencate:

- a) la pediatria di gruppo;
- b) la pediatria in associazione;
- c) la pediatria in rete.

La tabella che segue mostra il numero dei Pediatri di Libera Scelta per forma associativa aggiornato al 31/12/2018:

ASL	NUMERO FORME ASSOCIATIVE	CODICE TIPO FORMA	DESCRIZIONE FORMA ASSOCIATIVA
BARI	6	1	MEDICINA DI GRUPPO
	26	2	MEDICINA IN RETE
	12	3	MEDICINA IN ASSOCIAZIONE
BAT	2	1	MEDICINA DI GRUPPO
	11	2	MEDICINA IN RETE
BRINDISI	8	2	MEDICINA IN RETE
	2	3	MEDICINA IN ASSOCIAZIONE
FOGGIA	6	1	MEDICINA DI GRUPPO
	17	2	MEDICINA IN RETE
LECCE	1	1	MEDICINA DI GRUPPO
	24	3	MEDICINA IN ASSOCIAZIONE
TARANTO	14	2	MEDICINA IN RETE
TOTALE	129		



L'art. 26 ter dell'ACN del 15/12/2005, integrato con l'A. C. N. 29 luglio 2009, disciplina i requisiti e funzioni minime dell'UNITÀ COMPLESSA DELLE CURE PRIMARIE, e prevede che:

1. Nell'ambito del processo di programmazione volto a definire le unità complesse delle cure primarie, la Regione consulta le organizzazioni sindacali firmatarie dell'ACN. I modelli dell'unità complessa delle cure primarie possono essere diversi in relazione alle caratteristiche orogeografiche e demografiche ed ai bisogni assistenziali specifici della popolazione.

2. Gli accordi regionali con le OO.SS. dei medici convenzionati individuano la dotazione strutturale, strumentale e di personale necessarie al pieno svolgimento delle attività assistenziali affidate a ciascuna unità complessa delle cure primarie, nonché le modalità di partecipazione dei medici e valorizzando le risorse esistenti. Per l'attivazione e il funzionamento delle singole unità complesse delle cure primarie, gli stessi accordi, nella valutazione delle risorse necessarie a ciascuna, riallocano gli incentivi e le indennità, fino ad allora di competenza dei medici che ne entrano a far parte, riferiti all'associazionismo, all'impiego di collaboratori di studio, agli infermieri professionali ed agli strumenti informatici in un quadro di tutela dei diritti previdenziali e di equità di trattamento tra tutti i partecipanti alla unità complessa delle cure primarie, con la salvaguardia del valore economico del trattamento individuale e ferma restando la specificità di area. Nell'ambito degli stessi accordi la dotazione strutturale, strumentale e di personale può essere prevista attraverso l'erogazione in forma diretta da parte dell'azienda o in forma indiretta tramite il finanziamento del medico. Fino ai predetti accordi regionali, restano in essere le indennità e incentivazioni richiamate dal presente comma, nonché le forme organizzative previste dai precedenti accordi regionali.

3. L'unità complessa delle cure primarie è costituita dai medici convenzionati, si avvale eventualmente di altri operatori amministrativi, sanitari e sociali secondo quanto previsto dagli accordi regionali. L'unità complessa delle cure primarie opera, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, in sede unica o con una sede di riferimento, ed espleta le seguenti funzioni di base:

- assicurare sul territorio di propria competenza la erogazione a tutti i cittadini dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA);
- assicurare l'accesso ai servizi dell'unità complessa delle cure primarie (assistenza sanitaria di base e diagnostica di 1° livello), anche al fine di ridurre l'uso improprio del Pronto Soccorso;
- realizzare nel territorio la continuità dell'assistenza, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, per garantire una effettiva presa in carico dell'utente a partire in particolare dai pazienti cronici. A tal fine e con riferimento specifico a questa tipologia di pazienti, va perseguita l'integrazione con i servizi sanitari di secondo e terzo livello, prevedendo il diritto all'accesso in ospedale dei medici convenzionati;
- impiegare strumenti di gestione che garantiscano trasparenza e responsabilità dei medici e dei professionisti sanitari nelle scelte assistenziali e in quelle orientate al perseguimento degli obiettivi di salute;
- sviluppare la medicina d'iniziativa anche al fine di promuovere corretti stili di vita presso tutta la popolazione, nonché la salute dell'infanzia e dell'adolescenza con particolare attenzione agli interventi di prevenzione, educazione e informazione sanitaria;
- contribuire all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare e residenziale in raccordo con i distretti e in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza.

Al momento, le modalità di attuazione dell'Accordo in Puglia sono oggetto di confronto con le OO.SS. dei PLS, anche in vista di un avvio sperimentale nel corso del 2020.



3.1. Il progetto SCAP.

Nell'ottica di implementare le relazioni virtuose tra il sistema delle cure primarie, l'assistenza territoriale e quella ospedaliera, per garantire l'accesso alle cure in un contesto di appropriatezza, la Regione Puglia ha avviato un **servizio di consulenza ambulatoriale pediatrica (SCAP)**, realizzato in collaborazione con i pediatri di famiglia.

Con **DGR 07 febbraio 2017, n. 129** ad oggetto "Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti pediatri ACN 29 Luglio 2009 e ACN 8 Luglio 2010. Approvazione Progetto SCAP (Servizio di Consulenza Pediatrica Ambulatoriale)" è stato approvato il modello organizzativo SCAP.

Esso nasce per rispondere ad un problema molto sentito tra la popolazione locale: la mancanza di assistenza pediatrica specialistica durante i festivi e i prefestivi, quando la pediatria di libera scelta lascia le sue funzioni alla continuità assistenziale generica. Una situazione, quest'ultima, che spesso determina un ricorso eccessivo – spesso inappropriato - al Pronto Soccorso.

Il documento allegato alla suddetta delibera fissa i criteri generali del Servizio di Consulenza Ambulatoriale Pediatrica (SCAP) all'interno delle aziende ASL e le modalità organizzative finalizzate a garantire:

- la risposta alle esigenze del territorio, in assenza dei pediatri di famiglia (sabati e festivi diurni);
- l'appropriatezza delle prestazioni ambulatoriali per pazienti a bassa priorità che accedono al Pronto Soccorso (codici bianchi);
- il coinvolgimento del paziente e della famiglia nel percorso di diagnosi e cura.

Il servizio è reso presso il Pronto Soccorso o in stretta adiacenza allo stesso, secondo un piano determinato dalle singole aziende ASL in base ai dati storici di accesso ed alla configurazione geografica del territorio. Il piano dovrà essere approvato in sede di comitato permanente regionale e rimane valido fino a variazioni o successive determinazioni regionali.

Le attività dello SCAP sono erogate nelle seguenti fasce orarie :

- Sabato e prefestivi dalle ore 08,00 alle ore 20,00
- Domenica e festivi dalle ore 08,00 alle ore 20,00

E' lasciata ad ogni singola ASL, in relazione al minore fabbisogno e al numero di accesso, la possibilità di ridurre tali fasce orarie anche relativamente alle singole sedi prescelte. Ogni singola ASL proporrà al comitato permanente regionale il piano attuativo che determina, oltre al numero di sedi, le relative fasce orarie del servizio.

Al progetto SCAP aderiscono su base volontaria, a seguito di apposito bando annuale, i Pediatri di famiglia convenzionati con la stessa ASL ed eventualmente pediatri inseriti nella graduatoria regionale della medicina pediatrica non in situazione di incompatibilità ai sensi dell'art. 17 del vigente ACN per la pediatria, questi ultimi nella misura massima del 25% del totale. Al progetto SCAP aderiscono, sempre su base volontaria, infermieri ed altre figure professionali specifiche come le puericultrici e le vigilatrici di infanzia tra le quali l'Azienda ASL nomina un coordinatore infermieristico per ogni postazione SCAP.



Il paziente accede direttamente in ambulatorio SCAP. Nel caso in cui il medico ritenga che il paziente non sia un codice bianco per mezzo del personale di supporto lo invia alla postazione di PS attraverso un percorso facilitato demandandone ai colleghi la gestione.

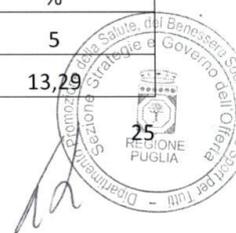
Le sedi SCAP devono essere necessariamente tutte allocate c/o i Presidi Ospedalieri dotati di U.O. di Pediatria in adiacenza ai Pronto Soccorso, tenendo conto della nuova rete ospedaliera prevista dal piano di riordino e recepita con DGR n. 1933 del 30/11/2016, nonché presso i Comuni con una popolazione superiore a 50.000 abitanti, e, comunque, secondo il seguente schema di seguito riportato :

ASL BA	ASL BT	ASL BR	ASL LE	ASL TA	ASL FG
P.O. San Paolo	P.O. Barletta	P.O. Brindisi	P.O. Lecce	P.O. Taranto	P.O. Foggia
P.O. Altamura	P.O. Andria	P.O. Francavilla Fontana	P.O. Gallipoli	P.O. Martina Franca	P.O. San Severo
P.O. Monopoli	P.O. Bisceglie		P.O. Scorrano		P.O. Cerignola
P.O. Corato	P.O. Trani				Comune di Manfredonia
Comune di Molfetta	Comune di Canosa (nell'ambito della ASL BT si conferma la strutturazione del progetto SCAP già approvato in fase di sperimentazione, che ha fornito risultati attesi soddisfacenti)				
Comune di Bitonto					
Azienda Ospedaliera Giovanni XXIII (previo accordo tra le Aziende interessate)					

La tabella che segue mostra il report dell'attività svolta nell'anno 2018, dal quale si evince la riduzione degli accessi pediatrici al pronto soccorso e, dunque, l'efficacia del modello organizzativo SCAP.

Su n. 78.015 accessi pediatrici registrati nell'anno 2018, n. 3.375 sono stati trasferiti al Pronto Soccorso con una incidenza pari al 4,30% degli accessi totali, evitando ricoveri inappropriati.

AZIENDA	SEDI	ACCESSI	P.S.	%
ASL FG	FOGGIA	4.449	222	5
	CERIGNOLA	3.024	402	13,29



	MANFREDONIA	2.515	50	1,99
	SAN SEVERO	2.485	145	5,84
	TOTALE	12.473	819	6,53
ASL LE	LECCE	2.299	98	4,26
	GALLIPOLI	1.275	54	4,24
	SCORRANO	871	21	2,41
	TOTALE	4.445	173	3,64
ASL TA	TARANTO	4.356	254	5,83
	MARTINA FRANCA	2.255	102	4,52
	TOTALE	6.611	356	5,18
ASL BA	SAN PAOLO	4.674	206	4,41
	ALTAMURA	2.196	175	7,97
	MONOPOLI	4.344	234	5,39
	CORATO	2.710	194	7,16
	MOLFETTA	4.373	123	2,81
	BITONTO	2.989	52	1,74
	GIOVANNI XXIII	5.371	388	7,22
	TOTALE	26.657	1.372	5,24
ASL BT	ANDRIA	5.534	128	2,31
	BARLETTA	6.023	228	3,79
	BISCEGLIE	5.908	102	1,73
	CANOSA	998	0	0,00
	TRANI	4.380	50	1,14
	TOTALE	22.843	507	2,22
ASL BR	FRANCAVILLA F.	2.516	6	0,24
	BRINDISI	2.470	142	5,75
	TOTALE	4.986	148	2,97
Totale complessivo		78.015	3.375	4,30

4. La rete della Assistenza Primaria e la presa in carico delle cronicità. La sperimentazione del Modello Care Puglia.

4.1. Premessa. Contesto e obiettivi del Progetto.

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 sia oggi speso per la gestione delle malattie croniche.

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



La prevalenza riguarda pazienti anziani, spesso affetti da più patologie (comorbidità o multimorbidità), alle cui esigenze assistenziali sanitarie si sommano anche quelle di natura sociali: status socio-familiare, ambientale, accessibilità alle cure ecc.

La presenza di pluripatologie rende ancor più necessaria la presa in carico da parte del medico di medicina generale al fine di evitare che l'intervento di diverse figure professionali risulti frammentario, focalizzato solo al trattamento della singola patologia, con risvolti spesso contrastanti, che potrebbe inficiare il risultato della riduzione delle complicanze e della disabilità oltre a possibili duplicazioni diagnostiche e terapeutiche.

Le malattie croniche con l'avanzare dell'età si associano sempre più alla riduzione dell'autonomia, della mobilità, della capacità funzionale e della vita di relazione e possono essere considerate la principale causa di morbidità, disabilità e mortalità, in particolar modo se si correlano ad uno stato di disuguaglianza sociale del cittadino.

La corretta gestione di questi malati prevede l'adozione di percorsi assistenziali con la presa in carico del paziente al fine di prevenire e contenere la disabilità, garantire la continuità assistenziale e l'integrazione degli interventi sociosanitari.

Dalla Banca Dati Assistito emerge che la prevalenza dei soggetti cronici in Puglia si attesta intorno al 40% della popolazione, che assorbe circa l'80% del valore tariffario delle prestazioni sanitarie erogate in regione.

Pertanto, si è reso necessario implementare, in maniera sperimentale, una nuova modalità di presa in carico del Paziente Cronico da parte dei medici di Assistenza Primaria (AP), "CARE PUGLIA 3.0", facendo leva sullo sviluppo organizzativo/strutturale dell'Assistenza Primaria consolidatasi e stratificatasi a seguito dell'accordo integrativo del 2007 (DGR n. 2289/2007 e n. 425/2011), nonché sulle precedenti esperienze maturate per la gestione dei pazienti cronici (Progetto Leonardo, Progetto Nardino), attraverso un percorso che: parta dalla definizione condivisa (distretti, medici di AP e specialisti) di un modello generalizzato e ufficiale di presa in carico delle cronicità maggiori (nella prima fase sperimentale saranno osservate le seguenti patologie: BPCO, scompenso cardiaco, diabete ed ipertensione), in una logica orientata ai bisogni della persona cronica e della sua famiglia, per prevenire l'insorgenza della malattia, ritardandone la progressione e ridurre la morbosità e la disabilità prematura; preveda la realizzazione di un patto di cura tra SSR e medici di AP che comporti l'individuazione di tipologie di risposte differenziate in funzione dei diversi bisogni di salute, prevedendo l'erogazione dei servizi in relazione alle effettive necessità assistenziali di specifiche categorie di pazienti, che tenga conto del livello di rischio e della complessità clinica. Tale percorso virtuoso prevede l'erogazione di 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 Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) come strumento di progettazione, organizzazione, monitoraggio e miglioramento continuo dei processi clinico-assistenziali della cronicità; completi solidamente la trasformazione dell'assistenza sanitaria regionale in assistenza prevalentemente territoriale e di prossimità, promuovendo, in un'ottica di continuità ospedale – territorio, la definizione di percorsi strutturati ed individualizzati in funzione dei bisogni del malato cronico e della sua famiglia per prevenire l'insorgenza della malattia, ritardarne la progressione e ridurre la morbosità, la morbidità e la disabilità prematura, anche in una logica di raccordo con il sociale.



4.2. Il modello di gestione del paziente cronico.

Con DGR 1935/2018 ad oggetto "Modello di gestione del paziente cronico "Puglia Care". Governo della domanda e presa in carico dei pazienti cronici – Determinazioni" è stato approvato il progetto Care Puglia 3.0 per la presa in carico e la gestione delle persone affette dalle principali patologie croniche.

Il modello assistenziale si basa sulla presa in carico del paziente cronico, nell'ambito delle cure primarie, secondo il Chronic Care Model.

La presa in carico globale intende raggiungere i seguenti obiettivi:

- Promuovere e mantenere una soddisfacente qualità della vita, attraverso interventi di prevenzione e promozione della salute con l'obiettivo di ritardare complicanze e disabilità;
- Offrire un percorso assistenziale coerente con i bisogni di salute individuali, appropriato e aderente alle linee guida nazionali e locali;
- Favorire l'aderenza al follow up da parte del paziente cronico, puntando anche su processi di empowerment;
- Assicurare equità nell'accesso alle cure e ai servizi in funzione dei bisogni individuali.

Elemento fondamentale del modello è l'individuazione dei compiti assistenziali dei diversi professionisti coinvolti (chi fa che cosa?) e la forte integrazione tra di essi attraverso momenti istituzionalizzati di comunicazione. Altra caratteristica fondante, che dovrà essere patrimonio di tutti i professionisti, è l'orientamento verso l'empowerment del paziente, che dovrà essere coinvolto nella determinazione del piano delle cure al fine di acquisirne la progressiva responsabilizzazione e la migliore aderenza ad esso.

Il modello organizzativo proposto si fonda sulla centralità del Medico di Assistenza Primaria che inquadra sul piano clinico e sociale le esigenze del paziente, disegna il percorso assistenziale individuale sulla base delle linee guida nazionali ed 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 ogni fase dell'evoluzione della cronicità, in funzione delle condizioni di salute degli assistiti, in una logica di integrazione funzionale, ma anche strutturale, attraverso l'implementazione dei nuovi modelli organizzativi dell'assistenza primaria e specialistica nonché dei Presidi Territoriali di Assistenza.

L'approccio assistenziale varia in funzione della classe di rischio.

La gestione del paziente cronico è sempre in capo al medico di AP.

In assenza di malattia, ma in presenza di fattori di rischio – individuali e collettivi – il medico di AP 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 di malattia, il medico di AP 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'interlocuzione 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.

Fase sperimentale.

La sperimentazione Care Puglia riguarda più specificamente i soggetti, di età superiore a 40 anni, con classificazione di rischio compresa tra 0-5.

Si basa sul Model of Innovative and Chronic Conditions (ICCC) che prevede la seguente articolazione:

FASE 1: stratificazione e targeting della popolazione;

FASE 2: promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce;

FASE 3: presa in carico e gestione del paziente attraverso il piano di cura;

FASE 4: erogazione di interventi personalizzati per la gestione del paziente attraverso il piano di cura;

FASE 5: valutazione della qualità delle cure erogate.

Le patologie di interesse previste nella fase sperimentale sono:

- Ipertensione arteriosa
- Diabete Mellito di tipo II
- Broncopneumopatia cronico-ostruttiva (BPCO)
- Scompenso cardiaco.

I pazienti target sono rappresentati dagli assistibili dal SSR Puglia con età superiore a 40 anni: attraverso le iniziative di potenziamento complessivo dell'assistenza territoriale, incentrate sulla funzionalizzazione dei PTA e sulla riorganizzazione del sistema delle cure primarie, la presa in carico riguarda tutti i pazienti cronici, rispetto ai quali devono essere definiti percorsi individualizzati di cura da parte dei medici dell'Assistenza Primaria.

I pazienti potenzialmente reclutabili sono descritti di seguito:



		Tutte	DIABETE	IPERTENSIONE	BPCO	SCOMPENSO
Medici AP	<i>N</i>	3.668	3.517	3.567	3.384	3.395
Assistiti	<i>N</i>	1.080.424	266.041	960.080	173.478	224.740
Per ciascun Medico AP	<i>Media</i>	295	76	269	51	66
	<i>Dev std</i>	169,7	41,1	147,9	27,8	35,5
	<i>Mediana</i>	337	83	302	53	69
	<i>Minimo</i>	1	1	1	1	1
	<i>Massimo</i>	657	231	614	169	226
Classe di rischio	<i>N. assistiti</i>					
	<=0	124.188	16.824	88.390	20.350	941
	1-2	452.351	52.675	404.096	38.925	7.092
	3-5	312.140	104.835	281.968	54.417	86.970
	6-9	162.799	76.462	157.123	45.918	107.686
	>10	31.200	15.776	30.119	14.144	22.367
	<i>N. assistiti/Medico AP</i>					
	<=0	34	5	25	6	0
	1-2	123	15	113	12	0
	3-5	85	30	79	16	1314
6-9	44	22	44	14	3035	
>10	9	4	8	4	324	

Nella tabella seguente, sono indicati i raggruppamenti per patologia ed il numero di assistiti per gruppo patologico:

Raggruppamenti per patologia	N. di assistiti per gruppo patologico	% assistiti per gruppo patologico
Totale	212.219	100
DIAB	10.185	4.80
BPCO	10.374	4.89
IPT	109.895	51.78
CHF	24.142	11.38
DIAB e IPT	25.029	11.79
BPCO e IPT	10.383	4.89
CHF/DIAB/ IPT	10.624	5.01
Miscellanea	11.587	5.46



L'organizzazione del modello prevede:

- Selezione dei pazienti arruolabili e loro stratificazione secondo classi di rischio di gravità/gravosità clinica;
- Piano Assistenziale Individuale (PAI), programma di diagnosi e cura che consente di adattare la programmazione degli interventi, basata sull'evidenza scientifica, al contesto individuale, sulla base di specifici obiettivi di salute;
- Definizione di un sistema di gestione informatico/informativo che consenta di effettuare e monitorare il reclutamento dei pazienti e l'adesione al percorso di cura programmato, in grado di scambiare informazioni con il SISR;
- Modalità di remunerazione integrativa per obiettivi di salute;
- Formazione continua degli operatori.

Il medico di AP rappresenta la figura centrale del progetto CARE PUGLIA ed è il responsabile della presa in carico del paziente, della proposta e della gestione clinica del PAI.

Il medico di AP partecipante dovrà dotarsi di un sistema informatico di gestione del processo dedicato alla presa in carico, in grado di acquisire e trasferire informazioni in cooperazione applicativa con il Sistema Informativo Sanitario Regionale.

La selezione dei pazienti arruolabili 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 sono quindi stratificati in classi di rischio.

A ciascun medico di AP viene quindi trasferito l'elenco di propri assistiti ricadenti nelle condizioni di eleggibilità cui è associata una classificazione in termini di rischio.

Il medico di AP ha 90 giorni di tempo per completare l'arruolamento dei pazienti: per ciascuno di essi dovrà predisporre un Piano Assistenziale Individuale (PAI) che sarà sottoscritto dal medico di AP e dal paziente sotto forma di patto di cura. Il PAI rappresenta la personalizzazione del percorso diagnostico-terapeutico assistenziale appropriato in funzione della specifica condizione di rischio, con la definizione della tipologia degli interventi di prevenzione/promozione di corretti stili di vita-inquadramento diagnostico-trattamento -follow up, la tempistica e il luogo di esecuzione degli stessi.

Il medico di AP partecipante al Care Puglia, oltre a garantire il controllo dei parametri vitali, può erogare direttamente, con la collaborazione dell'infermiere professionale, le prestazioni di carattere diagnostico previste dai PDTA (es. glucometria, saturimetria, spirometria, ECG), anche attraverso sistemi di telemedicina.

Per l'esecuzione delle prestazioni specialistiche sono identificati in ogni DSS almeno un ambulatorio delle cronicità - preferenzialmente all'interno dei Presidi Territoriali di Assistenza - cioè ambulatori multi specialistici dedicati alla diagnostica e al follow up del paziente cronico, cui si accede tramite prenotazione diretta del medico di AP partecipante al Care Puglia, che è il responsabile clinico della definizione e dell'esecuzione del PAI, su agende dedicate e definite in accordo con il Direttore del DSS in base ai PAI sottoscritti.

La gestione operativa del PAI è affidata all'infermiere di studio che, oltre a fornire le proprie prestazioni professionali, svolge il ruolo di care manager del paziente. La gestione informatica, comprensiva di registrazione dei dati e delle attività di recall dei pazienti, è affidata al collaboratore di studio.

In esecuzione di quanto previsto con la DGR n. 1803 del 16/10/2018 recante "Art. 39 della L.R. n. 4/2010. Approvazione del Piano triennale 2018-2020 di Sanità Digitale della Regione Puglia.", la piattaforma informatica di gestione della presa in carico, attraverso cui garantire la condivisione delle informazioni e la continuità assistenziale, è rappresentata dal Fascicolo Sanitario Elettronico.



Possono partecipare al progetto sperimentale tutti i medici di AP che dispongono di collaboratore di studio e dell'infermiere professionale.

- Il medico di AP valida ed eventualmente integra l'elenco dei pazienti cronici fornito dalla Regione, arruola i pazienti e definisce il piano assistenziale individuale (PAI) in accordo con il paziente. La presa in carico del paziente rappresenta l'atto formale di arruolamento del paziente da parte del medico di AP;
- L'infermiere di studio affiancherà il lavoro del medico di AP nella gestione del percorso assistenziale definito e, in qualità di care manager, sarà il riferimento per il paziente nella fase di empowerment, nonché nella corretta effettuazione delle prestazioni e delle attività previste dal PAI. Monitora l'aderenza del paziente al PAI e agli stili di vita corretti, registra in ambulatorio ed eventualmente da remoto i parametri clinici. Esegue le prestazioni infermieristiche e supporta il medico per effettuare le prestazioni specialistiche in ambulatorio;
- Il collaboratore di studio svolge funzioni di sportello, di segreteria e di data management: supporta il MMG nella registrazione dei dati dei pazienti e nella trasmissione degli stessi; effettua le prenotazioni delle prestazioni specialistiche sulle agende dedicate, informa il paziente delle scadenze, effettua il recall in caso di mancata aderenza. Garantisce integrità e completezza della documentazione clinica.

Gli specialisti primariamente coinvolti sono: il cardiologo, il diabetologo e lo pneumologo. Essi svolgono un ruolo di collaborazione e consulenza al medico di AP, mantenendo un costante livello di comunicazione e di integrazione con la Medicina generale, anche per facilitare il programma educativo e di coaching. Le consulenze specialistiche, definite nel piano delle cure individuale, sono programmate e sono comunicate al Distretto per garantire l'organizzazione dei servizi attraverso gli ambulatori di cronicità e i PTA. Lo specialista fornisce la consulenza per l'inquadramento diagnostico, collabora per la definizione del piano terapeutico ed esegue il follow up dei pazienti che necessitano di rivalutazione periodica.

Il Distretto Socio Sanitario è l'ambito nel quale viene garantita la continuità assistenziale e l'esecuzione del PAI. Il Direttore del DSS o suo delegato assicura il corretto svolgimento delle attività nel rispetto della programmazione regionale e aziendale. Condivide i PAI con i Medici di AP aderenti al progetto e programma i servizi e l'offerta assistenziale, tramite agende dedicate, l'ambulatorio e il laboratorio di cronicità.

Tutti i medici di AP partecipanti al Care Puglia, nell'ambito di uno specifico DSS, configurano una AFT sperimentale, secondo le modalità previste dall'ACN.

Il referente di ciascuna AFT così costituita è il responsabile dell'Ufficio di Coordinamento Distrettuale delle Cure Primarie che è responsabile dell'interfaccia tra i componenti dell'AFT e il Distretto di competenza, anche per la definizione dei volumi delle prestazioni scaturite dai PAI e delle modalità di erogazione delle stesse.

Il coordinamento e il monitoraggio delle attività delle AFT a livello regionale e aziendale è affidato rispettivamente al Responsabile delle Cure primarie a livello Regionale ed al Responsabile dell'Ufficio di Coordinamento Aziendale delle Cure Primarie.

Il responsabile dell'UACP definisce, nel rispetto degli indirizzi regionali, il piano aziendale per la definizione delle AFT a livello distrettuale, lo presenta al Comitato permanente aziendale per l'approvazione.

Periodicamente i componenti delle AFT eseguono degli audit, verificando il piano delle attività e gli obiettivi raggiunti e comunicano gli esiti per il tramite del coordinatore al responsabile UACP che, a sua volta, relaziona al Responsabile delle Cure primarie a livello Regionale.



CRONOPROGRAMMA	ENTRO
Messa a punto e test delle integrazioni sui sistemi informativi regionali Edotto e Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e sulle soluzioni proprietarie di cartella clinica coinvolte nella sperimentazione. Avvio sperimentazione e presa in carico campione 3 MMG	La sperimentazione è stata avviata ed è attualmente in corso.
Definizione di PDTA delle cronicità, che coinvolgono anche i pazienti in classi di rischio moderate/gravi e di conseguenza altri setting assistenziali (ospedali, presidi di post acuzie, strutture intermedie e assistenza domiciliare).	In particolare il PDTA BPCO e asma è stato adottato. Gli altri tre sono in fase di adozione.
Stipula accordo con organizzazioni MMG	Giugno 2020
Avvio sperimentazione su larga scala	Giugno 2020

5. Le prestazioni specialistiche.

5.1. La specialistica ambulatoriale.

La specialistica ambulatoriale è organizzata capillarmente sul territorio regionale sulla base dei soggetti che rispondono ai requisiti di cui ai regolamenti regionali nn. 3/2005 e 3/2010, che rinvengono la loro fonte normativa nella legge n. 833/78, art. 25.

La Regione, allo scopo di conseguire l'obiettivo del potenziamento delle attività territoriali, soprattutto nella fase di start up dei Presidi Territoriali di Assistenza, nonché l'obiettivo dell'abbattimento del fenomeno delle liste d'attesa, con **DGR n. 2022 del 15.11.2018** ad oggetto: "Attività Medici, Veterinari e altre professionalità (Biologi, Chimici e Psicologi) specialisti ambulatoriali. Incremento monte ore storico", ha incrementato, a far tempo dall'anno 2019, il monte ore storico settimanale assegnato a ciascuna Azienda Sanitaria Locale, nella misura del 15 per cento.

Nella seguente tabella, è riportato il monte ore storico aziendale delle ore di specialistica ambulatoriale di cui alla DGR 384/2014 su base settimanale, comprensivo delle ore di sostituzione per assenze retribuite e per distacchi sindacali, ed ulteriormente potenziato con diversi provvedimenti in ragione di bisogni assistenziali correlati al primo riordino ospedaliero, attuato con i RR.RR. n. 18/2010, n.19/2012 e 36/2012:

ASL	ORE sett.li (comprensive delle ore di sostituzione per assenze retribuite e per distacchi sindacali)	Provvedimenti di riferimento
BA	8.894,97	(DGR n. 2435 del 30.12.2015; note prot. n.55829 dell'08.03.2017 e n.1831771/UOR del 28.06.2018)
BR	3.994,68	(DGR n.2436 del 30.12.2015)
BT	2.748,06	(DGR n. 226 dell'08.03.2016)
FG	5.447,00	(DGR n. 549 dell'11.04.2017)
LE	5.711,01	(DGR n.779 del 31.05.2016; nota prot. n. A00183/10741 del 17.07.2018)
TA	4.924,96	(DGR n.228 dell'08.03.2016)



Nella tabella di seguito riportata, sono indicate le ore di attività di specialistica ambulatoriale con incremento del monte ore storico settimanale nella misura del 15 per cento (come da DGR n. 2022/2018):

ASL	TOTALE INCREMENTO ORE SETTIMANALI (comprendente delle ore di sostituzione per assenze retribuite e per distacchi sindacali).
BA	1236
BR	599
BT	412
FG	817
LE	779
TA	739

Le ore di attività di specialistica ambulatoriale con incremento del monte ore storico settimanale nella misura del 15 per cento sono distribuite, prevalentemente, nei PTA, in considerazione di due parametri: 1) i tempi di attesa per la prenotazione della relativa visita specialistica; 2) il tasso di saturazione degli specialisti convenzionati in servizio.

La Regione ha avviato un'attività di monitoraggio delle attività svolte negli ambulatori specialistici afferenti ai PTA, direttamente sul sistema informativo Edotto. Tale strumento consentirà alla Regione di verificare i livelli di produzione (erogazione) e di saturazione dell'offerta specialistica territoriale.

5.2. La rete dei laboratori.

Con **DGR n. 736/2017** è stata approvato il Documento ad oggetto "Riorganizzazione della Rete dei Laboratori di Patologia clinica privati accreditati" – Approvazione nuovo modello organizzativo".

Il documento approvato prevede che le aggregazioni di strutture di laboratorio private accreditate siano previste quale forma organizzativa per il raggiungimento delle soglie di produttività stabilite nell'Accordo Stato-Regioni del 23/03/2011, rispettando il criterio provinciale.

Il documento disciplina le forme di aggregazione nel rispetto delle previsioni del codice civile e di eventuali ulteriori forme innovative previste da disposizioni legislative, in modo da prevedere che sia un unico soggetto l'esclusivo interlocutore della Regione/ASL, con responsabilità contrattuale e clinico-assistenziale.

Nell'ottica di un percorso finalizzato al consolidamento di una rete di diagnostica di laboratorio caratterizzata dai requisiti di efficienza, economicità e qualità, fermi restando i criteri individuati dall'Accordo e dalla normativa vigente, il documento disciplina le modalità di aggregazione tenendo conto dei seguenti aspetti:

- durata minima delle aggregazioni;
- funzione dei singoli componenti del soggetto aggregato (punti prelievo, punto d'accesso, laboratorio di analisi).

Secondo il cronoprogramma previsto dalla DGR n. 736/2017, circa il 95% dei laboratori privati accreditati ha aderito al nuovo modello organizzativo, per cui già dall'anno 2018 è stata raggiunta la soglia minima di efficienza ai fini del riconoscimento di soggetto accreditato e da contrattualizzare, pari a minimo 200.000 prestazioni anno prevista dall'Accordo Stato-Regioni del 23/03/2011.



Con **Determinazione del Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta n.108 del 23.03.2018**, si è preso atto di quanto disposto con DGR n.736/2017, in merito alla riorganizzazione della Rete dei Laboratori di patologia clinica privati accreditati, e di quanto trasmesso dagli stessi laboratori in merito alle aggregazioni in Rete, ed è stato approvato l'allegato contenente la ricognizione delle aggregazioni costituite e del modello organizzativo scelto, con il dettaglio delle strutture che compongono le singole aggregazioni.

Con successiva **Determinazione del Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta n.57 del 04.03.2019** e ss.mm.ii si è preso atto di quanto trasmesso dai Laboratori di Patologia clinica in merito alle nuove aggregazioni in Rete.

Nella tabella seguente è riportato il numero delle aggregazioni e dei laboratori di analisi privati risultanti nel 2018 come da determina n.57 del 2019:

ASL	NUMERO AGGREGAZIONI 2018	NUMERO LABORATORI
BA	7	56
BT	5	18
BR	4	25
FG	7	36
LE	12	54
TA	5	37
TOTALE	40	226

Con successiva nota prot. n.326 del 08/09/2019 la Regione ha trasmesso al Tavolo tecnico adempimenti regionali l'elenco delle aggregazioni con indicazione del numero di esami effettuati nel corso del 2018 al fine di consentire la verifica del rispetto delle soglie previste.

5.3. Centri dialisi.

I Centri dialisi della Regione Puglia, a seguito della approvazione della **DGR n.1679/2018**, sono entrati a far parte della **Rete Nefrologico – Dialitica e Trapiantologica Pugliese – ReNDiT**, cui occorre far riferimento per descrivere l'organizzazione della risposta assistenziale ai pazienti nefrologici a forte integrazione ospedale-territorio.

Con **DGR n. 1679 /2018** ad oggetto: "Organizzazione della Rete Nefrologico – Dialitica e Trapiantologica Pugliese - ReNDiT - ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 05/08/2014 recante: "Documento di indirizzo per la Malattia Renale Cronica " (Rep. Atti n. 101/CSR del 05/08/2014). Modifica delle DD.GG.RR. n. 2019/2009 e n. 899/ 2010 ed integrazione della DGR n. 951/2013 –Tariffario Regionale" la Regione ha istituito, a modifica delle deliberazioni di Giunta regionale n. 2019 del 27/10/2009 e n. 899 del 25/03/2010, la Rete Nefrologico - Dialitica e Trapiantologica Pugliese – ReNDiT.

La predetta DGR fornisce la definizione di avvio del modello organizzativo e dei principi di funzionamento generali della Rete Nefrologica-Dialitica e Trapiantologica Pugliese (ReNDiT), a partire da un'analisi epidemiologica di contesto finalizzata a qualificare il bisogno assistenziale espresso dai pazienti nefrologici ed a indagare le modalità di articolazione delle dinamiche di consumo di prestazioni sanitarie alla luce dell'attuale modello di offerta per rispondere alle linee guida del Documento Ministeriale sulla Malattia



Renale Cronica (MRC) pubblicato nel 2014 e del Piano Nazionale della Cronicità (P.N.C.) pubblicato nel 2016 relativo alle MRC.

Le previsioni contenute nella stessa si riferiscono all'intero ambito regionale e riguardano la presa in cura della popolazione affetta da patologie renali, dal momento dell'arruolamento in programmi di screening e/o del primo contatto diagnostico con stadiazione, fino alla guarigione o alla cronicizzazione del deficit renale, prevedendo, altresì, l'autogestione o il passaggio ad altri domini assistenziali.

La rete ReNDiT tiene conto:

- 1) dell'analisi del fabbisogno e dell'offerta sul territorio sulla base dell'osservazione dei ricoveri nella disciplina di nefrologia effettuati in Puglia nel 2017, che giustificano un numero di posti letto appropriato pari a n. 249;
- 2) degli indicatori di produzione e di performance dei reparti nella disciplina nefrologia per l'anno 2017;
- 3) dei livelli di articolazione della rete Nefrologica - Dialitica- Trapiantologica (ReNDiT) che, in ragione della tipologia dei pazienti trattati, si distingue in:
 - Hub con centro trapianti - centro di 3° livello;
 - Hub senza centro trapianti - centro di 2° livello;
 - Spoke (con o senza posti letto);
 - CAD di Emodialisi (centri di 1° livello);
 - Ambulatori nefrologici presso i Distretti Socio Sanitari Territoriali nei quali non viene svolta attività dialitica.
- 4) dell'Articolazione della ReNDiT distinta per AREA vasta (nord, centro e sud) ed i relativi organi di governo;
- 5) del piano di connessione tra i nodi e gli aspetti di integrazione ospedale territorio;
- 6) della individuazione dei centri di riferimento specifici per gli accessi vascolari;
- 7) della individuazione dei centri di riferimento per la esecuzione e la diagnosi istologica delle biopsie renali;
- 8) della individuazione dei centri di riferimento per trapianto renale;
- 9) di una azione di Monitoraggio e sistema informativo della ReNDiT ;
- 10) di un potenziamento dei posti letto di degenza nefrologica dai n. 241 attualmente previsti a n. 273 p.l. necessari, nonché della loro opportuna distribuzione, nei tre livelli assistenziali a cui è stata suddivisa la ReNDiT secondo quanto riportato nella tab. A, in considerazione della mancata copertura in vaste aree del territorio regionale, quali ad esempio quelle che non prevedono degenze nefrologiche tra Barletta e Bari/Foggia ovvero nel settore orientale della provincia di Taranto e dell'estremo Sud del Salento.

I livelli di articolazioni necessari per una Rete Nefrologico-Dialitica -Trapiantologica sono 4: 1) *HUB* con Centro Trapianti (Centri di 3° livello); 2) *HUB* senza Centro Trapianti (Centri di 2° livello); 3) *Spoke* (con o senza posti letto), CA.D . di Emodialisi con presenza continuativa del nefrologo durante i trattamenti (Centri di 1° livello); 4) Ambulatori Nefrologici presso i Distretti Socio-Sanitari Territoriali nei quali non viene svolta attività dialitica.

Tab. A. Nella seguente tabella è indicata la rete ReNDiT articolata nei vari livelli assistenziali:

	Area vasta nord	Area vasta centro	Area vasta sud
Centri 3° livello (Hub con centri trapianto)	AOU Ospedali Riuniti Foggia	AOU Consorziale Policlinico Bari	Ospedale Vito Fazzi Lecce
Centri 2° livello (Hub senza centri trapianto)	IRCCS Casa Sollievo Sofferenza- San Giovanni Rotondo	Ospedale Di Venere- Carbonara di Bari	Ospedale Antonio Perrino- Brindisi
	Ospedale Monsignor	Ospedale Generale Miulli-	Ospedale Santissima



	Dimiccoli-Barletta	Acquaviva delle Fonti	Annunziata-Taranto
Centri 1° livello (Spoke con/senza p.l.)	Ospedale Teresa Masselli Mascia-San Severo	Ospedale della Murgia- Altamura	Ospedale Valle d'Itria- Martina Franca
	Ospedale Giuseppe Tatarella-Cerignola	C.d.C. CBH Mater Dei Hospital-Bari	Ospedale Santa Caterina Novella-Galatina
	Ospedale Lorenzo Bonbomo-Andria	Ospedale Santa Maria degli Angeli-Putignano	Ospedale Marianna Giannuzzi-Manduria
		Ospedale Don Tonino Bello-Molfetta	Ospedale Dario Camberlingo-Francavilla Fontana
		Ospedale San Paolo-Bari	Ospedale Francesco Ferrari-Casarano
		Centro Dialisi CBI "Mater Dei"(Villa Luce + Santa Rita)	Ospedale Veris Delli Ponti- Scorrano
			Ospedale Sacro Cuore - Gallipoli
			Ospedale Cardinale Panico - Tricase
Centri 1° livello (C.A.D. pubblici)	PP.00. Accadia, Lucera, Manfredonia, Sannicandro, Spinazzola	PP.00.: Bitonto , Conversano, Gioia del C., Grumo, Monopoli, Ruvo, Triggiano	PP.00. Campi Salentina, Calimera, Castellaneta, Fasano, Gagliano, Grottaglie, Massafra, Nardò, Oria, Ostuni, Poggiardo, S. Pietro Vernotico, Ugento.
Centri 1° livello (C.A.D. privati)	Nephrocare: Minervino, Trani IRCCS E.E.: Manfredonia, Monte S. Angelo, Rodi G., Vieste	Diaverum Acquaviva, Bari, Corato CBH Bari, Bisceglie New Dial Bari E.E. Miulli: Castellaneta	Diaverum: Copertino, Grottaglie, Mesagne, Taranto, Torre S.S. Nephrocare: Taranto, Torricella, Città di Lecce, E.E. Tricase: LeucaTourist Haemodialysis Otranto (Maglie)
Specialistica ambulatoriale		In ogni provincia	

L'accesso del paziente nefropatico alla ReNDiT può avvenire principalmente in due modi:

1. Accesso d'urgenza al P.S. con ricovero, previa consulenza specialistica Nefrologica per la verifica di appropriatezza, presso Struttura dotata di p. l. di degenza;
2. Visita ambulatoriale specialistica nefrologica.



6. L'assistenza domiciliare (art. 22 DPCM LEA).

L'assistenza domiciliare nella Regione Puglia ha assunto in questi ultimi anni una valenza cruciale in quanto vi è stata un'azione di sviluppo che ha allineato il profilo demografico-epidemiologico della popolazione di riferimento al modello organizzativo che è stato programmato per aree prioritarie d'intervento, bisogni di salute, obiettivi e risorse. E, tuttavia, alcuni vincoli esterni, in primis, il blocco del turn-over per il personale delle ASL, e il contenimento della spesa rispetto alle esternalizzazioni, hanno imposto un limite al potenziamento della rete domiciliare e alla costituzione delle equipe dedicate. A questo occorre aggiungere che il ritardo nell'attivazione e messa a regime delle Unità di Valutazione Multidimensionale fino al 2010 non ha consentito una presa in carico corretta del paziente cronico e non autosufficiente né ha favorito la predisposizione di Progetti Assistenziali Individualizzati che guardassero alla rete domiciliare e alla filiera dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali per offrire risposte più appropriate e più efficienti sul piano tecnico-economico.

Con **DGR n. 630 del 30/03/2015** e **successivamente con DGR n.750 del 13/04/2015** ("Integrazione Del. G. R. n. 630 del 30 marzo 2015 con Allegato 2 "Linee Guida regionali per le Cure Domiciliari integrate"), sono state approvate le Linee guida regionali per le Cure domiciliari integrate e lo schema di accordo di programma tra ASL e Comuni.

Le suddette DD.GG.RR. delineano il complessivo processo assistenziale ed, al tempo stesso, operano la classificazione dell'assistenza domiciliare in ragione di:

- a) la **natura del bisogno**;
- b) l'**intensità**, definita con l'individuazione di un coefficiente (CIA);
- c) la **complessità** in funzione del case mix e dell'impegno delle figure professionali coinvolte nel PAI (valore GEA);
- d) la **durata media** (GdC) in relazione alle fasi temporali: intensiva, estensiva e di lungo assistenza, e le **fasce orarie** di operatività, intendendo per queste il periodo ovvero l'arco della giornata in cui possono essere erogati gli accessi della durata prescritta;
- e) il tipo di **prestazioni** domiciliari per profilo professionale.

Le Cure Domiciliari sono dirette a tutte le persone iscritte al Servizio Sanitario della Regione Puglia. Ordinariamente vengono erogate dalla ASL per il tramite del Distretto Sociosanitario di residenza, ma la persona può usufruirne anche se domiciliata in altra ASL o Distretto. Fermo restando le forme di compensazione interaziendali e interregionali (se tariffate).

I profili/tipologie sanitarie delle persone a cui destinare le Cure Domiciliari sono:

- anziani con malattie croniche e/o multimorbilità invalidanti e/o con stato di salute instabile ("anziani fragili");
- adulti e minori disabili psichici e fisici in condizioni di complessità assistenziale;
- persone affette da malattie cronico-degenerative progressivamente invalidanti;
- malati terminali (oncologici e non);
- persone con patologie temporaneamente invalidanti.

Gli obiettivi specifici del sistema delle Cure Domiciliari sono:

- a) fornire adeguata assistenza a persone che presentano bisogni di tipo sanitario o sociosanitario, suscettibili di trattamento domiciliare, limitando l'inserimento in strutture residenziali ed evitando i ricoveri ospedalieri impropri;



- b) favorire la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti, perseguendo il recupero o la conservazione delle residue capacità di autonomia e di relazione;
- c) rendere tempestive le dimissioni ospedaliere ed assicurare la continuità assistenziale attraverso lo strumento della "dimissione protetta" e della "dimissione programmata". A tal fine i reparti di degenza ospedalieri devono dotarsi di uno strumento che individui, già all'ammissione dei pazienti in reparto, chi necessita della "dimissione protetta" e della "dimissione programmata" (ad esempio la scala di valutazione "Blaylock Risk Assessment Screening" - BRASS);
- d) supportare i "caregiver" e trasmettere loro competenze da tradurre in autonomia di intervento.

Le Cure Domiciliari, pertanto, si distinguono nelle seguenti tre tipologie:

1. **Assistenza Domiciliare di tipo Prestazionale;**
2. **Assistenza Domiciliare Integrata di Primo Livello, Secondo Livello e Terzo Livello;**
3. **Cure Palliative per malati oncologici e pazienti terminali** (vedi paragrafo 13 "Assistenza alle persone nella fase terminale della vita").

- **L'Assistenza Domiciliare di tipo Prestazionale** comprende prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato:

- Assistenza Domiciliare Programmata del MMG/PLS (ADP);
- Prestazioni specialistiche occasionali;
- Prestazioni infermieristiche;
- Prestazioni riabilitative.

Tale tipologia è richiesta dal MMG/PLS del paziente, costituisce una risposta prestazionale, anche ripetuta nel tempo e professionalmente qualificata, ad un **bisogno semplice** che, pertanto, non richiede una valutazione multidimensionale.

Viene attivata nei casi in cui il paziente presenti limitazioni funzionali che rendono difficoltosi o impossibili i suoi accessi ai servizi ambulatoriali.

Le prestazioni possono essere di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo.

- **L'Assistenza Domiciliare Integrata di primo, secondo e terzo livello** si rivolge a persone con bisogni complessi che necessitano di continuità assistenziale e di interventi pianificati, definiti nel Piano Assistenziale Individuale (PAI).

Le prestazioni erogate all'interno dell'Assistenza Domiciliare Integrata possono essere:

1. di tipo sanitario, nel qual caso il PAI è redatto, a seguito di valutazione effettuata esclusivamente da professionisti sanitari;
2. di tipo sociosanitario, nel qual caso il PAI è redatto a cura dei componenti dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), a seguito di valutazione multidimensionale, in quanto valuta aspetti sanitari e sociali, e multiprofessionale, in quanto coinvolge nella valutazione professionisti sia sanitari che sociali.

Dette cure richiedono una molteplicità di prestazioni di tipo medico generico, medico-specialistico, infermieristico, riabilitativo, nonché di assistenza farmaceutica e protesica.

Si tratta di un complesso di prestazioni, integrate tra loro e definite nel PAI.

Tali prestazioni sanitarie possono essere integrate da ulteriori attività erogate da altre figure professionali, necessarie per soddisfare i bisogni specifici dell'assistito.

La stesura del PAI è frutto di un processo di valutazione multidisciplinare e multi professionale.

Il Medico di Medicina Generale e il Pediatra di Libera Scelta hanno un ruolo centrale in quanto assumono la responsabilità clinica del processo di cura.

L'Assistenza Domiciliare Integrata di primo livello si articola su 5 giorni su 7 (dal lunedì al venerdì), nella fascia oraria 08.00 – 20.00, con una operatività del servizio di 8 ore al giorno;



L'**Assistenza Domiciliare Integrata di secondo livello** si articola su 6 giorni su 7 (dal lunedì al sabato), nella fascia oraria 08.00 – 20.00, con una operatività del servizio di 10 ore al giorno, dal lunedì al venerdì, e 6 ore il sabato;

L'**Assistenza Domiciliare Integrata di terzo livello** si articola sui 7 giorni su 7, nella fascia oraria 08.00 – 20.00, con una operatività del servizio di 10 ore al giorno, dal lunedì al venerdì, e 6 ore il sabato e i festivi. Nella fascia oraria dalle 8.00 alle 20.00 è prevista la pronta disponibilità medica.

L'assistenza di terzo livello consiste in interventi professionali rivolti a persone con patologie che presentano un elevato grado di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, in particolar modo sono rivolte ai pazienti affetti da malattie neurodegenerative in stadio avanzato, se non terminale e:

- che necessitano di nutrizione artificiale enterale e parenterale;
- che necessitano di supporto ventilatorio invasivo;
- in stato vegetativo e stato di minima coscienza;
- in fase avanzata e complicata di malattie cronico- degenerative e/o progressive.

Essa è costituita da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, aiuto-infermieristico e riabilitativo e prevede accertamenti diagnostici, fornitura di farmaci, di dispositivi medici, di dispositivi e ausili protesici nonché di preparati per la nutrizione artificiale.

Le cure integrate di III livello devono assicurare una presa in carico adeguata sia agli obiettivi di cura sanitaria che agli obiettivi di pulizia alla persona, alimentazione, assistenza materiale oltre che agli obiettivi di conciliazione di vita e di lavoro per gli altri componenti del nucleo familiare.

Il percorso di presa in carico e l'attuazione del P.A.I.

Accesso alle cure domiciliari integrate.

La segnalazione o la domanda relativa alle cure domiciliari, se integrate con il Sociale, viene presentata alla Porta Unica di Accesso (PUA) alla quale è attribuita la competenza di effettuare una prima valutazione della richiesta.

La valutazione finale dell'ammissibilità della domanda è di competenza dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), un'équipe multi professionale, composta da figure professionali sia sanitarie che sociali, con competenze specifiche in funzione dei bisogni.

In caso di cure non integrate con il sociale la valutazione verrà effettuata da una équipe esclusivamente sanitaria, in cui non è presente l'operatore sociale dell'Ambito o del Comune.

Le condizioni di accesso al sistema delle cure domiciliari sono rappresentate da:

- compatibilità delle condizioni cliniche con la permanenza a domicilio e con gli interventi socio-sanitari necessari;
- presenza di un'adeguata assistenza informale (familiari, volontari, ecc.) necessaria a garantire il supporto allo svolgimento delle attività quotidiane ad integrazione delle prestazioni degli operatori;
- presa in carico da parte del MMG/PLS (garanzia degli accessi concordati, pronta disponibilità telefonica dalle 8 alle 20, ove prevista);
- idonee condizioni abitative, da valutare a cura dei Servizi Sociali del Comune di riferimento;
- consenso informato da parte della persona o dal suo tutore, curatore o amministratore di sostegno ove esistenti.

Richiesta di accesso all'assistenza domiciliare e cure palliative integrate sociosanitarie

La necessità di assistenza domiciliare e cure palliative integrate con il sociale può essere oggetto di segnalazione alla PUA da parte:



- del singolo cittadino;
- di un familiare, parente o componente della rete informale (es. vicinato);
- del tutore giuridico, curatore o amministratore di sostegno ove esistenti;
- del MMG/PLS o dei Servizi distrettuali, ospedalieri e dipartimentali territoriali o dei Servizi Sociali del Comune/Ambito territoriale;
- del medico della struttura residenziale sanitaria o socio-assistenziale;
- delle associazioni di volontariato, cooperative sociali.

L'assistenza domiciliare e cure palliative integrate con il sociale non possono essere attivate a seguito della sola segnalazione, ma necessita di essere perfezionata con una richiesta che deve essere avanzata dalla persona interessata o dal suo tutore, curatore o amministratore di sostegno ove esistenti, preferibilmente su specifico modello.

La richiesta deve essere corredata dalla proposta del Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta o del Medico Ospedaliero in caso di dimissione protetta.

Ove il soggetto proponente l'assistenza non sia il Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta è comunque necessaria l'adesione degli stessi alla proposta.

Richiesta di accesso all'assistenza domiciliare integrata e cure palliative

L'accesso all'assistenza domiciliare sanitaria e cure palliative avviene previa presentazione della richiesta da parte della persona al servizio distrettuale Cure Domiciliari ed Assistenza Intermedia.

La richiesta, come nel caso precedente, deve essere avanzata dalla persona interessata o dal suo tutore, curatore o amministratore di sostegno ove esistenti, preferibilmente su specifico modello.

Deve essere, inoltre, corredata dalla proposta del Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta o del Medico Ospedaliero in caso di dimissione protetta.

Ove il soggetto proponente l'assistenza non sia il Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta è comunque necessaria l'adesione degli stessi alla proposta

Le cure domiciliari integrate (ADI) in Puglia hanno registrato negli ultimi anni un trend positivo; nell'anno 2017 i dati attestano che la Regione Puglia ha raggiunto l'obiettivo minimo previsto a livello nazionale dal Comitato LEA (% in ADI popolazione over 65 anni > 4%). Anche il dato – totale casi trattati - indica un miglioramento della % di presa in carico di altra tipologia di pazienti.

Anno	Casi trattati	Casi trattati – anziani	Utenti in lista di attesa	Popolazione =>65 anni	% in ADI =>65 anni
2015	35.992	27.167	6.315	838.139	3,24
2016	43.963	32.299	1.370	852.349	3,79
2017	51.237	37.004	1.194	852.349	4,34

L'aumento dell'aspettativa di vita, l'invecchiamento anagrafico della popolazione, l'incremento della incidenza delle patologie cronic-degenerative, l'evoluzione del concetto di "salute" intesa come benessere ambientale, fisico, psichico e sociale, assieme ad una domanda sempre più consapevole dei cittadini, hanno imposto un aumento degli standard quali-quantitativi dell'offerta di assistenza sanitaria per una più efficace presa in carico delle non autosufficienze.

Un incremento che, tuttavia, spesso non è percepito dalla popolazione sia perché relativo a numeri ancora bassi sul totale della popolazione, sia perché in alcune realtà, è frutto di un miglior inquadramento dei casi trattati e delle prese in carico più che di una crescita effettiva dei pazienti assistiti. A tal proposito si evidenzia che gli uffici hanno avviato una ulteriore verifica con le Direzioni Asl per un confronto sulla



correttezza e completezza delle informazioni relative alle attività di assistenza domiciliare registrate nel flusso informativo (EDOTTO).

Occorre, peraltro, considerare che la percezione ancora diffusa relativa all'insufficienza delle cure domiciliari erogate dalle ASL pugliesi è connessa anche alla maggiore incidenza di pazienti presi in carico con CDI di III livello (cioè pazienti in condizioni gravissime o con patologie nella stadiazione terminale) rispetto ad un fabbisogno assai più diffuso da parte di pazienti affetti da patologie croniche o malattie rare o altre patologie gravemente invalidanti da prendere in carico con CDI di I o II livello.

A tal riguardo va detto, peraltro, che negli ultimi due anni il ridotto presidio dei fabbisogni di CDI I e II livello da parte del SSR è stato ampiamente coperto dalla maggiore capacità erogativa dei Comuni associati in Ambiti territoriali, che hanno avuto una disponibilità aggiuntiva di risorse, derivanti dal PAC Servizi di Cura – Anziani, concentrata nel triennio 2015-2017. La conclusione del Programma e l'esaurimento di queste risorse aggiuntive (FSC) non integrate dalla finanza ordinaria rischiano di far avvertire a molti più nuclei familiari gli effetti di una contrazione della spesa pubblica per le prestazioni domiciliari sociosanitarie.

In particolare, nonostante i miglioramenti registrati, è maturata la consapevolezza – anche grazie all'ascolto dei soggetti coinvolti, a partire dalle associazioni dei pazienti – che una particolare attenzione vada posta, da questo punto di vista, nei confronti delle cure domiciliari integrate (**ADI di III livello**) che riguardano la fascia di popolazione in condizione di maggiore fragilità.

La Regione, anche al fine di dare attuazione a quanto previsto dal DPCM sui nuovi LEA all'art. 22, ha avviato, altresì, il processo di attuazione della legge regionale n. 9/2017 (art. 29, comma 6) e s.m.i., con la predisposizione da parte degli uffici di un regolamento che organizzerà i servizi di assistenza domiciliare integrata pubblici e privati, mediante accreditamento, nel rispetto dell'articolazione dei livelli di cura predetti.

Al fine di garantire agli aventi diritto le cure domiciliari, difatti, occorre potenziare e migliorare il servizio in termini di appropriatezza e qualità delle prestazioni. La Regione intende intervenire per disciplinare l'ADI mediante:

- organizzazione uniforme del servizio in ogni ASL;
- individuazione degli operatori pubblici e/o privati che devono garantire il servizio;
- garanzia della continuità del servizio nel rispetto del principio di libera scelta dell'utente;
- adeguata formazione professionale degli operatori coinvolti nell'erogazione del servizio.

A tal fine, l'erogazione del servizio, che prioritariamente deve essere soddisfatto mediante gestione diretta da parte delle ASL potrà, in via subordinata (nei limiti di copertura del fabbisogno espresso dalla programmazione regionale), essere garantito da parte di soggetti con un elevato livello di organizzazione e di standard qualitativi professionali, da selezionarsi mediante il processo di **accreditamento** che la Regione intende realizzare in attuazione della legislazione vigente.

Un sistema di accreditamento che possa portare ad un innalzamento dei livelli qualitativi e quantitativi del servizio, che garantisca una maggiore capacità di copertura del fabbisogno in termini di numero utenti presi in carico, ma anche di ore erogate, nonché di ore di monitoraggio sanitario e sociale, anche con il concorso delle tecnologie già disponibili sia per la telemedicina che per la domotica sociale. Il mantenimento dell'accreditamento è subordinato, difatti, ai risultati del monitoraggio e della vigilanza. Il mancato rispetto dei requisiti previsti nonché della corretta erogazione del servizio costituirà motivo di avvio del procedimento di sospensione dell'accreditamento ai sensi della normativa vigente.

Per i livelli di assistenza domiciliare definiti come cure domiciliari di livello base, CDI di I e II livello sono ampie le aree di miglioramento, sia in termini di programmazione e organizzazione sanitaria, con la individuazione di risorse economiche dedicate, sia per il potenziamento delle equipe sanitarie delle ASL.



sia per la migliore definizione degli accordi con i MMG, sia per l'incremento della efficienza organizzativa delle cure domiciliari di livello base, di I e II livello conseguibile principalmente con la concreta integrazione di prestazioni sociali e prestazioni sanitarie, le prime di competenza dei Comuni associati in Ambiti territoriali e le seconde di competenza del SSR. L'obiettivo dell'integrazione è perseguibile valutando percorsi diversi:

- la definizione di puntuali accordi di programma tra ASL e Ambito territoriale, al fine di quantificare gli obiettivi di presa in carico e la corrispondente spesa programmata;
- la definizione di un sistema di accreditamento aperto di soggetti erogatori per un volume massimo di prestazioni erogabili per ciascun Distretto sociosanitario/Ambito territoriale.

Al fine di addivenire ad un lavoro condiviso sulla bozza di regolamento, la competente Sezione del Dipartimento regionale Promozione della Salute, del benessere sociale e dello sport per tutti della Regione Puglia, con **Determinazione del Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta n.52 del 26/02/2019**, ha provveduto ad istituire un **Tavolo regionale, al quale partecipano i Direttori dei Distretti socio sanitari**, i quali potranno presentare le loro osservazioni in riferimento alla bozza di regolamento che l'ufficio regionale competente sta predisponendo (così come previsto dell'art.29 L.R.9/2017 e secondo le previsioni del DPCM 12 gennaio 2017), al fine di rendere omogenee le prestazioni, le scelte organizzative, i percorsi di accesso, definire i requisiti specifici organizzativi, fornire indicazioni relative ai profili assistenziali ed ai criteri di eleggibilità, livelli di intensità assistenziale, prevedere obblighi specifici per assicurare la corretta registrazione e inserimento dei dati relativi alle attività di assistenza domiciliare nel sistema EDOTTO e le modalità di compartecipazione alla spesa per tutte le ASL e per tutti i territoriali distrettuali.

Il Tavolo ha anche il compito di verificare lo stato di attuazione della DGR n. 630/2015 e DGR n.750/2015, operando una revisione della Rete ADI in termini organizzativi e di risorse finanziarie, così da pervenire ad un incremento del numero dei pazienti trattati, in linea con gli standard nazionali e al fine di garantire una migliore qualità del servizio offerto.

Con il regolamento, come previsto dalla legge regionale n. 9/2017, si andrà a definire, di intesa con le Aziende Sanitarie Locali, il fabbisogno pubblico e privato.

I lavori del Tavolo sono ancora in corso. Il primo obiettivo è quello di licenziare un documento volto ad uniformare l'attività di registrazione ed implementazione dei dati che sono successivamente oggetto di trasmissione nei flussi informativi. Tale primo intervento sarà realizzato entro il primo semestre 2020. Successivamente, l'obiettivo della Regione è arrivare alla approvazione da parte della Giunta Regionale del nuovo regolamento sull'ADI entro il mese di dicembre 2020.

Dal punto di vista della presa in carico dei pazienti, l'obiettivo è di incrementare la percentuale di pazienti in carico nel 2018, a livello regionale, del 15% nel corso del 2020 compatibilmente con la disponibilità di risorse derivanti dai risparmi su altre voci di spesa.

CRONOPROGRAMMA	ENTRO
Attività istruttoria di dettaglio con le Aziende Sanitarie Locali rispetto alle modalità di svolgimento del servizio e per verificare la correttezza delle informazioni registrate. Predisposizione documento.	Giugno 2020
Approvazione schema di Regolamento volto a disciplinare la Assistenza Domiciliare.	Dicembre 2020
Ulteriore incremento della percentuale di pazienti (flusso SIAD) in carico nel 2020, a livello regionale, del 15%	31/12/2020



7. Il "domicilio allargato": l'Ospedale di Comunità.

In coerenza con gli obiettivi generali e specifici relativi alla riorganizzazione della rete ospedaliera pugliese ed in particolare al fine di realizzare il riequilibrio dei ruoli Ospedale-Territorio e riorganizzazione delle attività territoriali e dunque il progressivo potenziamento delle stesse con la **deliberazione di Giunta regionale n. 564 del 29/03/2019** è stato approvato lo schema di Regolamento Regionale relativo al "Modello organizzativo e di funzionamento dell'Ospedale di Comunità".

L'Ospedale di Comunità (O.d.C.) è una struttura territoriale di ricovero breve rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio acuto o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che vengono ricoverati in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare), o in quanto necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio per motivi sia di natura clinica che sociale. Tale ambito assistenziale si colloca a pieno titolo nella rete dei servizi territoriali. Esso può considerarsi quale **domicilio allargato**, pur possedendo per la tipologia di assistenza erogata, caratteristiche intermedie tra il ricovero ospedaliero e le risposte assistenziali domiciliari (ADI) o residenziali (RSA). Rispetto a queste ultime non si pone in alternativa, ma in un rapporto di forte integrazione e collaborazione, rappresentando uno snodo fondamentale della rete di assistenza territoriale.

Possono accedere all'O.d.C. pazienti che, a seguito di un episodio acuto o con patologie croniche riacutizzate, necessitano di completare il processo di stabilizzazione clinica, con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine (da 2-3 giorni ad un massimo di 15-20 giorni), ovvero che necessitano di una fase di osservazione e continuità terapeutica e riabilitativa.

I pazienti ospitati possono provenire dal domicilio o da altre strutture residenziali, nonché dal Pronto Soccorso e/o essere dimessi da presidi ospedalieri per acuti, purché con le caratteristiche di cui sopra e su indicazione del MMG.

A tali pazienti è garantita assistenza infermieristica continuativa e assistenza medica programmata o specialistica su specifica necessità.

L'obiettivo principale è il recupero funzionale, con la finalità di riportare il paziente al domicilio o in strutture territoriali cercando di evitare un nuovo ricovero a breve distanza di tempo.

L'ospedale di comunità prende in carico pazienti che necessitano:

- a. di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e familiare);
- b. di sorveglianza infermieristica continuativa;
- c. di osservazione sanitaria breve.

Sono previsti i seguenti criteri di esclusione:

- Pazienti con instabilità clinica cardio-vascolare o neurologica;
- Pazienti in fase di terminalità;
- Pazienti che richiedono assistenza medica continuativa;
- Pazienti che necessitano di inquadramento diagnostico.



Per accedere all'O.d.C. il paziente deve rispondere ai specifici criteri:

- diagnosi già definita,
- prognosi già definita,
- eventuale punteggio scala/e di valutazione,
- programma di trattamento già stilato e condiviso con il paziente e/o con la famiglia (ad eccezione del Pronto Soccorso).

L'accesso avviene **sempre su proposta del medico di AP** che concorda l'accettazione con il responsabile organizzativo e gestionale dell'O.d.C. (Direttore del Distretto o suo Delegato) e con il coordinatore infermieristico. Eventuali indicazioni di ricovero presso l'O.d.C. da parte dello specialista territoriale, del medico di continuità assistenziale o del medico ospedaliero, anche direttamente dal Pronto Soccorso, devono essere concordate con il medico di AP che può proporre l'accesso.

Occorre che le modalità di accesso siano semplificate e tempestive, anche attraverso scale di valutazione standardizzate sia per il livello di criticità/instabilità clinica che per il livello di complessità assistenziale/autonomia del paziente. Le scale di valutazione, opportunamente rivalutate durante la degenza e alla dimissione del paziente, consentiranno di registrare le potenzialità e le peculiarità di questa tipologia di assistenza, di documentare l'attività svolta e di descrivere l'esito delle cure erogate.

L'O.d.C. opera in forte integrazione con gli altri servizi sanitari distrettuali, come i servizi di assistenza specialistica Ambulatoriale, compresi i Servizi di Emergenza Urgenza territoriali.

A tal fine devono essere predisposte, a livello distrettuale, specifiche procedure operative volte a garantire la continuità assistenziale e la tempestività degli interventi necessari.

Ad oggi sono già previsti i posti inseriti all'interno della programmazione aziendale e regionale relativa ai Presidi Territoriali di Assistenza ai sensi del R.R. n.7/2019 (v.infra) e che si indicano di seguito:

ASL BARI	Posti letto attivi	Posti letto da attivare
PTA RUTIGLIANO		10
PTA BITONTO	10	
PTA RUVO DI PUGLIA		10
PTA NOCI		10
PTA GRUMO APPULA		10
TOTALE	10	40

ASL LECCE	Posti letto attivi	Posti letto da attivare
PTA CAMPI SAL.NA	8	12
PTA NARDO'	15	
PTA POGGIARDO		12
PTA MAGLIE		12
PTA GAGLIANO DEL CAPO		12
TOTALE	23	48

ASL BRINDISI	Posti letto attivi	Posti letto da attivare
PTA SAN PIETRO VERNOTICO		16
PTA CEGLIE MESS.CA	12	4
PTA CISTERNINO	12	4
PTA FASANO	10	10
PTA MESAGNE	12	
PTA BRINDISI		20
TOTALE	46	54



ASL FOGGIA	Posti letto attivi	Posti letto da attivare
PTA TORREMAGGIORE	12	
PTA SAN MARCO/SANNICANDRO	20 (SANNICANDRO)	12 (SAN MARCO IN LAMIS)
PTA MONTE SANT'ANGELO		12
PTA VICO/VIESTE	12 (VICO) + 10 (VIESTE)	
PTA TROIA/ACCADIA		18
TOTALE	54	42

ASL TARANTO	Posti letto attivi	Posti letto da attivare
PTA MASSAFRA	12	
PTA GROTTAGLIE		12
TOTALE	12	12

ASL BAT	Posti letto attivi	Posti letto da attivare
PTA MINERVINO MURGE		20
PTA TRANI		20
TOTALE		40

TOTALE COMPLESSIVO	Posti letto attivi	Posti letto da attivare
	145	236

La Regione Puglia, al fine di garantire un monitoraggio sull'attività costante svolta, ha previsto di implementare uno specifico flusso informativo dedicato agli OdC.

CRONOPROGRAMMA	ENTRO
Approvazione definitiva regolamento	30/06/2020
Attivazione ulteriori posti-letto (almeno n. 130)	31/12/2020

Al momento è ancora in corso il confronto con le organizzazioni sindacali dei MMG nell'ambito del CPR, e, pertanto, non si è potuto procedere alla approvazione del testo definitivo del Regolamento il cui schema è stato adottato con la citata DGR n. 564/2019. Pertanto, il termine del 30/06/2020, indicato come data entro cui approvare il testo definitivo del regolamento, deve ritenersi indicativo.

È in corso il monitoraggio regionale sugli ODC già attivati all'esito del quale si potrà effettuare una valorizzazione economica dei costi e, quindi, delle risorse per sostenere le attività di tali presidi, anche con riferimento alle prestazioni dei medici di medicina generale.

Inoltre, con modifica in via di approvazione da parte della Giunta Regionale, verrà inserito l'obbligo di presentazione di specifica documentazione relativa alla sostenibilità finanziaria ed organizzativa del servizio prima della sua attivazione.



8. Assistenza alle persone con disturbi mentali.

8.1. Assistenza ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neuro sviluppo (artt. 25 e 32 DPCM LEA)

L'assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neuro sviluppo (**art. 25 DPCM LEA**) è assicurata dal Servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza previsto dall'art. 6 della **LEGGE REGIONALE 16 dicembre 1998, n. 30 "Norme e principi per il funzionamento dei dipartimenti di salute mentale previsti dalla legge regionale 28 dicembre 1994, n. 36"**.

L'art. 6 della predetta legge prevede che: *"Il servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza si occupa della prevenzione, diagnosi e cura dei disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza.*

Ogni servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza svolge le seguenti attività:

- a) prevenzione primaria e secondaria dei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva;*
- b) prevenzione e riduzione delle sequele delle malattie neuropsichiche dell'età evolutiva;*
- c) attività specialistiche psichiatriche dell'età evolutiva;*
- d) interventi di psicoterapia per i problemi psichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza a salvaguardia della salute mentale del minore e della qualità della vita del nucleo familiare;*
- e) intervento specifico di supporto all'integrazione scolastica per soggetti con disturbi neuropsichici in età evolutiva;*
- f) tutela e risocializzazione dei pazienti degenti in istituti neuropsicopedagogici o in istituti assistenziali favorendo la deistituzionalizzazione."*

Allo stato attuale, quindi, in Puglia, la Legge Regionale 30/98 inserisce la Neuropsichiatria Infantile nel Dipartimento di Salute Mentale (DSM). In ogni Dipartimento di Salute Mentale è attivo un **Servizio di NPIA** articolato in più sedi territoriali.

Di seguito si riporta l'**elenco delle sedi**:

ASL	SEDI TERRITORIALI SERVIZIO NPIA
BARI	Alta Murgia Altamura, Area Metropolitana Bari, Bari Nord Bitonto, Bari Sud Putignano, Ruvo Di Puglia, Bitonto, Altamura, Gravina, Triggiano, Conversano, Monopoli, Polignano A Mare.
BAT	Andria, Barletta, Trani
BRINDISI	Carovigno, Cellino San Marco, Fasano, Francavilla F.Na, Latiano, Brindisi
FOGGIA	Foggia, San Severo, Cerignola
LECCE	Lecce-Campi-Martano, Nardò-Galatina, Maglie-Casarano-Gallipoli, Gagliano Del Capo-Poggiardo Ugento, Galatone, Copertino
TARANTO	Taranto, Ginosa, Manduria

Tale normativa risulta superata in relazione alle attuali acquisizioni in ambito eziopatogenetico, clinico e di trattamento ed inoltre non descrive adeguatamente l'intero ambito di interesse della disciplina, dando minimo rilievo ai disturbi neurologici che, in realtà, rappresentano una componente significativa della NPIA. Anche da un punto di vista terminologico, "salute mentale" non include la componente neurologica della "Neuro-Psichiatria" dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Peraltro, non viene riconosciuta il giusto peso e la specificità della componente riabilitativa nell'ambito della NPIA, formalizzato dalla DGR 1721/2012, che



ha previsto il passaggio graduale di tutta l'assistenza riabilitativa dei minori dai servizi di riabilitazione ai servizi di NPIA.

Di fatto, i Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) attualmente sono deputati alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi neurologici e psichiatrici in età evolutiva (0-18 anni); in particolare si occupano di quadri clinici complessi, che, molto spesso in comorbidità, e comprendono:

- **Disturbi del Neurosviluppo:** disabilità intellettiva, disturbi della comunicazione, disturbo del movimento, disturbo specifico dell'apprendimento, disturbo dello spettro autistico, disturbo da deficit di attenzione/iperattività
- **Disturbi Neurologici:** epilessia, disturbi parossistici non epilettici, cefalee, disturbi del sonno, disturbi del controllo sfinterico, disturbi neuromotori di origine centrale e periferica, disturbi neuromuscolari, disturbi del movimento, patologie rare con coinvolgimento del Sistema Nervoso Centrale e Periferico (facomatosi, malattie metaboliche, malattie genetiche), malattie demielinizzanti (sclerosi multipla, ADEM), meningo-encefaliti, tumori e disturbi vascolari coinvolgenti il Sistema Nervoso Centrale.
- **Disturbi Psichiatrici:** disturbi d'ansia, disturbi depressivi, disturbo bipolare, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbi da comportamento dirompente, disturbi dello spettro schizofrenico e altri disturbi psicotici, disturbi di personalità, disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, disforia di genere, disturbi da sintomi somatici, disturbi correlati ad eventi traumatici e stressanti.

Per affrontare una programmazione più organica ed una gestione integrata dei problemi clinici assistenziali dell'area medica - specialistica della NPIA è al vaglio del Dipartimento una proposta di ridefinizione del modello organizzativo del suddetto servizio presentata da tecnici componenti della Commissione Tecnica Salute Mentale istituita con DGR n. 1786/2017.

L'assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neuro sviluppo (art. 32 DPCM LEA) è prevista dal **REGOLAMENTO REGIONALE 8 luglio 2014, n. 14** "Integrazione del Regolamento Regionale 13 Gennaio 2005, n. 3. **Strutture residenziali e semiresidenziali** terapeutiche dedicate per il trattamento extraospedaliero dei disturbi psichiatrici gravi in **preadolescenza e adolescenza**. Requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi per l'autorizzazione alla realizzazione ed all'esercizio e per l'accreditamento. Fabbisogno." che prevede le seguenti strutture:

- 1) **Struttura residenziale terapeutica dedicata per il trattamento extraospedaliero dei disturbi psichiatrici gravi in preadolescenza e adolescenza.**
 - 2) **Struttura semiresidenziale terapeutica dedicata per il trattamento extraospedaliero dei disturbi psichiatrici gravi in preadolescenza e adolescenza.**
- **Struttura residenziale terapeutica dedicata per il trattamento extraospedaliero dei disturbi psichiatrici gravi in preadolescenza e adolescenza.**

Tale struttura accoglie minori con disturbi psicopatologici, disabilità intellettiva con gravi disturbi del comportamento, gravi patologie della comunicazione, relazione e socializzazione che necessitano sia di interventi intensivi, complessi e coordinati che di ospitalità a ciclo continuo e per periodi definiti limitati nel tempo.

Sono previste strutture differenziate e specifiche per:

- a) Disturbi psicopatologici, di socializzazione e del comportamento. La struttura accoglie minori con difficoltà di natura psicopatologica, di socializzazione e di comportamento prevede l'inserimento di soggetti con i seguenti disturbi: Disturbi della condotta, Psicosi, Gravi disturbi di personalità, Altre



problematiche psicopatologiche gravi, per le quali si rende necessario un periodo temporaneo di inserimento in comunità.

b) Gravi patologie della relazione e della comunicazione e disabilità intellettiva. La struttura accoglie minori con gravi patologie della relazione e della comunicazione prevede l'inserimento di soggetti con i seguenti disturbi: Disturbi dello spettro autistico con gravi disturbi del comportamento; Disabilità intellettiva medio-grave con gravi disturbi del comportamento.

La struttura utilizza la residenzialità temporanea a breve-medio termine a fini educativo-terapeutico riabilitativi, in situazioni nelle quali si rilevi la necessità di una temporanea discontinuità del rapporto con il contesto di vita e nelle quali la permanenza in famiglia o l'inserimento in altre tipologie di comunità non è momentaneamente possibile. La struttura accoglie fino a 10 minori per i quali è necessaria la suddivisione nelle fasce di età 11/13 anni e 14/18 anni, residenti in via prioritaria nel territorio della regione Puglia e inseriti dai Servizi di Neuropsichiatria Infantile.

L'obiettivo della residenzialità è quello di avviare, di concerto con i Servizi NPIA territoriali competenti e con i servizi sociali, percorsi terapeutici volti al recupero ed al potenziamento dell'autonomia personale e sociale dell'individuo ed alla riduzione dei comportamenti disfunzionali, garantendo un contesto relazionale e sociale stabile ed affettivamente significativo, nonché una specifica presa in carico terapeutica della patologia psichiatrica da cui l'individuo è affetto.

I soggetti destinatari sono: persone di età compresa tra 11 e 18 anni, con suddivisione per fasce d'età: 11-13 e 14-18 anni e per tipologia di disturbo. In casi particolari, è possibile la prosecuzione del progetto oltre i 18 e fino a massimo 21 anni.

L'inserimento nella struttura è previsto nelle seguenti situazioni: necessità rilevata dai servizi territoriali di NPIA di periodi di residenzialità terapeutica; provvedimenti di allontanamento disposti dal Tribunale per i Minorenni a causa dell'inadeguatezza dell'ambiente familiare.

Gli organi inviati sono: i Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza territoriali

E' possibile l'inserimento di n. 1 minore del circuito penale per struttura.

- **Struttura semiresidenziale terapeutica dedicata per il trattamento extraospedaliero dei disturbi psichiatrici gravi in preadolescenza e adolescenza.**

Tale struttura accoglie minori con disturbi psicopatologici, disabilità intellettiva con gravi disturbi del comportamento, gravi patologie della comunicazione, relazione e socializzazione che necessitano sia di interventi complessi e coordinati che di ospitalità a ciclo diurno e per periodi definiti nel tempo.

Devono essere previste strutture differenziate e specifiche per:

a) Disturbi psicopatologici, di socializzazione e del comportamento La struttura semiresidenziale accoglie minori con difficoltà di natura psicopatologica di socializzazione e di comportamento, prevede l'inserimento di soggetti con i seguenti disturbi: Disturbi della condotta; Psicosi; Gravi disturbi di personalità; Altre problematiche psicopatologiche gravi, per le quali si rende necessario un periodo temporaneo di inserimento in comunità;

b) Gravi patologie della relazione e della comunicazione e disabilità intellettiva con la finalità di effettuare interventi educativo-terapeutico-riabilitativi complessi e coordinati che consentano di: acquisire abilità cognitive, comunicative e relazionali; acquisire le autonomie possibili adeguate al proprio contesto ambientale; prevenire la cronicizzazione dei disturbi; contenere il rischio dei ricoveri impropri; garantire continuità e raccordo con le strutture educative di appartenenza del minore /preadolescente e adolescente. La struttura semiresidenziale accoglie minori con gravi patologie della relazione e della comunicazione prevede l'inserimento di soggetti con i seguenti disturbi: Disturbi dello spettro autistico



con gravi disturbi del comportamento; Disabilità intellettiva medio-grave con gravi disturbi del comportamento.

La struttura semiresidenziale è parte integrante dei Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e l'Adolescenza.

I destinatari sono: soggetti di età compresa tra 11 e 18 anni con suddivisione per fasce d'età: 11-13 e 14-18 anni e per tipologia di disturbo. In casi particolari è possibile l'inserimento di bambini di età inferiore a 11 anni o la prosecuzione del progetto oltre i 18 e fino a massimo 21 anni è da riferirsi solo agli inserimenti avviati prima della maggiore età.

L'inserimento in struttura semiresidenziale è previsto nelle seguenti situazioni: Necessità rilevata dai servizi territoriali di NPIA di periodi di semiresidenzialità terapeutica; Provvedimenti disposti dal Tribunale per i Minorenni.

Gli organi inviati sono: i Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza territoriali.

E' possibile l'inserimento di n. 1 minore del circuito penale per struttura.

FABBISOGNO REGOLAMENTARE (R.R. n.14/2014).

Il fabbisogno, nel R.R. n.14/2014, è così determinato:

ASL Bari: n. 3 strutture residenziali, allocate, sul territorio della ASL, a nord, al centro ed a sud; n. 4 strutture semiresidenziali, di cui una a nord, una al centro, una nell'area ovest, una nell'area sud.

ASL BT: n. 1 struttura residenziale allocata al centro della ASL; n. 2 strutture semiresidenziali, di cui una nella zona interna ed una sulla litoranea.

ASL Brindisi: n. 1 struttura residenziale allocata al centro della ASL; n. 2 strutture semiresidenziali, di cui una allocata nell'area nord ed una nell'area sud.

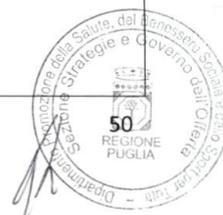
ASL Foggia: n. 3 strutture residenziali, allocate, sul territorio della ASL, a nord, al centro ed a sud; n. 3 strutture semiresidenziali, allocate, sul territorio della ASL, a nord, al centro ed a sud.

ASL Lecce: n. 3 strutture residenziali, allocate, sul territorio della ASL, una al centro, una a sud, una nell'area nord ionica; n. 3 strutture semiresidenziali, di cui una al centro, una a sud, una nell'area nord ionica.

ASL Taranto: n. 1 struttura residenziale allocata al centro della ASL; n. 2 strutture semiresidenziali, di cui una al centro e l'altra nell'area ovest della ASL.

Nella seguente tabella sono indicate le strutture ad oggi autorizzate e /o accreditate che rappresentano l'attuale offerta sul territorio:

ASL	STRUTTURE AUTORIZZATE E ACCREDITATE	STRUTTURE SOLO AUTORIZZATE ALL'ESERCIZIO
ASL FG	n.1 Struttura residenziale terapeutica dedicata per il trattamento extraospedaliero dei disturbi psichiatrici gravi in preadolescenza e adolescenza; n.1 Struttura semiresidenziale terapeutica dedicata per il trattamento extraospedaliero dei disturbi psichiatrici gravi in preadolescenza e adolescenza.	



ASL BT	n.2 Strutture semiresidenziali terapeutiche dedicata per il trattamento extraospedaliero dei disturbi psichiatrici gravi in preadolescenza e adolescenza. n.1 Struttura residenziale terapeutica dedicata per il trattamento extraospedaliero dei disturbi psichiatrici gravi in preadolescenza e adolescenza	
ASL BA	n.1 Struttura residenziale terapeutica dedicata per il trattamento extraospedaliero dei disturbi psichiatrici gravi in preadolescenza e adolescenza. n.1 Struttura semiresidenziale terapeutica dedicata per il trattamento extraospedaliero dei disturbi psichiatrici gravi in preadolescenza e adolescenza.	n.1 Struttura residenziale terapeutica dedicata per il trattamento extraospedaliero dei disturbi psichiatrici gravi in preadolescenza e adolescenza. n.1 Struttura semiresidenziale terapeutica dedicata per il trattamento extraospedaliero dei disturbi psichiatrici gravi in preadolescenza e adolescenza.
ASL BR	n.1 Struttura semiresidenziale terapeutica dedicata per il trattamento extraospedaliero dei disturbi psichiatrici gravi in preadolescenza e adolescenza.	
ASL LE		n.1 Struttura residenziale terapeutica dedicata per il trattamento extraospedaliero dei disturbi psichiatrici gravi in preadolescenza e adolescenza
ASL TA		

Con riferimento al residuo fabbisogno è in corso l'attività istruttoria degli uffici regionali competenti sulle istanze pervenute, rispetto alle quali è stato concesso il previsto parere di compatibilità.

Con **DGR n.2127/2017** ad oggetto "Regolamento Regionale 8 luglio 2014, n.14. Strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche dedicate per il trattamento extraospedaliero dei disturbi psichiatrici gravi in preadolescenza e adolescenza. Determinazione delle tariffe giornaliere e disposizioni sull'accREDITAMENTO delle strutture", la Regione ha stabilito le tariffe delle predette strutture.

La Regione si impegna a potenziare l'offerta assistenziale in coerenza con il DPCM LEA 2017, dando, prima, attuazione a quanto previsto nel R.R. n.14/2014, e completando, altresì, l'offerta assistenziale per le tipologie di assistenza previste nel DPCM LEA, che non rientrano tra quelle ad oggi disciplinate dal Regolamento.

8.2. Assistenza alle persone con disturbi dello spettro autistico (art. 25, 32 e 60 DPCM LEA)

L'assistenza alle persone con disturbi dello spettro autistico **in età evolutiva** è disciplinata con il R.R. n. 9/2016 relativamente ai trattamenti ambulatoriali e domiciliari. Tali trattamenti completano l'offerta di prestazioni erogate dalle strutture residenziali e semiresidenziali di cui al R.R. n.14/2014, di cui **si è detto** innanzi.



In riferimento all'età adulta, il R.R. n. 9/2016 disciplina l'assistenza residenziale e semiresidenziale.

La Regione Puglia, con l'approvazione del **Regolamento Regionale 8 luglio 2016 n. 9 "Rete assistenziale territoriale sanitaria e sociosanitaria per i Disturbi dello Spettro Autistico. Definizione del fabbisogno e dei requisiti organizzativi, tecnologici e strutturali"**, che ha definito la rete assistenziale territoriale sanitaria e sociosanitaria per i disturbi dello spettro autistico (ASD), è tra le prime regioni che hanno dato attuazione alla L.n.134/2015, avviando un processo di riorganizzazione della presa in carico e di aiuto qualificato alle persone con ASD ed alle loro famiglie, basato sulle evidenze clinico – scientifiche più aggiornate.

In particolare, il regolamento, tenuto conto della legge 18 agosto 2015, n.134 "Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie", delle "Linee Guida regionali per l'Autismo", approvate con DGR n.1521 del 2 agosto 2013 "Attuazione dell'Accordo C.U. del 22 novembre 2012. Approvazione Linee Guida regionali per l'Autismo", dell'Intesa sancita con la C.U. 10 maggio 2018 "Aggiornamento delle linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nei Disturbi dello Spettro Autistico, nonché del DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione ed aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" dispone che la Rete di assistenza dedicata ai Disturbi dello Spettro Autistico si articola in:

- 1) **Centri Territoriali per l'Autismo delle ASL (CAT): questi si inseriscono nella organizzazione delle unità operative di NPIA, per i minori e del CSM per gli adulti;**
- 2) **Moduli/Centri territoriali ambulatoriali/domiciliari dedicati terapeutico-ri/abilitativi intensivi ed estensivi, pubblici e/o privati accreditati, per gli ASD;**
- 3) **Strutture educative e socio-ri/abilitative, diurne e residenziali, di mantenimento e promozione dell'inclusione sociale e lavorativa per gli ASD;**
- 4) **Centri di Ricovero e cura per acuti;**
- 5) **Centri di Riferimento ad Alta Specializzazione.**

1) Centri Territoriali per l'Autismo a gestione pubblica (art. 3 R.R. n.9/2016).

Il Centro Territoriale per l'Autismo (CAT) afferisce al Dipartimento di Salute Mentale della ASL, è a gestione pubblica e rappresenta il 1° livello della Rete.

Il CAT deve essere ubicato in strutture sanitarie aziendali territoriali (Poliambulatori/ Presidi Territoriali Assistenziali/ Ospedali riconvertiti) e, comunque, in strutture aziendali ove siano presenti altri servizi assistenziali territoriali.

L'apertura del CAT è assicurata per almeno 38 ore settimanali e per almeno 5 giorni alla settimana, garantendo quanto più possibile l'apertura pomeridiana.

In esso si svolgono le seguenti attività:

- Accoglienza e informazione;
- Valutazione multi-professionale psicodiagnostica, con applicazione dei protocolli specifici accettati dalla comunità scientifica nazionale e internazionale;
- Attivazione di consulenze specialistiche di tipo audiologico (con eventuale esame audiometrico e/o potenziali evocati uditivi — ABR) e oculistico, nonché esami di laboratorio (indagini per intolleranze alimentari, indagini genetiche, eventuali indagini metaboliche, elettroencefalogramma in veglia e/o in sonno, eventuale RMN encefalo);



- Elaborazione/rimodulazione del Progetto abilitativo/riabilitativo individuale per i soggetti che necessitano di intervento intensivo/estensivo, modulato in funzione dei livelli di gravità, dell'età e delle potenzialità del soggetto, con verifiche almeno ogni sei mesi per i primi due anni di terapia ed almeno una volta l'anno dopo il secondo anno di terapie sull'efficacia dell'intervento, condiviso con la struttura che eroga il trattamento;
- Eventuale prescrizione di ausili (a bassa, media o alta tecnologia);
- Supporto educativo e psicologico alla coppia genitoriale;
- Supporto all'integrazione scolastica;
- Elaborazione del progetto assistenziale socio-riabilitativo individualizzato per l'Età Adulta, di mantenimento/ potenziamento delle abilità acquisite e promozione dell'inclusione sociale, con la definizione, per i soggetti che hanno evoluzione positiva, di interventi di formazione e di inserimento lavorativo;
- Inserimento dei soggetti adulti con ASD grave, non trattabili ambulatorialmente e/o non controllabili in ambiente domestico, nelle strutture sociosanitarie semiresidenziali e residenziali.

2) Moduli/centri terapeutico-ri/abilitativi intensivi ed estensivi (art. 4 R.R. n. 9/2016);

Il Modulo territoriale dedicato terapeutico-ri/abilitativo intensivo ed estensivo può configurarsi come nucleo aggregato al Centro Territoriale per l'Autismo, od ai Presidi territoriali di recupero e riabilitazione funzionale dei minori portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste accreditati ex R.R. n. 12/2015, e/o come Centri ambulatoriali Privati Accreditati dedicati e gestiti da Soggetti che abbiano maturato un'esperienza in campo riabilitativo sanitario, oppure gestiti da Soggetti impegnati in assistenza socio-riabilitativa agli Autistici da almeno tre anni, fino ad un max di n.3 moduli per struttura richiedente.

Al fine di ottimizzare gli interventi e modularli in funzione del quadro evolutivo tipico di ciascun soggetto, l'organizzazione dei percorsi terapeutico-ri/abilitativi di tipo psicoeducativo di livello assistenziale intensivo ed estensivo è articolato in pacchetti di prestazioni ambulatoriali ed è differenziato secondo tre fasce d'età o periodi "critici", in cui si esprimono bisogni differenziati, che richiedono peculiari connotazioni di intervento:

- Periodo da 0 a 5 anni o Periodo Pre-scolare;
- Periodo dai 6 agli 11 anni o Periodo Scolare-Prepuberale;
- Periodo dai 12 ai 18 anni o Periodo Puberale-Adolescenziale.

Il parametro "età" condiziona le specificità di seguito indicate, con particolare riferimento all'impegno temporale:

PERIODO	IMPEGNO ORARIO SETTIMANALE	LIVELLO ASSISTENZIALE	TIPOLOGIA DI ASSISTENZA
Periodo pre-scolare	<p>Livello di gravità: lieve Fino a 12 ore settimanali distribuite in 4 accessi settimanali</p> <p>Livello di gravità: medio-grave Fino a 18 ore settimanali distribuite in 6 accessi settimanali</p>	Intensivo	Pacchetti di prestazioni: -ambulatoriali -domiciliari -di gruppo



Periodo scolastico	Fino a 8 ore settimanali distribuite in 4 accessi settimanali	Estensivo	Pacchetti di prestazioni: ambulatoriali -domiciliari -di gruppo (max 5 minori)
Periodo puberale-adolescenziale	Fino a 6 ore settimanali distribuite in 3 accessi settimanali	Estensivo	Pacchetti di prestazioni: -individuali(ambulatoriali/domiciliari) -di gruppo (max 5 minori)

La struttura eroga prestazioni in regime ambulatoriale e domiciliare per 6 giorni alla settimana.

Il Progetto abilitativo/riabilitativo individuale, modulato in funzione dei livelli di gravità, dell'età e delle potenzialità del soggetto, è definito dal Centro Territoriale per l'Autismo che ha in carico il paziente con l'equipe sanitaria del Centro ambulatoriale che effettua la presa in carico ri/abilitativa e prevede, anche:

- Supporto educativo e psicologico alla coppia genitoriale (parent training);
- Supporto all'integrazione scolastica.

Il Progetto si completa con tutte le altre attività eseguite negli ambienti naturali dei soggetti, che sono coerenti con gli interventi eseguiti nei Centri, in modo da arrivare complessivamente ad un numero di ore settimanali in linea con le raccomandazioni scientifiche delle Linee Guida (anche fino a 10-40 ore alla settimana).

3a) Centro socio-educativo e riabilitativo diurno dedicato alle persone (età evolutiva ed adulti) con disturbi dello spettro autistico (art. 5 R.R. n.9/2016).

Il Centro deve erogare principalmente servizi destinati alla presa in carico del disturbo dello spettro autistico, organizzati sia in attività individuali che in piccoli gruppi omogenei, assicurando interventi personalizzati.

Il Centro, a seguito di una valutazione funzionale eroga interventi maggiormente strutturati per soggetti con maggiore compromissione, interventi maggiormente inclusivi per soggetti a miglior funzionamento.

Gli interventi applicati sono volti a migliorare la qualità di vita del soggetto e della sua famiglia nelle diverse aree di sviluppo.

È previsto un intervento psicoeducativo ad impostazione comportamentale/cognitivo-comportamentale volto a promuovere e mantenere l'inclusione sociale, nello specifico: abilità comunicative, abilità di autonomia personale, abilità integranti: protezione personale, attività domestiche, gestione del tempo libero, mobilità e vita in comunità, abilità occupazionali anche finalizzate all'inserimento lavorativo.

Il Centro deve prevedere, quindi, interventi di promozione della comunicazione, delle autonomie personali, domestiche e sociali. Molta attenzione deve essere dedicata all'organizzazione e strutturazione degli spazi, ambienti interni ed esterni, ausili e materiali. La visualizzazione e la prevedibilità sono le peculiarità che caratterizzano l'ambiente educativo, con l'obiettivo di favorire nelle persone con autismo la comprensione del mondo circostante. Per tali motivi gli ambienti devono essere adeguati alle specifiche necessità degli utenti e rispondenti agli obiettivi preposti all'incremento delle competenze comunicative di ciascuno e al decremento di comportamenti problematici. Lo spazio fisico è progettato per definire e far capire al soggetto dove si svolgono le sue attività e per quanto tempo.

La verifica dei progetti socio-riabilitativi per ciascun utente avviene attraverso valutazioni periodiche annuali.



3b) Comunità residenziale socio-educativa-riabilitativa dedicata alle persone (adulti) con disturbi dello spettro autistico (art. 6 R.R. n.9/2016).

La comunità socio-educativa-riabilitativa residenziale è destinata a soggetti di età compresa dai 18 anni in su, nella fattispecie con disturbo autistico in situazioni particolari e con gravi disturbi della comunicazione e della relazione. Offre una soluzione abitativa idonea ed alternativa al nucleo familiare, duratura o temporanea, nell'ottica dell'intervento alla persona.

L'obiettivo della residenzialità nei percorsi socio-educativi- riabilitativi è quello di avviare l'utente verso il recupero e la promozione dell'autonomia personale e sociale, di acquisire e mantenere abilità cognitive e relazionali, di garantire una vita quotidiana dignitosa, evitando il rischio di ricoveri impropri ospedalieri o di istituzionalizzazioni fuori Regione.

La comunità prevede:

- un modulo di residenzialità temporanea a breve termine per le situazioni nelle quali si rilevi la necessità di una temporanea permanenza in un contesto così strutturato;
- un modulo di residenzialità a medio-lungo termine.

Le attività erogate dalla comunità sono di tipo educativo, sociale, riabilitativo, farmacologico.

L'intervento socio-educativo-riabilitativo si basa su un approccio multimodale e multidisciplinare ed è coordinato e monitorato dallo specialista NP/IA/PSICHIATRIA secondo un Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI) condiviso con la famiglia e con l'équipe.

5) Centri di riferimento ad alta specializzazione (art. 8 R.R. n.9/2016).

I Centri di Riferimento ad alta specializzazione, " con la collaborazione dell'Università quale riferimento della formazione e ricerca, svolgono i compiti previsti dalla DGR n.1521/2013, ed in particolare:

- supportano i Centri Territoriali per l'Autismo nella valutazione diagnostica dei casi più complessi, su richiesta degli stessi CAT;
- promuovono il confronto con i CAT sui percorsi diagnostico-terapeutici e la definizione di protocolli omogenei condivisi;
- programmano con i CAT la formazione e l'aggiornamento sugli strumenti di valutazione e sugli interventi farmacologici e non farmacologici per la cura e riabilitazione dei DSA, nonché sugli interventi educativi e socio-riabilitativi di mantenimento delle abilità acquisite e di reinserimento sociale e lavorativo;
- Promuovono le attività epidemiologiche e di ricerca sui DSA.

La Giunta Regionale, atteso quanto disposto dalla DGR n.1521/2013, individua i Centri di Riferimento ad Alta Specializzazione per l'Età evolutiva e per gli Adulti".

FABBISOGNO REGOLAMENTARE (R.R. n.9/2016).

Il fabbisogno dei Servizi della Rete di assistenza per gli ASD, per il triennio 2016-2018, in via sperimentale, è così determinato:

- almeno n. 1 Centro Territoriale per l'Autismo nell'ambito di ciascuna ASL;
- n. 1 Modulo terapeutico-ri/abilitativo intensivo ed estensivo ogni 100.000 abitanti;*
- n. 5 posti/utente socio-riabilitativi diurni ogni 100.000 abitanti;
- n. 4 posti/utente socio-riabilitativi residenziali ogni 100.000 abitanti.

*Relativamente al fabbisogno dei Moduli ex art. 4 R.R. n.9/2016, con **determinazione dirigenziale n. 115 del 18/05/2017**, si è stabilito, sulla base della DGR n. 1667/2016, che ove la frazione di abitanti sia inferiore a 100.000, ma superiore a 50.000, debba essere computato un ulteriore modulo.



Di seguito si indica il numero delle strutture ed il relativo stato di autorizzazione per ogni singola ASL che rappresentano l'attuale offerta sul territorio:

ASL	Numero STRUTTURE AUTORIZZATE ALL'ESERCIZIO
ASL LE	n.3 MODULI TERAPEUTICO RIABILITATIVI INTENSIVI ED ESTENSIVI di cui all'art. 4 del R.R. n. 9/2016
ASL FG	n.3 MODULI TERAPEUTICO RIABILITATIVI INTENSIVI ED ESTENSIVI di cui all'art. 4 del R.R. n. 9/2016 (accreditati)

ASL	Numero STRUTTURE IN ITER DI AUTORIZZAZIONE (rilasciato parere favorevole di compatibilità)
ASL FG	n.2 COMUNITA' RESIDENZIALI SOCIO-EDUCATIVE-RIABILITATIVE di cui all'art. 6 del R.R. n. 9/2016 (art. 57 bis R.R. n. 4/2007)
	n.6 MODULI TERAPEUTICO RIABILITATIVI INTENSIVI ED ESTENSIVI di cui all'art. 4 del R.R. n. 9/2016
	n.2 CENTRI SOCIO EDUCATIVI E RIABILITATIVI di cui all'art. 5 del R.R. n. 9/2016 (art. 60 quater R.R. n. 4/2007)
ASL LE	n.2 COMUNITA' RESIDENZIALI SOCIO-EDUCATIVE-RIABILITATIVE di cui all'art. 6 del R.R. n. 9/2016 (art. 57 bis R.R. n. 4/2007)
	n.2 CENTRI SOCIO EDUCATIVI E RIABILITATIVI di cui all'art. 5 del R.R. n. 9/2016 (art. 60 quater R.R. n. 4/2007)
	n.8 MODULI TERAPEUTICO RIABILITATIVI INTENSIVI ED ESTENSIVI di cui all'art. 4 del R.R. n. 9/2016
ASL BT	n.1 COMUNITA' RESIDENZIALE SOCIO-EDUCATIVA-RIABILITATIVA di cui all'art. 6 del R.R. n. 9/2016 (art. 57 bis R.R. n. 4/2007)
	n.4 MODULI TERAPEUTICO RIABILITATIVI INTENSIVI ED ESTENSIVI di cui all'art. 4 del R.R. n. 9/2016
	n.1 CENTRO SOCIO EDUCATIVO E RIABILITATIVO di cui all'art. 5 del R.R. n. 9/2016 (art. 60 quater del R.R. n. 4/2007)
ASL TA	n.1 COMUNITA' RESIDENZIALE SOCIO-EDUCATIVA-RIABILITATIVA di cui all'art. 6 del R.R. n. 9/2016 (art. 57 bis R.R. n. 4/2007)
	n.6 MODULI TERAPEUTICO RIABILITATIVI INTENSIVI ED ESTENSIVI di cui all'art. 4 del R.R. n. 9/2016
	n.1 CENTRO SOCIO EDUCATIVO E RIABILITATIVO di cui all'art. 5 del R.R. n. 9/2016 (art. 60 quater del R.R. n. 4/2007)
ASL BA	n.3 COMUNITA' RESIDENZIALI SOCIO-EDUCATIVE-RIABILITATIVE di cui all'art. 6 del R.R. n. 9/2016 (art. 57 bis R.R. n. 4/2007)
	n.3 CENTRI SOCIO EDUCATIVI E RIABILITATIVI di cui all'art. 5 del R.R. n. 9/2016 (art. 60 quater del R.R. n. 4/2007)
	n.12 MODULI TERAPEUTICO RIABILITATIVI INTENSIVI ED ESTENSIVI di cui all'art. 4 del R.R. n. 9/2016
ASL BR	n.4 MODULI TERAPEUTICO RIABILITATIVI INTENSIVI ED ESTENSIVI di cui all'art. 4 del R.R. n. 9/2016
	n.1 COMUNITA' RESIDENZIALE SOCIO-EDUCATIVA-RIABILITATIVA di cui all'art. 6 del R.R. n. 9/2016 (art. 57 bis R.R. n. 4/2007)
	n.1 CENTRO SOCIO EDUCATIVO E RIABILITATIVO di cui all'art. 5 del R.R. n. 9/2016 (art. 60 quater del R.R. n. 4/2007)



Il parere di compatibilità, rilasciato per le suddette strutture, ai sensi dell' art. 7, c.3, l.r. n.9/2017 "Nuova disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, all'accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private", ha validità biennale a decorrere dalla data di rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione. Scaduto tale termine, qualora il soggetto interessato non abbia richiesto l'autorizzazione all'esercizio alla Regione, il dirigente della sezione regionale competente ne dichiara, con apposita determinazione, la decadenza.

Ai sensi del comma 5 del predetto articolo, il Comune, entro centoventi giorni dal ricevimento del parere favorevole di compatibilità, rilascia l'autorizzazione alla realizzazione.

Si prevede, pertanto, che, considerati i tempi descritti, **la suddetta rete possa essere attiva nell'anno 2020.**

CRONOPROGRAMMA	ENTRO
Attivazione rete	31/12/2020

Con **DGR n.1615 del 16/09/2019** sono state determinate le tariffe dei moduli/centri terapeutico-riabilitativi intensivi ed estensivi (art.4 R.R. n.9/2016).

La Regione Puglia è impegnata a concludere il percorso di definizione delle tariffe del centro socio-educativo e riabilitativo diurno dedicato alle persone con disturbi dello spettro autistico (art.5 R.R. n.9/2016) e della comunità residenziale socio-educativa-riabilitativa dedicata alle persone con disturbi dello spettro autistico (art.6 R.R. n.9/2016) entro il 2020.

CRONOPROGRAMMA	ENTRO
Definizione delle tariffe	Le tariffe delle strutture ex artt. 5 e 6 sono in corso di definizione. Entro il 31.12.2020.

Con **DGR n.2445/2019** è stato approvato lo "Schema di regolamento regionale 8 luglio 2016, n. 9 'Rete assistenziale territoriale sanitaria e sociosanitaria per i Disturbi dello spettro autistico. Definizione del fabbisogno e dei requisiti organizzativi, tecnologici e strutturali'. Modifiche e integrazioni" con il quale la Regione prevede, tra le altre cose: la predisposizione di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) finalizzato a definire la sequenza di interventi più appropriati all'età ed ai bisogni specifici del paziente; indicazioni sulla attivazione dei Moduli territoriali dedicati terapeutico-riabilitativi intensivi ed estensivi; n. 1,5 Modulo terapeutico-riabilitativo ogni 100.000 abitanti per ciascuna ASL; e l'aggiunta, oltre al fabbisogno già previsto, di n. 1 centro socio-educativo e riabilitativo diurno dedicato alle persone con disturbi dello spettro autistico per ciascun capoluogo di provincia.

La Regione si impegna a potenziare l'offerta assistenziale in coerenza con il DPCM LEA 2017 e con il fabbisogno determinato con il regolamento n. 9/2016.

8.3. Assistenza alle persone con disturbi mentali (artt. 26 e 33 DPCM LEA).

Il **Centro di Salute Mentale** è previsto dalla **Legge Regionale 16 dicembre 1998, n. 30** ad oggetto "Norme e principi per il funzionamento dei Dipartimenti di salute mentale previsti dalla legge regionale 28 dicembre 1994, n. 36" L'art. 3 stabilisce: "Il CSM, allocato in sede extraospedaliera, è punto di coordinamento dell'attività nel territorio, fornisce alla popolazione assistenza medica, psicologica, sociale, infermieristica, educativa attraverso attività ambulatoriali, domiciliari e territoriali ed è attivato per dodici ore al giorno, per sei giorni alla settimana.



Ogni CSM svolge le seguenti attività:

- a) prevenzione primaria, compresi gli interventi di sensibilizzazione della popolazione sui temi della salute mentale, utilizzando gli strumenti informativi più adeguati;
- b) accoglienza, informazione, prenotazione ad utenti e famiglie;
- c) interventi per le urgenze e le emergenze psichiatriche;
- d) attività specialistiche psichiatriche e psicologiche;
- e) attività psicoterapeutiche svolte dai medici e dagli psicologi per i quali i rispettivi Ordini professionali abbiano legittimato l'esercizio della psicoterapia ai sensi degli artt. 3 e 35 della legge 18 febbraio 1989, n. 56;
- f) attività di servizio sociale;
- g) attività in day-hospital ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997;
- h) attività di centro diurno;
- i) attività di riabilitazione residenziale;
- j) attività di reinserimento lavorativo ai sensi della legge 8 novembre 1991, n. 381, attraverso la promozione di cooperative sociali.

E' garantita la gestione dell'urgenza psichiatria nell'arco delle ventiquattro ore, secondo una programmazione dipartimentale che tenga conto delle caratteristiche del territorio, dell'organizzazione complessiva dei servizi e della migliore utilizzazione delle risorse".

Il Centro di Salute Mentale è Unità Operativa Complessa, dotata di autonomia operativa rispetto alla propria area territoriale. Il CSM è punto di coordinamento delle attività di prevenzione, cura e riabilitazione nel territorio di competenza; è garante del governo clinico e assume un ruolo centrale nella gestione dei percorsi di cura dipartimentali. E' inoltre titolare del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale (PTRI) rivolto al paziente.

Esso ha un bacino d'utenza tendenziale di 150-200mila ab., ovvero secondo articolazioni aziendali che prevedano dimensioni differenti in ragione di specifiche caratteristiche metropolitane e/o orografiche e modelli assistenziali consolidati. Si raccorda con i servizi sociali di base e gli altri servizi sanitari territoriali, mediante la coincidenza, di norma, con uno o più Ambiti e Distretti Socio-Sanitari.

Nel CSM le équipes multi-professionali svolgono le seguenti attività:

- Accoglienza e valutazione della richiesta;
- Consulenza;
- Assunzione in cura;
- Presa in carico o trattamento integrato con altri servizi;
- Assicurare percorsi di cura a complessità crescente, modulati in base ai bisogni della persona (PDTA).

Inoltre, si evidenziano ulteriori compiti del CSM indicati dalla DGR 916 del 2010 che risultano aggiuntivi rispetto al DIF 2007:



- "iniziative specifiche per l'identificazione e l'intervento precoce nei disturbi mentali gravi e per il recupero del drop out";
- "sperimentazione dei centri diurni autogestiti da parte di utenti e gruppi di self-help";
- "offerta di adeguata assistenza nei confronti dei pazienti psichiatrici stabilizzati, ospitati dalle strutture previste dal RR 4 del 2007 fra le quali le Case per la Vita di cui all'art 70 del medesimo regolamento";
- "l'assunzione di una piena responsabilità circa la tutela della salute mentale nelle carceri e l'assistenza ai pazienti psichiatrici autori di reato negli istituti penitenziari o sottoposti a misure alternative alla detenzione o a misure di sicurezza in relazione alla chiusura degli OPG";
- incremento di attività di prevenzione, informazione, sensibilizzazione e promozione della Salute mentale nella comunità rivolte alla popolazione generale e particolarmente ai soggetti deboli ed alle fasce a rischio;
- tempestiva individuazione dei bisogni psichiatrici emergenti (peraltro in costante mutazione), quali la tutela della salute mentale dei migranti non pienamente integrati nel tessuto sociale;
- Nonché gli interventi del DSM in tema di diagnosi, invio e controllo nei percorsi di reti assistenziali nelle problematiche correlate ai Disturbi del Comportamento alimentare, alle Doppie diagnosi ed in quelle dell'Autismo degli adulti.

Nell'ambito dell'assistenza riabilitativa e socio-riabilitativa residenziale, semiresidenziale e domiciliare alle persone con disturbi mentali, in relazione al livello di intensità riabilitativa ed assistenziale, la Regione, con il **R.R. 27 novembre 2002, n. 7** "Regolamento regionale di organizzazione delle strutture riabilitative psichiatriche residenziali e diurne pubbliche e private", modificato ed integrato dal **REGOLAMENTO REGIONALE 8 luglio 2008, n. 11**, prevede le seguenti strutture:

- 1) **Comunità riabilitativa assistenziale psichiatrica;**
- 2) **Comunità alloggio;**
- 3) **Gruppo appartamento;**
- 4) **Centro Diurno.**

- La **Comunità riabilitativa assistenziale psichiatrica** ovvero struttura residenziale terapeutica riabilitativa per acuti e subacuti, con copertura assistenziale per 24 ore giornaliere, accoglie soggetti con elevata difficoltà nell'ambito relazionale o autonomie di base compromesse, che necessitano di interventi ad alta qualificazione terapeutica.

I posti letto per ciascuna struttura previsti dal regolamento sono: n. 14.

- La **Comunità alloggio** ovvero struttura residenziale socio-riabilitativa a più elevata intensità assistenziale, con copertura assistenziale per 12 ore giornaliere, accoglie utenti relativamente autonomi sul piano della soddisfazione dei bisogni di vita quotidiana e con abilità psicosociali sufficientemente acquisite.

I posti letto per ciascuna struttura previsti dal regolamento sono: n. 8

- Il **Gruppo appartamento** ovvero struttura residenziale socio-riabilitativa a minore intensità assistenziale, accoglie utenti già autonomizzati in uscita dal circuito psichiatrico riabilitativo.

I posti letto per ciascuna struttura per gruppo-appartamento previsti dal regolamento sono: n. 3

- Il **Centro Diurno** aperto per almeno 8 ore al giorno per sei giorni settimanali, svolge funzioni terapeutico-riabilitative tese a impedire e/o arrestare processi di isolamento relazionale e di emarginazione e a prevenire e contenere il ricovero.

Il n° utenti accolti giornalmente previsto dal regolamento per ciascuna struttura è pari a: 20.



Le relative tariffe sono state determinate ed aggiornate con **DGR n. 1144/2018** ad oggetto "Regolamento Regionale 8 luglio 2008 n.11. Deliberazione di Giunta Regionale n. 2325 del 3 dicembre 2013. Adeguamento tariffe delle strutture riabilitative psichiatriche residenziali e diurne".

FABBISOGNO REGOLAMENTARE (R.R. n.3/2006):

Il fabbisogno non è determinato nei regolamenti citati, ma si ricava dal R.R. n.3/2006 recante "Art. 3, comma 1, lettera a), punto 1) della L.r. 28 maggio 2004, n. 8. Fabbisogno prestazioni per il rilascio della verifica di compatibilità e dell'accreditamento istituzionale alle strutture sanitarie e socio-sanitarie", che all'art.1, lett.b) prevede:

"Strutture riabilitative psichiatriche.

I. Regime residenziale e semiresidenziale:

Il fabbisogno è stabilito in 3 posti letto ogni 10.000 abitanti per le strutture per acuti e subacuti (copertura assistenziale per 24 ore) + 0,75 posti letto ogni 10.000 abitanti per le strutture a più elevata intensità assistenziale (con copertura per 12 ore) + 1 posto letto ogni 10.000 abitanti per le strutture a minore intensità assistenziale (con copertura per fascia oraria). Tale fabbisogno è comprensivo di 1 posto ogni 10.000 abitanti per i pazienti dimessi dagli ospedali psichiatrici per tutte le tipologie di strutture.

II. Regime diurno:

Il fabbisogno è stabilito in un centro diurno per ogni distretto fino ad 50.000 abitanti + un centro per eccedenze oltre i 50.000 di almeno 30.000 abitanti.

I trasferimenti di strutture in altra ASL possono essere autorizzati solo nel caso in cui ciò concorra al riequilibrio territoriale".

Nelle tabelle seguenti è riportato il numero delle strutture, pubbliche e private, attualmente autorizzate e /o accreditate:

Strutture pubbliche

Tipologia	Numero Totale Strutture accreditate
CRAP	18
COMUNITA' ALLOGGIO	5
GRUPPI APPARTAMENTO	4
CENTRI DIURNI	27

Strutture private

Tipologia	Numero Totale Strutture accreditate	Numero Totale Strutture autorizzate
CRAP	53	3
COMUNITA' ALLOGGIO	30	4
GRUPPI APPARTAMENTO	39	18
CENTRI DIURNI	24	7

Il Tavolo regionale Salute mentale sta predisponendo un documento che dovrebbe colmare, in via sperimentale, l'offerta di prestazioni con i trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo.

CRONOPROGRAMMA	ENTRO
Adozione DGR trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo, in via sperimentale.	31.03.2020 (in fase di approvazione)



I trattamenti socio-riabilitativi, rivolti a pazienti non assistibili nel proprio contesto familiare e con quadri variabili di autosufficienza e di compromissione del funzionamento personale e sociale, richiedono interventi a bassa intensità riabilitativa. I trattamenti sono erogati nell'ambito delle **CASE per la vita a media e bassa intensità assistenziale**, di cui all'art. 70 del R.R. n.4/2007.

Con **L.R. n. 6/2019** le relative quote di compartecipazione sono state allineate al DPCM LEA 2017.

E' in corso la predisposizione dello schema di regolamento attuativo di cui alla legge 9/2017.

I trattamenti riabilitativi domiciliari a carico del SSR sono direttamente gestiti dai Centri di Salute Mentale.

CRONOPROGRAMMA	ENTRO
CASE PER LA VITA: schema di regolamento attuativo di cui alla legge 9/2017.	giugno 2020
Iter di accreditamento strutture psichiatriche	In corso

9. Assistenza per i Disturbi del Comportamento Alimentare.

Il **REGOLAMENTO REGIONALE 21 marzo 2017, n. 8** disciplina i "Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi per l'autorizzazione e l'accreditamento della Rete di assistenza per i Disturbi del Comportamento Alimentare. Fabbisogno". (LR 28-5-2004 n.8 e ss. mm. ed ii. - art.3 - comma 1 - lett. a).

La Rete di assistenza per i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) si articola sui seguenti cinque livelli assistenziali:

I. Ambulatori Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta: Il Medico di Medicina Generale ed il Pediatra di Libera Scelta individuano i casi in cui il sospetto diagnostico possa essere chiarito meglio in un Ambulatorio specialistico o Intensivo, fornendo supporto e motivazione ad un trattamento adeguato;

II. Ambulatorio Specialistico (a gestione pubblica): Il trattamento ambulatoriale specialistico è indicato per la maggior parte dei pazienti se affetti da una forma leggera di DCA, non cronica, non complicata da altra patologia medica o psichiatrica, con la possibilità di accedere a livelli più intensivi di trattamento in caso di mancato miglioramento;

III. Ambulatorio Intensivo - Day service (a gestione pubblica): Il trattamento Ambulatoriale Intensivo - Day service è indicato per i pazienti che presentino una risposta insoddisfacente ad un trattamento adeguato effettuato dall'Ambulatorio specialistico e/o hanno un disturbo a maggiore complessità clinica e sociale.

Gli utenti devono avere una discreta motivazione alla cura e il contesto familiare e sociale deve essere in grado di fornire un minimo di supporto.

Inoltre, l'Ambulatorio Intensivo - Day Service è indicato nel caso di necessità di parziale allontanamento dalle dinamiche familiari.

Fornisce le attività diagnostiche, terapeutiche e riabilitative con intensità di valutazione e di assistenza e gestione della complessità crescente, sulla base delle caratteristiche e della gravità del disturbo;

IV. Residenza riabilitativa extraospedaliera: La residenza extraospedaliera, con 20 posti letto, suddivisi per Moduli, per utenti di entrambi i sessi e di età, di norma, superiore ad anni 14, svolge funzioni terapeutiche e riabilitative intensive per quei soggetti affetti da forme severe e/o croniche della patologia



alimentare o con importanti comorbidità mediche o psichiatriche, che tuttavia non richiedono ricovero in ambiente ospedaliero, e/o con dinamiche familiari e/o relazionali fortemente disturbate.

Allorché i ricoveri riguardino i soggetti affetti da Disturbo da Abbuffate Compulsive con grado severo di Obesità, il trattamento, oltre che per la patologia psichiatrica, deve mirare alla riduzione del peso corporeo ed al controllo/risoluzione delle patologie metaboliche ad esso correlate (diabete, ipertensione, patologie cardiache-osteoarticolari — polmonari). In caso di comorbidità con un Disturbo da abuso o dipendenza di sostanze e/o alcool, che aggrava il DCA e non ne consente la guarigione/miglioramento, è previsto il coinvolgimento clinico del Dipartimento per le Dipendenze Patologiche.

È possibile che il 30% dei posti letto siano dedicati ad **assistenza terapeutico-riabilitativa semiresidenziale**.

I trattamenti integrati e multidisciplinari intensivi offerti sono di tipo psichiatrico, psicologico, psicoeducazionale, internistico e nutrizionale: colloqui psichiatrici; colloqui psicologici/psicoterapici; terapie farmacologiche mediche e psichiatriche; terapia psicoeducazionale; colloqui con i familiari; riabilitazione psico-nutrizionale con pasti assistiti; gruppi su: diario alimentare, programmazione e revisione del tempo libero, espressione delle emozioni; terapie non-verbali e laboratori espressivi.

L'accesso e la dimissione dei pazienti nella Residenza terapeutico-riabilitativa avviene in base ad un progetto riabilitativo personalizzato, concordato e periodicamente verificato, tra l'équipe dell'Ambulatorio Specialistico/Intensivo, l'équipe della Struttura riabilitativa, il paziente e le persone di riferimento.

V. Ricovero in reparto ospedaliero in regime ordinario/Day hospital nei casi in cui le condizioni cliniche lo richiedano e per emergenze/urgenze (internistico, pediatrico, psichiatrico, chirurgico).

FABBISOGNO REGOLAMENTARE (R.R. n. 8/2017).

Il fabbisogno dei Servizi e delle Strutture della Rete di assistenza per i DCA è così determinato:

- nell'ambito di ciascuna ASL almeno nr **1** Ambulatorio Specialistico e nr **1** Ambulatorio Intensivo-Day service a gestione pubblica. La localizzazione degli Ambulatori è definita da ciascuna ASL.
- In ciascuna delle tre Macro Aree, come definite dalla L.R. n. 23/2008 (ASL FG e ASL BAT; ASL BA; ASL BR, LE e TA): una residenza terapeutico-riabilitativa; la gestione può essere pubblica o privata.

10. Assistenza alle persone con dipendenze patologiche (art. 35 DPCM LEA)

La **LEGGE REGIONALE 6 SETTEMBRE 1999, n. 27** "Istituzione e disciplina del dipartimento delle dipendenze patologiche nelle aziende USL" ha istituito il "Dipartimento delle dipendenze patologiche".

All'art. 1 ha previsto: "Il Dipartimento delle dipendenze è una delle strutture operative della AUSL e svolge attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale, a livello ambulatoriale, territoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale, di strada, inerenti le tossicodipendenze, l'alcolismo e altre dipendenze patologiche."

Il Dipartimento è articolato in SER.T/SER.D., come indicato nella seguente tabella:

DDP BAT	SER.T/SER.D
	Andria, Barletta, Canosa di Puglia, Margherita di Savoia, Trani/ Bisceglie
DDP BARI	SER.T/SER.D
	U.O.C. DEL SUD BARESE: Comuni afferenti: Bari, Adelfia, Bitetto, Bitritto, Bitonto;



Capurso, Cellamare, Corato, Giovinazzo, Modugno, Mola di bari, Molfetta, Noicattaro, Palo del Colle, Rutigliano, Ruvo di Puglia, Terlizzi, Triggiano, Valenzano;
 Equipe Carcere Altamura, Equipe Casa di Reclusione di Turi C/o Sert Putignano, Equipe di Alcologia c/o Ser.D. Altamura, Equipe di Doppia Diagnosi c/o Ser.D Altamura, SER.D Acquaviva, SER.D Altamura, SER.D Conversano, SER.D Gioia Del Colle, SER.D Grumo Appula, SER.D Monopoli, SER.D Putignano;
 U.O.C. DEL NORD BARESE: Comuni afferenti: Acquaviva, Alberobello, Altamura, Binetto, Casamassima, Cassano, Castellana, Conversano, Gioia del Colle, Gravina, Grumo, Locorotondo, Monopoli, Noci, Polignano, Poggiorsini, Putignano, Sammichele, Sannicandro, Santeramo, Toritto, Turi;
 Centro Alcologico Rutigliano, SER.D Bari, SER.D Bitonto, SER.D Giovinazzo, SER.D Modugno, SER.D Rutigliano, SER.D RUVO, U.O. di Assistenza Carceraria Bari (L.R. 27/99).

DDP BRINDISI	SER.T/SER.D
	SER.D Brindisi, Ser.D Fasano, SER.D Francavilla Fontana, Ser.D Mesagne, Ser.D Ostuni, Ser.D San Pietro Vernotico
DDP FOGGIA	SER.T/SER.D
	SER.D Cerignola, SER.D Ortanova, SER.D Foggia, SER.D Lucera, U.O.C. Sezione del Gargano Dipendenze Patologiche, Ser.D Cagnano Varano, Ser.D San Giovanni Rotondo, Ser.D Vieste, SER.D Manfredonia, SER.D. Torremaggiore, SER.D APRICENA, Ser.D Sede San Severo, SER.D Sannicandro Garganico
DDP LECCE	SER.T/SER.D
	Ser.D. Gallipoli, Ser.D. Casarano, Ser.D. Ugento, Ser.D. Campi Salentina, Ser.D. Copertino, Ser.D. Nardò, Ser.D. Galatina, Ser.D. Martano, Ser.D. Maglie, Ser.D. Poggiardo, Ser.D. Tricase, Ser.D. Lecce, Ser.D. San Cesario, Ser.D. Carcere.
DDP TARANTO	SER.T/SER.D
	STRUTTURA COMPLESSA SER.D. Taranto, SERD CASTELLANETA - STRUTTURA SEMPLICE COORDINAMENTO SERD DEL TERRITORIO, SERD Grottaglie, SERD Manduria, SERD Martina Franca, SERD Massafra, STRUTTURA SEMPLICE SER.D. INTRAMURARIO

In relazione alle esigenze del territorio, sono, poi, individuate le seguenti **unità operative (UO)**:

- a) per gli interventi preventivi, di riduzione del danno e di promozione della salute;
- b) epidemiologica;
- c) per gli interventi in strutture penitenziarie, per le problematiche e gli interventi HIV correlati;
- d) per le problematiche alcool/droga correlate.

La **legge regionale n. 26/2006** "Interventi in materia sanitaria" all' **art. 6** "Norme in materia di contrasto delle dipendenze patologiche" prevede i principi organizzativi e di indirizzo al fine di garantire la piena operatività dei SERT e dei Dipartimenti per le dipendenze patologiche (DDP), in considerazione dell'espansione e nuova articolazione del consumo di droghe tra i giovani e gli adolescenti nonché della cronicizzazione ed esclusione sociale di soggetti tossicodipendenti in trattamento. Tali principi sono:

- a) l'articolazione delle prestazioni e della programmazione degli interventi di contrasto delle dipendenze patologiche, intese come area primaria di interventi per la salute, deve valorizzare gli aspetti di pluriprofessionalità specialistica propria dell'offerta di servizio, l'integrazione dei vari attori che



direttamente e indirettamente agiscono nell'area delle dipendenze patologiche, la rilevazione dei bisogni e l'ottimizzazione delle risorse;

b) i servizi per la prevenzione, la cura e la riabilitazione degli stati di dipendenza patologica (ser.T.) all'interno delle AUSL devono necessariamente avere una corretta collocazione territoriale nell'ambito di un'organizzazione dipartimentale che svolga funzioni di programmazione, controllo e verifica delle attività e delle azioni concretamente articolate a livello distrettuale;

c) l'integrazione del privato sociale accreditato, del volontariato e delle cooperative sociali, nell'ambito di un'organizzazione dipartimentale, deve consentire di organizzare offerte di servizio che tengano conto delle risorse e dei bisogni emergenti nel territorio per meglio rispondere alle esigenze di prevenzione primaria, cura e riabilitazione della popolazione in generale e, in particolare, di gruppi di popolazione specifica. Le aree d'integrazione oggettiva possono investire oltre alla residenzialità, la semiresidenzialità e specifici moduli organizzativi, gruppi progetto/lavoro nonché unità di strada ed eventuali altri moduli (tabagismo, gambling e altre dipendenze comportamentali, inserimenti lavorativi e altro) che si rendessero necessari e utili a rispondere a bisogni territoriali;

d) integrazione e collaborazione nell'ambito del Consiglio dipartimentale con i comuni e con gli enti istituzionali concorrenti (scuola, servizi sociali di tribunale adulti e minori, prefettura, forze dell'ordine, sindacati, associazioni industriali e imprenditoriali) per lo svolgimento dei compiti previsti di prevenzione e riabilitazione in riferimento ai piani di zona in base alla legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato d'interventi e servizi sociali), e alla legge regionale 10 luglio 2006, n. 19 (Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini in Puglia).

Con il **Regolamento Regionale n.10/2017** ad oggetto "Determinazione dei requisiti strutturali e organizzativi per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture e dei servizi per la prevenzione, la cura, la riabilitazione e l'assistenza a persone con problemi di uso, abuso o dipendenza da sostanze o comunque affette da una dipendenza patologica. Fabbisogno." la Regione Puglia ha delineato una articolata e differenziata rete di servizi e strutture.

Tali servizi e strutture, gestiti da enti e associazioni private, concorrono, in sinergia con i servizi pubblici, a fornire efficaci risposte in tema di prevenzione, cura e riabilitazione di ogni forma di dipendenza patologica, da sostanze e non.

In particolare, la rete di assistenza, prevista da questo regolamento, si articola nelle diverse seguenti Aree:

- 1) **Area pedagogica-riabilitativa residenziale e semiresidenziale**, comprendente la Struttura pedagogico riabilitativa residenziale o semiresidenziale (con min. 8 e max 30 p.l.);
- 2) **Area terapeutica-riabilitativa**, comprendente la Struttura terapeutico riabilitativa residenziale o semiresidenziale (con min. 8 e max 30 p.l.);
- 3) **Area specialistica residenziale e semiresidenziale**, comprendente le seguenti strutture:
 - a) Struttura specialistica residenziale o semiresidenziale per la comorbilità psichiatrica con min. 8 e max 12 p.l.;
 - b) Struttura specialistica residenziale per donne dipendenti da sostanze d'abuso con figli minori o in gestazione con min. 10 e max 16 p.l.;
 - c) Struttura specialistica residenziale per particolari tipologie di persone dipendenti (anche senza sostanze) con min. 8 e max 16 p.l.;
 - d) Struttura residenziale di osservazione, disintossicazione-disassuefazione, diagnosi ed orientamento (Centri Crisi) con min. 10 e max 20 p.l.;



- e) Struttura intermedia residenziale o semiresidenziale a bassa soglia d'accesso con min. 8 e max 20 p.l.
- 4) **Area Multidisciplinare Integrata**, comprendente i seguenti servizi:
- a) Servizi di Unità di Strada;
- b) Servizi relativi a programmi di rete sociosanitari.

Le aree di prestazione, nelle quali sono ricomprese le strutture e i servizi per la prevenzione, la cura, la riabilitazione e l'assistenza alle persone con problemi di uso, abuso o dipendenza da sostanze o comunque affette da una dipendenza patologica sono descritte di seguito:

1) Struttura pedagogica riabilitativa residenziale o semiresidenziale

La struttura pedagogica-riabilitativa ha l'obiettivo centrale di raggiungere la fase di remissione totale protratta della dipendenza patologica ed offre ad utenti che hanno caratteristiche di limitata compulsività metodologie di tipo pedagogico con finalità esplicitamente descritte nel programma, con la possibilità di coinvolgimento del nucleo familiare.

La struttura pedagogica-riabilitativa deve garantire i seguenti servizi e prestazioni:

- valutazione psico-sociale, diagnostica multidisciplinare e programmazione individualizzata effettuata in modo congiunto e condiviso, nel rispetto dei principi di pari dignità e competenza professionale, dal personale del Ser.T e dagli operatori della struttura;
- attuazione di un programma personalizzato di durata definita dal soggetto gestore in accordo con il Ser.T di riferimento e accettata dall'utente;
- interventi pedagogici anche basati sull'auto-aiuto, su attività espressivo-ricreative, sul coinvolgimento della sfera familiare, sull'esplorazione del sé, sull'acquisizione di abilità relazionali, ecc.;
- monitoraggio delle condizioni psicofisiche dell'utente ed eventuali modifiche ed interventi di miglioramento del programma, ove necessario, sempre in accordo con il Ser.T di riferimento;
- supporto psicologico, individuale e/o di gruppo, solo se indicato;
- assistenza medica di base per le problematiche sanitarie che si possono manifestare nel periodo di permanenza nella struttura e per le eventuali terapie farmacologiche;
- somministrazione pasti;
- assistenza notturna non specialistica da garantire anche con volontari adeguatamente formati come previsto dal comma 5 dell'art. 7 (solo nelle strutture residenziali).

2) Struttura terapeutico riabilitativo residenziale o semiresidenziale.

La struttura terapeutico-riabilitativa si colloca nella rete dei servizi sanitari per l'attuazione di programmi personalizzati nei confronti di utenti con problematiche di dipendenza patologica da sostanze da abuso lecite, illecite e/o da comportamenti anche in presenza di patologia psichiatrica compensata e gestibile che non abbisogna di management intensivo e specialistico. Gli utenti di tali strutture possono essere sottoposti a trattamenti farmacologici specifici per la loro dipendenza ed i problemi ad essa correlati.

Il programma terapeutico e di riabilitazione, se necessario, può essere esteso al nucleo familiare.

La struttura terapeutico-riabilitativa si pone come obiettivo centrale di raggiungere la fase di remissione totale protratta della dipendenza patologica, recuperare l'autonomia, ripristinare la capacità di integrazione sociale, favorire la socializzazione e migliorare la vita di relazione dell'utente attraverso la partecipazione alle proposte terapeutiche individuali e/o di gruppo, la condivisione della vita comunitaria e/o lo svolgimento di una attività lavorativa.



La struttura terapeutica-riabilitativa deve garantire i seguenti servizi e prestazioni:

- valutazione psico-sociale diagnostica multidisciplinare e programmazione individualizzata effettuata, in modo congiunto e condiviso, nel rispetto dei principi di pari dignità e competenza professionale, dal personale del Ser.T e dagli operatori della struttura;
- attuazione di un programma personalizzato di durata definita dal soggetto gestore in accordo con il Ser.T di riferimento e accettato dall'utente;
- monitoraggio delle condizioni psicofisiche dell'utente ed eventuali modifiche ed interventi di miglioramento del programma terapeutico, ove necessario;
- supporto psicologico, individuale e/o di gruppo, effettuato in maniera continuativa;
- attività di psicoterapia strutturata, individuale e di gruppo con cadenza adeguata alle necessità;
- gestione delle problematiche mediche generali adeguata alla tipologia e gravità dei singoli pazienti;
- somministrazione pasti;
- assistenza notturna non specialistica da garantire anche con volontari adeguatamente formati come previsto dal comma 5 dell'art. 7 (solo, nelle strutture residenziali).

3a) Struttura specialistica residenziale o semiresidenziale per la comorbidità psichiatrica (Doppia Diagnosi).

La struttura specialistica per comorbidità psichiatrica ha l'obiettivo centrale di raggiungere la fase di remissione totale protratta della dipendenza patologica, curando contemporaneamente il concomitante disturbo mentale, di recuperare l'autonomia, di ripristinare la capacità di integrazione sociale, di favorire la socializzazione e di migliorare la vita di relazione dell'utente attraverso la partecipazione alle proposte terapeutiche individuali e/o di gruppo, la condivisione della vita comunitaria e/o lo svolgimento di una attività lavorativa, le prescrizioni farmacologiche, secondo un programma concordato tra l'Ente Gestore ed i competenti DDP e Dipartimento Salute Mentale (DSM).

3b) Struttura Specialistica residenziale per donne dipendenti da sostanze d'abuso e/o da comportamenti con figli minori o in gestazione (Madre-Bambino).

La struttura specialistica residenziale per donne dipendenti da sostanze d'abuso con figli minori, o in gestazione, offre programmi di trattamento delle problematiche di dipendenza patologica da sostanze da abuso lecite, illecite e/o da comportamenti unitamente ad interventi volti al sostegno e consolidamento del ruolo genitoriale.

La struttura ha l'obiettivo centrale di raggiungere la fase di remissione totale protratta della dipendenza patologica, di recuperare l'autonomia, ripristinare la capacità di relazione sociale, favorire la socializzazione e la vita di relazione dell'utente attraverso la partecipazione alle proposte terapeutiche individuali e/o di gruppo, la condivisione della vita comunitaria ed eventualmente lo svolgimento di una attività lavorativa. Inoltre ha l'obiettivo di effettuare interventi sulla genitorialità e di offrire un ambiente educativo adeguato per il minore che favorisca la socializzazione nei contesti educativi del territorio.

Collabora con i servizi sociali territoriali preposti alle funzioni di tutela e vigilanza dell'infanzia e dell'età evolutiva e con le autorità giudiziarie competenti.

3c) Struttura specialistica residenziale e semiresidenziale per particolari tipologie di persone dipendenti.

La struttura specialistica residenziale per particolari tipologie di persone dipendenti ha l'obiettivo centrale di raggiungere la fase di remissione totale protratta della dipendenza patologica ed offre interventi terapeutici e riabilitativi individuali e di gruppo, personalizzati, con monitoraggio delle condizioni



psicofisiche dell'utente che, avendo sviluppato dipendenza da comportamenti o da specifiche sostanze (ad esempio GAP, alcool, cocaina, ecc.), presentino caratteristiche soggettive tali da rendere necessario un trattamento particolarmente mirato ed esclusivo.

La struttura residenziale o semiresidenziale per particolari tipologie di persone dipendenti è organizzata per svolgere progetti caratterizzati da attività riabilitative personalizzate in base alle particolari tipologie di dipendenza ed alle particolari caratteristiche di personalità degli utenti anche attraverso il coinvolgimento del nucleo familiare dell'utente. Gli utenti partecipano inoltre in modo attivo alla vita del Centro svolgendo attività quotidiane di cura del Centro (come cucina, pulizia ed attività varie, assumendosi piccole responsabilità per la gestione di tali mansioni).

La struttura specialistica per particolari tipologie di persone dipendenti si pone come obiettivo centrale il trattamento della dipendenza, come in tutti gli altri casi, ma con l'utilizzo di interventi complessi di natura sociale, sanitaria, psicologica ed educativa e dunque una gamma di servizi diversificati che si ottengono con l'alta integrazione fra pubblico e privato sociale.

La struttura specialistica per particolari tipologie di persone dipendenti ospita da un minimo di 8 ad un massimo di 16 utenti.

3d) Struttura residenziale di osservazione, disintossicazione-disassuefazione, diagnosi ed orientamento (Centro Crisi).

La struttura specialistica residenziale e semiresidenziale di osservazione, disintossicazione-disassuefazione, diagnosi ed orientamento, opera secondo specifici protocolli di collaborazione condivisi con il Ser.T. di riferimento territoriale, ed offre trattamenti farmacologici in sede protetta o semiprotetta, specifici per la dipendenza da sostanze d'abuso e/o comportamentali, e finalizzati ad attività di disintossicazione e disassuefazione, di diagnosi ed orientamento propedeutiche alla definizione di un programma terapeutico-riabilitativo con la possibilità di coinvolgimento del nucleo familiare.

Il Centro Crisi si pone come obiettivo centrale la cura della cronicizzazione della dipendenza anche su base iatrogena, ove ne fosse il caso, al fine della proposizione ed avvio del programma terapeutico-riabilitativo psico-sociale, eventualmente integrato con terapie farmacologiche anche attraverso la condivisione della vita comunitaria, se ritenuta necessaria, e/o lo svolgimento di una attività lavorativa.

3e) Struttura intermedia residenziale o semiresidenziale a bassa soglia d'accesso

La struttura intermedia residenziale e semiresidenziale a bassa soglia d'accesso offre un'accoglienza parzialmente selezionata a consumatori attivi di sostanze d'abuso in condizioni di forte disagio psico-fisico-sociale, indipendentemente dalla loro decisione di accettare nell'immediato un programma di superamento della tossicodipendenza.

La struttura intermedia a bassa soglia d'accesso per consumatori attivi di sostanze ha come obiettivo centrale quello di garantire una sosta protetta dai rischi della strada per evitare il progressivo deterioramento delle condizioni di vita e delle situazioni di emarginazione, per ridurre i danni e i rischi individuali e collettivi, per favorire processi di socializzazione ed il contatto con altri servizi sociali e sanitari del territorio, per migliorare le condizioni psicofisiche-sociali. Il servizio intermedio a bassa soglia d'accesso per consumatori attivi di sostanze si propone anche di aprire possibilità di sviluppo terapeutico riabilitativo nel senso della disintossicazione-disassuefazione e dell'avvio di programmi riabilitativi.

Trattamenti ambulatoriali e territoriali per le dipendenze patologiche.

Il trattamento ambulatoriale e territoriale per le dipendenze patologiche ha come obiettivo centrale raggiungere la fase di remissione della dipendenza patologica, recuperare l'autonomia, ripristinare la capacità di integrazione sociale, favorire la socializzazione e migliorare la vita di relazione dell'utente attraverso terapie integrate farmacologiche e psico-sociali ambulatoriali.



Il trattamento ambulatoriale e territoriale può essere assicurato, oltre che dai SER.D., dalle strutture residenziali e semiresidenziali dell'Area Terapeutico-Riabilitativa e dell'Area Specialistica.

Servizi articolati in più moduli.

Le prestazioni offerte dagli Enti Gestori possono essere articolate organizzando la struttura in moduli assistenziali differenti secondo le tipologie previste. In tal caso deve essere previsto un modulo principale ed un massimo di due moduli aggiuntivi.

4a) Unità di strada

L'Unità di strada si caratterizza come unità mobile che offre ad utenti in fase attiva di assunzione di sostanze d'abuso e non, prestazioni e servizi atti a ridurre i danni ed i rischi individuali e collettivi che l'uso di droghe e le situazioni di marginalità e di disagio ad esse correlate procurano in campo sociale e sanitario.

L'Unità di strada ha come obiettivo centrale di raggiungere, contattare ed instaurare relazioni significative con tossicodipendenti attivi non afferenti ai servizi sociosanitari, per offrire loro informazioni e strumenti a tutela della salute, per indurre la modifica dei comportamenti a rischio e per facilitare l'accesso ai servizi. Pertanto l'Unità di strada ha una soglia d'accesso bassa.

4b) Programmi di rete.

I soggetti gestori che abbiano sedi operative ubicate nel territorio di una medesima ASL, ovvero i raggruppamenti temporanei o permanenti (consorzi, coordinamenti, associazioni temporanee, ecc.) di più soggetti gestori che abbiano sedi operative ubicate nel territorio di una medesima ASL, possono sottoscrivere specifici accordi con l'ASL stessa, ovvero coi DDP per la realizzazione di programmi di rete al fine di razionalizzare l'utilizzo delle sedi operative in un'ottica di sistema territoriale complessivo di contrasto delle dipendenze patologiche.

L'offerta sanitaria di cui al R.R. n. 10/2017 è coerente con le previsioni del DPCM LEA.

Le relative tariffe sono state approvate con **DGR n. 28/2018** ad oggetto "Regolamento Regionale 11/04/2017, n. 10 ad oggetto: "Determinazione dei requisiti strutturali e organizzativi per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture e dei servizi per la prevenzione, la cura, la riabilitazione e l'assistenza a persone con problemi di uso, abuso o dipendenza da sostanze o comunque affette da una dipendenza patologica. Fabbisogno". DETERMINAZIONE TARIFFE GIORNALIERE."

Con il **Reg. reg. 19/2019** "Determinazione del fabbisogno definitivo delle strutture residenziali o semiresidenziali per la prevenzione, la cura, la riabilitazione e l'assistenza a persone con problemi di uso, abuso o dipendenza da sostanze o comunque affette da una dipendenza patologica, di cui al Reg. Reg. n. 10 dell'11 Aprile 2017" è stato determinato il fabbisogno definitivo delle strutture residenziali o semiresidenziali per la prevenzione, la cura, la riabilitazione e l'assistenza a persone con problemi di uso, abuso o dipendenza da sostanze o comunque affette da una dipendenza patologica.

A partire dall'entrata in vigore del regolamento, a conclusione della fase sperimentale di cui al R.R. n.10/2017, il fabbisogno delle strutture residenziali o semiresidenziali per la prevenzione, la cura, la riabilitazione e l'assistenza a persone con problemi di uso, abuso o dipendenza da sostanze o comunque affette da una dipendenza patologica, di cui al Reg. Reg. n. 10/2017, è definito, per l'intero territorio regionale, come segue:



TIPOLOGIA DI STRUTTURA	FABBISOGNO
Struttura Pedagogico-Riabilitativa residenziale e/o semiresidenziale	0,4 p.l./10.000 ab.
Struttura Terapeutico-Riabilitativa residenziale e/o semiresidenziale	1,3 p.l./10.000 ab.
Struttura specialistica residenziale e/o semiresidenziale per la comorbilità psichiatrica	3 p.l./100.000 ab. o frazione di 100.000
Struttura residenziale di osservazione, disintossicazione-disassuefazione, diagnosi ed orientamento (Centri Crisi)	1 p.l. ogni 100.000 ab. o frazione di 100.000
Struttura specialistica residenziale per donne dipendenti da sostanze d'abuso con figli minori o in gestazione	16 p.l.
Struttura specialistica residenziale e/o semiresidenziale per particolari tipologie di persone dipendenti (anche senza sostanze -alcohol, gambling, cocaina, Web)	60 p.l.
Struttura intermedia residenziale e/o semiresidenziale a bassa soglia d'accesso	48 p.l.

Nella tabella seguente è riportato il numero delle strutture private autorizzate:

Tipologia	Numero Totale Strutture	Accreditate (R.R. n. 10/2017)	in iter di conferma di autorizzazione e accreditamento ai sensi R.R. n. 10/2017	Fabbisogno R.R. n. 19/2019	n° posti residenz./semiresid. autorizzati
Pedagogico-riabilitativa (art. 9 R.R. n. 10/2017)	9		9	161	155
Terapeutico-riabilitativa (art. 10 R.R. n. 10/2017)	25	2	23	524	637
Specialistica residenziale per donne dip. da sostanze d'abuso con figli minori (art. 12 R.R. n. 10/2017)	1	1		16	10
TOTALE	35	3	32		

CRONOPROGRAMMA	ENTRO
Iter di accreditamento	In corso



11. Assistenza alle persone non autosufficienti (art. 30 DPCM LEA)

Tale tipologia di assistenza è stata, dapprima, prevista dalla **Legge Regionale 12 dicembre 2017, n. 53** avente ad oggetto "Riorganizzazione delle strutture socio-sanitarie pugliesi per l'assistenza residenziale alle persone non autosufficienti. Istituzione RSA ad alta, media intensità assistenziale", come modificata dalla **LEGGE REGIONALE 30 aprile 2018, n. 18**.

Il lungo percorso iniziato con la approvazione della legge regionale n. 9 del 2017 e della successiva legge regionale n. 53 del 2017, più volte modificate alla luce del confronto con il governo nazionale, è sfociato nella approvazione del **Regolamento regionale n. 4 del 21 gennaio 2019** recante: "**Regolamento regionale sull'Assistenza residenziale e semiresidenziale ai soggetti non autosufficienti – Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) estensiva e di mantenimento – Centro Diurno per soggetti non autosufficienti**".

Un percorso che ha visto, per la prima volta, il coinvolgimento pieno e costante di tutti i soggetti portatori di interessi, dalle associazioni rappresentative delle strutture alle organizzazioni sindacali dei lavoratori confederali e di categoria, con l'obiettivo di costruire un testo che potesse tenere insieme l'obiettivo del miglioramento del sistema e della accoglienza dei soggetti non autosufficienti e disabili e l'esigenza di consentire un adeguamento progressivo ai nuovi, più stringenti, requisiti per le strutture già esistenti.

Un testo che, soprattutto, riconduce tutto il settore sociosanitario alla programmazione regionale, con un numero di posti letto (un fabbisogno) incrementato rispetto al passato, ma, al tempo stesso, predeterminato dalle strutture regionali, sia per l'autorizzazione al funzionamento che per l'accreditamento. Un testo che punta a migliorare anche le condizioni di lavoro in queste strutture, incrementando il numero minimo di operatori, anche grazie al contributo fornito dalle organizzazioni sindacali.

Il nuovo regolamento regionale n.4/2019 è riferito esclusivamente alle strutture per anziani non autosufficienti e per soggetti affetti da demenza.

Ne deriva che in tali strutture non potrebbero essere ospitati soggetti non autosufficienti che non rientrano nelle predette due categorie. Pertanto, la Regione Puglia sta provvedendo ad individuare, all'interno del fabbisogno già fissato dal regolamento, **un percorso sperimentale destinato alle persone non autosufficienti**.

Con tale regolamento si è data una nuova classificazione alle strutture esistenti. Infatti dalle attuali RSA ex RR n. 8/2002 e RSSA ex art. 66 RR n. 4/2007, secondo quanto stabilito dalla LR n. 53/2017, si è istituita una RSA unica con, al suo interno, nuclei di RSA estensiva e nuclei di RSA di mantenimento.

Parimenti si è provveduto in riferimento ai Centri diurni per soggetti non autosufficienti, facendo confluire nella nuova normativa sia i Centri diurni presenti all'interno delle RSA ex RR n. 8/2002 sia i Centri diurni ex art. 60-ter RR n. 4/2007.

In riferimento al fabbisogno di strutture, la nuova normativa aumenta in maniera considerevole il numero di posti a livello regionale. Per le RSA si passa da un fabbisogno di 12 pl/10.000ab (somma tra 5 pl/10.000 ab per RSA ex RR 8/2002 e 7 pl/10.000 ab per RSSA ex art.66 RR n. 4/2007) ad un fabbisogno di 17 pl/10.000 ab. Per i Centri diurni si passa da 0,5 p/10.000 ab per centri diurni ex RR 8/2002 a 3 p/10.000 ab.

Concretamente, per gli anziani ed i malati di Alzheimer si passa da circa 4.800 posti letto attuali a n. 7.100 pl. Per i centri diurni si passa da circa 200 posti a 1.200 posti.



RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (RSA) PER SOGGETTI NON AUTOSUFFICIENTI

La Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) per soggetti non autosufficienti è istituita al fine di semplificare e rendere agevole l'accesso di persone non autosufficienti in strutture residenziali extra-ospedaliere e poter fruire di prestazioni socio-sanitarie, assistenziali, socio-riabilitative e tutelari.

L'assistenza **residenziale** alle persone non autosufficienti è organizzata in nuclei dedicati per tipologia (anziani, soggetti affetti da demenza) e livelli di assistenza differenziata (estensiva, mantenimento).

La struttura deputata a svolgere tale tipo di attività è denominata **Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)**.

- a) La **RSA estensiva** è organizzata in due tipologie di nuclei di assistenza residenziale estensiva: tipo A e tipo B:
- Il nucleo di assistenza residenziale estensiva **di tipo A** ospita persone anziane, in età superiore ai sessantaquattro anni, che, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore.
 - Il nucleo di assistenza residenziale estensiva **di tipo B** ospita persone affette da demenze senili, morbo di Alzheimer e demenze correlate, anche se non hanno raggiunto l'età dei sessantaquattro anni, nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività, che richiedono trattamenti estensivi di riorientamento e tutela personale in ambiente protetto.

Al nucleo di assistenza residenziale estensiva di tipo A e B si accede:

- 1) con preventiva autorizzazione rilasciata dalla UVM del DSS di residenza del paziente, previa redazione del PAI, su prescrizione-proposta:
 - del MMG,
 - del Medico dell'Unità Operativa ospedaliera per acuti che dimette il paziente
 - del Medico dell'Unità Operativa di riabilitazione cod. 28, cod. 75, cod. 56 e dell'Unità Operativa di lungodegenza cod. 60 ;
- 2) per trasferimento da struttura di post-acuzie o dagli ospedali di comunità o da altra struttura territoriale di diverso livello assistenziale con preventiva autorizzazione rilasciata dalla UVM del DSS ove ha residenza il paziente su prescrizione-proposta del MMG;
- 3) a seguito dell'aggravarsi delle condizioni cliniche del paziente, per trasferimento da RSA - nucleo di assistenza residenziale di mantenimento (tipo A e B) presente nell'ambito della stessa RSA che già ospita il paziente, che sia anche accreditata e contrattualizzata per il nucleo di assistenza residenziale estensiva (tipo A e B) e con preventiva autorizzazione rilasciata dalla UVM del DSS ove ha residenza il paziente su proposta della stessa struttura.

Si può accedere al nucleo della RSA ESTENSIVA, per anziani o per soggetti affetti da demenza, se sussiste il bisogno assistenziale estensivo di cura e il paziente è in condizioni cliniche stabilizzate.

- b) La **RSA di mantenimento** è organizzata in due tipologie di nuclei di assistenza residenziale di mantenimento: tipo A e tipo B:
- Il nucleo di assistenza residenziale di mantenimento **di tipo A** ospita persone anziane, in età superiore ai sessantaquattro anni, che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse, ma che richiedono un alto grado di assistenza alla persona con interventi di tipo assistenziale e socio-riabilitativo a elevata integrazione socio-sanitaria, che non sono in grado di condurre una vita



autonoma e le cui patologie, non in fase acuta, non possono far prevedere che limitati livelli di recuperabilità dell'autonomia e non possono essere assistite a domicilio.

- Il nucleo di assistenza residenziale di mantenimento **di tipo B** ospita persone affette da demenze senili, morbo di Alzheimer e demenze correlate, anche se non hanno raggiunto l'età dei sessantaquattro anni, che richiedono trattamenti di lungoassistenza, anche di tipo riabilitativo, di riorientamento e tutela personale in ambiente protetto.

Al nucleo di assistenza residenziale di mantenimento di tipo A e B si accede:

- 1) con preventiva autorizzazione rilasciata dalla UVM del DSS di residenza del paziente, previa redazione del PAI, su prescrizione-proposta:
 - del MMG;
 - del Medico dell'Unità Operativa ospedaliera per acuti che dimette il paziente;
 - del Medico dell'Unità Operativa di riabilitazione cod. 28, cod. 75, cod. 56 e dell'Unità Operativa di lungodegenza cod. 60;
- 2) per trasferimento da struttura di post-acuzie o dagli ospedali di comunità o da altra struttura territoriale di diverso livello assistenziale con preventiva autorizzazione rilasciata dalla UVM del DSS ove ha residenza il paziente su prescrizione-proposta del MMG;
- 3) a seguito del miglioramento delle condizioni cliniche del paziente, per trasferimento da RSA - nucleo di assistenza residenziale estensiva (tipo A e B) presente nell'ambito della stessa RSA accreditata e contrattualizzata per il nucleo di assistenza residenziale di mantenimento (tipo A e B) che già ospita il paziente con preventiva autorizzazione rilasciata dalla UVM del DSS ove ha residenza il paziente su proposta della stessa struttura.

Si può accedere al nucleo di RSA DI MANTENIMENTO, per anziani o per soggetti affetti da demenza, se sussiste il bisogno assistenziale di trattamenti di lungoassistenza e il paziente è in condizioni cliniche stabilizzate.

CENTRO DIURNO PER SOGGETTI NON AUTOSUFFICIENTI

I soggetti affetti da demenza associata o meno a disturbi del comportamento, anche se non soggetti anziani con età superiore ai 64 anni, non affetti da gravi deficit motori, gestibili in regime di semiresidenzialità, capaci di trarre profitto da un intervento integrato, così come definito dal rispettivo Piano assistenziale individualizzato (PAI) trovano risposta assistenziale nei trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale in regime semiresidenziale .

Trattasi di soggetti in condizione di non autosufficienza, che per il loro declino cognitivo e funzionale esprimono bisogni non adeguatamente gestibili a domicilio per l'intero arco della giornata.

La struttura deputata a svolgere tale tipologia di assistenza è il **Centro diurno**.

Non possono essere accolti nel Centro le seguenti tipologie di utenti:

- malattia psichiatrica (es. schizofrenia)
- demenza di grado avanzato, tale da non consentire il ciclo semiresidenziale di assistenza e le tipologie di prestazioni ivi erogabili
- disturbi del comportamento di entità tale da compromettere lo svolgimento delle attività del Centro.

Al Centro diurno per soggetti non autosufficienti si accede con preventiva autorizzazione rilasciata dalla UVM del DSS di residenza del paziente, previa redazione del PAI, su diagnosi di demenza effettuata dal **Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze** nell'ambito del competente DSS (CDCD) di cui al Piano



nazionale demenze" approvato con Accordo Stato – Regioni del 30/10/2014 o dagli altri servizi ospedalieri e territoriali specialistici (neurologici, psichiatrici, geriatrici).

FABBISOGNO (R.R. n.4/2019)

Ai fini dell'accREDITAMENTO, il **fabbisogno** di posti letto in regime residenziale e di posti in regime semiresidenziale per soggetti non autosufficienti è stabilito in misura pari a 8.380 equivalente a 20 p.l./10.000 abitanti così suddivisi:

RSA	RSA ESTENSIVA - NUCLEI PRESTAZIONI ESTENSIVE PER ANZIANI	R2	350 pl	0,85/10 mila ab.
	RSA ESTENSIVA - NUCLEI PRESTAZIONI ESTENSIVE PER SOGGETTI AFFETTI DA DEMENZA	R2D	350 pl	0,85/10 mila ab.
	RSA DI MANTENIMENTO - NUCLEI PRESTAZIONI MANTENIMENTO PER ANZIANI	R3	5644 pl	13,3/10 mila ab.
	RSA ESTENSIVA - NUCLEI PRESTAZIONI MANTENIMENTO PER SOGGETTI AFFETTI DA DEMENZA	R3	800 pl	2/10 mila ab.
CENTRO DIURNO NON AUTOSUFFICIENTI	NUCLEI PRESTAZIONI MANTENIMENTO PER SOGGETTI NON AUTOSUFFICIENTI	SR - SRD	1236 posti	3/10 mila ab.

La Regione sta dando corso all'attuazione del R.R. n.4/2019 relativo all'assistenza alle persone non autosufficienti. A tal riguardo, ha proceduto alla ricognizione delle strutture esistenti già autorizzate all'esercizio/funzionamento e già accreditate, disciplinate dalla precedente normativa (R.R. n.3/2005 e R.R. n. 4/2007) e che confluiscono nella nuova. Con l'atto ricognitivo, di cui alla **DGR n. 2153/2019** ad oggetto : "R.R. n. 4/2019 - art. 12.1 - Atto ricognitivo delle strutture rientranti tra le autorizzate all'esercizio di cui all'art.9, comma 3 e dei posti letto/posti rientranti nel fabbisogno di accREDITAMENTO di cui all'art. 10, commi 3 e 4 - Posti letto/posti disponibili ai fini del rilascio di nuove autorizzazioni all'esercizio e di accREDITAMENTO", si è determinato, altresì, il numero di posti disponibili al fine del rilascio di nuovi accREDITAMENTI.

Le RSA ex R.R. n. 3/2005 e le RSSA ex art. 66 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. di cui ai commi 3 e 4 dell'art. 10 del succitato regolamento, nonché le RSA diurno Alzheimer ex R.R. n. 3/2005 e i Centri diurni ex art. 60 ter R.R. n. 4/2007 e s.m.i. di cui al comma 6 dell'art. 10 dello stesso regolamento, devono convertire i posti letto nel rispetto del fabbisogno di cui ai commi 1 e 2 dell'art. 10 e secondo le previsioni degli stessi commi 3 e 4, e del comma 6, dello stesso articolo, tenuto conto dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dal regolamento.

Il regolamento all'art. 10, comma 3. Lett. ii) prevede che rientrino nel processo di accREDITAMENTO e in aggiunta al fabbisogno determinato dallo stesso art. 10, comma 1, anche i posti letto di RSSA ex art. 66 R.R. n. 4/2007 e s.m.i. non oggetto di accordo contrattuale con la ASL che alla data di entrata in vigore del regolamento sono occupati da a) pazienti provenienti dagli Istituti Ortofrenici e dalle strutture manicomiali



e b) soggetti psichiatrici stabilizzati inviati dal Dipartimento di Salute Mentale. Tali posti letto si riconvertono in posti letto di mantenimento. Come previsto dall'art. 12.9 del regolamento, le strutture, relativamente ai posti letto occupati dai predetti pazienti, devono convertire i relativi posti letto nei nuovi nuclei di mantenimento.

La Regione Puglia è impegnata a concludere il percorso di definizione delle tariffe e di accreditamento entro 12 mesi dalla DGR di ricognizione, così da garantire già nell'anno 2020 l'effettivo incremento del numero dei posti letto a disposizione dei soggetti non autosufficienti pugliesi nelle RSA e dei posti nei Centri diurni.

CRONOPROGRAMMA	ENTRO
DGR di definizione delle tariffe	31.12.2020
Avvio accreditamento provvisorio	31.03.2020
Incremento percentuale posti letto contrattualizzati del 25% rispetto al 2018	31.12.2020

12. Assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario (art. 29 DPCM LEA)

Il **Regolamento regionale n.6 del 21/01/2019** recante: "Regolamento regionale sull'Assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario – Residenza Sanitaria Assistenziale R1" disciplina la tipologia di assistenza rivolta alle persone con patologie non acute che, presentando alto livello di complessità, instabilità clinica, sintomi di difficile controllo, necessità di supporto alle funzioni vitali e/o gravissima disabilità, richiedono continuità assistenziale con pronta disponibilità medica e presenza infermieristica sulle 24 ore; pazienti affetti da SLA o altre sindromi neurodegenerative in fase avanzata, pazienti con patologie croniche con necessità di assistenza respiratoria, portatori di tracheostomia, nutrizione artificiale (enterale o parenterale), o comunque confinate a letto e con dipendenza totale per l'alimentazione, il controllo degli sfinteri, l'igiene personale, in fase di stabilizzazione clinica, che abbiano completato i necessari precedenti protocolli riabilitativi ma per problematiche sociali e/o tecnico-organizzative non possono essere assistiti a domicilio (art 29 DPCM LEA).

La struttura deputata a svolgere tale tipologia di assistenza è denominata **Residenza Sanitaria Assistenziale R1 (RSA R1) (NUCLEO DI ASSISTENZA INTENSIVA DI CURA E MANTENIMENTO FUNZIONALE, AD ELEVATO IMPEGNO SANITARIO)**, ed è una struttura pubblica allocata prioritariamente all'interno dei Presidi Territoriali di Assistenza.

Il Nucleo ospita:

- 1) pazienti ad alta complessità (PAC) nella fase cronica che presentano spesso problematiche sistemiche e comorbidità;
- 2) pazienti adulti che hanno superato la fase acuta della malattia, stabilizzati nelle funzioni vitali e con necessità d'intervento intensivo di cura e mantenimento funzionale, ad elevato impegno sanitario secondo il modello previsto dal presente regolamento e di supporto multiprofessionale distribuito nell'arco delle 24 ore.



Al nucleo in RSA R1 si accede con preventiva autorizzazione rilasciata dalla UVM del DSS di residenza del paziente, previa redazione del PAI, su prescrizione-proposta:

- 1) del Medico dell'Unità Operativa per trasferimento da struttura ospedaliera per acuti che dimette il paziente;
- 2) del Medico dell'Unità Operativa per trasferimento da struttura ospedaliera di riabilitazione cod. 28, cod. 75, cod. 56 o di lungodegenza cod. 60;
- 3) della U.O. del DIP. MFeR insistente nella ASL ove ha residenza il paziente per trasferimento dai Presidi di riabilitazione territoriale;
- 4) del MMG per trasferimento da struttura di post-acuzie o dagli ospedali di comunità.

FABBISOGNO (R.R. n.6/2019).

Il fabbisogno di posti letto di RSA R1 è stabilito in misura pari a:

- **332** posti letto prioritariamente allocati nell'ambito dei Presidi Territoriali di Assistenza e riportati nella seguente tabella:

ASL	SEDE	POSTI LETTO DI RSA R1
ASL BA	PUTIGNANO	40
ASL BA	ACQUAVIVA DELLE FONTI	20
ASL BA	GRUMO (PTA)	20
ASL BR	SAN PIETRO VERNOTICO (PTA)	20
ASL BT	TRANI (PTA)	20
ASL FG	TORREMAGGIORE (PTA)	20
ASL FG	M. SANT'ANGELO (PTA)	20
ASL FG	VICO DEL GARGANO-VIESTE (PTA)	20
ASL FG	TROIA-ACCADIA (PTA)	20
ASL LE	MAGLIE (PTA)	24
ASL LE	GAGLIANO DEL CAPO (PTA)	20
ASL LE	NARDO' (PTA)	20
ASL LE	POGGIARDO (PTA)	28
ASL TA	MOTTOLA (PTA)	40
TOTALE POSTI		332

La Regione Puglia è impegnata a concludere il percorso di definizione delle tariffe entro il 2020, così da garantire l'effettivo avvio della attività delle strutture.

CRONOPROGRAMMA	ENTRO
Definizione delle tariffe	31.12.2020



13. Assistenza alle persone nella fase terminale della vita (artt. 23 e 31 DPCM LEA).

Con **DGR n. 917 del 6 maggio 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).

La potenziale popolazione di riferimento per le cure palliative è costituita, oltre che dai malati oncologici, anche da pazienti affetti da patologie croniche dell'apparato respiratorio, cardio-circolatorio, epato-renale, nonché da malati affetti da patologie degenerative neurologiche e infettive.

Le Linee Guida, oltre a delineare l'articolazione territoriale della rete cure palliative, definiscono gli elementi costitutivi, l'organizzazione e le funzioni della medesima rete, nonché i percorsi diagnostico-terapeutici di presa in carico e assistenza dei malati in fase terminale.

Sul territorio regionale sono attivi Soggetti erogatori di cure palliative, pubblici e privati, attivi sia in ambito residenziale sia in ambito domiciliare.

Le equipe che erogano assistenza al domicilio garantiscono sia interventi di base, sia interventi specialistici in funzione della complessità clinica del malato. A queste attività si integrano quelle erogate in ambito di day hospice, di specialistica ambulatoriale e di consulenza specialistica. Il Sistema delle Cure Palliative deve garantire la continuità nel percorso del malato e della sua famiglia soprattutto nel passaggio dalla fase di cronicità a quello della terminalità.

Riferimenti normativi regionali

- PRS 2008 -2010 approvato con L.R n. 23 del 19/9/2008;

- Del. G.R. n. 691/2011 avente ad oggetto "Approvazione delle linee guida regionali per l'accesso ai servizi sanitari territoriali e alla rete integrata dei servizi socio sanitari"

- DGR n. 2210 del 26 novembre 2013, di recepimento del documento "Definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessarie per l'accreditamento delle strutture assistenziali ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore".

Il P.S.R. 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** 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 medesimo Piano ha previsto l'istituzione di una U.O.C.P. ogni 400.000 ab. circa, con dimensione sovradistrettuale.

Al fine di garantire una omogenea erogazione dell'assistenza, sull'intero territorio regionale, è previsto che la rete delle cure palliative della Regione Puglia sia **così articolata**:

ASL	Popolazione Residente	UOCP PREVISTE
B A R I	1.246.297	3
B A T	392.446	1
BRINDISI	399.835	1
FOGGIA	628.221	2
LECCE	801.190	2
TARANTO	582.814	1



Gli elementi costitutivi della Rete Regionale di Cure palliative sono:

A. Il Centro di Riferimento regionale per le Cure Palliative: in una prima fase di realizzazione della rete regionale delle cure palliative è individuato presso la UOCP della ASL di Bari – sede di Monopoli a cui sono attribuite funzioni organizzative e di coordinamento della intera rete regionale C.P.-.

B. Le Unità Operative di Cure Palliative (UOCP): sono tenute ad assicurare la necessaria continuità terapeutica garantendo l'integrazione dei diversi livelli di assistenza e, in particolare, della: • assistenza residenziale (Hospice) • assistenza specialistica ambulatoriale • assistenza di day hospice • cure domiciliari

C. Gli Hospice (Centro residenziale cure palliative): garantiscono il livello di assistenza residenziale, ossia l'insieme degli interventi di tipo medico, farmacologico, psicologico, socio-sanitari e assistenziali nelle cure palliative erogate ininterrottamente da equipe multidisciplinari.

D. Assistenza Specialistica Ambulatoriale: eroga prestazioni per pazienti autosufficienti che necessitano di valutazione specialistica per il controllo ottimale dei sintomi e per il supporto alla famiglia.

E. Day hospice: articolazione organizzativa che eroga prestazioni diagnostico-terapeutiche e assistenza a ciclo diurno non eseguibili a domicilio.

F. Assistenza domiciliare di base e specialistica assicurata dalle unità Cure Palliative che garantiscono:

- 1) gli interventi di base, coordinati dal MMG;
- 2) gli interventi di équipes specialistiche tra loro interagenti in funzione della complessità assistenziale, sempre coordinati dalla UOCP-.

FABBISOGNO (R.R. n.3/2006).

Il **R.R. 3/2006** stabilisce il fabbisogno nella seguente misura: 1 posto letto x 10.000 abitanti, ai sensi delle DD.GG.RR. nn. 1299 del 17.10.2000 e 1980 del 03.12.2002 (normativa rif. D.L. 28.12.98 n.450 convertito in L. 26.02.99 n.29 - DMS 05.09.2001), con collocazione distrettuale ed interdistrettuale.

Per i requisiti si fa riferimento al **D.P.C.M. del 20 gennaio 2000**: "Atti di indirizzo recanti requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative."

Nelle tabelle seguenti è riportato il numero degli Hospice, pubblici e privati:

Hospice pubblici	Numero totale	Autorizzati	In iter di autorizzazione all'esercizio
	13	1	12

Hospice privati	Numero totale	Autorizzati	Accreditati	In iter di autorizzazione all'esercizio
	11	6	6	5

CRONOPROGRAMMA	ENTRO
Approvazione "DISPOSIZIONI OPERATIVE PER L'ORGANIZZAZIONE DELLA RETE LOCALE E DEL COORDINAMENTO REGIONALE CURE PALLIATIVE".	30.06.2020
Fabbisogno cure palliative domiciliari 2019/2020	31.12.2020
Tariffe cure palliative domiciliari 2019/2020	31.12.2020



14. Assistenza alle persone con disabilità (artt. 27 e 34 DPCM LEA)

Il **REGOLAMENTO REGIONALE 16 aprile 2015, n. 12 (modificato dal R.R. n.22/2019)** ad oggetto "Presidi territoriali di recupero e riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste: fabbisogno, autorizzazione alla realizzazione, autorizzazione all'esercizio, accreditamento, requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici" disciplina le strutture che erogano prestazioni a ciclo continuativo e/o diurno che provvedono al recupero funzionale e/o al completamento del processo di recupero e/o al mantenimento-prevenzione della progressione della disabilità dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste dipendenti da qualunque causa. I Presidi territoriali di recupero e riabilitazione funzionale sono organizzati in nuclei di tipo residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare dedicati per tipologia di intensità di prestazioni e di paziente **(adulto o in età evolutiva)**.

Le tipologie di nuclei previsti dal regolamento sono:

TIPOLOGIA DI ASSISTENZA	MODULO IN RIFERIMENTO ALLA TIPOLOGIA DI INTERVENTO RIABILITATIVO	TIPOLOGIA DI PAZIENTE/NUMERO DI POSTI PER MODULO	TIPOLOGIA DI PAZIENTE/NUMERO DI POSTI PER MODULO
ASSISTENZA RESIDENZIALE	Nucleo di riabilitazione Intensiva	Età adulta 20 posti letto	Età evolutiva 10 posti letto
	Nucleo di Riabilitazione estensiva	Età adulta 20 posti letto	Età evolutiva 10 posti letto
	Nucleo di riabilitazione in fase di mantenimento - tipologia di paziente 1	Età adulta 20 posti letto	
	Nucleo di Riabilitazione in fase di mantenimento - tipologia di paziente 2	Età adulta 20 posti letto	
ASSISTENZA SEMIRESIDENZIALE	Nucleo di Riabilitazione estensiva		Età evolutiva 20 posti
	Nucleo di riabilitazione in fase di mantenimento	Età adulta 20 posti	

I Presidi territoriali di Recupero e Riabilitazione possono prevedere nuclei specializzati per una o più tipologie d'intensità di cura.

L'assistenza riabilitativa per l'età evolutiva deve essere erogata in nuclei esclusivamente dedicati. Al fine dell'erogazione dei servizi di riabilitazione nei nuclei dedicati all'età evolutiva, il compimento della maggiore età non costituisce elemento discrezionale ai fini della sussistenza dei requisiti di inquadramento del paziente all'interno del modulo dedicato. La valutazione sulla possibilità di inserimento all'interno di nucleo dedicato dovrà essere condotta attraverso l'analisi complessiva delle condizioni del paziente, del percorso seguito, della risposta al progetto riabilitativo erogato e/o erogando, e di ogni altra circostanza utile.

I Presidi territoriali che erogano prestazioni di tipo intensivo devono prevedere nuclei di tipo estensivo. Nell'assistenza semiresidenziale possono essere predisposti uno o più nuclei dedicati alle prestazioni di riabilitazione estensiva e/o alle prestazioni di riabilitazione nella fase di mantenimento. **Al nucleo**



riabilitativo per la fase di mantenimento può accedersi anche al completamento del progetto-percorso di riabilitazione estensiva.

NUCLEO DI ASSISTENZA RESIDENZIALE RIABILITATIVA INTENSIVA

Il nucleo ospita pazienti adulti o minori che hanno superato la fase acuta della malattia, stabilizzati nelle funzioni vitali e con necessità d'intervento riabilitativo intensivo secondo il modello previsto dal presente regolamento e di supporto multiprofessionale distribuito nell'arco delle 24 ore. Il paziente deve essere in grado di offrire partecipazione attiva al programma riabilitativo e presentare un basso rischio di instabilità clinica.

In riferimento ai pazienti minori, il nucleo ospita pazienti con patologie di pertinenza prevalente della Medicina Fisica e Riabilitazione.

Il R.R. n.12/2015 prevede che alla riabilitazione intensiva si accede:

- 1) previa prescrizione del Medico dell'Unità Operativa ospedaliera per acuti che dimette il paziente ove non disponibile il medico specialista in riabilitazione. La valutazione del rischio di instabilità clinica deve essere effettuata dal prescrittore;
- 2) previa prescrizione del Medico dell'Unità Operativa di riabilitazione cod. 56 e dell'Unità Operativa di lungodegenza cod. 60.

Si può accedere alla riabilitazione intensiva territoriale se sussiste il bisogno riabilitativo intensivo e il paziente è in condizioni cliniche stabilizzate.

Con riferimento alla presa in carico territoriale, è in corso di definizione il percorso di accesso alla struttura del paziente.

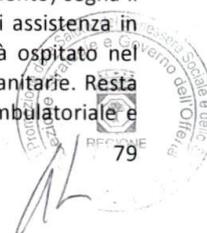
In nessun caso un paziente che necessiti di riabilitazione ma che sia in condizione di potenziale alto rischio di instabilità clinica può accedere al presidio di riabilitazione extraospedaliera.

Il nucleo erogativo di assistenza residenziale intensiva per l'età adulta è costituito da 20 posti letto. Il nucleo erogativo di assistenza residenziale intensiva per l'età evolutiva è costituito da 10 posti letto.

NUCLEO DI ASSISTENZA RESIDENZIALE RIABILITATIVA ESTENSIVA

Il nucleo ospita pazienti **adulti o minori** con compromissione funzionale tale da richiedere un percorso riabilitativo di recupero per paziente non gestibile al proprio domicilio né in ambulatorio per la necessità di assistenza e sorveglianza infermieristica h24. Il ricovero in tale nucleo è di durata limitata, può anche conseguire alla fase intensiva per il completamento del recupero funzionale. Al nucleo possono accedere pazienti con bisogno di recupero funzionale, qualora siano peggiorati i livelli di autonomia e delle abilità comunicativo-relazionali, provenienti dall'ambulatorio specialistico o dal domicilio su specifica autorizzazione dell' U.O. territoriale di Medicina Fisica e Riabilitazione insistente nel DSS ove ha residenza il paziente.

Il paziente è in grado di offrire partecipazione attiva al programma di riabilitazione estensiva. Il conseguimento degli obiettivi esplicitati nel Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) (oppure la constatazione per mezzo di valutazioni specialistiche e scale validate dell'impossibilità del loro raggiungimento) segna il termine di questo tipo di assistenza residenziale. Nel prosieguo, persistendo il bisogno di assistenza in regime residenziale, in assenza di margini di recupero funzionale, il paziente adulto sarà ospitato nel nucleo di mantenimento, se non avviabile al ricovero di mantenimento in strutture sociosanitarie. Resta impregiudicata la possibilità della presa in carico del paziente nei setting assistenziali ambulatoriale e



domiciliare.

Si può accedere alla riabilitazione estensiva extraospedaliera se il paziente è in condizioni cliniche stabilizzate. In nessun caso un paziente che necessiti di riabilitazione ma che sia in condizione di potenziale alto rischio di instabilità clinica può accedere al presidio di riabilitazione extraospedaliera. In riferimento ai pazienti minori, il nucleo ospita pazienti con patologie di pertinenza prevalente della Medicina Fisica e Riabilitazione.

Il R.R. n.12/2015 prevede che alla riabilitazione estensiva si accede:

- 1) previa prescrizione del Medico dell'Unità Operativa ospedaliera per acuti che dimette il paziente ove non disponibile il medico specialista in riabilitazione. La valutazione del rischio di instabilità clinica deve essere effettuata dal prescrittore;
- 2) previa prescrizione del Medico dell'Unità Operativa di riabilitazione cod. 56 e dell'Unità Operativa di lungodegenza cod. 60.
- 3) Con preventiva autorizzazione rilasciata dalla U.O. del DIP. MFeR della ASL in cui insiste la struttura erogante, su richiesta avanzata dalla struttura di riabilitazione intensiva territoriale ove, alla fine del periodo di riabilitazione intensiva, il paziente necessiti di proseguire il trattamento riabilitativo in regime residenziale.
- 4) Con preventiva autorizzazione rilasciata dalla U.O. del DIP. MFeR insistente nella ASL ove ha residenza il paziente su prescrizione-proposta del MMG o PLS.

In tutti i casi innanzi previsti, l'U.O. del DIP. MFeR di residenza comunicherà al Distretto Socio Sanitario di residenza del paziente l'avvenuta presa in carico.

Il nucleo erogativo di assistenza residenziale estensiva per l'età adulta è costituito da 20 posti letto. Il nucleo erogativo di assistenza residenziale estensiva per l'età evolutiva è costituito da 10 posti letto.

NUCLEO DI ASSISTENZA RESIDENZIALE DI MANTENIMENTO RIABILITATIVO (PER DISABILI AD ALTA COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE SANITARIA)

Il nucleo è dedicato a pazienti ad ALTA complessità assistenziale sanitaria. I "NUCLEI" per Assistenza Residenziale di Mantenimento Riabilitativo possono essere di due tipi diversi che accolgono due tipologie di pazienti.

1ª tipologia: disabile adulto in condizioni di soddisfacente compenso clinico delle funzioni vitali ma che necessita di assistenza medica per il mantenimento della stabilità clinica, che non possiede i requisiti per l'inserimento nel Centro Risvegli di cui al R.R. n. 24/2011 ma presenta tutte le caratteristiche sotto elencate:

- a) necessità di assistenza infermieristica h24 per attività complesse che non possono essere gestite al domicilio del paziente (assistenza respiratoria, nutrizionale per via parenterale o PEG, infusioni protratte di terapia e.v, altre procedure infermieristiche che richiedano anche vigilanza del paziente e delle apparecchiature a supporto delle funzioni vitali);



b) ridotta possibilità di recupero funzionale (l'attività riabilitativa è compresa fra i 30 ed i 60 minuti al giorno ed è finalizzata al mantenimento delle funzioni riacquistate, ove possibile al contrasto del declino funzionale in caso di patologie neurodegenerative ed alla prevenzione delle complicanze terziarie).

2ª tipologia (tipologia sostituita dal R.R. 22/2019, art. 11, comma 11.1): Disabile adulto non autosufficiente per disabilità connatali o acquisite in età evolutiva che ha completato il processo di recupero funzionale ma che necessita di prestazioni di riabilitazione e sorveglianza sanitaria per il mantenimento e/o prevenzione della progressione della disabilità e dell'esclusione sociale. Il nucleo non può ospitare pazienti provenienti dalle strutture di cui all'art.1, comma 2, lettera b) del Regolamento regionale n. 14/2014 i quali potranno proseguire il percorso assistenziale presso le strutture psichiatriche.

Questo tipo di paziente deve possedere tutte le caratteristiche sotto elencate:

- a) Necessità di assistenza medica, infermieristica, riabilitativa alla persona che non può essere gestito al domicilio;
- b) Ridotta possibilità di recupero delle autonomie con rischio di scompensamento emotivo-comportamentale e peggioramento funzionale qualora estrapolato dall'abituale contesto educativo e relazionale;
- c) Necessità di una presa in carico assistenziale sanitaria e di tutela nel lungo termine (medica, psicologica, infermieristica e riabilitativa) che non può essere garantita in ambito familiare e in altro setting assistenziale.

Si può accedere alla riabilitazione di mantenimento extraospedaliera se il paziente è in condizioni cliniche stabilizzate. In nessun caso un paziente che necessita di riabilitazione ma che sia in condizione di potenziale alto rischio di instabilità clinica può accedere al presidio di riabilitazione extraospedaliera.

Il R.R. n.12/2015 prevede che alla riabilitazione sanitaria di mantenimento si accede:

in riferimento alla 1ª tipologia di paziente:

- 1) previa prescrizione del Medico dell'Unità Operativa ospedaliera per acuti che dimette il paziente, ove non disponibile il medico specialista in riabilitazione. La valutazione del rischio di instabilità clinica deve essere effettuata prescrittore;
- 2) previa prescrizione del Medico dell'Unità Operativa di riabilitazione cod. 56 e dell'Unità Operativa di lungodegenza cod. 60.
- 3) Con preventiva autorizzazione rilasciata dall'U.O. del DIP. MFeR insistente nella ASL ove ha residenza il paziente su prescrizione-proposta del MMG o PLS.

in riferimento alla 2ª tipologia di paziente (tipologia sostituita dal R.R. 22/2019, art. 11, comma 11.2.): A seguito di valutazione e autorizzazione rilasciata dall'U.O. del DIP. MFeR insistente nella ASL ove ha residenza il paziente su prescrizione-proposta del MMG o anche su proposta dello stesso Presidio di Riabilitazione che ospita il paziente in altro setting assistenziale o su proposta del MMG. La U.O. del DIP. MFeR valuta la sussistenza dei requisiti di cui ai precedenti punti a), b) e c) ai fini della presa in carico del paziente.



NUCLEO DI ASSISTENZA SEMIRESIDENZIALE RIABILITATIVA ESTENSIVA PER L'ETA' EVOLUTIVA

Il nucleo è dedicato a pazienti in età evolutiva che devono rispondere ai seguenti requisiti:

- a) Paziente per il quale è necessario un progetto riabilitativo erogabile nell'arco delle 12 ore, finalizzato al recupero e sviluppo funzionale, non autosufficiente, portatore di disabilità derivanti da patologie di pertinenza prevalente della Medicina Fisica e Riabilitazione;
- b) Necessità di interventi multidisciplinari orientati all'acquisizione ed al mantenimento delle competenze neuromotorie, neuropsicologiche e comunicativo relazionali a supporto dell'autonomia personale;
- c) Insufficiente supporto familiare nelle ore diurne, documentate dalla struttura inviante (U.O. territoriale di Medicina Fisica e Riabilitazione insistente nel DSS ove ha residenza il paziente).

Il R.R. n.12/2015 prevede che alla riabilitazione in regime semiresidenziale si **accede**:
Con preventiva autorizzazione rilasciata dall'U.O. del DIP. MFeR insistente nella ASL ove ha residenza il paziente su prescrizione-proposta del MMG o PLS.

Il nucleo erogativo di assistenza riabilitativa semiresidenziale è costituito da 20 posti.

NUCLEO DI ASSISTENZA SEMIRESIDENZIALE DI MANTENIMENTO PER L'ETÀ ADULTA

Il nucleo, che eroga prestazioni riabilitative per disabili gravi, è finalizzato alla tutela del disabile anche attraverso prestazioni di riabilitazione, compresi gli interventi di sollievo alla famiglia, ed è dedicato **esclusivamente a pazienti in età adulta provenienti dal nucleo dell'art.6** del R.R. n.12/2015 che devono rispondere ai seguenti requisiti:

- Paziente che ha completato il processo di recupero funzionale ma che necessita di prestazioni riabilitative per il mantenimento delle abilità acquisite e/o la prevenzione della progressione della disabilità e la promozione e mantenimento dell'inclusione sociale;
- Ridotta possibilità di recupero o di stabile acquisizione delle autonomie con rischio di scompensamento emotivo-comportamentale e peggioramento funzionale qualora estrapolato dall'abituale contesto educativo e relazionale;
- Necessità di presa in carico e di tutela nel lungo termine che non può essere garantita in ambito familiare e in altro setting assistenziale.



Al nucleo di assistenza di mantenimento in regime semiresidenziale si accede: A seguito di valutazione effettuata dall'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) del Distretto Socio Sanitario (DSS) ove ha residenza il paziente su proposta dell'U.O. del DIP MFeR o della U.O. di Neuro Psichiatria Infantile o dello stesso Presidio di Riabilitazione che ospita il paziente nel nucleo semiresidenziale per l'età evolutiva.

Il nucleo erogativo di assistenza semiresidenziale di mantenimento è costituito da 20 posti.

PROGETTO RIABILITATIVO, PROGRAMMA RIABILITATIVO E PROGETTO DI STRUTTURA

Le attività sanitarie di riabilitazione richiedono obbligatoriamente la presa in carico clinica globale della persona mediante la predisposizione di un progetto riabilitativo individuale e la sua realizzazione mediante uno o più programmi riabilitativi.

PROGETTO RIABILITATIVO

Si definisce progetto riabilitativo individuale l'insieme di proposizioni, elaborate dall'équipe riabilitativa della struttura che prende in carico il paziente, coordinata dal medico responsabile.

PROGRAMMA RIABILITATIVO

La realizzazione del progetto riabilitativo avviene mediante uno o più programmi riabilitativi elaborati dalla struttura coinvolta nel percorso riabilitativo. Il "programma riabilitativo" definisce le aree di intervento specifiche, gli obiettivi a breve termine, i tempi e le modalità di erogazione degli interventi, gli operatori coinvolti, la verifica degli interventi.

PROGETTO DI STRUTTURA

Il Presidio territoriale di recupero e riabilitazione elabora il Progetto di struttura nel quale esplicita la programmazione della disponibilità e dell'organizzazione degli spazi, del lavoro e delle modalità operative di tutta la struttura per garantire una idonea funzione di supporto, finalizzata alla protezione ed alla stimolazione delle capacità funzionali e relazionali di tutti i soggetti assistiti. Nel Progetto di Struttura sono definite, ex ante, in particolare le caratteristiche, la mission, la dotazione organica con le figure professionali e relative specifiche competenze, le procedure utilizzate.

FABBISOGNO REGOLAMENTARE (R.R. 12/2015 come modificato da R.R. n.22/2019).

Il fabbisogno di prestazioni dei presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste è stabilito in misura pari ai posti residenziali e semiresidenziali autorizzati all'esercizio ed accreditati e in misura pari ai posti residenziali e semiresidenziali autorizzati all'esercizio precedentemente all'entrata in vigore del R.R. n. 12/2015 alla data di entrata in vigore del regolamento, fatti salvi i posti letto occupati da pazienti ricoverati nell'ex Istituto Ortofrenico di Bisceglie e di Foggia ed i posti letto riconvertiti a seguito delle preintese sottoscritte con le strutture private accreditate che erogano prestazioni in regime di ricovero e reperate con Deliberazione di Giunta regionale 15 aprile 2014, n. 683, riconvertiti così come riportato nello stesso regolamento.



Il fabbisogno complessivo è indicato nella tabella seguente e risulta integralmente coperto dalla strutture pubbliche e private accreditate ed autorizzate:

ASL	POSTI RESIDENZIALI	POSTI SEMIRESIDENZIALI	POSTI AMBULATORIALI	PRESTAZIONI DOMICILIARI
ASL BA	305	120	135	875
ASL LE	70	70	121	201
ASL TA	290	50	500	325
ASL BR	45	100	500	75
ASL FG	423	135	337	996
totale Regione	1133	475	1593	2472

Il **R.R. n. 22/2019** recante "Regolamento regionale sulle **prestazioni ambulatoriali** erogate dai Presidi territoriali di recupero e riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste – Modifica al regolamento regionale 16 aprile 2015, n.12", approvato con DGR n.254 del 15.02.2019, disciplina le Prestazioni ambulatoriali erogate dai presidi territoriali di recupero e riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste.

I Nuclei di riabilitazione ambulatoriale rientrano nei Presidi territoriali di recupero e riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste definiti dal R.R. n.12/2015 e s.m.i.

Il Nucleo di riabilitazione ambulatoriale eroga prestazioni di riabilitazione ad utenti affetti da menomazioni e/o disabilità importanti, spesso multiple, con possibili esiti permanenti, elevato grado di disabilità nelle ADL che richiedono un team multi professionale (almeno 3 tipologie di professionisti della riabilitazione, compreso il medico specialista in riabilitazione o in NPIA) che effettui una presa in carico omnicomprensiva nel lungo termine mediante un Progetto Riabilitativo Individuale in caso di adulto, o un Programma Terapeutico e Abilitativo/Riabilitativo personalizzato nel caso di soggetti in età evolutiva, che preveda molteplici programmi terapeutici, con una durata complessiva dei trattamenti giornalieri di almeno 90 minuti. Per disabilità complessa s'intende la disabilità con alterazione di più funzioni secondarie a lesioni del SNC, a polineuropatie gravi, a traumi fratturativi interessanti almeno due arti o un arto e la colonna vertebrale, a patologia reumatica infiammatoria cronica non degenerativa (AR, connettiviti), a patologia oncologica. La riabilitazione ambulatoriale viene prescritta, erogata e retribuita per giornata di assistenza. Tutte le prestazioni riabilitative ambulatoriali erogate allo stesso paziente nell'arco della medesima giornata costituiscono un'unica prestazione riabilitativa ambulatoriale (n. 1 accesso). In nessun caso al paziente può essere attribuito più di n. 1 accesso/pro die.

Le modalità di accesso al percorso riabilitativo ambulatoriale sono le seguenti:

- Per accedere alle prestazioni di cura presso i Nuclei di riabilitazione ambulatoriale, il MMG/PLS dell'assistito invia una richiesta finalizzata all'attivazione dell'intervento riabilitativo al Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione o al Servizio di NPIA della ASL di residenza del paziente;



- Il Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione, competente per i soggetti adulti, oppure il Servizio di NPIA di residenza dell'assistito, competente per i soggetti in età evolutiva, per il tramite delle proprie articolazioni periferiche, procedono alla valutazione sanitaria e, ove lo ritengano necessario, redigono su apposito modulo del quale va consegnata copia allo stesso paziente il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) nel caso di soggetti adulti, oppure il Programma Terapeutico e Abilitativo/Riabilitativo nel caso di soggetti in età evolutiva;
- Una volta in possesso della prescrizione, il paziente potrà rivolgersi per le cure del caso ai centri ambulatoriali di riabilitazione o ai servizi di NPIA pubblici, o in subordine, nel caso la presa in carico non possa essere effettuata entro 30 giorni dal rilascio della prescrizione, ai Nuclei di riabilitazione ambulatoriale privati accreditati con il SSR e che hanno sottoscritto apposito contratto per questa tipologia di prestazioni riabilitative;
- Entro i 10 giorni precedenti alla conclusione del progetto/programma riabilitativo rilasciato dalla ASL, laddove il paziente necessita di proseguire le cure riabilitative, il Nucleo ambulatoriale che ha erogato il trattamento, al fine di evitare l'interruzione del percorso riabilitativo, chiede la proroga al Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione o al Servizio di NPIA della ASL di residenza dell'assistito;
- Il Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione o il Servizio di NPIA della ASL di residenza dell'assistito, per il tramite delle proprie articolazioni periferiche, procedono a nuova valutazione sanitaria del caso e, ove lo ritengano necessario, redige nuova prescrizione su apposito modulo del quale va consegnata copia allo stesso paziente.
- Decorso inutilmente il termine dei 10 gg. lavorativi, la proroga s'intende tacitamente accordata. Resta impregiudicata l'attività di verifica dell'appropriatezza da parte dell'UVARP territorialmente competente sui trattamenti erogati (ingressi e/o proroghe) in sede di verifica dell'appropriatezza che vale fatto salvo il periodo di proroga tacitamente accordato.

Il **Regolamento regionale n.5 del 21/01/2019** recante: "Regolamento regionale sull'Assistenza residenziale e semiresidenziale per soggetti disabili- Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) per disabili – Centro diurno socioeducativo e riabilitativo per disabili" prevede **trattamenti socio-riabilitativi** attraverso le seguenti strutture:

1) RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (RSA) PER DISABILI- RESIDENZIALITA' DISABILI

La RSA disabili eroga prestazioni in nuclei specializzati (**nucleo di assistenza residenziale di mantenimento**) a persone con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate.

Il **nucleo di assistenza residenziale di mantenimento** eroga trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità a persone con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate, in età compresa tra i 18 e i 64 anni, che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse nei Presidi di Riabilitazione, ma che richiedono un alto grado di assistenza alla persona con interventi di tipo educativo, assistenziale e riabilitativo a elevata integrazione socio-sanitaria, che non sono in grado di condurre una vita autonoma e le cui patologie, non in fase acuta, non possono far prevedere che limitati livelli di recuperabilità dell'autonomia e non possono essere assistite a domicilio.

In considerazione del diverso impegno assistenziale necessario in relazione alla gravità delle condizioni degli ospiti, le RSA disabili possono articolarsi in nuclei, differenziati in base alla tipologia degli ospiti.



Sono istituite due tipologie di nuclei di assistenza residenziale di mantenimento: tipo A e tipo B.

Il nucleo di assistenza residenziale di mantenimento di tipo A ospita disabili in condizioni di gravità che richiedono elevato impegno assistenziale e tutelare.

Il nucleo di assistenza residenziale di mantenimento di tipo B ospita disabili che richiedono moderato impegno assistenziale e tutelare o disabili privi di sostegno familiare.

Al nucleo di assistenza residenziale di mantenimento di tipo A e B si accede:

- 6) con preventiva autorizzazione rilasciata dalla UVM del DSS di residenza del paziente, previa redazione del PAI, su prescrizione-proposta:
 - del MMG;
 - del Medico dell'Unità Operativa ospedaliera per acuti o di Riabilitazione e Lungodegenza che dimette il paziente;
- 7) per trasferimento da struttura di post-acuzie o dagli ospedali di comunità o da altra struttura territoriale di diverso livello assistenziale con preventiva autorizzazione rilasciata dalla UVM del DSS ove ha residenza il paziente su prescrizione-proposta del MMG.

Per l'accesso ai **nuclei di assistenza residenziale di mantenimento di tipo A e B** per disabili l'UVM si integra o coordina con il Dipartimento di Riabilitazione della ASL competente per l'elaborazione del PRI al fine della condivisione del percorso riabilitativo del paziente.

2) CENTRO DIURNO SOCIOEDUCATIVO E RIABILITATIVO PER DISABILI - SEMIRESIDENZIALITA' DISABILI

Il Centro è destinato a soggetti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate, con notevole compromissione delle autonomie funzionali, che necessitano di prestazioni riabilitative di carattere sociosanitario.

Il Centro diurno per disabili eroga trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo, a persone disabili con bassa necessità di tutela sanitaria.

L'accesso al Centro diurno disabili avviene tramite valutazione da parte dell'unità di valutazione multidimensionale della competente ASL mediante utilizzo di sistema di valutazione SVAMDI.

Al Centro diurno per disabili si accede con preventiva autorizzazione rilasciata dalla UVM del DSS di residenza del paziente, previa redazione del PAI:

- su prescrizione-proposta del MMG;
- per trasferimento da struttura di post-acuzie o dagli ospedali di comunità o da altra struttura territoriale di diverso livello assistenziale con preventiva autorizzazione rilasciata dalla UVM del DSS ove ha residenza il paziente su prescrizione-proposta del MMG.

Per l'autorizzazione all'ingresso nel Centro diurno disabili, l'UVM si integra o coordina con il Dipartimento di Riabilitazione della ASL competente per l'elaborazione del PRI al fine della condivisione del percorso riabilitativo del paziente.

FABBISOGNO (R.R. n.5/2019)

Ai fini dell'accreditamento, **il fabbisogno** di posti letto in regime residenziale di mantenimento e di posti in regime semiresidenziale di mantenimento per disabili è stabilito in misura pari a 4.081 equivalente a 1 p/1.000 abitanti così suddivisi:



RSA DISABILI	RSA- NUCLEO DI ASSISTENZA RESIDENZIALE MANTENIMENTO DI TIPO A PER PERSONE DISABILI GRAVI	RD3	694 pl	0,17/1.000 ab.
	RSA - NUCLEO DI ASSISTENZA RESIDENZIALE MANTENIMENTO DI TIPO B PER PERSONE DISABILI_CON MODERATO IMPEGNO ASSISTENZIALE O DISABILI PRIVI DI SOSTEGNO FAMILIARE	RD4	80 pl	0,02/1.000 ab.
CENTRO DIURNO DISABILI	NUCLEI PRESTAZIONI MANTENIMENTO PER DISABILI		3.307 posti	0,81/1.000 ab.

La Regione ha proceduto alla ricognizione dei posti letto/posti semiresidenziali già autorizzati all'esercizio o previsti in atti di programmazione regionale o finanziati con fondi FESR con **DGR n. 2154/2019** ad oggetto: "R.R. n.5/2019-art.12.1 - Atto ricognitivo delle strutture rientranti tra le autorizzate all'esercizio di cui all'art.9,c.3 e dei posti letto/posti rientranti nel fabbisogno di accreditamento di cui all'art.10,c.3 e 4-Posti letto/posti disponibili ai fini del rilascio di nuove autorizzazioni all'esercizio e di accreditamento- APPROVAZIONE SCHEMA DI REGOLAMENTO DI MODIFICA AL R.R.21/01/2019, n.5"

La Regione Puglia è impegnata a concludere il percorso di definizione delle tariffe e di accreditamento provvisorio entro il 2020, così da garantire già nell'anno 2020 l'effettivo incremento del-numero dei posti letto a disposizione delle persone disabili nelle RSA e dei posti nei Centri diurni.

CRONOPROGRAMMA	ENTRO
DGR di definizione delle tariffe	30.06.2020
Avvio accreditamento provvisorio	31.03.2020
Incremento percentuale posti letto contrattualizzati del 25% rispetto al 2018	31.12.2020

15. Assistenza ai soggetti in Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza.

L'assistenza ai soggetti in Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza è prevista dal **Regolamento regionale n. 24/2011** "Modello assistenziale riabilitativo e di presa in carico dei soggetti in Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza – Fabbisogno territoriale e requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi per l'autorizzazione ed accreditamento delle strutture di riabilitazione extra-ospedaliera "Centro Risvegli".

Tale tipologia di assistenza è rivolta alle persone che esprimono bisogni assistenziali e riabilitativi assolutamente peculiari e che richiedono, quindi, la definizione di un setting assistenziale altrettanto specifico.

Il setting assistenziale da erogare è individuato in strutture deputate alla gestione dell'intero percorso riabilitativo dei soggetti colpiti da cerebrolesione acquisita (GCA), denominate **Strutture di Riabilitazione Extraospedaliera_Centro Risvegli (SRE_ Centro Risvegli)**, all'interno delle quali il processo assistenziale si sviluppa in livelli di intensità di cura e riabilitazione graduati, che corrispondono in modo sequenziale ai livelli extraospedalieri previsti nella LR 23/2008, declinati nella modalità che segue:

1. **Unità di Riabilitazione post acuta Intensiva per GCA (URI_GCA) in regime residenziale**
2. **Unità di Riabilitazione post acuta Estensiva per GCA (URE_GCA) in regime residenziale**
3. **Unità di Riabilitazione Estensiva per GCA (URE_GCA) in regime semi residenziale**



4. Speciali Unità di Accoglienza Permanente per GCA (SUAP_GCA).

- **L'Unità di Riabilitazione Intensiva per GCA (URI_GCA)**, effettua la presa in carico omnicomprensiva delle persone con GCA provenienti dalle UO per acuti già in fase di stabilizzazione clinica. In essa sono disponibili tutte le risorse necessarie a trattare 24 ore su 24 in modo definitivo tutte le lesioni, menomazioni e complicanze con focalizzazione più specifica al recupero funzionale. Al termine della permanenza nelle URI_GCA il soggetto che necessita di ulteriore trattamento riabilitativo, dopo accurata valutazione dell'equipe medica che ha gestito il caso, può accedere a strutture di tipo estensivo.

Nell'ambito del territorio il numero delle URI_GCA deve essere limitato in modo tale da concentrare presso le strutture un numero adeguato di pazienti, utilizzando le risorse disponibili in misura proporzionale ai loro costi. A tal fine le strutture devono essere organizzate in **moduli di 10 posti letto**.

- Le **Unità di Riabilitazione Estensiva (URE_GCA) residenziale**, hanno il mandato di prendere in carico i soggetti che necessitano di ulteriore trattamento riabilitativo seppure in forma meno intensiva rispetto alle URI, in quei casi in cui i soggetti hanno manifestato responsività, ma non abbiano ancora raggiunto gli obiettivi di autonomia previsti dal progetto individuale. Tale trattamento di tipo estensivo può, qualora le condizioni del paziente e della famiglia lo consentano, anche essere erogato direttamente in **regime semi residenziale** o sequenzialmente rispetto al regime residenziale.

Permangono le stesse condizioni strutturali che caratterizzano la URI_GCA, con la sola riduzione del carico riabilitativo. L'URE_GCA devono essere organizzate in **moduli di 10 posti letto**.

- **Le Unità di Riabilitazione Estensiva per GCA (URE_GCA) semi residenziale** possono predisporre dei piani individuali di riabilitazione che prevedano trattamenti estensivi da erogare in regime semiresidenziale, che vengono valutati ed approvati dall'UVM territoriale di competenza. A tal fine la struttura deve garantire un sistema di trasporto protetto dei pazienti dalla struttura al proprio domicilio e viceversa. L'URE_GCA semiresidenziale si avvale della strumentazione ad alta valenza tecnologica già presente nella struttura e dei relativi presidi riabilitativi. L'URE_GCA sono organizzati secondo **moduli di degenza diurna per 10 utenti**.

Sia l'URI_GCA che l'URE_GCA corrispondono ad un Livello Essenziale di Assistenza per l'erogazione di prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio riabilitative in regime residenziale a favore di disabili, ivi inclusi i soggetti con responsività minimale.

Fase degli esiti.

Nella successiva fase degli esiti è indispensabile, altresì, prevedere sia soluzioni di assistenza intermedia in Strutture Palliative per soggetti con esiti di GCA a basso livello riabilitativo, denominate **Speciali Unità di Accoglienza Permanente per CGA (SUAP_CGA)**, che progetti di **Assistenza di tipo Domiciliare Integrato**.

La scelta della soluzione più adeguata, in funzione delle condizioni generali della persona in SV ed SMC e della sua famiglia, deve essere prospettata dai servizi e condivisa dalle famiglie e potrà mutare in relazione alla situazione della persona in SV ed SMC e delle condizioni della sua famiglia.

Il Livello Essenziale di Assistenza delle SUAP_GCA, per le considerazioni sviluppate in premessa, è quello previsto per l'erogazione di prestazioni e trattamenti palliativi in un regime residenziale a favore di malati terminali.



a) Speciali Unità di Accoglienza Permanente per GCA (SUAP_GCA)

Nella fase degli esiti i pazienti provenienti dalla fase di lungodegenza piuttosto che dall'area di riabilitazione a lungo termine, qualora non fosse possibile il rientro a domicilio, potranno accedere ad un livello assistenziale all'interno di un nucleo dedicato all'accoglienza della persona (SUAP, Speciali Unità di Accoglienza Permanente), che può essere mono o polivalente, ma, comunque, dedicato alle disabilità gravi e gravissime da patologia neurologica.

Le SUAP_GCA sono strutture residenziali che garantiscono un livello di assistenza per i soggetti in SV e SMC equivalente a quello palliativo (Strutture palliative per soggetti con esiti di GCA) e sono collegate strutturalmente e/o funzionalmente alle Unità di riabilitazione Intensiva ed Estensiva.

L'accesso alle SUAP_GCA può essere effettuato, alla luce di un preciso progetto individuale, direttamente dal livello di riabilitazione intensivo o estensivo, ovvero dal domicilio per periodi di sollievo, nell'ambito del progetto individuale formulato dalla Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) territoriale attivata nell'ASL di residenza.

Le SUAP sono organizzate in **moduli di 15 posti letto**.

b) Assistenza Domiciliare

Il passaggio alla fase di assistenza domiciliare integrata (ADI per soggetti con GCA) deve realizzarsi nel rispetto delle disposizioni emanate dalla Regione Puglia con **Regolamento n. 16 del 4.11.2010** e s.m.i..

La continuità tra l'assistenza domiciliare e le altre forme di assistenza sanitaria alla persona in stato vegetativo deve basarsi sulla consapevolezza che sono fondamentali l'integrazione degli interventi per uno stesso paziente e il coordinamento fra soggetti, strutture e servizi, secondo la modalità di rete e di presa in carico globale. La centralità e l'unitarietà della persona devono rappresentare elementi imprescindibili per l'organizzazione dell'intervento assistenziale domiciliare. È sentita, pertanto come indifferibile l'esigenza di mettere a punto un sistema integrato che parta dai Medici di Medicina Generale (MMG) e dai Pediatri di Libera Scelta (PLS) che possa costituire lo snodo tra il paziente, la famiglia e gli operatori del sistema.

Il rientro al proprio domicilio, laddove possibile, deve essere incentivato in particolare per i soggetti giovani.

A fronte di tale auspicio occorre tuttavia segnalare come il carico assistenziale (con il devastante coinvolgimento emozionale, relazionale, di tempo e di risorse economiche) sia molto elevato. Prima del rientro a domicilio è, dunque, necessario che si valuti la capacità della famiglia di poter gestire tali situazioni a domicilio, previa attivazione di tutta la rete di supporto logistico/organizzativo necessaria.

Compiti della UVM: • valutazione sociale e psicologica del nucleo familiare; • valutazione del domicilio e degli adattamenti necessari; • definizione del programma personalizzato sociosanitario (incluso nursing specialistico); • definizione del programma di dimissione protetta verso il domicilio; • valutazione dei bisogni per nutrizione artificiale e gestione della cannula tracheostomica; • informazione ai familiari sui servizi territoriali forniti con specifica "carta dei servizi"; • valutazione dei bisogni di ausili e sussidi indispensabili; • identificazione del case-manager della persona in SV o SMC; • previsione di periodi programmati di accoglienza temporanea presso le UAP_GCA (periodi di sollievo).

Il servizio di riabilitazione domiciliare della ASL può fornire interventi di riabilitazione di mantenimento a giudizio del fisiatra del servizio medesimo. E' compito del Medico di medicina generale verificare periodicamente o su chiamata eventuali necessità sanitarie intercorrenti. Il Servizio Territoriale verifica periodicamente la situazione psicologica e sociale della famiglia e individua eventuali necessità e



provvedimenti. Il Servizio Territoriale programma anche eventuali modifiche di percorso della persona con SV e SMC quando necessari o consigliabili.

Processo di presa in carico.

Una persona colpita da GCA necessita di ricovero ospedaliero per trattamenti rianimatori o neurochirurgici nella fase di emergenza-urgenza (fase critica) e di un periodo di durata variabile da alcuni giorni ad alcune settimane e talvolta mesi, dedicata alla gestione delle complicanze settiche, respiratorie, internistiche, neurologiche (stato di male epilettico), chirurgiche, neurochirurgiche, ortopediche e un intervento riabilitativo precoce. Molti sono coloro che sopravvivono a questa fase, in ampia misura grazie ai notevoli progressi della medicina d'urgenza e al miglioramento della gestione assistenziale e riabilitativa. Sono, a questo punto, successivamente necessari interventi medico-riabilitativi più specifici di tipo intensivo, anch'essi da effettuare in regime di ricovero ospedaliero, che possono durare da alcune settimane ad alcuni mesi.

Superata la fase acuta caratterizzata da interventi terapeutici e riabilitativi di tipo intensivo, la struttura ospedaliera per acuti, che ha in carico il paziente con CGA, assicura una Dimissione Protetta contattando direttamente l'SRE_Centro Risvegli ed assicurando una relazione clinica dettagliata sulle condizioni del paziente e sulle attività riabilitative erogate durante il ricovero.

L'URI_GCA che accoglie il paziente, dimesso dalla struttura ospedaliera che ha gestito la fase acuta, provvede ad inviare un Progetto Riabilitativo ed Assistenziale Individualizzato (PRAI) all'UVM del Distretto di residenza del paziente.

Dopo la prima relazione, qualora il paziente abbia manifestato segni di risposta al trattamento eseguito, il PRAI viene prolungato in URI_GCA per un periodo di 12 mesi per i pazienti traumatici e di 6 mesi per i non traumatici. Altrimenti, se il paziente non ha avuto alcuna risposta dopo i primi mesi di trattamento riabilitativo (che, come si è innanzi specificato, sono tre per i non traumatici e sei per i traumatici), l'equipe che lo ha gestito propone il trasferimento ad altro livello assistenziale della SRE_Centro Risvegli ovvero al domicilio, qualora le condizioni complessive (del paziente e familiari) lo consentano.

Al termine del PRAI, che abitualmente non potrà essere superiore ai 18 mesi (6+12) per i pazienti traumatici ed i 9 mesi (3+6) per i non traumatici, l'equipe dell'URI_GCA, valutato lo stato di stabilizzazione del soggetto in base alla sua situazione clinica ed al livello di responsabilità raggiunto, stabilisce il trasferimento presso la URE_GCA o l'ingresso del soggetto al trattamento in fase di esito.

L'URE_GCA deve comunicare all'UVM il passaggio del soggetto dalla fase riabilitativa intensiva all'estensiva, allegando un nuovo progetto riabilitativo individuale entro 5 giorni dall'accettazione, specificando il regime di trattamento (residenziale o semiresidenziale) al quale sarà sottoposto il paziente. Per la semi residenzialità sono abitualmente previsti cicli di trattamento non superiori ai 120 gg l'anno. L'intero percorso riabilitativo (sia intensivo che estensivo) non deve comunque superare complessivamente i 36 mesi per i pazienti traumatici ed i 24 per i non traumatici.

Entro i due mesi precedenti alla dimissione programmata, il Centro Risvegli allerta l'UVM per organizzare il rientro domiciliare in condizione di protezione. Lo stesso può avvenire, sia direttamente dall'URI_GCA, quando il soggetto permane in una condizione di non responsabilità dopo i primi sei mesi di trattamento riabilitativo così come precedentemente indicato, sia dall'URE dopo trattamento estensivo.

L'Unità di Valutazione Multidimensionale (medica, infermieristica, fisioterapia, sociale) del territorio, qualora il soggetto non abbia comunque acquisito le autonomie previste nel programma riabilitativo individuale, valutato lo stato di stabilizzazione del soggetto in base alla sua situazione clinica e considerate le condizioni familiari e domiciliari, stabilisce l'idoneità del trasferimento al suo domicilio, definendo il programma di ADI, ovvero il trasferimento presso la SUAP_GCA.



Il soggetto accolto nella SUAP_GCA, qualora ciò sia funzionale al piano assistenziale previsto per questo livello, può interrompere la permanenza nella struttura rientrando temporaneamente presso il proprio domicilio. In questi casi l'equipe multidisciplinare della SRE_Centro Risvegli invia richiesta, con allegata Proposta di Piano Assistenziale Individualizzato, all'UVM perché attivi l'ADI. Nel Piano Assistenziale devono essere specificati la durata della domiciliazione e la data del presunto rientro.

Durante il trattamento in ADI, in caso di aggiornamenti o di condizioni cliniche che ne giustifichino la necessità, per il soggetto con GCA, su proposta motivata del medico specialista dell'UVM, può essere disposto un nuovo ricovero presso una delle Unità della SRE_Centro Risvegli.

Il R.R. n.24/2011 è allineato con la normativa nazionale sui LEA.

FABBISOGNO (R.R. n.24/2011).

Il **fabbisogno** regionale per i Centri Risvegli prevede l'attivazione di una struttura dotata di tutti i livelli assistenziali previsti per assicurare l'intero percorso riabilitativo e dotata di un modulo per ciascun livello, per ciascuna macroarea in cui è ripartito l'intero territorio regionale, come individuate dalla L.R. n.23/2008, e, specificamente, una per la macroarea FG e BT, una per la macroarea BA ed una per la macroarea BR, LE e TA.

Specificatamente, le n.3 strutture, in fase di realizzazione, saranno attivate a: Canosa (BT), Triggiano (BA) e Ceglie Messapica (BR).

CRONOPROGRAMMA	ENTRO
Pubblicazione gare di appalto per la realizzazione e la gestione da parte delle ASL	In fase di definizione.

16. Assistenza ai pazienti autori di reato.

Con le **Deliberazioni della Giunta Regionale n. 1841/2014, n.350/2015 e n.1496/2015**, è stato definito il complessivo Programma regionale finalizzato al superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, approvato con Decreti Interministeriali del 4 marzo, del 30 aprile e del 23 dicembre 2015.

La complessiva rete regionale di assistenza ai pazienti psichiatrici autori di reato prevede pertanto:

- La realizzazione di una **REMS (Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza detentive)** presso la sede dell'ex "Istituto Del Prete" di Carovigno (BR) e di una REMS presso l'Ospedale Civile di Spinazzola (BT).
- Equipe in staff alla Direzione del Dipartimento, costituite da psichiatra, tecnico della riabilitazione psichiatrica ed assistente sociale, per il supporto ai CSM, la collaborazione con l'Amministrazione Penitenziaria e la Magistratura;
- Modulo – tipo di Sezione Intramuraria per la tutela della salute mentale delle persone ristrette. Presso l'Istituto Penitenziario di Lecce (**Deliberazione n. 215 del 26.02.14**);
- Rete riabilitativa psichiatrica residenziale e semiresidenziale **ex R.R. n. 7/2002** e ss.mm.ii. (vedi infra par.6.3);
- Comunità terapeutiche per la doppia diagnosi **ex R.R. n. 10/2017** (vedi infra par.8);
- Comunità Riabilitative Psichiatriche "dedicate" ai pazienti autori di reato ad elevata complessità, assoggettati a misure non detentive previste dal **R. R. n. 18 del 30/09/14** (10 p.l. - totale strutture attive n.8).



Il **REGOLAMENTO REGIONALE 30 settembre 2014, n. 18** recante "Requisiti strutturali ed organizzativi per l'autorizzazione alla realizzazione, all'esercizio e per l'accreditamento delle **comunità riabilitative assistenziali psichiatriche dedicate** ai pazienti autori di reato ad elevata complessità. Fabbisogno regionale" prevede, infatti, le seguenti strutture:

Comunità riabilitativa assistenziale psichiatrica dedicata per il trattamento dei pazienti autori di reato ad elevata complessità.

La **Comunità riabilitativa assistenziale psichiatrica** dedicata ai pazienti autori di reato ad elevata complessità con copertura assistenziale per 24h giornaliera, accoglie persone con disturbi mentali, assoggettate a misure di sicurezza non detentive, che necessitano di interventi terapeutici ad alta intensità riabilitativa di lungo periodo a causa della persistenza di condizioni psicopatologiche gravi e con valutazione di rischio alto o moderato di comportamenti violenti.

Il trattamento in **CRAP** dedicata è indicato, a seguito di Provvedimento dell'Autorità Giudiziaria, per pazienti di norma in età 18 - 64 anni, che presentano uno o più dei seguenti criteri di inclusione: - Mancanza di compliance al trattamento - Trattamento psichiatrico che non dà risulta - Situazioni multiproblematiche - Rischi medio-alti di comportamenti aggressivi agiti negli ultimi tre mesi.

E' criterio di esclusione la diagnosi di dipendenza da sostanze o di HIV.

L'inserimento e la dimissione avviene esclusivamente a cura del Centro di Salute Mentale di residenza, a seguito di disposizione della Magistratura, in base ad un progetto terapeutico stilato dal CSM, che conserva compiti di supervisione e verifica, fornendo garanzie sulla corretta realizzazione del trattamento, in sintonia con le prescrizioni del Giudice.

FABBISOGNO (R.R. n.18/2014).

Il **fabbisogno** di Comunità riabilitative assistenziali psichiatriche dedicate ai pazienti autori di reato ad elevata complessità, nel rispetto comunque del parametro stabilito dall'art. 1, comma 1, le. A, punto b) del Reg. Reg. n. 3 del 2 marzo 2006 per i posti letto delle strutture riabilitative psichiatriche residenziali con copertura assistenziale per 24 ore, viene determinato come segue:

ASL Bari: n. 3 CRAP dedicate;

ASL BAT: n. 1 CRAP dedicata;

ASL Brindisi: n. 1 CRAP dedicata;

ASL Foggia: n. 2 CRAP dedicate;

ASL Lecce: n. 2 CRAP dedicate;

ASL Taranto: n. 1 CRAP dedicata.

Il numero delle CRAP dedicate ai pazienti autori di reato, private, **attualmente esistenti è pari ad 8.**

Sempre nell'ambito del fabbisogno generale per le CRAP, stabilito in n.3 posti letto ogni 10.000 abitanti, come da R.R. n.3/2006, saranno attivate le restanti n.2 strutture, come previsto dai RR.RR. n. 3/2006 e n. 18/2014.

CRONOPROGRAMMA	ENTRO
Completamento fabbisogno	31/12/2020



Al fine di affrontare la problematica degli inserimenti dei pazienti psichiatrici autori di reato destinatari di misure di sicurezza detentive e non detentive, stante la insufficienza dei posti attualmente attivati in REMS, la Regione è impegnata, anche su proposta della Commissione Tecnica Salute Mentale istituita con DGR n.1786/2017 a rimodulare il complessivo Piano Puglia di Superamento degli OPG, a modifica delle DD.GG.RR. nn. 1841/2014 e 350/2015 prevedendo, tra l'altro, anche l'attivazione di una terza REMS in provincia di Foggia.

Pertanto, con **DGR n. 790 /2019**: "Programma per la realizzazione di strutture sanitarie extra-ospedaliere per il superamento OPG ai sensi della legge 17 febbraio 2012 n.9. Modifica del programma regionale per la realizzazione delle **Residenze definitive per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza detentive (REMS)** di San Pietro Vernotico (BR), Spinazzola (BT), Accadia (FG)" si è proceduto alla realizzazione delle predette n.3 REMS, rispettivamente ubicate nell' area sud, centro e nord.

Inoltre, in ossequio alle valutazioni svoltisi in seno al Tavolo Permanente regionale sul superamento OPG, è al vaglio del Dipartimento la valutazione di una modifica del Regolamento n. 18/14 con la previsione di un incremento a 12 dei posti letto delle CRAP Dedicare e contestuale incremento dell'organico (fino a 4 unità lavorative).

17. Rete consultoriale.

Con la **deliberazione di Giunta Regionale n. 3066 del 27/12/2012 ad oggetto: L.R. n.23/2008 "Piano di Salute 2008-2010"** e **DGR n. 405 del 17 marzo 2009. Progetto di riorganizzazione della rete consultoriale pugliese e Direttive regionali. Approvazione a seguito della revoca della DGR n. 735 del 15 marzo 2010**, è stato approvato il Progetto di riorganizzazione della rete consultoriale pugliese, che individua una rete regionale composta da n.98 strutture qualificate come Consultori Familiari propriamente detti e da n. 65 Consultori Familiari di Base.

Con la **deliberazione di Giunta Regionale n. 405 del 17 marzo 2009** ad oggetto "Progetto di riorganizzazione della rete consultoriale pugliese. Approvazione." sono state approvate le Linee Guida e Progetti sperimentali per la riorganizzazione della rete consultoriale, elaborate sulla base delle indicazioni contenute nel **Piano Regionale di Salute 2008-2010** ed incentrate sui seguenti obiettivi per il triennio:

OBIETTIVO 1 – OTTIMALE DISTRIBUZIONE SUL TERRITORIO

OBIETTIVO 2 – MULTIDISCIPLINARIETA' E COMPLETEZZA DELLE PRESTAZIONI

A questo scopo, le Linee guida hanno individuato un modello organizzativo e strutturale definito a "geometria variabile" per il quale, ricorrendo allo strumento dell'offerta attiva e della flessibilità degli orari, in considerazione delle caratteristiche geografiche, demografiche e socioculturali dei territori possono essere previste più modalità organizzative che si integrino funzionalmente e che garantiscano comunque la relazione tra Consultori familiari, Distretti socio sanitari, MMG, PLS, Dipartimenti sovradistrettuali, P.O. come previsto dal Piano di salute:

- **Consultori Familiari (CF propriamente detti)** ad organico completo e dotati di sedi che corrispondano ai requisiti strutturali ed organizzativi previsti dal regolamento regionale n° 3/2005;
- **Consultori di base** intesi quali **Punti di Accoglienza** dislocati sul territorio che potranno accogliere, se dotati di spazio sufficienti e attrezzati, le **Equipe consultoriali mobili** provenienti dai Consultori propriamente detti.
- **CF interdrettuali** individuati come tali in relazione ad alcune tematiche di specifico interesse ed alla relativa integrazione territorio-ospedale.



Dal punto di vista delle attività, delle modalità di intervento e dei contenuti, le Linee Guida, con espresso riferimento al Progetto Obiettivo Materno Infantile (P.O.M.I.) come richiamato dal Piano Regionale di Salute, individuano nel dettaglio le seguenti aree di attività, individuando per ciascuna gli obiettivi da perseguire ed indicando le migliori modalità operative:

- Adolescenza;
- Relazioni di coppia, di famiglia e disagio familiare;
- Controllo della fertilità e procreazione responsabile;
- Gravidanza voluta;
- Gravidanza non voluta;
- Prevenzione dei tumori femminili;
- Salute non riproduttiva;
- Tutela della salute delle donne immigrate.

A seguito dell'approvazione della citata deliberazione di Giunta Regionale, la Regione Puglia ha proceduto, insieme ai referenti individuati a tale scopo da ciascuna ASL, ad una ricognizione di tutte le strutture consultoriali presenti sul territorio pugliese per quel che attiene alle sedi, alla dotazione di personale e alle principali attività.

Sulla base dei dati rilevati, le singole ASL hanno elaborato proposte di riorganizzazione dei consultori, tenendo conto di quanto contenuto nella DGR 405/2009.

I progetti hanno individuato le sedi più idonee all'allocazione dei CF "propriamente detti" e all'individuazione dei Consultori di base secondo i criteri previsti dalla DGR 405/2009, che riguardano l'assetto strutturale:

- localizzazione della sede (sede autonoma o all'interno di altra struttura ASL);
- sede di proprietà ASL;
- assenza di barriere architettoniche ;
- dotazione di impianti a norma;
- metratura sufficiente;
- dotazione di sufficienti e adeguati servizi igienici;
- rilevazione elettronica delle presenze per tutto il personale;
- postazioni informatiche sufficienti e collegamenti di rete.

Sulla base delle proposte di riorganizzazione della rete consultoriale presentate dalle ASL e della ricognizione regionale realizzata impiegando i criteri individuati dalla citata deliberazione 405/2009 per l'individuazione dei consultori familiari propriamente detti, si è pervenuti alla definizione di un **Progetto di Riorganizzazione della rete Consultoriale Pugliese**, approvato con la **deliberazione di Giunta Regionale n.735 del 15 marzo 2010**. Tale delibera è stata successivamente revocata.

Si è proceduto, pertanto, ad approvare il **Progetto di riorganizzazione della rete consultoriale pugliese con deliberazione di Giunta Regionale n. 3066 del 27/12/2012**.

Nella seguente tabella sono riportate le sedi dei consultori sul territorio regionale:

ASL	CONSULTORI
BRINDISI	Brindisi (N.2 Consultori), San Vito Dei Normanni, Fasano, Ostuni, Cisternino, Oria, Villa Castelli, San Michele Salentino, Carovigno, Francavilla Fontana, Ceglie Messapica, San Pietro Vernotico, Mesagne, Torre Santa Susanna, San Pancrazio Salentino
TARANTO	Castellaneta, Ginosa , Massafra , Mottola, Martina Franca, Grottaglie, Pulsano, San Giorgio Jonico, Manduria, Sava, Fragagnano, Avetrana, Taranto (V.Le Mediterraneo, Corso Umberto, Paolo Vi, Solito Corvisea) Via Cagliari Taranto, Borgo, Talsano, Salinella



BAT	Barletta (N.2 Consultori), Trani, Minervino, Canosa, Margherita, E.C.C.I.A.S.S. – Trinitapoli, Andria (N. 2 Consultori), Bisceglie
BARI	Giovinazzo, Molfetta, Ruvo Di Puglia, Terlizzi, Corato, Bitonto, Santeramo In Colle, Gravina, Cassano Delle Murge, Toritto, Acquaviva Delle Fonti, Dss Unico Di Bari , Modugno, Bitritto, Triggiano, Capurso, Mola, Noicattaro, Rutigliano, Conversano, Monopoli, Polignano A Mare, Gioia Del Colle, Sammichele, Casamassima, Turi, Noci, Putignano, Altamura , Picone-Poggiofranco, San Paolo, Santo Spirito, Liberta', Via Fani, Carrassi-San Pasquale, Japigia- Torre A Mare, Carbonara, San Pio, Locorotondo
LECCE	Otranto, Ugento, Cutrofiano, San Cesario Di Lecce, Martano, Aradeo, Casarano, Galatone, Copertino, Tricase, Gallipoli, Galatina, Campi Salentina, Gagliano Del Capo, Maglie, Poggiardo, Nardo', Taviano, Racale, Uggiano, Parabita, Taurisano, Ruffano, Parabita -Sede Distaccata Di Matino, Presicce, Surbo, Lecce (N.2 Consultori), Trepuzzi, Squinzano, Leverano, Carmiano, Monteroni, Calimera, Melendugno, Neviano
FOGGIA	Torremaggiore, Serracapriola, San Severo, Apricena, Vieste, Ischitella, Rignano, Lucera, Troia, Orsara Di P., Casalvecchio P., Pietra Mont.No, Accadia, Bovino, Candela, Ascoli Satriano, M. S. Angelo, Mattinata, Manfredonia, Cerignola, Orta Nova, Stornarella

18. L'offerta dei servizi territoriali in un unico contenitore: i Presidi Territoriali di Assistenza.

In coerenza con gli obiettivi generali e specifici relativi alla riorganizzazione della rete ospedaliera pugliese ed in particolare al fine di realizzare il riequilibrio dei ruoli Ospedale-Territorio e riorganizzazione delle attività territoriali e dunque il progressivo potenziamento delle stesse con la deliberazione di Giunta regionale n.2025 del 15/11/2018 è stato adottato il **Regolamento regionale n.7 del 21/01/2019** relativo al "Modello organizzativo e di funzionamento dei Presidi Territoriali di Assistenza"

Il PTA rappresenta un nuovo modello di organizzazione dell'assistenza che pone al centro il paziente facilitando l'accesso ai servizi sanitari territoriali e l'iter assistenziale complessivo.

Tale Presidio rappresenta la "porta di accesso" del cittadino ai servizi territoriali di assistenza. Si pone, pertanto, l'obiettivo di fornire una risposta integrata ai bisogni di salute della popolazione aggregando e/o integrando funzionalmente le diverse componenti dell'assistenza territoriale, secondo livelli di complessità variabili a seconda dei fattori di comorbidità ed in coerenza con gli obiettivi stabiliti dalla legge regionale 3 agosto 2006, n. 25.

Gli obiettivi primari del PTA sono :

- organizzare in modo appropriato, efficace ed efficiente i percorsi dei pazienti in relazione ai loro bisogni di salute, rivolgendo particolare attenzione alle persone con patologie croniche, che costituiscono una delle maggiori sfide per il sistema assistenziale;
- organizzare la transizione tra cure primarie e cure secondarie e terziarie, promuovendo percorsi assistenziali integrati che mettano in evidenza le responsabilità, i contributi ed i risultati di tutti i professionisti impegnati nella filiera di cura e assistenza.

In particolare, **l'accesso unico alle cure costituisce l'obiettivo fondamentale del PTA**, struttura del Distretto Socio-Sanitario attraverso la quale si creano i collegamenti con tutti i servizi territoriali, sia quelli fisicamente aggregati nel presidio, sia quelli non aggregati, permettendo di raggiungere la finalità di facilitare l'accesso e di snellire l'iter di presa in carico e di indirizzamento degli utenti.

Il PTA rappresenta, altresì, il luogo privilegiato di erogazione dei servizi distrettuali, sia con riferimento ai bisogni di assistenza intermedia che di assistenza amministrativa (fermo restando che le funzioni



amministrative di cui alle lett. da b) ad f) dell'art. 14, comma 15, della L.R. 25 del 2006 rimarranno in capo al Distretto).

Con il Decreto ministeriale n. 70 del 2015 e la Legge di stabilità 2016, sono stati, difatti, individuati nuovi standard qualitativi, tecnologici e quantitativi al fine di portare le reti ospedaliere nazionali all'interno di omogenei parametri di sicurezza, efficacia di cura ed efficacia gestionale. Contestualmente, si riconosce che la riorganizzazione della rete ospedaliera risulta insufficiente rispetto all'esigenza di garantire una copertura piena dei bisogni assistenziali se, in una logica di continuità assistenziale, non viene affrontato il tema della riqualificazione delle strutture territoriali nonché dell'integrazione/interazione funzionale tra le strutture territoriali e le strutture ospedaliere.

In quest'ottica, già nel Regolamento 14 del 2015 la Regione, dopo aver avviato il riordino della rete ospedaliera con i Regolamenti 18/2010 e 36/12, poneva tra i propri obiettivi quello di "incrementare l'offerta di assistenza sanitaria territoriale attraverso la **riconversione di alcune strutture ospedaliere**, in strutture territoriali di Assistenza, denominate Presidi Territoriali di assistenza (PTA)", con l'obiettivo di "potenziare, l'offerta sanitaria di prestazioni residenziali extraospedaliere per persone gravemente non autosufficienti e affette da Patologie croniche".

Quindi, con il Regolamento Regionale n. 7 del 2017(integrato dal reg. 3/2018), sostituiti dal R.R.n.23/2019, in ottemperanza alle suddette normative nazionali, è stata ridefinita la rete ospedaliera, assegnando a ciascun presidio un ruolo specifico, in modo da garantire tempestività della diagnosi, appropriatezza e sicurezza delle cure in un'ottica di razionalizzazione dei percorsi.

L'organizzazione di una **rete territoriale** di assistenza rappresenta il complemento necessario ed ineludibile di tale razionalizzazione della rete assistenziale, dovendo assicurare ai cittadini un presidio sanitario non ospedaliero che garantisca l'offerta sul territorio dei servizi di assistenza primaria ed intermedia (come ad es. l'Ospedale di Comunità).

Nel nuovo disegno della rete dei servizi territoriali, in particolare in fase di avvio, i Presidi di Post Acuzie ed i Presidi Territoriali di Assistenza rappresentano la risposta alla riconversione delle strutture ospedaliere e contribuiscono alla rifunionalizzazione dei servizi distrettuali, in cui sono concentrate, il più possibile, tutte le attività che possono contribuire a realizzare la copertura assistenziale nell'arco delle 12 o 24 ore.

All'esito dei provvedimenti di riordino citati, la Regione Puglia ha, dunque, previsto l'istituzione di **n. 4 Presidi di Post-Acuzie** e di **n. 30 Presidi Territoriali di Assistenza (PTA)**, (successivamente divenuti **n.29** a seguito dell'accorpamento previsto dalla ASL FG dei n.2 PTA di San Marco in Lamis e Sannicandro Garganico, secondo la logica del PTA diffuso), in corrispondenza di strutture ospedaliere riconvertite.

Nella tabella che segue sono riportati i **n.33 PTA/PPA** derivanti dalla riconversione delle n.34 strutture ospedaliere:

ASL FG	ASL BT	ASL BA	ASL BR	ASL TA	ASL LE
Torremaggiore	Minervino Murge	Rutigliano	Mesagne	Massafra	Campi Salentina
San Marco in Lamis/Sannicandro Garganico	Spinazzola	Altamura	Ceglie Messapica	Mottola	Nardò



Monte Sant'Angelo	Trani	Gravina	Cisternino	Grottaglie	Poggiardo
Vico del Gargano/Vieste	Canosa	Bitonto	Fasano		Maglie
Troia/Accadia		Ruvo	San Pietro Vernotico		Gagliano del Capo
		Gioia del Colle			
		Noci			
		Grumo Appula			
		Conversano			
		Terlizzi			
		Triggiano			

Con **DGR n. 2151/2019**, in attuazione della seconda fase di istituzione di nuovi presidi ai sensi del R.R.n.7/2019, è stata approvata la riconversione dell'ex Ospedale "Di Summa" di Brindisi in Presidio Territoriale di Assistenza.

Di seguito si dettagliano le tipologie di servizi che è possibile attivare nell'ambito dei PTA suddivise per macro-aree.

Area pubblica

L'area pubblica comprende, dimensionati secondo le necessità: l'ingresso, l'area principale d'attesa, il punto di informazione, il CUP, gli sportelli per i servizi, ecc. Essa dovrebbe essere il più possibile aperta e dare sensazione di accoglienza dell'utente, prevedendo ambienti confortevoli e una chiara indicazione dei percorsi.

Area clinica

Questa area rappresenta il punto centrale del Presidio: all'interno di detta area si trovano ambienti aperti al pubblico (ambulatori, etc.) ed ambienti riservati al solo personale (locali tecnici, spogliatoi, etc.).

Tale area comprende i seguenti servizi:

- **zona dei servizi sanitari** – comprendente punto prelievo territoriale, ambulatorio infermieristico, ambulatorio per gli immigrati (STP), servizio ADI-cure domiciliari, diagnosticaradiologica (RX tradizionale), diagnostica senologica (digitale per screening), diagnostica avanzata (TAC/RMN), poliambulatorio di base, specialistico o di terzo livello¹, Day service medici (le cui modalità organizzative saranno concordate con gli organismi di rappresentanza degli specialisti ambulatoriali interni di cui all'art. 15 dell'ACN vigente del 17/12/2015, nel rispetto delle prescrizioni contrattuali, e, comunque, successivamente alla approvazione del presente Regolamento) e Day service chirurgici (per i PTA dotati di sale operatorie idonee) nonché di ambulatori/servizi territoriali

¹ Paragrafo 2.4.2.1 del Piano regionale di Salute 2008/2010 adottato con LR n. 23 del 19 settembre 2008



afferenti alle reti cliniche (*rete malattie rare, articolazioni operative/punti raccolta sangue della rete trasfusionale², CORO³, ecc.*), ambulatorio per la gestione delle cronicità, ambulatori decentrati dei Centri Antitrombotici (CAT) per pazienti in trattamento orale anticoagulante TAO/NAO nonché ambulatori afferenti alle reti aziendali dipartimentali, Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD)⁴, Centro Dialisi con Posti Rene;

- **zona dei servizi sanitari per l'emergenza/urgenza** – comprendente postazione 118, SCAP in coerenza con le previsioni del Regolamento Regionale n.7/2017 (integrato dal reg. 3/2018).

- **zona delle cure primarie** (MMG, PLS) – comprendente continuità assistenziale, AFT, UCCP, CPT o altre forme aggregative previste dalla convenzione degli AP e dei PLS. Dette attività devono essere allocate in spazi idonei alla forma associativa autorizzata e preferibilmente in settori facilmente raggiungibili dall'utenza.

- **zona dei servizi sociali e socio sanitari** comprendente la Porta Unica d'Accesso (PUA), l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), il servizio sociale professionale e – secondo la articolazione prevista dalla rete consultoriale regionale⁵ - il Consultorio Familiare. Quest'ultimo deve essere dotato, possibilmente, di ingresso riservato e comunque posto in un settore che non interferisca con le altre attività.

- **zona dei servizi sanitari dipartimentali** (Riabilitazione, Salute Mentale e Dipendenze Patologiche) e, ove previsto, PMA (nel rispetto del fabbisogno previsto dal Regolamento Regionale n. 2 del 2014). La collocazione di dette attività deve essere pensata per evitare interferenze con le altre attività e, ove possibile, essere dotata di ingresso riservato.

- **zona dei servizi residenziali con posti letto territoriali** comprendente RSA, Ospedale di comunità, Hospice, Centro risvegli, Centro *residenziale* per i Disturbi del comportamento alimentare (DCA), come disposto in sede di programmazione regionale con il Regolamento n. 7 del 2017(integrato dal reg. 3/2018) ed in funzione dei fabbisogni stabiliti con regolamenti regionali.

- **zona dei servizi semiresidenziali** comprendente Centri diurni (*per disabili, per psichiatrici, per soggetti affetti da demenza*) e Centro *semiresidenziale* per i Disturbi del comportamento alimentare (DCA).

- **zona dei servizi di prevenzione** comprendente vaccinazioni, medicina legale, commissione invalidi, ambulatori screening, ambulatori per la prevenzione e per la promozione dei corretti stili di vita, salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, igiene pubblica.

Area di Direzione

È una zona che ha una funzione prevalentemente di servizio.

La Regione ha avviato un'attività di monitoraggio delle attività svolte nei PTA, direttamente sul sistema informativo Edotto. Tale strumento consentirà alla Regione, ma anche ai singoli cittadini ed agli *stakeholders*, di verificare lo stato di avanzamento della attuazione di quanto previsto per i singoli PTA.

² DGR n.900/2017 - Modello organizzativo della Rete trasfusionale pugliese

³ DGR n. 221/2017 – Avvio della Rete Oncologica Pugliese

⁴ “Piano nazionale demenze” approvato dalla Conferenza Unificata del 30 ottobre 2014 e pubblicato in G.U. 13 gennaio 2015, n. 9.

⁵ DGR 27 dicembre 2012, n. 3066 “L.R. n. 23/2008 – Piano di Salute 2008-2010 e DGR n. 405 del 17 marzo 2009.

Progetto di riorganizzazione della rete consultoriale pugliese e Direttive regionali. Approvazione a seguito della revoca della DGR n. 735 del 15 marzo 2010”.



Con **DGR n.2150/2019** è stato approvato lo schema di Regolamento regionale "Modifica ed integrazione Regolamento regionale n.7/2019 con il quale è modificato l'art. 4 del R.R. n.7/2019 mediante un maggior dettaglio delle modalità di implementazione della seconda fase dello stesso regolamento. Sono modificati, altresì, l'art. 5, commi 3 e 6, mediante l'eliminazione del riferimento alle schede allegate al R.R. n.7/2019, e l'attribuzione della competenza dell'istituzione di nuovi PTA e della definizione dei contenuti e dei servizi dei nuovi presidi alla Giunta regionale, che vi provvede con proprio atto deliberativo.

CRONOPROGRAMMA	ENTRO
Completa implementazione servizi previsti nei PTA (R.R. n.7/2019)	31/12/2020

19. Poliambulatori.

Al fine di completare la illustrazione dell'offerta di assistenza territoriale, si indicano, di seguito, i poliambulatori presenti sul territorio regionale:

ASL BARI	DISTRETTI	POLIAMBULATORI
	DSS 1 MOLFETTA	GIOVINAZZO, MOLFETTA
	DSS 2 RUVO DI PUGLIA	RUVO DI PUGLIA (PTA), TERLIZZI (PPA), CORATO
	DSS 3 BITONTO	PALO DEL COLLE, BITONTO (PTA),
	DSS 4 ALTAMURA	SANTERAMO IN COLLE, POGGIORSINI, ALTAMURA (PTA), GRAVINA (PTA)
	DSS 5 GRUMO	GRUMO APPULA (PTA), CASSANO DELLE MURGE, SANNICANDRO, TORITTO, ACQUAVIVA DELLE FONTI
	DSS UNICO DI BARI	
	DSS 9 MODUGNO	MODUGNO, BITETTO, BITRITTO
	DSS 10 TRIGGIANO	TRIGGIANO (PPA), ADELFIGIA, VALENZANO, CAPURSO, CELLAMARE
	DSS 11 MOLA DI BARI	MOLA, NOICATTARO, RUTIGLIANO (PTA)
	DSS 12 CONVERSANO	CONVERSANO (PTA), MONOPOLI, POLIGNANO A MARE



DSS 13 GIOIA DEL COLLE	GIOIA DEL COLLE (PTA), SAMMICHELE, CASAMASSIMA, TURI
DSS 14 PUTIGNANO	NOCI (PTA), PUTIGNANO, CASTELLANA GROTTA, ALBEROBELLO, LOCOROTONDO.

ASL BRINDISI	DISTRETTI	POLIAMBULATORI
	DSS 1 BRINDISI	BRINDISI, SAN VITO DEI NORMANNI
	DSS 2 FASANO	FASANO (PTA), CISTERNINO (PTA), OSTUNI
	DSS 3 FRANCAVILLA FONTANA	FRANCAVILLA FONTANA, VILLA CASTELLI, SAN MICHELE SALENTINO, ORIA, CAROVIGNO, CEGLIE MESSAPICA (PTA)
	DSS 4 MESAGNE	TORRE SANTA SUSANNA, ERCHIE, SAN DONACI, SAN PANCRAZIOSALENTINO, LATIANO, MESAGNE, SAN PIETRO VERNOTICO

ASL BAT	DISTRETTI	POLIAMBULATORI
	DSS 1 MARGHERITA DI SAVOIA	SAN FERDINANDO DI PUGLIA, TRINITAPOLI, MARGHERITA DI SAVOIA
	DSS 2 ANDRIA	ANDRIA
	DSS 3 CANOSA	CANOSA DI PUGLIA, MINERVINO MURGE, SPINAZZOLA
	DSS 4 BARLETTA	BARLETTA
	DSS 5 TRANI	TRANI (PTA), BISCEGLIE

ASL LECCE	DISTRETTI	POLIAMBULATORI
	DSS MAGLIE	OTRANTO
	DSS GAGLIANO DEL CAPO	UGENTO, TRICASE
	DSS GALATINA	CUTROFIANO, GALATINA
	DSS LECCE	SAN CESARIO DI LECCE
	DSS GALLIPOLI	RACALE
	DSS MARTANO	MARTANO
	DSS GALLIPOLI	SANNICOLA, TAVIANO, GALLIPOLI
	DSS GALATINA	ARADEO
	DSS CASARANO	CASARANO
	DSS NARDO'	GALATONE, COPERTINO



ASL TARANTO	DISTRETTI	POLIAMBULATORI
	DSS 1 GINOSA	GINOSA, CASTELLANETA, MARINA DI GINOSA, MARINA DI LATERZA, PALAGIANELLO
	DSS 2 MASSAFRA	MASSAFRA (PTA), MOTTOLA (PTA), STATTE, PALAGIANO
	DSS 5 MARTINA FRANCA	MARTINA FRANCA, CRISPIANO
	DSS 6 GROTTagLIE	GROTTagLIE, PULSANO, SAN GIORGIO JONICO, SAN MARZANO
	DSS 7 MANDURIA	MANDURIA
	DSS UNICO TARANTO	

ASL FOGGIA	DISTRETTI	POLIAMBULATORI
	DSS SAN MARCO IN LAMIS	RIGNANO GARGANICO, SAN GIOVANNI ROTONDO, SAN MARCO IN LAMIS, SANNICANDRO G.CO
	DSS CERIGNOLA	CERIGNOLA, ORTA NOVA, CARAPELLE, ORDONA, STORNAR ELLA, STORNARA
	DSS VICO DEL GARGANO	RODI GARGANICO, PESCHICI, CARPINO, ISOLE TREMITI, VICO DEL GARGANO, VIESTE, CAGNANO VARANO, ISCHITELLA
	DSS MANFREDONIA	MANFREDONIA, MATTINATA, MONTE SANT'ANGELO, ZAPPONETA,
	DSS TROIA-ACCADIA	ACCADIA, ANZANO DI PUGLIA, ASCOLI SATRIANO, BOVINO, CASTELLUCCIO DEI SAURI, CANDELA, DELICETO, FAETO, MONTELEONE DI PUGLIA, ORSARA DI PUGLIA, PANNI, ROCCHETTA SANT'ANTONIO, SANT'AGATA DI PUGLIA, TROIA, CASTELLUCCIO VALMAGGIORE, CELLE DI SAN VITO
	DSS FOGGIA	
	DSS SAN SEVERO	SAN SEVERO, TORREMAGGIORE, APRICENA, LESINA, POGGIO IMPERIALE, SAN PAOLO DI CIVITATE, SERRACAPRIOLA
	DSS LUCERA	LUCERA, ALBERONA, BICCARI, CARLANTINO, CASALVECCHIO DI PUGLIA, CELENZA VAL FORTORE, MOTTA MONTECORVINO, PIETRA MONTECORVINO, ROSETO VALFORTORE, VOLTURINO

Il presente allegato è composto da n. 101 (centouno) pagine.

Il Dirigente della Sezione SGO
(Giovanni Campobasso)