



# A.Pu.Di.D.

Associazione Pugliese Direttori e Dirigenti di Distretto Socio-sanitario -

QUADERNI A.Pu.Di.D.

- Anno I - Numero 0 -

## ATTI DEL CONVEGNO

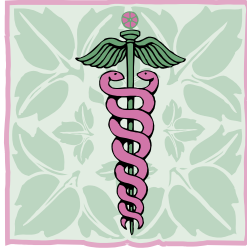
### “Nuovi orizzonti dell’assistenza sanitaria territoriale”

Bari, 21 marzo 2002

- Sala-convegni dell’Ordine dei Medici -

Edizioni P@ginae

I.S.A.Com. srl.



# a.p.u.d.i.d.

- Associazione Pugliese Direttori e Dirigenti di Distretto Socio-sanitario -

BARI, giovedì 21 marzo 2002  
Sala-conferenze  
ORDINE DEI MEDICI DELLA PROVINCIA DI BARI

## CONVEGNO

### “Nuovi orizzonti dell’assistenza sanitaria territoriale”

Con il patrocinio di:

- ◆ PRESIDENZA DELLA REGIONE PUGLIA
- ◆ ASSESSORATO REGIONALE ALLA SANITA' E SERVIZI SOCIALI
- ◆ ARES-PUGLIA (AGENZIA REGIONALE SANITARIA)
- ◆ ORDINE DEI MEDICI DELLA PROVINCIA DI BARI

## PROGRAMMA

- Chairman: Dr. Francesco Losurdo - Presidente O.d.M. Bari -

Ore 9,00: Apertura dei lavori e saluto delle autorità.

“ 9,10: Relazione introduttiva (dr. Pierluigi Camboa - Presidente APuDiD)

“ 9,20: Saluto del dr. Nicola Simonetti (“La Gazzetta del Mezzogiorno”)

“ 9,30: Saluto del dr. Vincenzo Cipriani (Presidente SITI Apulo-Lucana)

“ 9,40: Saluto del dr. Arnaldo Tempesta (Presidente regionale FEDERFARMA)

## INTERVENTI

- Moderatore: dr.ssa Silvana Melli - Vicepresidente A.Pu.Di.D. -

Ore 10,00: Il nuovo DSS nella realtà regionale, alla luce dei contenuti del PSR -  
(dr. Luciano D’Amito - Direttivo A.Pu.Di.D.).

“ 10,20: Ruolo, funzioni e requisiti del direttore di DSS e del dirigente di UO -  
(dr. Giacomo Giurazza - già Coordinatore sanitario USL Napoli).

“ 10,40: Integrazione Ospedale/Territorio: illustrazione di un’esperienza -  
(dr. Primaldo Paiano - Dirig. UO Gastroenterologia PO Scoranno - AUSL LE/2 Maglie).

“ 11,00: Ruolo e funzioni del MMG tra ACN e PSR  
(dr. Filippo Anelli - Segretario regionale FIMMG).

## DISCUSSIONE (ore 11,30-12)

- Moderatore: dr.ssa Lucia Laddaga - Direttivo A.Pu.Di.D. -

=====

### I.S.A.Com. srl

Sistemi innovativi di archiviazione computerizzata  
Via Conte (Z.A.) - Galatone (LE) - 0833/864477/8

=====

## QUADERNI A.Pu.Di.D.: PRESENTAZIONE DEL NUMERO ZERO

**Distinte Autorità e Cari Colleghi ed Iscritti,**

ho l'onore di presentare questo primo numero dei **"Quaderni A.Pu.Di.D."**, che si propongono di fungere da strumento, attraverso il quale le esperienze dei DSS pugliesi possano essere veicolate e socializzate su tutto il territorio regionale.

La promozione della comunicazione – ed in particolare di quella scientifica e/o professionale – è un principio fondamentale per assicurare il miglioramento continuo della qualità dei servizi sanitari e socio-assistenziali, attraverso la circolazione delle esperienze innovative realizzate sul territorio regionale. In verità, tutto ciò che finora gli operatori dei DSS hanno potuto acquisire in termini di conoscenze utilizzabili, lo si deve al magistrale lavoro svolto dal **Dr. Enzo Lorusso**, direttore responsabile di **"Tuttosanità"**. In tal senso, occorre sottolineare che i "Quaderni" non si pongono in alternativa alla prestigiosa pubblicazione regionale, ma si presentano come pubblicazione specifica sulle tematiche del DSS, in tal senso auspicando la collaborazione della sigle sindacali dei **MMG**, dei **PLS** e degli **specialisti ambulatoriali**, nonché di tutte le società scientifiche, che operano "sul territorio", dalla **SIMG** alla **SITI**, qui oggi rappresentata dall'amico **Dr. Enzo Cipriani**.

In questa prima fase sperimentale, i "Quaderni" avranno diffusione regionale e periodicità trimestrale. Occorre precisare che, per qualsiasi pubblicazione (scientifica e non), avente carattere di periodico, è necessaria la figura di un Direttore Responsabile, con la qualifica di giornalista professionista o pubblicista, e si è ottenuta, in tal senso, la disponibilità, a puro titolo di volontariato, del **Dr. Giovanni Delle Donne**, giornalista professionista de **"La Gazzetta del Mezzogiorno"**, peraltro oggi qui rappresentata dal **Dr. Nicola Simonetti**, autorevole e ben nota firma scientifica.

L'A.Pu.Di.D. esprime l'auspicio che la diffusione della rivista possa essere supportata dalle Direzioni Generali delle ASL, mediante la sottoscrizione di un abbonamento per n° 50 copie ciascuna, per un importo annuo complessivo di Euro 750.

Il presente numero "zero" è quasi totalmente dedicato alla pubblicazione degli atti del convegno **"Nuovi orizzonti dell'assistenza sanitaria territoriale"**, per il cui patrocinio si ringraziano il Presidente della Regione Puglia, **On. Dr. Raffaele Fitto**, l'Assessore regionale alla Sanità e Servizi Sociali **Dr. Salvatore Mazzaracchio**, il Direttore dell'ARES-Puglia **Dr. Mario Morlacco**, nonché il Presidente dell'Ordine dei Medici della Provincia di Bari, **Dr. Francesco Losurdo**, anche per la cortese ospitalità riservatoci.

Si ringraziano, inoltre, tutti i Direttori Generali delle ASL pugliesi, che hanno consentito la partecipazione al convegno degli iscritti alla nostra associazione.

Un ringraziamento particolare è rivolto, infine, al sig. Marco Fasano, Direttore Generale dell'azienda **"I.S.A.Com. srl"**, per la realizzazione gratuita del sito WEB dell'associazione e per l'attività di supporto logistico fornitaci, nonché alla sig.na Albina Olive, titolare della **"Edizioni P@ginae"**, per aver concesso la pubblicazione di questo "numero zero", senza alcun onere editoriale a nostro carico.

Si sottolinea che tutti i numeri dei "Quaderni" saranno tutti in formato "A/4", con un numero complessivo di 64 pagine e che la composizione degli articoli da inserire sarà assicurata dal **Comitato Tecnico-Scientifico** e dal **Comitato di Redazione**, le cui funzioni e relativa composizione saranno oggetto di apposita regolamentazione, disciplinata dal Consiglio Direttivo.

Bari, 21 marzo 2002

**IL PRESIDENTE A.Pu.Di.D.**  
**Dr. Pierluigi CAMBOA**

**SALUTO AUGURALE DELL'ARES-PUGLIA**

La valorizzazione del distretto e la sua consequenziale riorganizzazione costituisce la grande novità in relazione alle recenti scelte di politica sanitaria del nostro Paese.

La necessità di ricollocare la domanda in sede territoriale, anche attraverso la deospedalizzazione, non solo per motivi economici ma soprattutto per garantire le modalità assistenziali più adeguate per i cittadini, rende tale processo centrale e decisivo per il futuro del SSN.

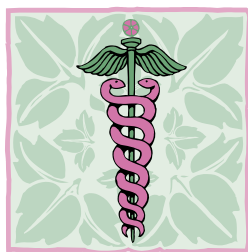
In Puglia, in particolare, il Piano Socio-Sanitario 2002-2004, attribuisce al distretto un ruolo fondamentale quale ambito di recepimento e di soddisfazione dei bisogni della popolazione di riferimento, che deve avvenire prevalentemente a livello territoriale, facendo ricorso a livelli più complessi del sistema sanitario esclusivamente quando ciò sia assolutamente indispensabile.

L'A.Pu.Di.D con il Convegno "Nuovi orizzonti dell'assistenza sanitaria territoriale" ha il merito di offrire un'importante occasione di approfondimento e di confronto nel momento in cui la programmazione regionale viene attuata nel senso voluto dal Piano Sanitario.

Ma al tempo stesso tale iniziativa costituisce anche un momento di sensibilizzazione per le istituzioni e per gli operatori del distretto.

A questi ultimi spetterà la rilevante responsabilità di dare concreta attuazione alla politica sanitaria regionale che, tra l'altro, si tradurrà in un rinnovato clima di fiducia da parte dei cittadini verso la sanità e più in generale verso le istituzioni stesse.

### **Agenzia Regionale Sanitaria della Puglia**



# **a.pu.di.d.**

**- Associazione Pugliese Direttori e Dirigenti di Distretto Socio-sanitario -**

## L'ASSOCIAZIONE PUGLIESE DEI DIRETTORI E DIRIGENTI DI DSS (A.Pu.Di.D.): SIGNIFICATO ED OBIETTIVI – Pierluigi Camboa –

Il 23 gennaio 2002, dopo angosciosi e stentati mesi di vita “solo” apparente, quasi apallica, vegetativa, è stata costituita, presso lo studio del dr. Mario Toni, notaio in Bari, l'Associazione Pugliese dei Direttori e dei Dirigenti di Distretto Socio-sanitario (A.Pu.Di.D.).

Tale associazione, senza fini di lucro, ha le caratteristiche di **società scientifica** e persegue, come da statuto, la promozione e la valorizzazione, nella realtà territoriale pugliese, del ruolo e della funzione del Distretto Socio-sanitario (DSS), quale contesto ideale per l'erogazione dell'assistenza primaria ai cittadini, nonché il ruolo professionale dei direttori, dei dirigenti e di tutti gli operatori del DSS nel Servizio Sanitario Regionale.

Il Distretto sanitario o socio-sanitario (**DSS**) e l'Assistenza sanitaria territoriale (**AST**) sono, da qualche anno, al centro di una feconda attività di ricerca scientifica e di produzione di saggi, manuali e trattati, che certamente favoriscono una crescente attenzione verso i temi del diritto alla salute e della compatibilità (o sostenibilità) economica dei servizi di assistenza sanitaria e socio-sanitaria.

Questo rigoglioso germogliare d'interesse nei confronti del DSS presenta un solo difetto, rappresentato dai possibili “errori di parallasse”, che consistono nell'elaborazione di principi e di teorie non universalmente applicabili, perché viziati da un errore di condizionamento, legato al soggettivo punto d'osservazione di ciascuno degli estensori delle varie pubblicazioni. In altri termini, tutta la letteratura sulle tematiche dell'assistenza territoriale e distrettuale ha cercato di delineare i contorni del “DSS ideale”, senza mai riuscire a prescindere dalla valutazione dell'esistente e facendo riferimento a reali esperienze di attività di assistenza sanitaria territoriale, che non possono essere automaticamente trasferite in tutte le realtà regionali, a causa delle notevoli differenze presenti in campo demografico, epidemiologico, storico, politico, economico e culturale.

Non v'è dubbio, tuttavia, che la letteratura in tema di assistenza sanitaria territoriale rappresenti un essenziale punto di riferimento per il confronto di realtà che, pur assai differenti, possono offrire validi spunti di partenza per orientare le scelte strategiche di politica sanitaria in funzione del miglioramento continuo di un sistema assistenziale, pesantemente subordinato al vincolo della sostenibilità economica.

In una prospettiva di “federalismo sanitario”, le regioni economicamente meno attrezzate non potranno adeguare il sistema sulla falsariga di quello delle consorelle più ricche e, pur restando nel solco del PSN, dovranno attivarsi ad individuare strategie prevalentemente incentrate sulla prevenzione (riduzione del bisogno), allo scopo di evitare il serio rischio di offrire ai propri cittadini un'assistenza sanitaria “di serie B”. In tale prospettiva, l'AST e il DSS hanno acquisito un ruolo fondamentale nel panorama sanitario nazionale e sono oggetto di una feconda attività di ricerca per l'adozione di provvedimenti di politica sanitaria, in grado di garantirne lo sviluppo e la concreta centralità nel sistema dei servizi sanitari messi a disposizione della popolazione. In particolare, occorre ricordare che la vera “**mission**” del DSS è l'organizzazione del polo assistenziale territoriale.

Molti degli iscritti all'A.Pu.Di.D. nascono con un'impostazione fortemente permeata di conoscenze igienistiche e di competenze in tema di organizzazione e gestione di sanità pubblica, per cui la pluralità culturale dell'associazione concorre a garantire una concreta riduzione del rischio di quelli “errori di parallasse” già citati. Nello stesso tempo, tutti gli iscritti condividono la grande e unanime volontà di cambiamento di un servizio sanitario regionale (SSR), che ha la necessità impellente di adeguarsi ai tempi, per assicurare il mantenimento e il miglioramento qualitativo del servizio di assistenza socio-sanitaria territoriale, sulla base di un processo di accelerazione già lodevolmente avviato da parte dell'ARES (Agenzia Regionale Sanitaria), di recente istituita.

L'obiettivo principale dell'A.Pu.Di.D. è quello di fornire un contributo di consulenza, per tradurre in termini di operatività i temi dibattuti a livello regionale ed aziendale, dal momento che le scelte di politica sanitaria non possono ridursi alla semplice elencazione di principi, ma svilupparsi in un accorto processo di ricerca di modelli economicamente sostenibili di organizzazione e gestione delle risorse, nonché delle relative metodologie. Parere unanime degli iscritti è quello che il "pianeta sanità regionale" si trovi in un momento di radicale trasformazione, dovendosi procedere ad una sorta di rivoluzione, sulla base dei principi e degli obiettivi fissati dal PSR.

In una metaforica rappresentazione "auxologica" dei servizi sanitari, il DSS può esser visto come una "creaturina" nelle fasi iniziali di sviluppo, nei confronti della quale si devono porre in atto tutti gli strumenti atti a favorirne una crescita sana e vigorosa.

D'altra parte, però, come "opposto manicheo", al DSS è assegnata una funzione di straordinaria importanza, quale "contesto ideale per l'erogazione dell'assistenza primaria ai cittadini e per il governo della domanda".

Nell'una e nell'altra prospettiva, lo strumento fondamentale che mancava nel nostro contesto regionale è stato finalmente introdotto: il **Piano Sanitario Regionale (PSR)** adottato dalla regione Puglia rappresenta, infatti, una grande conquista, perché si può affermare che, sebbene in ritardo rispetto a molte realtà regionali, il nostro primo PSR presenta caratteristiche fortemente innovative, per certi aspetti "rivoluzionarie", che ben si prestano a costituire quelle solide fondamenta che "all'edificio DSS" erano finora mancate.

Il primo obiettivo dell'A.Pu.Di.D. è, pertanto, quello di sostenere – e di concorrere a mettere in atto – questo processo di cambiamento, supportando, ove auspicabilmente richiesto, le scelte di politica sanitaria in ambito regionale ed aziendale, allo scopo di contribuire alla programmazione e all'organizzazione di servizi territoriali di assistenza socio-sanitaria all'avanguardia nel contesto delle regioni meridionali, compatibilmente con le risorse disponibili: la "sostenibilità economica del sistema" – e la conseguente ricerca del miglioramento continuo della qualità attraverso l'utilizzo ottimale delle risorse – rappresentano, infatti, i principi irrinunciabili ai quali occorre fare costante riferimento. A tale riguardo, si riportano alcuni importanti dati forniti dalla Comunità Europea in tema di tendenze della spesa sanitaria; infatti, la "U.E. – Commissione delle Comunità Europee" ha pubblicato un importante documento sull'andamento della spesa sanitaria in Europa. Tale documento, dal titolo "Progetto di comunicazione della Commissione, al Consiglio, al Parlamento europeo, al Comitato economico e sociale ed al Comitato delle Regioni sullo sviluppo della politica della sanità pubblica nella Comunità europea, Commissione delle Comunità europee, 14.04.1998", afferma che nel corso degli ultimi 3 decenni la spesa sanitaria della Comunità è raddoppiata in termini di percentuale del PIL, ed ora va dal 5% al 10% a seconda dello Stato membro. Questa quota resta comunque ancora nettamente inferiore a quella degli Stati Uniti, che va oltre il 14%. Gli Stati membri hanno intrapreso una serie di riforme strutturali e misure di contenimento dei costi per migliorare l'efficienza e l'efficacia dei rispettivi sistemi. Diversi fattori, che hanno inciso sia sull'offerta che sulla domanda di servizi sanitari, hanno contribuito all'aumento della spesa sanitaria. Le cause principali sono state le seguenti:

1. Tendenze demografiche:
  - A. Invecchiamento della popolazione, dovuta alla riduzione della natalità ed al miglioramento delle aspettative di vita;
  - B. Fenomeni migratori, con progressiva trasformazione delle popolazioni occidentali in società multi-etniche.
2. Tendenze epidemiologiche: aumento delle malattie cronico-degenerative.
3. Tendenze economiche: effetti economici e sociali della globalizzazione.
4. Tendenze sociali: complessità delle problematiche dell'esclusione sociale e loro impatto economico e sanitario.
5. Tendenze sanitarie (politiche e tecnologiche):
  - A. Miglioramento della qualità dei servizi;
  - B. Valutazioni empiriche della medicina;
  - C. Valutazione tecnologica della salute;

6. Aspettative e preoccupazione dei cittadini, espresse come livello di qualità percepita e di Customer Satisfaction.

La sostenibilità economica del sistema rappresenta, quindi, un problema di primaria importanza e costituisce il parametro essenziale di riferimento, al quale i **“decision makers”** della sanità pubblica devono rigorosamente attenersi. Da ciò scaturisce l'esigenza di pianificare, cioè di tracciare le basi fondamentali per il disegno di una sanità pubblica adeguata ai bisogni di salute della popolazione. Nei Paesi industrializzati, allo scopo di garantire la sussistenza del Welfare State, crescono i sistemi misti basati sull'intervento pubblico, privato e del terzo settore. Sono mutate le condizioni produttive e i nuovi modelli economici richiedono nuovi sistemi di protezione sanitaria. In Italia, come negli altri Paesi, si diffonde la cultura della qualità basata sulla personalizzazione dei bisogni e sul coinvolgimento in termini relazionali.

A livello mondiale, la **WHO** (World Health Organisation), meglio conosciuta come **OMS** nei paesi a lingua latina, fissa le linee-guida della sanità mondiale, attraverso una serie di documenti e di pubblicazioni, tra i quali troviamo *“Health and Development in the 20th Century”*, in *The World Health Report, 1999*. In questa pubblicazione, viene analizzata la grande trasformazione che è avvenuta nel XX secolo in tema di benessere degli individui, che non ha visto niente di simile nella storia della umanità. Il costante miglioramento dell'aspettativa di vita, che ha avuto inizio in Europa nel tardo novecento ed è continuato attraverso tutto il XX secolo, è stato definito come **“demographic transition”** ed ha provocato enormi cambiamenti sociali, economici ed epidemiologici. Questa rivoluzione della storia dell'umanità ha determinato conseguenze economiche molto importanti: comprendere il ruolo economico del benessere significa comprendere la diffusa crescita economica. Il miglioramento dello stato di salute della popolazione ha contribuito ad un maggior sviluppo dell'economia e quindi investire in salute può costituire uno strumento di politica macroeconomica. Nel documento *Health 21: “An introduction to the Health for all policy framework for the WHO European Region”*, vengono riportati i principi fondamentali della Dichiarazione Mondiale della Sanità. La salute è un diritto fondamentale per ogni essere umano ed è la condizione fondamentale per il benessere della persona e per la qualità della vita. Il benessere costituisce la misura della riduzione della povertà, la promozione di coesione sociale e l'eliminazione dei presupposti di qualsiasi tipo di discriminazione. Lo stato di buona salute della popolazione è fondamentale per una sostenibile crescita economica. Investimenti incrociati indirizzati alla salute non solo sbloccano nuove risorse per la salute, ma hanno vantaggi più vasti, poiché contribuiscono nel lungo periodo a un generale sviluppo economico e sociale.

Quattro sono le principali strategie per raggiungere questi obiettivi:

1. Strategie multisettoriali che esaminano i fattori determinanti della salute, prendendo in considerazione le prospettive fisiche, economiche, sociali, culturali ed assicurando l'uso di valutazioni sull'impatto della salute;
2. Programmi guidati dai risultati della salute ed investimenti per lo sviluppo della salute e delle cure sanitarie;
3. Assistenza sanitaria orientata all'integrazione con le famiglie e la comunità, supportate da un sistema di assistenza ospedaliera flessibile e sensibile alle esigenze delle persone;
4. Processi partecipativi di sviluppo sanitario, in grado di coinvolgere i membri rilevanti che assicurano la salute a casa, a scuola, nel lavoro e nella comunità locale, a livello nazionale, che promuova decisioni collettive, adempimenti e responsabilità.

Il concetto di salute ha subito una profonda evoluzione negli ultimi 20 anni in tutti i Paesi Occidentali, per cui si è sviluppato un dibattito “globale” sul cambiamento culturale dei sistemi sanitari, che sono tutti protesi alla ricerca di un nuovo modello che il cittadino possa sentire come proprio. In particolare, emergono le seguenti tematiche comuni:

1. Il rispetto.
2. Il coinvolgimento del paziente, dei familiari e degli amici.
3. Il coordinamento delle cure e dei servizi socio-assistenziali.
4. La continuità assistenziale.
5. Le informazioni relative alla malattia e ai centri di cura.

6. L'accessibilità dei servizi.

7. L'ambiente e la comunità.

Le strategie di politica sanitaria dei vari Stati vengono disegnate attraverso i rispettivi **Piani Sanitari Nazionali (PSN)**, in linea con le direttive generali della WHO e secondo il principio strategico del "Pensare globalmente ed agire localmente". Attualmente, in Italia, sussistono due fattori che assegnano ai **Piani Sanitari Regionali (PSR)** un'importanza strategica fondamentale, dal momento che, da un lato, si avvicina (purtroppo per la nostra regione) la data entro la quale verranno meno le agevolazioni comunitarie e, dall'altro, ha subito una netta accelerazione il processo di decentramento del potere politico, con passaggio ad una forma di Stato di tipo federale. Sulla base di tali presupposti, il **PSR** diventa lo strumento fondamentale per la futura configurazione e strutturazione della sanità regionale e, quindi, della qualità complessiva dei servizi di assistenza socio-sanitaria, in funzione della tutela dei principi irrinunciabili del Welfare State System. Nell'elaborazione di un PSR, l'obiettivo fondamentale da porsi è quello di garantire servizi adeguati ai bisogni della popolazione, attraverso una profonda analisi – e la relativa soluzione – dei problemi emergenti. In tale prospettiva, si può affermare che il "problema dei problemi" è rappresentato dal fatto che, soprattutto nel nostro sistema sanitario di tipo liberale, l'aumento della spesa sanitaria s'avvia a divenire "non più economicamente sostenibile", data l'impossibilità di prevedere, nell'immediato futuro, l'introduzione nel sistema di risorse aggiuntive da parte dello Stato, mediante interventi straordinari di ripiano del disavanzo. Allo scopo di evitare il "break point" del sistema – e la relativa necessità di un aumento della partecipazione alla spesa da parte dei cittadini –, le possibili soluzioni erano solo due:

1. Garantire una progressiva decelerazione della velocità di crescita della quota variabile della spesa sanitaria, cosiddetta "spesa di mercato" ( $S_M$ ).
2. Operare un radicale riassetto della distribuzione delle risorse, allo scopo di assicurare sia una marcata riduzione della quota fissa o strutturale della spesa, cosiddetta "spesa gestionale" ( $S_G$ ), sia la costruzione di una nuova rete di servizi adeguata a rispondere in modo efficace ed efficiente ai reali bisogni di salute della popolazione.

Il "migliore dei mondi possibili" è quello in cui il sacrosanto diritto alla salute risulta economicamente sostenibile. Fino a pochi anni or sono, una tale affermazione da parte di un medico avrebbe rappresentato una gravissima eresia; oggi, invece, una "dolorosa" necessità, dal momento che qualsiasi dirigente – medico e non – ha l'obbligo di adeguarsi ai tempi, attraverso una formazione manageriale di tipo "bocconiano", che introduca stabilmente nel suo patrimonio culturale e professionale termini un tempo assolutamente obsoleti, quali "budget", "controllo di gestione", "efficienza", "efficacia", "costo economico-tecnico", "ottimizzazione delle risorse", ecc.

Nel tumultuoso processo di trasformazione del "Pianeta Sanità Pubblica", non esistono dogmi, ovvero verità assolute cui fare costante riferimento. In altri termini, anche il Management Sanitario, allo stesso modo della Medicina, è una scienza non esatta, basata sulla ricerca del punto di equilibrio del sistema su base probabilistica. L'affannosa rincorsa al "migliore dei mondi possibili" può essere interpretata quale definizione di obiettivi strategici assimilabili agli orbitali atomici: come l'orbitale rappresenta quella porzione di spazio nella quale è ragionevolmente probabile ritrovare l'elettrone, allo stesso modo, le scelte di politica sanitaria devono essere orientate ad individuare risorse – e ad istituire relativi servizi assistenziali – in grado di garantire risposte adeguate ai reali bisogni di salute espressi dalla popolazione. In tal senso, il **PSN** e ancor più il **PSR** definiscono gli obiettivi generali e le strategie comuni di organizzazione e gestione della sanità pubblica.

In linea di principio, l'A.Pu.Di.D. ritiene che le scelte di politica sanitaria dovrebbero essere sempre impostate sul seguente "decalogo":

1. Lo studio demografico ed epidemiologico rappresenta la base fondamentale su cui costruire la struttura e la rete dei servizi sanitari.
2. Le figure del medico di medicina generale (MMG) e del pediatra di libera scelta (PLS) rappresentano l'asse portante dell'intera impalcatura assistenziale.
3. La tumultuosa evoluzione del "Pianeta Sanità Pubblica" comporta la necessità di un contestuale adeguamento del "governo del sistema", nel senso del radicamento dei principi del "miglioramento continuo della qualità (TQM)" e dell'aggiornamento professionale – ovvero "edu-



cazione continua (EC)” – degli operatori di sanità pubblica, che a sua volta rappresenta un ulteriore strumento per il miglioramento della qualità gestionale e tecnico-professionale.

4. La necessità di rendere economicamente compatibile il diritto alla salute non deve prescindere dalla considerazione che non si può mai parlare di efficienza in assenza di efficacia e che una politica basata solo su tagli indiscriminati renderebbe il sistema automaticamente inefficace e tale da produrre un catastrofico circolo vizioso, caratterizzato da un incremento esponenziale della mobilità passiva.
5. Nel nostro sistema sanitario di tipo “beveredgiano”, la presenza sul mercato della “concorrenza”, ovvero di strutture sanitarie private accreditate, non dev’essere intesa come un elemento negativo, dal momento che essa rappresenta uno stimolo al TQM dei servizi pubblici, un elemento di sinergia in tema di accorciamento delle liste d’attesa, ovvero un’alternativa economicamente più favorevole nell’erogazione di alcuni servizi.
6. La progressione geometrica della spesa sanitaria impone scelte di politica sanitaria orientate verso il potenziamento delle attività di prevenzione (primaria, secondaria e terziaria), al fine di produrre una contrazione della quota di bisogno (B) riducibile.
7. Le scelte strategiche di politica sanitaria regionale e aziendale devono essere orientate ad eliminare la consistente percentuale di spesa impropria, rilevata sia nell’ambito della componente gestionale ( $S_G$ ), sia in quella della spesa di mercato ( $S_M$ ), attuando idonei – e condivisi – cor-rettivi rispettivamente di riconversione di risorse e di definizione di linee-guida, di profili dia-gnostico-terapeutici e di percorsi di Disease Management Approach (DMA) per le principali pa-tologie croniche.
8. La rete di strutture e di servizi sanitari esistenti dev’essere oggetto di un’attenta opera di revisione, che tenga in considerazione anche l’atteggiamento di naturale “difesa” dei privilegi da parte delle popolazioni; pertanto, ogni iniziativa in tal senso è subordinata ad un’accorta opera di sensibilizzazione delle comunità locali, finalizzata a rendere il progetto condivisibile.
9. Il sistema “delle paratie stagne”, ovvero del “non dialogo” tra Ospedale e Territorio dev’essere immediatamente interrotto, dal momento che esiste la necessità di assicurare sinergie orizzon-tali tra i due sottosistemi di un unico sistema di assistenza sanitaria, attraverso l’istituzione di protocolli di collaborazione, finalizzati non solo a garantire il ricorso al ricovero ospedaliero so-lo ed esclusivamente ai pazienti acuti, ma anche a ridurre le giornate di degenza, attraverso il ricorso alle dimissioni ospedaliere protette (DOP).
10. Il DSS rappresenta la chiave di volta per la possibile soluzione del problema, dal momento che il potenziamento delle attività di assistenza sanitaria territoriale è lo strumento in grado di sod-disfare la necessità di coniugare la qualità dei servizi con la loro compatibilità economica.

Nella successiva tabella, viene riportato lo schema sinottico dei principi essenziali di riferimento per le scelte strategiche regionali ed aziendali.

<b>DECALOGO PER LE SCELTE DI POLITICA SANITARIA</b>	
1.	Lo studio demografico ed epidemiologico del territorio.
2.	Il MMG e il PLS protagonisti dell’assistenza sanitaria.
3.	Il miglioramento continuo della qualità (TQM) e la formazione permanente (EC).
4.	La ricerca razionale del punto di equilibrio economico del sistema.
5.	Il ruolo positivo della concorrenza.
6.	Il potenziamento delle attività di prevenzione e di promozione della salute.
7.	La riconversione delle risorse e l’elaborazione delle linee-guida condivise.
8.	La condivisione delle scelte da parte delle Amministrazioni Comunali e dei cittadini.
9.	La collaborazione tra Ospedale e Territorio.
10.	Il potenziamento del DSS e dell’assistenza territoriale.

La lettura del nostro PSR ha messo in evidenza una sostanziale coincidenza tra le proposte dei “decision makers” e le aspettative dei Direttori e dei Dirigenti dei DSS pugliesi, che si sono costituiti in associazione anche allo scopo di poter consentire un costante confronto e uno scambio di informazioni sulle problematiche dell’assistenza territoriale per realizzare uno strumento di conoscenza utilizzabile per il miglioramento della qualità gestionale e tecnico-professionale degli operatori.

Tuttavia, si torna a sottolineare la volontà e l’auspicio dell’A.Pu.Di.D. di rappresentare un’occasione e uno strumento di consulenza a disposizione dei **“decision makers”** della sanità a livello regionale e aziendale, ponendo all’attenzione degli stessi le seguenti priorità da prendere in considerazione:

1. **La formazione professionale dei medici (ECM) e di tutto il personale del DSS.**
2. **La misurazione e il miglioramento del livello di qualità percepita da parte del cittadino (Customer Satisfaction).**
3. **La definizione del ruolo, delle funzioni e dei requisiti dei direttori di DSS e dei dirigenti responsabili di Unità Operativa.**
4. **L’attribuzione al DSS delle attività relative alle cure intermedie.**
5. **L’integrazione socio-sanitaria, in base ai contenuti della Legge 328/2000.**
6. **La definizione di specifiche linee-guida per la sottoscrizione dei protocolli d’intesa tra Ospedale e Territorio, allo scopo di assicurare la continuità assistenziale.**
7. **La radicale trasformazione dell’impalcatura dell’assistenza specialistica, che deve essere organizzata e strutturata solo a livello distrettuale, delegando al PO esclusivamente i servizi di laboratorio d’analisi, radiologia (ad eccezione dell’ecografia diagnostica), anatomia-patologica ed anestesia.**
8. **La sottoscrizione di protocolli diagnostico-terapeutici condivisi per le principali patologie ad elevata frequenza territoriale ed impatto economico, secondo la metodologia del Disease Management Approach.**
9. **Il potenziamento della rete informatica per il monitoraggio dei dati epidemiologici e dei diversi capitoli della spesa sanitaria.**
10. **Un maggior coinvolgimento partecipativo dei MMG e dei PLS nelle scelte strategiche di politica sanitaria regionale, aziendale e distrettuale.**

In estrema sintesi, per urgenza di brevità, si passa ad esaminare solo le proposte relative ai primi 3 punti:

- ◆ **LA FORMAZIONE PROFESSIONALE:** dal 1° gennaio 2002 si è iniziata la fase a regime del programma di Formazione continua (ECM). Un passaggio importante del nuovo sistema di formazione è rappresentato dal fatto che ogni operatore può provvedere in piena autonomia – e, purtroppo, nella stragrande maggioranza dei casi, a sue spese – al proprio aggiornamento, scegliendo all’interno delle manifestazioni accreditate, con l’obbligo, stabilito dalla Commissione nazionale per la formazione continua, di conseguire nel quinquennio 2002-2006, 150 crediti formativi, con un obbligo progressivo di 10 crediti per il 2002 e fino a 50 crediti per il 2006. Dal momento che in ogni contesto aziendale la formazione rappresenta una delle principali scelte strategiche attraverso cui l’azienda consegue i propri obiettivi, l’attuale modello di ECM si presta alle seguenti valutazioni critiche:
  - A. In nessun altro settore produttivo, una qualsiasi azienda accetterebbe di pagare – o di autorizzare – “alla cieca” una formazione dei propri dipendenti delegata di fatto all’esterno, magari alla concorrenza.
  - B. La possibilità della “libera ed autonoma scelta” dell’aggiornamento da parte del singolo dirigente può, da un lato, non essere in linea con le scelte strategiche della regione e/o dell’azienda e, dall’altro, produrre modelli disomogenei nell’ambito dello staff dirigenziale dell’azienda, con conseguenze spesso assai gravi sul piano delle metodologie di attuazione del piano strategico aziendale.
  - C. I costi dell’ECM, assai spesso molto onerosi, sono nella maggior parte dei casi a totale o parziale carico del dirigente, il quale tende, peraltro, ad approfondire gli argomenti soggettivamente ritenuti più significativi, indipendentemente dalla scelte strategiche della propria

Azienda USL, con il rischio di percorrere un processo di formazione non in linea con l'obiettivo fondamentale della salute della comunità dei cittadini.

Sulla base di tali considerazioni, l'unica strada realmente percorribile dall'ente regionale è quella di una programmazione unitaria e razionale dei percorsi formativi, al fine di:

1. Rispondere ai bisogni organizzativi del servizio, in funzione dell'obiettivo primario della salute della collettività.
2. Rispondere alle logiche delle scelte strategiche regionali ed aziendali.
3. Rispondere ai bisogni professionali dei medici, in funzione dell'evoluzione delle conoscenze scientifiche.
4. Garantire un contenimento dei costi per i dirigenti, nell'ambito di un rapporto ottimale tra costi sostenuti e qualità acquisita.

Sul piano teorico, l'A.Pu.Di.D. condivide pienamente l'impostazione dell'**ARES Puglia** di prevedere corsi di management sanitario per formare una sorta di "vivaio" di dirigenti, dal quale attingere per garantire alle Aziende USL scelte oculate in merito alle nomine dei direttori di DSS e di dirigente responsabile di UO; tuttavia, l'A.Pu.Di.D. auspica anche che la Regione possa individuare strumenti formativi anche per tutti gli altri operatori del DSS, dagli psicologi ai farmacisti, dagli infermieri ai terapisti della riabilitazione, dal personale amministrativo agli operatori addetti all'URP, ai quali ultimi sono demandate importanti funzioni inerenti il marketing ed il monitoraggio e il miglioramento della Customer Satisfaction.

I principi fondamentali sui quali dev'essere conformato il progetto di formazione e di aggiornamento professionale del personale dei DSS sono:

1. **CONFORMITA' AGLI OBIETTIVI:** il programma di formazione e aggiornamento dev'essere in sintonia con le linee-guida fissate dal PSR e dal Piano strategico aziendale.
2. **RICERCA DI SINTESI:** il programma di formazione e aggiornamento deve prevedere una situazione di equilibrio tra i contenuti di carattere economico-aziendale, sociologico ed igienistico-sanitario.
3. **CIRCULARITA':** la programmazione del piano formativo dev'essere di tipo "circolare", da realizzarsi, cioè, in modo omogeneo su tutto il territorio regionale, allo scopo di consentire la disponibilità di strumenti "universalmente" applicabili in ambito regionale.
4. **PROGRESSIONE:** la programmazione del piano di formazione ed aggiornamento deve essere di tipo "diacronico", allo scopo di consentire agli operatori l'acquisizione di un bagaglio di conoscenze utilizzabili "in progress".
5. **INTEGRAZIONE:** la programmazione del piano di formazione ed aggiornamento non dev'essere settoriale o, peggio, settaria, ma "integrata" con il piano formativo dei medici ospedalieri, degli specialistici ambulatoriali, nonché con quello dei MMG e dei PLS.

#### **AREE TEMATICHE DI INTERESSE**

##### **◆ PER I MEDICI**

- A. Management sanitario e management aziendale.
- B. Comunicazione e marketing aziendale.
- C. Statistica e informatica applicata alle aziende sanitarie.
- D. Educazione sanitaria.
- E. Cure primarie e cure intermedie.
- F. Farmacoeconomia e farmacoepidemiologia.
- G. Disease management.
- H. Qualità in sanità e Customer Satisfaction.

##### **◆ PER GLI PSICOLOGI**

- A. Management sanitario e management aziendale.
- B. Comunicazione e marketing aziendale.
- C. Statistica sanitaria applicata alle indagini campionarie.

- D. Educazione sanitaria.
  - E. Elementi di sociologia applicata.
  - ◆ **PER I FARMACISTI**
    - A. Management sanitario e management aziendale.
    - B. Statistica e informatica applicata alle aziende sanitarie.
    - C. Farmaco-economia e farmacoepidemiologia.
  - ◆ **PER IL PERSONALE INFERMIERISTICO**
    - A. Cure Primarie.
    - B. Cure Intermedie.
    - C. ADI.
    - D. Comunicazione e Customer Satisfaction.
    - E. Educazione sanitaria del paziente.
  - ◆ **PER I TERAPISTI E GLI ALTRI OPERATORI DELL'ASSISTENZA RIABILITATIVA**
    - A. Cure Primarie.
    - B. Cure Intermedie.
    - C. ADI.
    - D. Metodologie innovative in campo riabilitativo.
    - E. Comunicazione e Customer Satisfaction.
  - ◆ **PER IL PERSONALE AMMINISTRATIVO**
    - A. Elementi di economia aziendale e sanitaria.
    - B. Statistica e informatica applicata alle aziende sanitarie.
  - ◆ **PER IL PERSONALE URP**
    - A. Elementi di sociologia applicata.
    - B. Statistica e informatica applicate alla aziende sanitarie.
    - C. Comunicazione e marketing aziendale.
    - D. Qualità e Customer Satisfaction.
  - ◆ **MONITORAGGIO E MIGLIORAMENTO DELLA CUSTOMER SATISFACTION:** la soddisfazione del cliente rappresenta un momento essenziale per l'ottimizzazione della relazione di equivalenza ( $D = O$ ), cioè tra domanda espressa ed offerta di servizi, anche in funzione della riduzione del fenomeno della mobilità passiva. Le variabili che influenzano l'atteggiamento del cittadino nei confronti dei servizi sono molteplici, ma possiamo sintetizzarle nei seguenti gruppi omogenei:
    - Qualità tecnico-professionale degli operatori: consiste nella capacità di fornire risposte adeguate ai bisogni di salute espressi; in altri termini, è la capacità di attivare azioni ed interventi risolutivi del bisogno reale.
    - Fruibilità dei servizi: consiste nella tempestiva disponibilità dei servizi nei confronti della domanda espressa, con particolare riferimento alla razionale gestione delle liste d'attesa.
    - Accoglienza: è espressa sia in termini ambientali (igiene dei locali ed adeguatezza delle attrezzature), sia soprattutto in termini relazionali, con particolare riferimento ai rapporti di fiducia, cortesia e disponibilità degli operatori sanitari, così come soggettivamente percepiti dal cittadino. Da una serie di indagini condotte in merito, il punto più importante per la Customer Satisfaction è rappresentato proprio dalla relazione interpersonale che l'operatore sanitario riesce a stabilire con l'assistito.
- I momenti essenziali per il miglioramento della Customer Satisfaction sono:
- A. La rilevazione sistematica e periodica del grado di disponibilità dei cittadini nei confronti dei servizi.
  - B. L'inserimento delle tematiche di comunicazione e marketing nel programma di formazione manageriale dei direttori di DSS e di formazione e aggiornamento professionale di tutti gli operatori del DSS.
  - C. Il potenziamento della funzione e del ruolo degli **Uffici Relazioni con il Pubblico (URP)** ed il costante aggiornamento della **Carta dei Servizi**, favorendo la collaborazione con i MMG e con

i PLS, sia per la sensibilizzazione dell'assistito alla fiducia nei servizi pubblici, sia per la segnalazione di eventuali anomalie o disservizi rilevati.

D. La correzione delle anomalie o dei disservizi rilevati.

E. La programmazione di attività finalizzate ad ottenere una più favorevole percezione della qualità dei servizi, attraverso il miglioramento dei seguenti parametri:

- Accessibilità: eliminazione di barriere, restrizioni, limiti posti dalle assicurazioni.
- Rispetto: garanzia della privacy del cittadino-utente.
- Coordinamento delle cure.
- Informazione.
- Comunicazione.
- Preparazione professionale.
- Conforto fisico.
- Supporto emotivo.
- Coinvolgimento di familiari ed amici.
- Continuità tra le cure ricevute in istituzioni e la gestione della malattia a casa.

◆ **RUOLO, FUNZIONE E REQUISITI DEL DIRETTORE DI DSS E DEL DIRIGENTE RE-SPONSABILE DI UNITA' OPERATIVA:**

la questione dei requisiti del direttore di DSS la nota più dolente, sebbene si debba ammettere che a livello regionale ne sono stati finalmente delimitati il ruolo e la funzione. Resta tuttavia estremamente negativo il fatto che, nel nostro territorio regionale, sussistano enormi disuguaglianze, non solo in termini di inquadramento, ma anche sotto l'aspetto retributivo, in presenza di analogo livello di responsabilità patrimoniale e penale. D'altra parte, non si può negare che il Dlgs n°229/99 abbia prodotto una situazione estremamente diversificata in ambito nazionale, dal momento che in alcune Regioni (Calabria, Sardegna e Provincia autonoma di Bolzano), al direttore (o coordinatore) medico è stata affiancata la figura del Direttore (o coordinatore) amministrativo, mentre per le altre Regioni, nelle quali la responsabilità viene affidata ad un unico professionista, sono state operate notevoli diversificazioni per i requisiti d'accesso necessari per la nomina. In particolare, notiamo abbiamo le seguenti situazioni:

- ✓ Le regioni Marche e Umbria identificano il responsabile di DSS nella figura di un dirigente sanitario. La normativa della Regione Marche prevede che il responsabile di DSS possa essere scelto fra il personale del ruolo sanitario dell'Azienda, preferibilmente medico di 2° livello e comunque con competenze dell'area socio sanitaria. La normativa umbra precisa che l'incarico ha durata triennale, rinnovabile ed è sottoposto a revoca con le modalità previste dal regolamento aziendale.
- ✓ Le regioni Abruzzo, Basilicata, Campania e Lazio ulteriormente specificano che il responsabile di DSS debba essere un dirigente medico. In particolare, il PSR della Regione Abruzzo specifica che il responsabile del DSS è nominato dal direttore generale dell'A.USL tra i dirigenti medici di 1° e 2° livello, tenendo conto dei titoli preferenziali, rappresentati dall'anzianità di servizio prestato nei servizi sanitari di base e dal possesso della specializzazione in igiene. La legge regionale di riordino del Lazio prevede, invece, che al DSS sia preposto un responsabile medico a tempo pieno dell'area funzionale di prevenzione e sanità pubblica (disciplina di organizzazione dei servizi sanitari di base).
- ✓ La Regione Sicilia prevede che l'incarico di DSS è attribuito dal direttore generale ad un dirigente medico a tempo pieno che abbia maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali ed un'adeguata formazione nella loro organizzazione, ovvero a un medico convenzionato da almeno dieci anni, con contestuale congelamento di un posto di organico della dirigenza sanitaria.
- ✓ Le regioni Emilia Romagna, Liguria e Valle d'Aosta prevedono che l'incarico di direttore di DSS può essere attribuito ad un dirigente in possesso di adeguata formazione ed esperienza nell'organizzazione di servizi sanitari o sociosanitari, ovvero a un medico di medicina generale convenzionato da oltre dieci anni.
- ✓ Le regioni Friuli, Lombardia, Molise, Piemonte e Puglia prevedono che il responsabile di DSS debba essere un dirigente laureato con comprovata esperienza.

- ✓ La normativa di riordino della Regione Toscana prevede che per ciascun DSS è individuato un responsabile nominato dal direttore generale, su proposta del responsabile di zona, sentito il parere del direttore sanitario e del coordinatore dei servizi sociali. In riferimento all'impalcatura organizzativa della Toscana, va sottolineato il fatto che il direttore di DSS pare trovarsi in una situazione di particolare disagio, con un grado di autonomia notevolmente limitato dalla figura del responsabile di zona, che si frappone tra il direttore di DSS e la direzione generale.
- ✓ La Provincia autonoma di Trento prevede che il responsabile di DSS può essere individuato tra i dipendenti dell'Azienda USL o della Provincia, ovvero tra soggetti estranei ai predetti enti.

Su tale tematica, la proposta dell'A.Pu.Di.D. è quella di richiedere la soluzione urgente del problema, con particolare accento alla necessità di garantire la migliore funzionalità al DSS, che è una struttura complessa, a dirigere la quale dev'essere necessariamente preposto un dirigente estremamente preparato in tema di management sanitario. In particolare, si sottolinea la necessità e l'urgenza di eliminare le gravissime situazioni di disuguaglianza presenti sul territorio regionale, che tendono a penalizzare non solo il dirigente responsabile, ma anche il DSS, e tende ad incidere negativamente persino nei confronti dell'intera popolazione assistita.

In estrema sintesi, anche alla luce di quanto pregevolmente enunciato nel PSR nei confronti del DSS, l'A.Pu.Di.D. richiede l'urgente adozione dei seguenti interventi:

1. Definizione dei requisiti d'accesso alla posizione di direttore di DSS e di dirigente responsabile di UO.
2. Definizione delle procedure di attribuzione dell'incarico provvisorio.
3. Espletamento dei concorsi già banditi.
4. Attivazione dei provvedimenti di apertura dei bandi di concorso, immediatamente dopo la ridefinizione dei bacini territoriali.
5. Istituzione della figura di un coordinatore amministrativo, che possa supportare il direttore nella conduzione del DSS, alla luce delle nuove problematiche derivanti dal principio dell'autonomia gestionale.

## BIBLIOGRAFIA

1. **Camboa P.:** "I distretti nella realtà regionale pugliese: Eraclito vs. Parmenide" – da "Esperienze di Distretto". Edizioni Vega 2001: 133-137.
2. **Donzelli A.:** "Budget di Distretto per obiettivi di salute" – da "Esperienze di Distretto". Edizioni Vega 2001: 73-82.
3. **Donzelli A.:** "La formazione dei medici di famiglia tra ACN ed ECM e tra logiche aziendali ed anti-aziendali" – da "Atti del Convegno nazionale sui Distretti Socio sanitari – Jesi, 24 e 25 maggio 2001". Edizioni Casemix Quarterly 2001: 84-88.
4. **Esposito D.:** "Le popolazioni deboli" – da "Esperienze di Distretto". Ediz. Vega 2001: 45-51.
5. **Giacomoni R.:** "Customer Satisfaction e Processi di Qualità in Sanità: alcune esperienze nazionali ed internazionali" – Tesi di Laurea in: Tecniche di Ricerca Sociale – Università degli Studi di Bologna Facoltà di Scienze Politiche. Relatore: Prof. Altieri Leonardo. (Ricerca WEB).
6. **Marini A., Rotili R., Picciotti G., Di Stanislao F.:** "I Distretti oggi: una panoramica sui modelli regionali" – da "Atti del Convegno nazionale sui Distretti Socio sanitari" – Jesi, 24 e 25 maggio 2001". Edizioni Casemix Quarterly 2001: 1-31.
7. **Piergentili P.:** "Origini, funzioni e struttura dei Distretti" – da "Esperienze di Distretto". Edizioni Vega 2001: 13-19.

## INTERVENTO DEL Dr. NICOLA SIMONETTI

- Responsabile settore scientifico de "La Gazzetta del Mezzogiorno -

A partire dagli anni '60, si è sviluppato un acceso dibattito in tema di progettazione dell'assetto organizzativo delle aziende sanitarie, con particolare riferimento alla necessità di conciliare esigenze di specializzazione con quelle di integrazione. Le prime derivano dalla crescente complessità della ricerca e della pratica medica. D'altra parte la tutela della salute è sempre più il risultato di processi di intervento interdisciplinari ed interfunzionali, cosa che genera l'esigenza di integrazione.

Fondamentale, per la definizione dell'impianto organizzativo è il riferimento al principio di **sussidiarietà** quale principio ispiratore del processo di programmazione e di organizzazione dei servizi.

L'assetto istituzionale è chiamato a delineare l'insieme delle forme e delle regole che definiscono le modalità di rappresentanza e di temperamento degli interessi e dei poteri; l'obiettivo è definire un assetto istituzionale in grado di regolare e governare efficacemente la grande complessità delle interazioni nelle quali i soggetti istituzionali - Regione e Autonomie locali - sono chiamati ad operare per definire politiche e scelte in campo socio-sanitario. Tale finalità è perseguita attraverso:

- ◆ una chiara definizione dei ruoli, delle prerogative, delle responsabilità;
- ◆ la previsione dei meccanismi e strumenti di integrazione, coordinamento e raccordo tra i diversi soggetti.

Il modello organizzativo dovrà essere delineato, nell'ambito delle proprie scelte organizzative, dalle singole Aziende USL, nell'ambito della propria autonomia aziendale.

L'attuale modello organizzativo del distretto ha ricercato una integrazione orizzontale delle competenze specialistiche rappresentate dai servizi ai quali esso afferisce, gerarchicamente, sia per le risorse sia per i professionisti. Tale approccio è, evidentemente, con molta verosimiglianza, improponibile rispetto agli obiettivi perseguiti.

Deve essere promosso un diverso approccio incentrato sulla obiettiva e non preconcetta né preconstituita lettura e consequenziale risposta alla domanda espressa dai cittadini di una comunità locale. La responsabilità complessiva di tale funzione va affidata al direttore di distretto che diviene, altresì, responsabile delle prestazioni offerte dal territorio. Al distretto, in questa prospettiva, vengono attribuiti gerarchicamente gli operatori e le risorse.

Il focus organizzativo dovrebbe essere incentrato sulla domanda che deve trovare una risposta complessiva e soddisfacente nel distretto, individuato come centro di responsabilità finale rispetto alle prestazioni erogate agli utenti.

Il distretto è chiamato a progettare percorsi guidati e circolari tra l'assistenza territoriale e l'assistenza ospedaliera al fine di offrire all'utente una risposta completa e integrata (sociale, sanitaria e tra le specialità sanitarie) ed unitaria nei processi di accesso, di fruizione e del disegno diagnostico-assistenziale.

Tale modello organizzativo, concentrando ed integrando la produzione nel distretto, sembra essere quello che presenta le maggiori potenzialità di sviluppo delle logiche circolari di organizzazione attorno ai bisogni del paziente, cioè intorno al «continuum of care» che caratterizza i processi assistenziali complessi.

I distretti sanitari dovrebbero, di norma, coincidere con le zone sociali, devono essere dotati di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio dell'ASL. Potrebbe individuarsi, per ciascun distretto, un responsabile. Il direttore del distretto assicura il raggiungimento degli obiettivi fissati e gestisce le risorse assegnate nell'ambito di un'equa distribuzione delle risorse. Le modalità organizzative e di funzionamento del distretto sono fissate nell'atto di autonomia aziendale.

L'organizzazione distrettuale garantisce l'erogazione delle attività e delle prestazioni di cui all'art. 3-quinquies del D.Lgs 502/92 nel rispetto dei seguenti principi:

- ◆ unicità di accesso per i cittadini e semplificazione delle procedure;
- ◆ erogazione di prestazioni e servizi assicurando la continuità e l'integrazione dei processi e dei percorsi assistenziali;
- ◆ coordinamento e integrazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture ed i servizi che erogano prestazioni sanitarie;
- ◆ supporto organizzativo, informatico e di segreteria ai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta promuovendone forme, rispettose dei singoli e della autonomia professionale propria, di collaborazione e associazionismo;
- ◆ Asl ed Enti locali garantiscono l'integrazione su base distrettuale delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, garantendo l'integrazione dei diversi processi assistenziali.

Il programma di attività territoriali definisce la localizzazione dei servizi di cui all'art. 3-quinquies del D.Lgs 502/92 prevedendo processi e percorsi assistenziali integrati, assicura l'integrazione tra servizi di assistenza primaria, i servizi e le prestazioni ad elevata integrazione sociosanitaria e le altre prestazioni sociosanitarie, determina le risorse per l'integrazione sociosanitaria e le quote rispettivamente a carico delle Asl e dei Comuni.

Le prestazioni sociosanitarie di competenza e a carico in quota parte di Asl e Comuni devono trovare preventiva copertura economica e patrimoniale nel programma delle attività territoriali o nei piani di zona di cui all'art. 19 della Legge 8 novembre 2000 n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali); ovvero in apposite intese o accordi, a tal fine, conclusi tra Asl e Comuni.





## LA FARMACIA NEL PSR DELLA REGIONE PUGLIA

– Dr. Arnaldo Tempesta – Presidente FEDERFARMA Puglia –

Per la prima volta la Regione Puglia si è dotata di un Piano Sanitario Regionale che, per alcuni versi, ha tenuto conto degli orientamenti del Piano Sanitario Nazionale e, per altri, si è ispirato alle recenti riforme costituzionali ed al federalismo.

Per quanto attiene all'assistenza farmaceutica, viene riaffermato il principio che le farmacie assicurano in via esclusiva, sul territorio, il servizio farmaceutico ai cittadini tramite la dispensazione dei farmaci in regime di convenzionamento con il S.S.N.

In particolare è previsto che il compito del farmacista in farmacia sia quello di assicurare la preparazione e la dispensazione professionalmente assistita dei medicinali comunque classificati, ai sensi delle disposizioni vigenti, anche nell'ambito dell'assistenza domiciliare, mantenendo la continuità assistenziale tra ospedale e territorio e contribuendo alla integrazione tra assistenza sanitaria e sociale nell'ambito del distretto socio-sanitario.

Nelle forme di assistenza domiciliare di pazienti non ambulabili e di assistenza domiciliare integrata, le farmacie garantiscono la dispensazione, in regime di SSN, dei farmaci senza oneri aggiuntivi rispetto ai normali prezzi di rimborso da parte del S.S.N..

L'assistenza farmaceutica svolge pertanto un ruolo centrale nella fase di cura, per cui qualsiasi azione di qualificazione dell'assistenza deve passare attraverso il coinvolgimento dei Medici di medicina generale, dei Pediatri di libera scelta, dei Medici specialisti e dei Farmacisti.

Di particolare rilievo è il punto del PSR che prevede che lo sviluppo di politiche di budget debba riferirsi ad un team di medici e farmacisti nell'ambito del distretto.

La qualità dell'assistenza farmaceutica potrà essere inoltre migliorata attraverso il monitoraggio delle prestazioni farmaceutiche e della stessa spesa complessiva e per classi farmaceutiche, nonché con la promozione ed il rafforzamento della farmacovigilanza.

Obiettivi realizzabili grazie all'assetto organizzativo costituito dalla rete delle farmacie capillarmente diffuse sul territorio e tutte convenzionate con il Servizio Sanitario regionale di cui costituiscono a tutti gli effetti parte integrante, garantendo una elevata qualità della assistenza farmaceutica.

La Regione peraltro attribuisce a se stessa un importante ruolo individuando le modalità e dettando gli indirizzi con i quali l'assistenza farmaceutica viene erogata, nonché regolamentando tutti gli aspetti relativi a:

- ◆ ricerca e sperimentazione clinica
- ◆ ricerca epidemiologica
- ◆ aggiornamento professionale
- ◆ educazione sanitaria

definendo in proposito appositi programmi, di concerto con gli Ordini professionali dei Medici e Farmacisti e con e le Associazioni di categoria degli stessi, secondo quanto stabilito dalle rispettive Convenzioni Nazionali.

Nello specifico, per quanto attiene all'attività delle farmacie, queste sono impegnate:

- ◆ nell'attività di monitoraggio dei consumi dei farmaci.
- ◆ nell'attività permanente di farmacovigilanza ai sensi delle disposizioni vigenti, delle direttive del Ministero della Salute, della Regione e delle ASL.
- ◆ nell'erogazione del farmaco a domicilio a favore di categorie di pazienti preventivamente concordate con la Regione.
- ◆ prenotazione di prestazioni di diagnostica e specialistiche, ove richieste, per via informatica o equivalente presso il Centro unico di prenotazione (CUP) della ASL di pertinenza.
- ◆ La Regione può, inoltre, concordare con le Associazioni di categoria delle farmacie le modalità di attuazione delle seguenti ulteriori iniziative:
- ◆ partecipazione delle farmacie alla sperimentazione di una carta sanitaria elettronica;
- ◆ partecipazione attiva delle farmacie ai programmi di governo della spesa farmaceutica regionale attraverso l'utilizzo del farmaco galenico magistrale, del farmaco generico e il ricorso alla

sostituzione del medicinale, nell'ambito delle prerogative della Commissione Regionale di cui all'art.11 del DPR 371/98.

- ◆ erogazione attraverso le farmacie delle prestazioni di assistenza integrativa, con l'obiettivo di coniugare la qualità del servizio con l'esigenza di contenimento dei costi e di controllo dei consumi;
- ◆ partecipazione delle farmacie nei programmi di assistenza domiciliare integrata (ADI) non solo per quanto riguarda l'erogazione dei farmaci, ma anche le attività di consulenza e assistenza in favore dell'assistito;
- ◆ partecipazione delle farmacie a programmi di informazione e educazione sanitaria.

**SALUTO DEL Dr. VINCENZO CIPRIANI**

– Presidente SITI Apulo-Lucana –

Ho accolto con vero piacere l'invito fattomi dall'amico dott. Pierluigi Camba ad intervenire a questa riunione sulla realtà del Distretto Sanitario.

È veramente opportuno parlare delle attività distrettuali, soprattutto in un momento, come quello attuale, in cui nella nostra Regione si mette fortemente in discussione l'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri.

Il progetto **PRUO** (Protocollo di Revisione dell'Utilizzo dell'Ospedale), infatti, ha fornito dati che *"sottolineano in modo inequivocabile che all'interno del sistema ospedaliero pugliese esiste un serio problema di appropriatezza nell'uso dell'ospedale per acuti, particolarmente per quanto riguarda le procedure d'accesso alla struttura ospedaliera **(l'inappropriatezza all'ammissione è pari al 56,8 %!)**".* (Petroli ed Al.).

Il problema dell'appropriato utilizzo dell'ospedale pone in gioco naturalmente il reale utilizzo delle risorse, che dovranno trovare più idonea allocazione.

In una realtà che evolve quotidianamente, a noi operatori di sanità pubblica spetta la responsabilità primaria della crescita civile dei nostri conterranei.

Anziché farci avvolgere da retoriche idealità che ci hanno condotto a formulare una serie di soluzioni tecniche o di rigide griglie di comportamento, spesso fuorvianti e che nascondono errori e mancanze nei servizi prestati, sarà opportuno pensare ad operare verso il riconoscimento dei diritti dei nostri conterranei malati.

Così come non è più accettabile un ospedale inadeguato e inefficace, non sono accettabili atteggiamenti di operatori sanitari che si ritengono giudici assoluti della vita altrui, non sono più accettabili liste di attesa inesauribili, né sono accettabili logiche falsamente economicistiche che non pongono la sofferenza e la sua cura al centro della **mission** del sistema.

In questo particolare momento storico non si può negare l'importanza che acquista il DSS, quella tecnostruttura che come recita il nostro **Piano Sanitario Regionale**, è: *"l'articolazione territoriale dell'organizzazione sanitaria dove vengono date risposte in modo unitario e globale alla domanda di salute e costituisce punto di riferimento socio-sanitario. Esso assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri."*

Val bene ricordare che tra i presupposti che sono stati alla base dell'emanazione della legge di Riforma Sanitaria n. 833/78, la **"deospedalizzazione"** e **"la uniformità delle risposte ai cittadini"** furono due punti fondamentali.

**Siamo stati - e lo siamo tuttora -, testimoni dei notevoli sforzi, compiuti dagli operatori di sanità, per poter raggiungere obiettivi sempre mal quantificati e genericamente affrontati dai vari Piani Sanitari, non ultimo dal nostro attuale Piano Sanitario Regionale.**

Resta spesso un cammino fatto di ottime intenzioni, ma a volte con una genericità di indicazioni tanto che alla fine tutto sembra essere devoluto alla buona volontà dei singoli e non ad un "vero" piano programmatico.

A distanza di un quarto di secolo, la Regione Puglia ci assicura che la Prevenzione potrà contare, nei prossimi tre anni, su un incremento delle risorse che va dal 3,1 al 4% e che l'Assistenza Distrettuale potrà contare dal 43,1 al 48% delle risorse del fondo.

È certamente buona, anzi ottima cosa, che finalmente la classe politica nostrana stia mostrando sensibilità verso i problemi della Prevenzione e verso un'assistenza personalizzata sul territorio.

Questi incrementi però, potranno essere possibili solo con la deospedalizzazione e con l'appropriatezza dei ricoveri. Cosicché 6 punti percentuali del fondo potranno essere utilizzati per la Prevenzione e per l'Assistenza distrettuale solo dopo che gli stessi punti saranno stati sottratti all'Assistenza Ospedaliera.

Questa doverosa premessa non vuole portare note di pessimismo, ma vuol rimarcare il fatto che corriamo ancora il rischio di farci soffocare dalle parole, mentre sempre molto pochi sono i fatti.

Ci chiediamo infatti: **quanti ospedali inutili sono stati chiusi ad oggi?**

La nostra vita professionale è stata sempre una grossa battaglia all'interno della società, nel-l'intento di dimostrare che con la prevenzione e con l'assistenza domiciliare di qualità si potevano raggiungere gli obiettivi di una maggiore qualità della vita e di una ottimizzazione delle risorse.

Il DSS già previsto dalla legge 833, disegnato con maggior precisione nelle funzioni e nel ruolo con il DL 502, fu meglio ancora individuato dal DL 229: *"è una delle principali macrostrutture dell'Azienda USL che in un definito ambito territoriale, governa la domanda sanitaria e organizza l'assistenza primaria erogata dai servizi territoriali"*.

Esso però non ha una storia consolidata, e quindi le sue funzioni, l'organizzazione, le risorse sono largamente da scoprire, inventare, sperimentare. Non a caso, in diverse Regioni o Aziende sanitarie, il DSS fatica a trovare un proprio ruolo e non vi vengono investite le risorse necessarie per valorizzarne il ruolo.

Eppure un Distretto capace di fornire adeguate prestazioni sul territorio è essenziale per poter coniugare qualità dell'assistenza con le scarse risorse disponibili, per esempio liberando l'Ospedale da tutti gli usi impropri di cui esso è attualmente gravato.

In questa breve disamina non può essere sottaciuta la problematica relativa alla **direzione** di questa importante Struttura.

Ricordiamoci infatti, che il Distretto, tra l'altro, governa la domanda di servizi attraverso la valutazione sistematica dei problemi di salute della popolazione di riferimento; valuta l'efficacia dei servizi attraverso la verifica delle attività svolte e dei risultati raggiunti.

Il nostro PSR afferma che tra le funzioni strategiche del Distretto c'è: *"l'analisi della domanda e il governo dell'offerta sanitaria di sviluppo del benessere sanitario e socio sanitario con particolare riguardo alla prevenzione, alla tutela della salute mentale, alla prevenzione e cura delle dipendenze patologiche, alla tutela delle categorie deboli;"*

A mio parere, è questo un chiaro ed indiscutibile richiamo alla professionalità di chi dovrà dirigere una simile Struttura: valutare i problemi di salute e l'efficacia degli interventi, muoversi in questo campo, infatti, richiama precise conoscenze di epidemiologia, di economia sanitaria, di igiene.

La **SITI** che io rappresento per la Sezione Apulo-Lucana, è ben felice di poter partecipare a questo incontro dedicato alla realtà del DSS, ben sapendo che lavoriamo tutti per lo stesso obiettivo che è quello della tutela dei diritti del cittadino malato e della sua salute.

Noi pensiamo che chi opera in questo campo possa, anzi debba far parte di una stessa grande famiglia scientifica.

Così, mentre formuliamo i migliori auguri perché insieme si possa determinare quell'inversione di tendenza, ormai ineluttabile, nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, ci rendiamo disponibili affinché la voce dei Distretti possa essere altrettanto importante quanto quella delle Direzioni degli Ospedali e dei Dipartimenti di Prevenzione all'interno della nostra Società Scientifica.

Un saluto cordiale,

**Vincenzo Cipriani**

Presidente SITI Apulo-Lucana

## IL NUOVO DSS NELLA REALTÀ REGIONALE ALLA LUCE DEL PSR

– Dr. Luciano D'Amito – Responsabile DSS n°1 A.USL FG/3 –

Innanzitutto come cittadino e, poi, come operatore della sanità, esprimo apprezzamento per l'approvazione del **PSR** (Deliberazione di Giunta Regionale 27 dicembre 2001, n. 2087).

E' chiaro che non ci si compiace per il mero adempimento di disposizioni legislative, ma si intende manifestare condivisione per la filosofia dello stesso PSR. Esso parte dal riconoscimento della centralità del cittadino.

Prima di affrontare, comunque, il significato, i problemi e le prospettive del DSS alla luce del Piano Sanitario Regionale (PSR), partirei dal significato del PSR nel **D.Lgs. n. 229/99**.

All'art. 1, del suddetto DLgs, viene definito, tra l'altro, il processo di elaborazione ed approvazione del PSN e del PSR.

Il PSR è il piano strategico che rappresenta lo strumento necessario per perseguire 2 obiettivi: l'attuazione del PSN e della programmazione sanitaria regionale.

Strettamente collegato al concetto di piano sanitario è la definizione dei livelli di assistenza.

E' interessante notare che mentre nel D.Lgs. 502/92 si parla di "**livelli uniformi di assistenza**", ora nel D.Lgs. 229/99 si parla di "**livelli essenziali ed uniformi**". Tale differenza è significativa ed ha una notevole ricaduta operativa, se associata alla contemporanea evoluzione in giurisprudenza del concetto di diritto alla salute.

L'art. 32 della Costituzione recita: "*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività...*", per cui il diritto alla salute è sancito sotto due profili: come diritto fondamentale dell'individuo e come interesse della collettività. Il diritto alla salute rappresenta un raro caso di interesse individuale del cittadino che, allo stesso tempo, rappresenta anche un interesse della collettività.

E' importante definire se il diritto alla salute rappresenta un "diritto soggettivo pieno" ovvero un "diritto soggettivo che degrada ad interesse legittimo", perché questa differenza comporta la definizione dei rapporti tra il cittadino ed il Sistema Sanitario.

Attualmente sembra ormai superata la visione del diritto alla salute come mero interesse legittimo, interpretazione che poggiava anche su alcune sentenze della Corte Costituzionale, come la n.356 del 1992, in cui si affermava il principio che le prestazioni sanitarie sono comprimibili in presenza di limitatezze delle risorse, quindi si veniva a configurare un "**diritto finanziariamente condizionato**". Questo orientamento comportava una debolezza nella tutela del cittadino nei confronti dell'Amministrazione Sanitaria deputata all'erogazione delle prestazioni sanitarie, specialmente se di natura squisitamente socio-sanitaria.

Ora la prospettiva è diversa; infatti, anche se resta sempre un condizionamento finanziario, la stessa Corte Costituzionale, con la sentenza n. 309 del 15 luglio 1999, da un lato ribadisce il condizionamento e dall'altro chiarisce che "*... le esigenze della finanza pubblica non possono assumere, nel bilanciamento del legislatore, un peso talmente preponderante da comprimere il nucleo irrinunciabile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana*".

Questo nuovo orientamento della giurisprudenza trova una precisa correlazione nella differenza precedentemente evidenziata tra "livelli uniformi di assistenza" e "livelli essenziali ed uniformi". I livelli uniformi di assistenza presuppongono solo l'erogazione di prestazioni e servizi uniformi definiti partendo dalla consistenza delle risorse finanziarie disponibili. Al contrario i livelli essenziali definiscono qualitativamente le prestazioni ed i servizi minimi che devono essere erogati, per cui le Regioni e le Aziende Sanitarie devono erogare prestazioni e servizi almeno uguali, o superiori, a quelli definiti essenziali.

Il cittadino non può essere schiacciato dal federalismo fiscale e dalle ristrettezze economiche nel momento del suo bisogno di salute. Allora ecco l'esigenza di dare certezze al cittadino in un quadro di programmazione sanitaria efficace ed efficiente.

Nessuno nega che il finanziamento sia l'anima della programmazione, ma è importante che non si parta dal finanziamento per giungere alla definizione dei bisogni sanitari a cui dare una risposta. E' esattamente l'inverso. Bisogna partire dalla rilevazione del bisogno reale, e non indotto o auto-referenziale, per definire le risorse finanziarie indispensabili. Quindi, valutate le risorse a disposizione, si deve procedere ad una allocazione efficiente ed efficace delle risorse stese. Intendendo per **allocazione efficiente** la destinazione delle risorse, tra le varie alternative, quella in grado di produrre

il maggior livello possibile di salute e intendendo per **allocazione efficace** quella in grado di produrre, non le singole prestazioni, ma la miglior qualità di prestazioni in termini di miglioramento scientifico delle condizioni di salute dei cittadini.

E' chiaro che nulla si può improvvisare, ma che servono obiettivi precisi nell'ambito della programmazione che preveda risorse e strumenti adeguati.

Ecco, allora, il valore strategico del DSS e la valenza positiva del PSR-Puglia che, insieme con la recente pubblicazione dei **LEA** (Livelli Essenziali di Assistenza), delinea un chiaro quadro di riferimento normativo.

Il valore positivo del Piano è quello di definire **una precisa strategia con al centro il diritto alla salute del cittadino.**

Delineando le strategie per passare definitivamente da una organizzazione sanitaria divisa in comparti, non comunicanti, ad una nuova organizzazione che prevede una continuità dell'assistenza dall'alta specializzazione ospedaliera ed universitaria all'assistenza domiciliare, si sposta l'attenzione dal processo produttivo della salute nelle varie strutture alla produzione di salute del cittadino.

Coerentemente con questa impostazione, il governo regionale nel **"Documento di Indirizzo Economico Funzionale per il 2001-2003"** (DGR n. 1392 del 5 ottobre 2001) ha previsto una diversa distribuzione delle risorse economiche, incrementandole a livello di assistenza territoriale e di prevenzione e riducendole a livello di assistenza ospedaliera.

A questo punto bisogna ribadire, con forza, che non si tratta di riduzione della qualità di assistenza ospedaliera, ma, anzi, di potenziare l'alta specializzazione con risorse finanziarie e tecnologiche, ridistribuendo le risorse ed evitando duplicazioni con livellamento in basso della qualità dell'offerta.

Il fulcro del sistema sanitario viene individuato nella **RETE DISTRETTUALE.**

Questo processo di individuazione è pienamente rispondente alle esigenze sanitarie: non in quanto struttura (altrimenti si ricadrebbe nel vecchio modello di strutture rivolte all'aspetto particolare) e non all'unicità del bisogno di salute del cittadino, ma in quanto contenitore di incontro delle professionalità sanitarie e socio-sanitarie adeguate e preposte alla risposta unitaria e globale della domanda di salute.

Certo è sempre il **medico di assistenza primaria** che si ritrova in prima linea, nella duplice veste di chi deve accogliere la domanda di salute e di chi deve modulare la risposta in termini di appropriatezza sia diagnostico-terapeutica che di utilizzo razionale delle risorse. Infatti al medico di assistenza primaria, attualmente, si richiede sia di svolgere i compiti di diagnosi e terapia, sia di abbandonare sempre di più l'ambito del proprio studio professionale per divenire attore nel governo della sanità. Tale impostazione trova impulso con l'introduzione, negli ultimi accordi collettivi nazionali della categoria, di strumenti adeguati a favorire questo nuovo tipo di organizzazione: informazione, medicina in gruppo, medicina in rete ed associazionismo.

Ecco, quindi, l'esigenza di un contenitore che rappresenti il punto di incontro tra le varie professionalità, idonee a farsi carico in modo unitario e globale del governo sanitario del territorio.

Il **DSS** rappresenta *"l'articolazione territoriale dell'organizzazione sanitaria, dotata di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, deputata a predisporre il PAT (Programma delle Attività Territoriali), in considerazione delle risorse attribuite e, comunque, concordato ed approvato dal Comitato dei Sindaci di Distretto o dei Presidenti di Circoscrizione.*

A livello distrettuale è possibile, con il concorso dei medici di assistenza primaria, degli specialisti ambulatoriali e di tutte le altre professionalità, dagli psicologi agli infermieri professionali e agli assistenti sociali, oltre che mediante l'integrazione con i Dipartimenti di Salute Mentale e di Prevenzione, programmare, condividere e coordinare le attività di assistenza sanitaria che vanno dalla prevenzione all'erogazione di prestazioni terapeutiche di natura sia ambulatoriale che domiciliare.

Le varie forme previste di assistenza domiciliare (assistenza domiciliare programmata, assistenza domiciliare sanitaria, assistenza domiciliare integrata, ospedalizzazione domiciliare, ecc.), sia per il contesto sociale, con particolare riguardo alla disgregazione della famiglia che non è più il nucleo autosufficiente di un tempo, sia per la strutturazione delle classi di età della nostra popolazione, rappresentano la scommessa obbligata del PSR, in quanto solo una loro preventiva e compiuta rea-

lizzazione potrà permettere la liberazione delle risorse necessarie per soddisfare i criteri di eccellenza per le strutture ospedaliere e da consentire un percorso assistenziale continuo.

Un dato certo, ma che è necessario ribadire, è che non è pensabile, per nessuna figura professionale, gestire e programmare l'assistenza territoriale in termini di competenza esclusiva. Solo la disintegrazione di ipotetiche piramidi di protagonismo potranno liberare quella energia necessaria a modellare un'organizzazione in cui l'operare non sia rigido e prestabilito, ma tale da adattarsi con flessibilità alla gestione delle "incertezze" di un mondo sociale, assistenziale ed economico in continuo divenire. Non a caso vari studi hanno dimostrato che la capacità produttiva di un'organizzazione, in cui i collaboratori siano flessibili e motivati, è ben superiore alla somma delle singole capacità.

Un altro aspetto importante del PSR è rappresentato dalla **integrazione socio-sanitaria**. Piace sottolineare non tanto i precisi e condivisibili contenuti, quanto l'importanza data alle difficoltà che si incontrano nell'integrazione del sociale con il sanitario.

Credo che, fatte le debite proporzioni, le stesse tematiche di "autoreferenzialità" siano riscontrabili tra i vari attori del mondo sanitario. Ed in entrambi i campi le soluzioni sono quelle individuate nel PSR: **integrazione strategico-istituzionale, integrazione gestionale ed integrazione professionale**. E' importante giungere a questa integrazione tramite la condivisione della progettualità: si dimostrerebbe così di operare non per l'adempimento di compiti, ma orientati al cittadino, il cui benessere sanitario e sociale rappresenta l'unico obiettivo che noi operatori del sistema dobbiamo perseguire e sentire.

A fianco dei tanti lati positivi riscontrati nel PSR, bisogna dire che esistono anche delle **perplexità**.

Esiste la seria perplexità che questo PSR possa rappresentare l'ennesimo libro dei sogni, in cui, allo sfoggio di cultura e di buone intenzioni, non facciano seguito i provvedimenti coerenti che lo possano trasformare in realtà.

Bisogna notare che se per l'assistenza ospedaliera (che ha una sua storia sia culturale che organizzativa) si rimanda al riordino regionale, ma che si sono già dettate delle precise regole (discipline e reparti non ripetibili in ambito di presidio ospedaliero, o in ambito aziendale o sovra-aziendale), per quanto attiene, invece, i DSS, si parla di strutture che benché delineate da molti anni, pagano molti ritardi gestionali ed organizzativi delle AA.SS.LL..

Il Distretto non può rappresentare un contenitore vuoto su cui scaricare compiti ed incombenze. Il Distretto deve realmente essere dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, ossia deve avere obiettivi e risorse, sia finanziarie che umane, congrue per il raggiungimento delle finalità proprie.

L'attenzione a questo settore definito "**fulcro del sistema**" dal PSR deve ancora trovare tutti i riscontri a livello di governo regionale, perché manca ancora un'esatta normativa regionale delle funzioni e della organizzazione dei Distretti, sebbene, per quel poco che è dato sapere, siano pienamente condivisibili le proposte che in questo periodo l'ARES sta definendo.

**E' oltremodo poco coerente definire nei termini noti il DSS e poi non prevedere né il posto di dirigente di tale Struttura Complessa, né una puntuale definizione del minimo organico di tutte le figure professionali coinvolte.** Non si contesta la metodologia usata, dal momento che occorre normare, a livello regionale, prima le funzioni e poi le risorse necessarie, ma si esprime perplexità circa una pedissequa interpretazione ed applicazione della **LR n.28/2000**, e successive integrazioni, con i relativi rischi gestionali. Quindi è necessario dare rapidamente certezze organizzative e funzionali, indispensabili per il raggiungimento degli obiettivi previsti dal PSR.

In riferimento a quanto disposto dalla L.R. 28/2000, è necessario chiedersi quale sia il suo reale significato: indispensabile momento di chiarezza o nuova metodologia operativa?

Un altro aspetto critico è individuabile a livello di molte direzioni aziendali che, accentrando ogni decisione, non delegano ed ostacolano le funzioni proprie delle strutture territoriali, pretendendo così di raggiungere gli obiettivi sanitari con il mero assolvimento di doveri d'ufficio.

Nonostante questi atteggiamenti, in alcuni distretti della regione si sono raggiunti risultati ragguardevoli, relativamente alle risorse a disposizione, a livello di integrazione socio-sanitaria.

Si ritiene indispensabile procedere rapidamente anche alla **formazione** degli operatori tutti, al fine non di perfezionare le qualità professionali, ma piuttosto per far diventare patrimonio comune le



capacità di operare con metodologia manageriale, privilegiando l'integrazione, il raggiungimento di obiettivi, la qualità e l'evidenza scientifica; ripudiando, quindi, a tutti i livelli l'operare per mansio-nari.

Molta attenzione dev'essere posta sul problema dell'**ospedalizzazione domiciliare**. Non vorrei che il riordino della rete ospedaliera sia vista da alcuni operatori solo come l'occasione di mante-nere organici pletorici e di sognare incarichi di secondo livello per l'assistenza domiciliare a par-tenza da strutture ospedaliere. Dev'essere chiaro, per tutti, che non si accetteranno in modo pas-sivo gestioni dirette di pazienti da reparti ospedalieri, dal momento che la gestione del caso de-v'essere discussa e concordata nella sede appropriata: l'Unità Valutativa Distrettuale.

Quali le **funzioni dei dirigenti** che operano nei distretti?

Prima di tutto consentitemi di affermare che, a partire dalla privatizzazione del pubblico impiego e passando per la regionalizzazione della sanità, l'operare nel DSS dev'essere vissuto come una scelta di alto profilo. Siamo nell'epoca dell'aziendalizzazione, della formazione continua, della valu-tazione, degli incarichi a termine, della provvisorietà delle funzioni e dei ruoli. Non dobbiamo mai rimpiangere le sterili certezze dei modelli organizzativi precedenti o di altre articolazioni aziendali, la cui lunga storia porta a conoscere esattamente compiti e ruoli, ma dobbiamo sempre essere or-gogliosi di essere attori in un modello in divenire.

Il DSS sarà per il cittadino anche, e soprattutto, quello che noi sapremo disegnare e vivere. Le qualità che ci consentiranno di realizzare realmente il Distretto sono: la nostra **professionalità**; la nostra **capacità di affinare un modello gestionale di partecipazione attiva** con tutti i nostri collaboratori; **l'integrazione istituzionale e professionale** che sapremo migliorare a tutti i livelli; la **capacità di progettare e programmare**; la **competenza a gestire budget** definiti in termini di appropriatezza per il prodotto salute e non in una visione esclusivamente ragionieristica.

E' una sfida culturale che noi accettiamo e rilanciamo, convinti, come siamo, che la nostra ma-nagerialità farà giustizia di tanti sprovveduti che vedono il mondo della sanità solo come una op-portunità di apparire.

Dobbiamo essere sempre propositivi e creare una rete solida tra tutti i Distretti della nostra re-gione al fine di confrontare continuamente le nostre idee, i nostri modelli e le nostre proposte, che auspichiamo essere uno strumento di stimolo e di supporto all'apparato tecnocratico della regione.

Un esempio lampante della necessità di attivare tale rapporto di collaborazione lo si riscontra nel modo con cui è stato gestito il DPCM del 29.11.2001 di recepimento dei LEA. Dopo un primo mo-mento di silenzio, la Regione ha precisato che le prestazioni di cui all'allegato 2A sono a totale ca-rico degli utenti. Bene, questo lo diceva già il DPCM; ma dov'è la progettualità politica? Credo che si possa affermare che si è persa per l'ennesima volta l'occasione di rendere credibile e compren-sibile, da parte sia dei cittadini che degli operatori, il progetto politico della sanità. La definizione dei LEA non rappresenta una riduzione delle prestazioni da erogare, ma l'illustrazione di tutte le prestazioni e servizi di cui i cittadini possono usufruire. La nota della regione rappresenta la mani-festazione di una programmazione politica o solo la mera applicazione di una norma? Nel contem-po sono state assegnate tutte le risorse per le attività sociali e assistenziali previste nel DPCM?

Diciamo che potrebbe dedursi che la volontà è solo quella di "non dare" le prestazioni dell'allega-to 2A. Sono stati analizzati i risparmi che dovrebbero derivare? Dico che "dovrebbero" e non che deriveranno perché, ad esempio, nel caso delle prestazioni di medicina fisica e riabilitativa, il ri-sparmio ci sarebbe se gli accordi per adesione con le strutture provvisoriamente accreditate pre-vedessero specificatamente la tipologia e la quantità delle prestazioni che la AUSL vuole acqui-stare, ma così non è nella maggior parte dei casi; quindi, poiché gli accordi per adesione altro non rappresentano che la fissazione di un limite di spesa riconosciuto tramite il tetto di spesa invali-cabile, è chiaro che assisteremo ad un incremento delle altre prestazioni di medicina fisica e riabi-litativa tuttora comprese nel Nomenclatore Tariffario, con l'ovvia riduzione delle risorse che si do-vevano rendere disponibili.

Allora proviamo a considerare che il risparmio ci sarà. Dobbiamo quantificarlo e poi programmare l'allocazione delle risorse. Prendo in considerazione la AUSL FG/3 di Foggia e solo le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa ambulatoriale. Dai dati a disposizione, si riscontra che le prestazioni ora erogabili solo con oneri a carico degli utenti rappresentano il 61% di tutte le prestazioni e-rogate per la

stessa branca nell'anno 2001. E' stimabile, quindi, un risparmio nell'anno pari a € 441.536,47, ovvero a £. 854.933.820, cui bisognerà aggiungere i maggiori introiti derivanti dall'effettuazione delle stesse prestazioni presso gli ambulatori a gestione diretta con oneri a carico degli utenti (a proposito, quali sono le tariffe da applicare? quelle del nomenclatore o quelle ordinistiche?).

Cosa possiamo fare con queste economie? Si potrebbero destinare tutte al potenziamento dei servizi infermieristici domiciliari. In alternativa si potrebbe destinare un 50% ai servizi domiciliari e la restante parte a copertura dei debiti aziendali, alle attrezzature distrettuali o al potenziamento delle forme di associazionismo dei medici di assistenza primaria.

L'esempio esposto poteva configurare un modello di efficienza allocativa delle risorse, coerente con il PSR, ma quello che preoccupa è l'assenza di una manifesta pianificazione politica da parte della Regione che poteva da un lato destinare le risorse e dall'altro rendere accettabile il concetto di LEA da parte della popolazione pugliese.

In conclusione, si ribadisce la condivisione e l'apprezzamento del PSR, sottolineando la necessità di procedere rapidamente e coerentemente a quanto in esso enunciato e strutturando, quindi, un **DSS "forte"**, che possa finalmente formulare e gestire la propria programmazione e non restare una debole entità a cui attribuire budget e obiettivi, pensati e determinati solo in termini finanziari di risparmio e, come tali, destinati ad ottenere uno scontato fallimento del bilancio economico ed una progressiva insoddisfazione del cittadino per la qualità e la tipologia dei servizi fruibili.

## **UN ESEMPIO DI COLLABORAZIONE TRA P.O. E DSS: ISTITUZIONE DEL SERVIZIO DI ECOGRAFIA DIAGNOSTICA NEL DSS DI TRICASE**

- Dr. **Primaldo Paiano** (Respons. UO di Gastroenterologia PO Scorrano) - Dr. Luigi Sansò (Primario medico PO Scorrano) - Dr. Pierluigi Camboa (Direttore DSS Tricase) - Dr. Antonio Metrangolo (Dir. Med. PO Scorrano) -

### **PREMESSA**

La collaborazione tra PO e DSS è uno strumento essenziale per il miglioramento continuo della qualità dei servizi, nonché, in termini economico-sanitari, una straordinaria opportunità per la maturazione del processo evolutivo di ottimizzazione delle risorse.

Alla luce delle moderne tendenze scientifiche e della normativa nazionale e regionale, che assegna al DSS il ruolo di "fulcro del sistema", gli autori del presente lavoro condividono il principio secondo il quale **le attività di diagnostica specialistica**, ad eccezione di quelle relative ai servizi (di radiologia, laboratorio, anatomia-patologica), devono essere **collocate a livello territoriale**, allo scopo di garantire la globalità dell'approccio delle cure primarie sul territorio e di interrompere l'atavico circolo vizioso della dicotomia manichea tra Ospedale e Territorio, che ha determinato la presenza di doppioni di servizi e, quindi, un utilizzo irrazionale delle risorse, con conseguente produzione di costi ingiustificati e, spesso, anche fonte di ricoveri impropri.

Il presente progetto di collaborazione, finalizzato all'istituzione di un Servizio di Medicina Interna, Gastroenterologia ed Ecografia Diagnostica (**SED**) nel poliambulatorio del DSS di Tricase (A.USL LE/2

Maglie), è stato sottoscritto tra due dirigenti responsabili di struttura dell'A.USL LE/2: dr. Luigi Sansò, primario medico del PO di Scorrano, e dr. Pierluigi Camboa, direttore del DSS di Tricase.

Il presupposto del progetto era fondato sul fatto che, nel territorio del DSS di Tricase, insiste una Azienda Ospedaliera accreditata (A.O. "Cardinal Panico" di Tricase), la cui presenza ha determinato una "storica" lievitazione della spesa sanitaria del DSS, anche nella voce "assistenza specialistica", con un netto scostamento rispetto alla spesa media di ASL e con un trend rilevato in crescita co-stante e progressiva nel corso del quinquennio 1995/1999.

L'obiettivo principale del progetto, attivato in forma sperimentale per l'anno 2000, era quello di verificare l'ipotesi di un'inversione di tendenza del fenomeno, attraverso la valutazione analitica dei dati relativi all'anno di sperimentazione, onde consentire, ove accertata la "bontà" dell'intervento, la formalizzazione dell'istituzione stabile e continuativa del rapporto di collaborazione tra PO e DSS, nonché suggerire l'opportunità di estendere ed istituzionalizzare ulteriori protocolli di collaborazione tra le due strutture.

Il presente lavoro descrive, in termini analitici, l'attività svolta dal SED nel biennio 2000-2001.

### **MATERIALE METODI**

E' stata condotta un'analisi retrospettiva su un totale di 1263 pazienti seguiti dal SED del Poliambulatorio del DSS di Tricase (A.USL LE/2 - Maglie), dall'1.1.2000 al 31.12.2001.

Dall'1.1.2000 è stato istituito, a livello sperimentale, presso il Poliambulatorio del DSS di Tricase, un Servizio di Ecografia Diagnostica (SED). Tale realizzazione è stata possibile attingendo a risorse umane e tecniche già esistenti (Ecografo AU/530 con sonda per esami addominali, attrezzatura sanitaria generica ed infermiera professionista), a risorse acquisite a titolo gratuito (Ecografo Fukuda Densi FFsonic con sonda per esami superficiali, temporaneamente fornito dal dr. Metrangolo) e grazie ad un protocollo di collaborazione sottoscritto tra il direttore del DSS di Tricase ed il primario medico del PO di Scorrano, che ha messo a disposizione, a tal fine, n°2 ore settimanali di debito orario del dr. Paiano (responsabile dell'UO di gastroenterologia) e n°5 ore settimanali del dr. Metrangolo (specialista in medicina interna). A sua volta, il DSS ha messo a disposizione degli specialisti il supporto logistico, il servizio di prenotazioni e riscossione ticket e le attività di assistenza infermieristica, con particolare attenzione alla riduzione della durata delle procedure non strettamente legate all'attività diagnostica (preparazione e registrazione dell'assistito, compilazione e consegna del referto, ecc.).

Inoltre, a partire dal 27.10.2000, sono state avviate ulteriori attività: l'agoaspirato tiroideo ecoguidato (in stretta collaborazione con l'ambulatorio di Endocrinologia) ed il test per la rilevazione dell'infezione gastrica da Helicobacter Pylori, mediante analisi del respiro (<sup>13</sup>C Urea Breath Test - UBT), grazie alla collaborazione con il Laboratorio d'Analisi del PO di Scorrano.

L'analisi retrospettiva è stata mirata a valutare i seguenti aspetti:

1. Valutazione dei volumi complessivi dell'attività del servizio.
2. Verifica dei tempi d'attesa per l'esecuzione di esami di ecografia internistica diagnostica: in termini comparativi, da un'indagine effettuata nel corso del 1999 presso i servizi pubblici di ecografia diagnostica, era stato rilevato un tempo medio d'attesa di 15 giorni per il SED del PO di Gagliano del Capo (struttura sanitaria dell'Azienda USL LE/2, insistente nel territorio del DSS di Tricase) e di 30 giorni per il SED del già menzionato Ospedale "Cardinale G. Panico" di Tricase.
3. Tipologia degli utenti: età, sesso e provenienza, con particolare riferimento alla possibilità di ridurre la mobilità passiva.
4. Tipologia delle prestazioni.
5. Tipologia dei riscontri diagnostici.
6. Analisi dei dati di interesse economico-sanitario ed aziendale.
7. Verifica dell'ipotesi di riduzione delle richieste "improprie" di esami ecografici, obiettivo perseguito dal servizio con un progetto di migliore collaborazione con i MMG e realizzato mediante un incontro di aggiornamento e la successiva attivazione di un servizio di consultazione (diretta o telefonica) degli specialisti. La valutazione del volume (complessivo e percentuale) di richieste

improprie è stata effettuata mediante il raffronto tra il numero di esami con referto di normalità riscontrati, rispettivamente, nell'anno 2000 e nel 2001.

L'accesso al SED era subordinato a prenotazione, secondo il principio del "doppio canale", essendo stata prevista un'organizzazione settimanale del servizio con una lista ordinaria per i pazienti cronici ed una "finestra operativa" per eventuali urgenze.

Fino al 30.9.00, sono stati utilizzati un Ecografo ESAOTE AU/530 con sonda convex da 3,5 MHz per gli esami addominali ed un Ecografo Fukuda Densi FFsonic con sonda lineare da 7,5-10 MHz per gli esami superficiali. Dall'1.10.2000, tutti gli esami sono stati eseguiti con un Ecografo ESAOTE AU/3, con sonde da 2,5-5 MHz e da 7,5-10 MHz, ottenuto per aggiornamento della macchina pre-cedente.

L'esecuzione dell'UBT è stata effettuata con Urea marcata con <sup>13</sup>C (100 mg disciolti in 200 cc di succo d'arancia commerciale) e l'espriato, raccolto in idoneo supporto, è stato dosato con apposita apparecchiatura ad infrarossi per la rilevazione della massa (IRIS).

Il servizio è stato attivo per **n°600 ore** nel biennio preso in esami, delle quali 450 dedicate agli esami ecografici e 150 alle visite ambulatoriali internistiche e/o gastroenterologiche, per un totale di **1622 prestazioni** erogate (535 nel 2000, pari al 33% del totale e 1087 nel 2001, pari al 67%), con una media di **1,29 prestazioni per paziente** (1,22 nel 2000 e 1,30 nel 2001).

I dati relativi ai singoli pazienti sono stati rilevati ad opera del personale infermieristico su apposito registro e successivamente riportati su foglio di calcolo elettronico (Toshiba Tecra 730 XCDT con Microsoft Excel 97) per essere elaborati.

I referti relativi ai **1309 esami ecografici** (418 nell'anno 2000, pari al 31,9% e 891 nel 2001, pari al 68,1%) sono stati archiviati su supporto magnetico con le particolari caratteristiche richieste dall'indagine, allo scopo di consentirne un'agevole interpretazione come dato significativo a livello di studio.

Dall'indagine sono state escluse le ecografie ostetriche, dal momento che esse avrebbero determinato un effetto confondente per la valutazione della distribuzione degli utenti per età, per sesso e per patologia.

Inoltre, è stata presa in considerazione, come possibile "effetto frenante" per la fruizione del servizio, la presenza sul territorio del DSS di Tricase, di altri SED (pubblici o privati accreditati). In particolare, nel territorio del DSS di Tricase sono presenti altri 3 SED:

- ◆ Nel Comune di Gagliano del Capo: il SED è inserito nel PO di Gagliano del Capo, PO pubblico dell'A.USL LE/2, con un tempo medio d'attesa di 15 gg.
- ◆ Nel Comune di Tricase: il SED è collocato nel PO dell'Azienda Ospedaliera "Cardinal Panico", struttura accreditata, parificata a pubblica, con un tempo medio d'attesa di 30 gg.
- ◆ Nel Comune di Salve: il SED è inserito in una struttura privata accreditata per attività di radiologia diagnostica. I dati relativi ai tempi d'attesa non sono noti.

Infine, per consentire un'agevole interpretazione dei dati di interesse economico-sanitario ed aziendale, si è proceduto a valutare non soltanto i tempi d'attesa, ma anche il tempo medio di occupazione dell'ambulatorio per singola prestazione, confrontandolo con il tempo medio ottimale di occupazione consigliato dalla SIUMB.

## **RISULTATI**

I risultati dell'indagine vengono riportati in specifico riferimento a ciascuno degli obiettivi pre-fissati in sede di programmazione dell'indagine:

1. **VOLUMI COMPLESSIVI DELL'ATTIVITA' DEL SERVIZIO**: sono stati seguiti dal servizio **n°1263 assistiti**, di cui 427 nel 2000 e 836 nel 2001, con un netto incremento di tutte le voci, così come documentato dalla successiva tabella:

<b>PRESTAZIONI</b>	<b>TOTALE</b>	<b>2000 (n°)</b>	<b>2001 (n°)</b>	<b>2000 (%)</b>	<b>2001 (%)</b>
<b>Visite internistiche</b>	<b>261</b>	<b>103</b>	<b>158</b>	<b>39,5</b>	<b>60,5</b>
<b>Esami eco, di cui:</b>	<b>1309</b>	<b>418</b>	<b>891</b>	<b>31,9</b>	<b>68,1</b>
• <b>EAS (add. sup.)</b>	<b>641</b>	<b>203</b>	<b>438</b>	<b>31,7</b>	<b>68,3</b>

• EAI (add. inf.)	281	106	175	37,7	62,3
• ECT (collo - tiroide)	201	74	127	36,8	63,2
• Eco mammaria	44	13	31	29,5	70,5
• Eco tessuti molli	8	5	3	62,5	37,5
<b>Egoaspirato tiroideo</b>	<b>36</b>	<b>3</b>	<b>33</b>	<b>8,3</b>	<b>91,7</b>
<b>Urea Breath Test</b>	<b>16</b>	<b>11</b>	<b>5</b>	<b>68,7</b>	<b>31,3</b>
<b>TOTALE</b>	<b>1622</b>	<b>535</b>	<b>1087</b>	<b>33,0</b>	<b>67,0</b>

2. **TEMPI D'ATTESA:** il tempo medio d'attesa è risultato in aumento nel biennio, passando da 6 giorni nel 2000 (range: da 3 gg nel bimestre luglio-agosto a 8 gg. nel bimestre settembre-ottobre) a **15 giorni** nel 2001 (range: 7-24).
3. **TIPOLOGIA DEGLI UTENTI:** la loro distribuzione è stata valutata in funzione di 3 parametri:
  - A. **SESSO:** è stata riscontrata una netta prevalenza di utenti di sesso femminile, pari al 60,6% del totale, con rapporto M/F = 0,65, rispetto ad una presenza del 52,0% di donne e di un rapporto M/F = 0,92, rilevati nell'ambito della popolazione generale residente nel territorio dell'Azienda USL LE/2 Maglie.
  - B. **ETA:** l'età media dei pazienti è stata di 55,2 anni, senza alcuna differenza tra M e F, con un range totale 3-92 (M=3-86 e F=11-92), una Mediana di 57 anni (M=58 e F=56) ed una Moda totale di 69 anni.
  - C. **PROVENIENZA:** la maggior parte degli utenti (85%) proveniva dai Comuni del territorio del DSS di Tricase; il 4% dal DSS di Poggiardo e del DSS di Casarano; il 3% dal DSS di Ugento, il 2% dal DSS di Maglie e l'1% dal DSS di Gallipoli. Inoltre, sono giunti al SED assistiti residenti nei Comuni di altra AUSL (LE/1), in ragione dell'1% del totale. In particolare, si è messo in evidenza il notevole aumento percentuale (+9%) degli utenti provenienti dagli altri DSS, registrato tra il 2000 (6% del totale) e il 2001 (15%).
4. **TIPOLOGIA DELLE PRESTAZIONI:** come abbiamo visto riportato in tabella, il SED ha eseguito, complessivamente, n°1622 prestazioni (pari a 1,29 per paziente), delle quali 1309 esami ecografici (80,7%), 261 visite internistiche e/o gastroenterologiche (16,1%), 16 UBT (1%) e 36 agoaspirati tiroidei (2,2%). Si fa presente che la riduzione dell'UBT tra il 2000 e il 2001 è solo virtuale, perché tali prestazioni, pur eseguite presso il SED, sono state "caricate" presso il laboratorio d'analisi del PO di Scorrano. Tra gli esami ecografici, sono risultati in prevalenza le ecografie dell'addome superiore (51,7%), seguite da quelle dell'addome inferiore (28,4%), del collo (15,3%), mammarie (3,4%) e delle parti molli (1,2%).
5. **TIPOLOGIA DEI RICONTRI DIAGNOSTICI ECOGRAFICI:** la patologia di più frequente riscontro ecografico è risultata essere quella a carico del fegato e delle vie biliari (29,5%), seguita da quella tiroidea (16,3%), renale (8,3%), prostatica (5,0%), mammaria (4,0%) e neoplastica, relativa a 4 casi (0,3%). Il 12,1% è rappresentato da diagnosi relativa a patologia di altra natura, mentre nel 24,5% dei casi, gli esami ecografici hanno fornito referti di assenza di patologia.
6. **DATI DI INTERESSE ECONOMICO-SANITARIO ED AZIENDALE:** il tempo medio di occupazione dell'ambulatorio per singola prestazione è stato di 22' circa (2,7 prestazioni/h), che si attesta a 2,9 prestazioni/h per i soli esami ecografici. Prendendo in considerazione i singoli assistiti, invece, la media totale è stata di 2,1 pazienti/h (un paziente ogni 28' circa), ovvero di 2,9 prestazioni/h per le ecografie e di 1,7 pazienti/h per le visite specialistiche.
7. **VERIFICA DELL'IPOTESI DI RIDUZIONE DELLE RICHIESTE "IMPROPRIE":** i reperti di normalità ecografica sono risultati in lieve riduzione nel biennio, passando dal 26% riscontrato nel 2000 al 23,5% nel 2001.

#### **DISCUSSIONE ED ANALISI DEI RISULTATI**

L'analisi dei risultati in funzione degli specifici obiettivi, ci ha consentito di formulare le seguenti conclusioni:

1. **VOLUME COMPLESSIVO DELLE ATTIVITA':** oltre alla semplice ed evidente constatazione dell'enorme mole di attività svolte (in rapporto al monte ore complessivo dei due specialisti addetti

al servizio), è stata riscontrata una corrispondente **netta riduzione della spesa per le prestazioni ecografiche presso strutture accreditate**, nonché un **consistente aumento dei volumi di attività dell'ambulatorio di endocrinologia**, con il quale il SED ha intrapreso un fattivo rapporto di collaborazione, illustrato ai (e condiviso dai) MMG.

2. **LISTE D'ATTESA:** i tempi d'attesa sono risultati abbastanza contenuti, sebbene si siano più che raddoppiati, passando da una media di 6 giorni nel 2000 a 15 giorni nel 2001, in rapporto al grande aumento del volume delle prestazioni.
3. **TIPOLOGIA DEGLI UTENTI:** l'analisi dei dati ci offre lo spunto per alcune riflessioni:
  - A. **DISTRIBUZIONE PER SESSO:** si è rilevata una significativa prevalenza di utenti di sesso femminile (60,6%), sebbene dallo studio fossero stati esclusi gli esami ecografici di interesse ostetrico e ginecologico. Tuttavia, tale prevalenza è da mettersi in stretta relazione con l'elevato numero di richieste di ecografie del basso addome, per patologia dolorosa a carico degli organi pelvici soprattutto in utenti di giovane età. In altri termini, si è verificato un consistente ricorso improprio ad esami ecografici di interesse internistico, per l'accertamento diagnostico di patologie inerenti alla sfera genitale femminile. Inoltre, in molti casi di normalità ecografia, la successiva visita internistica ha portato a formulare la diagnosi di "colon irritabile", cui storicamente si tende ad attribuire un notevole "peso" nell'ambito delle cause di richieste, nel caso specifico "impropriamente dette improprie" di esami ecografici dell'addome inferiore.
  - B. **DISTRIBUZIONE PER ETÀ:** la distribuzione per fasce d'età, se riportata su grafico, presenta una simmetria di tipo gaussiano, con un picco secondario nella fascia d'età compresa tra 21 e 30 anni, a netta prevalenza per il sesso femminile, dovuto al frequente ricorso all'esame ecografico pelvico da parte di giovani donne con problemi di dismenorrea. Un altro elemento significativo è rappresentato dal lieve scarto riscontrato tra la Media (55,2 anni) e la Mediana (57 anni), in contrasto con il dato della Moda (69 anni), la quale ci consente di poter meglio associare l'esame ecografico con quesiti diagnostici relativi alle patologie croniche, la cui frequenza aumenta proporzionalmente con l'età dei pazienti.
  - C. **DISTRIBUZIONE PER PROVENIENZA:** l'analisi dei risultati mette in evidenza che il servizio, che nel corso dell'anno 2000 aveva ospitato quasi esclusivamente assistiti residenti nel territorio del DSS di Tricase (94% del totale), nel 2001 ha esteso la sua "sfera di attrazione" anche a tutti gli altri DSS e persino a cittadini residenti nel territorio dell'A.USL LE/1, sebbene la posizione geografica e le vie di comunicazione siano decisamente penalizzanti. Da ciò parrebbe conseguire la considerazione che un SED attivato in sede territoriale rappresenta un servizio nei cui confronti i MMG ed i pazienti dimostrano un notevole interesse.
4. **TIPOLOGIA DELLE PRESTAZIONI:** la netta prevalenza degli esami dell'addome superiore, così come la buona affluenza registrata per gli esami del collo, vanno inquadrati nell'ottica della buona collaborazione instaurata tra SED ed ambulatori specialistici di Medicina Interna, di Gastroenterologia e di Endocrinologia. La buona risposta degli utenti, in termini di consistenza numerica, ha svelato la precedente carenza (o la scarsa fruibilità) di un punto di riferimento sul territorio, sia per i MMG che per i pazienti.
5. **TIPOLOGIA DEI RISCONTRI DIAGNOSTICI:** la prevalenza della patologia ecografia epatica e tiroidea riscontrata nella nostra casistica tiene conto della popolazione parzialmente selezionata giunta all'osservazione del SED, in relazione al già citato progetto di collaborazione con i rispettivi ambulatori specialistici. Tuttavia, l'osservazione dei dati relativi ai riscontri diagnostici, ci consente di fare alcune riflessioni:
  - ◆ La diagnosi ecografica non sempre corrisponde ad un'entità nosologica e clinica avente significato patologico, così come patologie clinicamente rilevabili possono avere un reperto ecografico di sostanziale normalità, fatto questo che spiegherebbe, almeno in parte, l'alta percentuale di esami normali (24,5%), sebbene tale percentuale risulti in flessione (dal 26% dell'anno 2000 al 23,5% nel 2001). Da ciò l'importanza di un approccio "olistico" al paziente e di una sempre maggiore integrazione "Specialista-MMG" mediante la formulazione di quesiti clinici precisi e, ove si rendesse necessario, anche di un breve riepilogo anamnestico, ai fini di

un esame “mirato” e, quindi, più utile. Se, da un lato, non è corretto parlare di “spesa diagnostica impropria” – per analogia terminologica con i ricoveri impropri –, dall’altro una così elevata percentuale di esami assolutamente normali impone una maggiore attenzione verso la metodologia del “Disease Management Approach” delle principali malattie croniche o, almeno, dell’identificazione di specifiche linee-guida diagnostico-terapeutiche condivise e concordate tra medico specialista e MMG.

- ◆ La bassissima incidenza di patologia neoplastica (0,3%) porta alla considerazione che a tutt’oggi, nella nostra Azienda, spesso latita il concetto di follow-up oncologico ambulatoriale, inteso come strumento di collaborazione tra specialisti del settore e MMG, nel quale ben si inserisce la diagnostica strumentale ambulatoriale, permettendo una gestione più razionale sia dal punto di vista sanitario che economico del paziente neoplastico, nel rispetto di una migliore qualità della vita.

6. **DATI DI INTERESSE ECONOMICO-SANITARIO ED AZIENDALE:** le liste d’attesa sono tuttora più che accettabili, sebbene ci si ponga il problema, tutt’altro che trascurabile, di una possibile progressione geometrica dei tempi d’attesa, in rapporto al corrispondente costante e notevole incremento dei volumi di attività. Al contrario, del tutto positivi sono risultati i dati relativi ai tempi di occupazione del servizio, che hanno dimostrato una riduzione di oltre il 50% del tempo medio per l’esecuzione di un singolo esame ecografico rispetto a quello consigliato dalla SIUMB (22’ circa rispetto a 45’). Il risultato è stato ottenuto attraverso una specifica organizzazione del servizio, che ha previsto la riduzione dei cosiddetti “spazi morti”, ovvero dei tempi non correlati con l’esecuzione dell’esame diagnostico (preparazione e registrazione dell’assistito, eventuale pagamento della quota ticket ove dovuta, compilazione e consegna del referto).

## **CONCLUSIONI**

I primi 2 anni di attività del SED del DSS di Tricase si sono rivelati proficui sul piano sanitario, economico-aziendale e culturale.

1. **SUL PIANO DELL’IMPATTO SANITARIO,** le indicazioni che ci sono giunte dai MMG e dai pazienti vanno in realtà ben oltre le cifre brute finora presentate, stimolando gli operatori del servizio ad ampliare i campi d’intervento. Oltre ad aver introdotto l’Urea Breath Test e l’ago-aspirato tiroideo eco-guidato, nel corso del 2001 sono stati attivati i seguenti esami:

- ◆ Le prove funzionali ecografiche di motilità gastrica e colecistica, per lo studio del paziente dispeptico e/o con stipsi ostinata.
- ◆ Gli studi non invasivi di funzionalità intestinale, per la diagnosi di maldigestione e di malassorbimento (test di transito orofecale, diagnosi di contaminazione batterica del tenue, test di intolleranza al lattosio, etc.), mediante specifico Breath Test.
- ◆ L’attività diagnostica ecografica di supporto all’attività dell’ambulatorio specialistico di videodermatoscopia, per la diagnosi precoce dei melanomi.

L’analisi dei risultati ci ha consentito di mettere in evidenza la necessità di implementare la collaborazione tra i Medici Specialisti ed i MMG, nell’ambito dei percorsi del “Disease Management” per le principali patologie croniche, attraverso l’elaborazione di “linee-guida” condivise, anche in funzione dell’opportunità di perfezionare le procedure per una migliore attività di prevenzione primaria e secondaria della patologia neoplastica.

2. **SUL PIANO DELL’IMPATTO ECONOMICO-AZIENDALE,** il potenziamento dei servizi territoriali di diagnostica strumentale può consentire il raggiungimento di molteplici opportunità:

- ◆ **L’autosufficienza dei servizi di medicina specialistica territoriale**, non più relegati al ruolo di erogatori di attività comunque marginali del cosiddetto “primo livello specialistico”, da integrarsi necessariamente, ed altrettanto inevitabilmente, con ulteriori indagini strumentali, prerogativa obbligatoria ed appannaggio esclusivo dei Presidi Ospedalieri. Tale integrazione ci consentirebbe di mettere a disposizione degli assistiti e dei loro medici curanti servizi idonei a favorire l’esecuzione dell’iter diagnostico all’interno di un’unica struttura logistica, con conseguente miglioramento delle rispettive compliance.

- ◆ **La razionalizzazione delle liste d'attesa** e conseguente accelerazione delle procedure di gestione delle patologie, con particolare riguardo alle malattie croniche. Inoltre, la razionalizzazione delle liste d'attesa è uno dei principali strumenti per assicurare il miglioramento della qualità percepita dal cittadino (Customer Satisfaction).
  - ◆ **L'ottimizzazione del costo economico-tecnico delle attività di assistenza**, con la progressiva riduzione delle spese teoricamente immotivate, correlate, da un lato, al ricorso improprio ad indagini diagnostiche, a ricoveri ospedalieri ed a prescrizioni farmaceutiche, determinato dall'assenza di univocità dei percorsi diagnostico-terapeutici e, dall'altro, all'inevitabile progressione della patologia cronica accentuata anche dall'onerosità dei tempi d'attesa.
- 3. SUL PIANO DELL'IMPATTO CULTURALE**, il presente lavoro, in ordine alle trasformazioni culturali e sociali e nella prospettiva di un confronto costante con la sostenibilità economico-aziendale dei servizi e delle procedure diagnostiche, si presta a confermare l'opportunità di un potenziamento dei servizi diagnostici sul territorio, in tal senso sfatando, quindi, la radicata (e profondamente errata) convinzione di una competenza strettamente ospedaliera di tali attività, anche alla luce dei moderni orientamenti di gestione delle patologie croniche, con conseguente miglioramento della qualità di vita dell'assistito e riduzione dei ricoveri impropri.



#### SEZIONE REGIONALE PUGLIA

Via Santi Cirillo e Metodio, 5/B – 70124 - BARI

Tel 0805043779 – Fax 0805096770

– Sito Web: <http://bari.fimmg.org>

– e-mail: [fimmgba@iol.it](mailto:fimmgba@iol.it)

## IL MEDICO DI FAMIGLIA PUGLIESE PER UN USO APPROPRIATO DELLE RISORSE

– Dr. Filippo Anelli – Segretario FIMMG Puglia –

Il Piano Sanitario Regionale affida al Medico di Famiglia il ruolo di "tutori" del cittadino e del loro stato di salute.

"Ai Medici di Medicina Generale ed ai Pediatri di libera scelta, è assegnato, parallelamente, un compito di grande importanza e "fiducia", non solo perché attraverso la loro professionalità passa l'accertamento ed il compimento degli interventi primari in relazione al "bisogno" di assistenza, ma perché essi concorrano a sviluppare, nel quadro delle risorse economiche assegnate, l'appropriata assistenza farmaceutica, specialistica, ospedaliera e riabilitativa, o quella necessaria, nel caso di cronicizzazione della malattia, divenendo essi "tutori permanenti dello stato di salute" di coloro che li hanno prescelti".

Questo compito di grande importanza, previsto dal PSR, dovrà essere ulteriormente regolamentato (sia in fase di applicazione dell'ACN che di elaborazione del nuovo accordo regionale) e dovrà raccordarsi alla nuova riorganizzazione del sistema che individua il Distretto come nodo centrale di tutta l'assistenza territoriale. Non vi sono dubbi che le risorse non illimitate del Servizio Sanitario



Regionale necessitano di un uso più razionale delle risorse. Questo, a nostro avviso, non può avvenire senza che il diritto alla salute dei cittadini sia in ogni caso tutelato.

E' possibile compenetrare le esigenze di bilancio con la domanda di salute dei cittadini?

Noi pensiamo di sì e siamo disponibili a raccogliere questa sfida. Una sfida che ci vede impegnati, insieme con i Dirigenti di distretto, sia sul versante della programmazione che della gestione sanitaria in relazione alle esigenze assistenziali che emergono dal territorio. Infatti il DPR 270/00 individua nell'Ufficio di Coordinamento Distrettuale l'organismo principale per la programmazione sanitaria e la relativa allocazione delle risorse. E' nell'ambito del distretto che vanno affrontati i problemi relativi a quel particolare territorio.

Insieme con i Medici di Famiglia, il Dirigente di distretto individuerà le strategie assistenziali più utili ai cittadini residenti.

Insieme con i Medici di Famiglia, il Dirigente di distretto stabilirà le risorse necessarie per raggiungere quei determinati obiettivi condivisi.

Insieme con i Medici di Famiglia, il Dirigente di distretto formulerà un progetto di budget, strumento importante per la realizzazione degli obiettivi sanitari.

In questa logica i Medici di Famiglia mettono a disposizione i loro dati sulle prescrizioni, oltre che per i controlli (vera ossessione di alcuni dirigenti regionali e aziendali), soprattutto per perseguire quei progetti che tendono a migliorare l'assistenza sanitaria. Infatti, i controlli – seppur necessari – non sono sufficienti ad invertire tendenze e modificare comportamenti.

Serve, invece, un salto di qualità che consenta ai medici di confrontarsi con i propri comportamenti prescrittivi e verificare l'efficacia della propria azione. Da questo percorso virtuoso potrà nascere la consapevolezza dell'utilità di utilizzare comportamenti appropriati nella prescrizione, così come auspicato dal D.Lvo. 229/99.

Insomma, passare dalla logica dei controlli alla logica dell'appropriatezza.

In questo senso un ruolo importante dovrà svolgere il Dirigente di distretto, chiamato a garantire il cittadino, per gli aspetti relativi alla tutela della salute, e l'Azienda AUSL per il miglior uso delle risorse allocate.

Così facendo potrà trovarsi un equilibrio tra le legittime esigenze economiche dell'Azienda e la domanda di salute che proviene dai cittadini.

Prescrivere un farmaco appropriato in una determinata patologia significa offrire ai cittadini pugliesi una risposta adeguata alle loro esigenze di salute, senza spreco di risorse.

L'Attuazione del D.Lvo. 229/99 rappresenta, dunque, per il Medico di Famiglia e il Dirigente di distretto un obiettivo primario da realizzare.

Obiettivo, questo, che deve necessariamente prevedere un confronto serrato con i medici specialisti e ospedalieri. Senza una condivisione globale delle linee guida sulla prescrizione farmaceutica e dei percorsi diagnostici, l'intero progetto potrebbe non avere il successo sperato.

Abbiamo un compito comune, medici di famiglia e dirigenti di distretto: costruire un nuovo modello di organizzazione sanitaria del territorio, che consenta di offrire risposte adeguate alle esigenze assistenziali dei cittadini.

Una medicina primaria che, insieme alla specialistica territoriale, sia in grado di fornire gran parte delle risposte ai problemi assistenziali dei cittadini, sgravando l'ospedale di tutti quei compiti propri che una diversa organizzazione sanitaria aveva determinato.

In questo senso l'associazionismo medico e le equipe territoriali rappresentano modelli organizzativi utilissimi per realizzare gli obiettivi sanitari definiti a livello distrettuale.

Di qui l'esigenza di garantire la continuità assistenziale ai cittadini, affidando nuovi compiti ai medici di continuità assistenziale che insieme ai medici di famiglia dovranno gestire una corretta ed efficace assistenza domiciliare.

Le politiche sanitarie della Regione Puglia sembrano orientarsi sempre più verso un potenziamento dell'assistenza sul territorio. Due gli obiettivi prioritari: il 118 e l'ADI.

A noi il compito di raccogliere la sfida.

# **www.apudid.it, OVVERO LA SCOMMESSA DEI DIRETTORI E DIRIGENTI DI DISTRETTO SOCIO-SANITARIO**

- Dr. Michele MUCI - © I.S.A.Com s.r.l. -

La realizzazione di pagine web efficaci passa attraverso l'osservanza di rigide regole proprie di Internet, oltre a quelle della comunicazione.

L'A.Pu.Di.D. (Associazione Pugliese Direttori e Dirigenti di Distretto Sociosanitario), avendo la necessità di entrare nel fantastico mondo di internet, si è affidata ad un'Azienda che ha realizzato per suo conto il sito.

Limiti tecnici non consentono una velocità di ricezione dati molto alta sulla rete. Non ci si può quindi sbizzarrire con animazioni troppo complesse, immagini suoni o video troppo pesanti, perché comprometterebbero la velocità di ricezione da parte dell'utente che potrebbe essere scoraggiato a prenderne visione. D'altra parte non si può prescindere da un'impostazione accattivante ed il più possibile multimediale. La sfida consiste nel raggiungere un buon compromesso tra un look at-traente ed una accettabile velocità di connessione: risultato conseguibile solo se si conosce alla perfezione il mezzo e si sfruttano appieno le tecnologie che vengono rese disponibili.

Internet è stata concepita e sviluppata con lo scopo di consentirne la fruizione al maggior numero di persone. Le modalità con le quali vi si può accedere sono molteplici: diversi sistemi operativi, diversi browser, monitor con differenti risoluzioni. Se da una parte questa libertà ne ha consentito una rapidissima diffusione, dall'altra rende molto più difficile il lavoro da parte degli sviluppatori. Le pagine web non si adattano automaticamente alla dotazione dell'utente se nella fase di progettazione non se ne è tenuto conto. E' un lavoro lungo e complesso, ma necessario.

Un sito Internet non dev'essere concepito come la trasposizione elettronica di un catalogo cartaceo, perché Internet è e deve essere qualcosa di più e di diverso. Sarebbe come se nel passaggio dalla radio alla televisione ci si fosse limitati ad inquadrare la voce narrante. Limitare le funzionalità di un sito web significa automaticamente perdere i potenziali fruitori, che sono ben consci delle possibilità offerte dal mezzo e ne pretendono l'applicazione. Essenzialmente sono ipertestualità ed interattività che stanno portando il web ad essere la più grande rivoluzione nel modo di comunicare mai concepita dall'uomo. L'utente è in grado di reperire le informazioni scegliendo il percorso ed interagendo con esso in una catena potenzialmente infinita di riferimenti collegati. Tutto questo deve essere tenuto in conto nella fase di progettazione e realizzazione di un sito web.

Nella realizzazione delle pagine per il sito web dell'A.Pu.Di.D., il lavoro è stato svolto in diverse fasi, si è partiti con:

- ◆ analisi,
- ◆ progettazione,

◆ design e authoring.

Si è proseguito quindi alla pubblicazione delle pagine su una macchina collegata alla rete.

Una volta realizzato il sito Internet, il lavoro maggiore consiste nel gestirlo nel corso del tempo, per riflettere le esigenze, i bisogni, le aspettative in continua evoluzione. La fase di management è insomma di grande importanza per ottenere delle valide ed efficaci presenze sulla rete.

Il sito dell'A.Pu.Di.D. verrà, sotto la vigile consulenza del Comitato Tecnico Scientifico, il Comitato di Redazione ed il Project manager, ad essere continuamente aggiornato, in un mondo che viene completamente rivoluzionato ogni tre mesi.

La scommessa dei Direttori e Dirigenti di Distretto Socio Sanitario nella possibile evoluzione del web di diventare piazza virtuale senza confini e limitazioni, dove si possono riunire infiniti gruppi di persone animate da tutti gli interessi anche i più remoti ha dato inizio, il seguito sarà frutto della voglia di appartenere e di condividere emozioni o semplicemente informazioni che spingeranno tutti noi alla ricerca di qualcosa che possa essere soddisfatto nel cosiddetto mondo reale.

## SALUTO DEL Dr. MIMMO ESPOSITO, PRESIDENTE DELL'ADDiS

Porto all'Assemblea dell'A.Pu.Di.D. il saluto dell'ADDiS (Associazione dei Direttori di Distretto della Regione Campania), e uno spunto per una riflessione.

Il SSN sta attraversando una fase delicata del processo che lo trasformerà da organismo finanziato a livello centrale, amministrato a livello regionale e gestito a livello locale, ad una sorta di sistema dei sistemi, con garanzie definite a livello nazionale, e responsabilità politiche, finanziarie ed amministrative a livello regionale e locale.

A nessuno sfugge che una devoluzione spinta e non solidaristica può creare condizioni di disuguaglianza nell'assistenza sanitaria, allargando ancor più la forbice tra regioni ricche e regioni povere del nostro Paese.

E però, un punto di arrivo certo nell'assistenza territoriale è ancor oggi da identificare nel DLgs 229/99. In esso, il Distretto per la prima volta viene equiparato di fatto, per importanza strategica ed autonomia tecnico-funzionale e gestionale, alla struttura ospedaliera.

Nella nostra Regione (la Campania), ritardi culturali, non solo degli operatori distrettuali ma anche del top management, fanno sì che in molte Aziende il Distretto faccia fatica a trovare un proprio ruolo, e che in esso non vengano investite le risorse necessarie per la sua valorizzazione.

Piano Sanitario Regionale ed Atti Aziendali, che in Campania vanno prendendo corpo, sono dunque occasioni per riconsiderare l'intero assetto organizzativo delle aziende, a condizione che non vengano considerati come meri obblighi normativi, o certificazione dell'esistente. Essi debbono invece diventare lo strumento mediante il quale l'Azienda rende compatibile la sua organizzazione, il suo funzionamento e il suo stile di direzione con i nuovi obiettivi di riforma..

Da qui la indispensabile ricerca di congruenze tra gli stessi atti e il PSR.

Efficienza, efficacia, qualità, equità, appropriatezza, produttività, economicità devono imprimersi nelle missioni aziendali come fondamento della programmazione di governo, ed il Distretto deve diventare lo strumento operativo per realizzare tutto ciò.

L'Associazione che rappresento, è impegnata a portare un utile contributo alla crescita di questo cambiamento culturale e si è resa disponibile agli interlocutori istituzionali per la ricerca di nuove forme organizzative distrettuali che assolvano in maniera efficace agli innovativi mandati affidatigli.

E' questa la missione che ci siamo dati ed è questo che intendiamo sostenere oggi ancor più di ieri.

Sulla base della condivisione di tali principi auspico future collaborazioni tra l'ADDiS e l'A.Pu.Di.D. su obiettivi comuni che potranno insieme essere identificati.

Auguro fecondi lavori al vostro Convegno e alla vostra Assemblea, e grande successo alle iniziative che vi accingete ad intraprendere

**Il Presidente ADDiS**  
Domenico Esposito

## L'ASSISTENZA CONSULTORIALE NEL DSS

– Dr.ssa Silvana Melli – Direttore DSS n.6 – AUSL TA/1 –

– Dott.ssa Genoveffa De Quarto – Dirigente U.O. Ass. Consultoriale – DSS n.7 AUSL TA/1 –

Nell'ambito dell'integrazione tra gli interventi di assistenza sociale e sanitaria, il **DSS** ha assunto un ruolo di primaria importanza con la Legge n. 229/99 e con la Legge n.328/00 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali".

Con il **PSN 98/00**, il **PSR 2002/2004** e il **Piano Regionale di Salute 2002/2007**, nonché con il **PMI** (Progetto-obiettivo Materno-Infantile – D.M. 24 Aprile 2000), il DSS diviene il principale riferimento dell'AUSL per il raggiungimento degli obiettivi d'integrazione socio-sanitaria.

Le prestazioni socio-sanitarie individuate ad elevata integrazione sanitaria, caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica ed intensità della componente sanitaria, sono inserite nelle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche, dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie da infezioni HIV, patologie in fase terminale ed inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

E' evidente che, in particolare per quanto riguarda l'infanzia, l'adolescenza, la responsabilità genitoriale, la responsabilità familiare, la salute della donna, nonché per la prevenzione del disagio psico-sociale, l'U.O. Consultoriale in seno al DSS assume un ruolo cardine, sia nella programmazione territoriale distrettuale che riguardo gli interventi integrati con i Dipartimenti, le Istituzioni del territorio (Ente Provincia, Comune, Scuole, Tribunale, ecc.) e con il Terzo Settore.

La peculiarità del lavoro d'equipe garantita dalla forte presenza multidisciplinare prevista all'interno del Consultorio (**CF**) dalla **Legge n.405/75** e confermata dalla **L.R. n.30/77**, rappresenta una notevole risorsa qualificante dell'U.O. consultoriale all'interno del DSS.

Il rapporto e l'integrazione con i MMG e con i PLS afferenti al DSS non potrà che rafforzare la globalità e l'unitarietà dell'intervento consultoriale.

Il PMI attribuisce al CF un ruolo sempre più orientato alla prevenzione, informazione ed educazione sanitaria, riservando all'attività di diagnosi e cura una competenza di "prima istanza", intesa come accoglimento della domanda, presa in carico e trattamento breve.

Gli interventi di prevenzione, per garantire il raggiungimento di quella popolazione che difficilmente accede ai servizi, deve essere maggiormente proiettato ad un offerta di servizi che va incontro all'utente (**Offerta Attiva**), attraverso programmi di promozione della salute rivolti al territorio (Scuole, Parrocchie, sedi associative, famiglie, gruppi, ecc.).

Nell'ambito dell'assistenza più specificatamente sanitaria, il DSS e l'U.O. consultoriale devono rispondere agli indicatori previsti dal Decreto del Ministero della Salute del 12 dicembre 2001, in particolare sullo screening per la diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale femminile (collo dell'utero e mammella).

Nel **PSR Puglia 2002/2004**, nell'ambito della Salute Materno-infantile viene previsto l'adeguamento delle sedi consultoriali ai requisiti minimi strutturali ed organizzativi e la razionale distribuzione territoriale secondo i criteri individuati dalla **legge n. 34/96**.

In effetti, da una verifica sullo stato dei consultori, condotta nell'AUSL TA/1 ed aggiornata al 2001, è emerso che c'è una realtà fortemente diversificata, tra le varie aree della provincia di Taranto, da imputarsi probabilmente alla diversa impostazione socio-culturale dei vari Comitati di Gestione delle precedenti sette USL, in cui era suddiviso il territorio tarantino dal punto di vista sanitario.

Da ciò sono derivate prassi metodologiche ed organizzative diverse, così come disomogenea è la composizione dell'equipe, sia riguardo alla tipologia delle professionalità presenti, che riguardo al monte ore dei singoli operatori, con variazioni orarie nella stessa categoria professionale non giustificate da alcuna rilevazione di bisogni condotta nel territorio di riferimento. Addirittura si assiste ad una carenza e/o assenza del personale previsto in organico a tempo pieno nell'equipe stabile "storica" (psicologo, assistente sociale, ostetrica e/o infermiera professionale).

Contestualmente, viene riscontrata disomogeneità di risorse strumentali, di modulistica e di progettualità. In particolare, si evince che l'attività degli operatori psico-sociali viene assorbita per l'80% dal lavoro svolto per il Tribunale nell'ambito della tutela dei minori, anche al di fuori delle competenze specifiche attribuite al CF.

Molte delle energie degli operatori vengono canalizzate in tali attività, privando il CF della possibilità di pianificare interventi più consoni alla propria "mission".

Nell'ambito degli obiettivi previsti dal Piano Sanitario Regionale 2002/2004:

- ◆ Il miglioramento della qualità dell'assistenza in gravidanza, al parto e per il puerperio, sia in sede ospedaliera che territoriale;
- ◆ l'integrazione tra le U.O. neonatologiche e pediatriche, i PLS ed i consultori familiari per favorire la continuità dell'assistenza e la presa in carico immediata dei minori dimessi dai servizi del territorio;
- ◆ la promozione dell'informazione e dell'educazione alla salute, con particolare riferimento alle possibili espressioni della sessualità, alla maternità e paternità cosciente e responsabile, alla prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza;
- ◆ la realizzazione di interventi per la prevenzione ed il contrasto del fenomeno del maltrattamento e della violenza sui minori e sulle donne, attraverso l'attuazione di progetti integrati sociali e sanitari che coinvolgono i diversi servizi interessati presenti nella comunità;
- ◆ il potenziamento dei servizi dedicati agli adolescenti per la prevenzione delle problematiche mediche, psicologiche, sessuologiche e relazioni insorgenti e presenti in età adolescenziale;
- ◆ la prevenzione delle malformazioni e delle malattie genetiche attraverso interventi di informazione ed educazione sanitaria;
- ◆ il potenziamento delle attività di prevenzione dei tumori della sfera genitale femminile, nell'ambito della realizzazione delle azioni connesse all'attuazione del Progetto obiettivo regionale "Prevenzione dei tumori femminili"

potranno risultare efficacemente realizzabili se verranno attivati da parte della Regione degli appropriati correttivi tesi a:

- \* garantire una distribuzione territoriale adeguata alle normative vigenti e con sedi che rispondano ai requisiti minimi strutturali;
- \* completare gli organici, ove carenti;
- \* uniformare il monte ore delle figure professionali già presenti;
- \* dotare i consultori delle attrezzature necessarie per l'attuazione dei progetti;
- \* informatizzare i consultori dotandoli di un Software di gestione, utilizzato in tutto l'ambito regionale, al fine di uniformare le procedure di raccolta dati, archiviazione e relative valutazioni statistiche/epidemiologiche;
- \* identificare i codici relativi alle variegate attività consultoriali (consulenze legali, colloqui con l'assistente sociale, interventi di educazione nelle scuole ecc.), in modo da consentirne l'inserimento nel SIRS e quindi garantire la valutazione dell'attività consultoriale, anche per le prestazioni non propriamente sanitarie, ma socio-sanitarie, considerando che il concetto di salute, va inteso in termini di benessere globale della persona, fisica, psichica e sociale;
- \* garantire la formazione continua a tutti gli operatori consultoriali;

- \* creare un raccordo programmatico uniforme tra i Dirigenti delle U.O. Consultoriali, eventualmente attraverso un coordinamento trasversale tecnico-funzionale in ambito aziendale e possibilmente a livello regionale;
- \* promuovere gli accordi di programma con gli Enti Locali e protocolli d'intesa sia con il Tribunale dei minori che con quello Ordinario, al fine di definire, alla luce delle recenti normative (L.328/2000, L.476/98, DPCM 29 novembre 2001), le rispettive competenze specifiche.

## TUTELA DELLA SALUTE DEI LAVORATORI DEL DSS E OBBLIGHI DEL DIRETTORE DEL DSS

- Dr. Antonio Calsolaro - Referente U.O. AST del DSS/6 Tricase -

La valutazione dei rischi da parte del datore di lavoro costituisce l'adempimento principale previsto dalla nuova normativa sulla prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro (D.Lgs. 626/94). Dalla valutazione, scaturiscono tutta una serie di misure di protezione che dovranno essere attuate per eliminare ovvero, se non possibile, ridurre pericoli e nocività delle operazioni effettuate.

Il decreto prevede una comune applicazione sia nella pubblica amministrazione, comprese le aziende con personalità giuridica pubblica, che nelle imprese e aziende private. Le Aziende USL rientrano quindi negli obblighi previsti dalla normativa.

Il decreto legislativo 626/94, all'articolo 2 comma 1 lettera b, definisce il *"datore di lavoro nella pubblica amministrazione come dirigente al quale spettano i poteri di gestione, ovvero il nunzio-nario non avente qualifica dirigenziale nei soli casi in cui quest'ultimo sia preposto ad un ufficio avente autonomia gestionale"*.

In tal senso, con l'autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria assegnata (anche se non ancora applicata) al DSS dal D.Lgs 229/99, il direttore del DSS avrà assegnate le attribuzioni di datore di lavoro con tutte le conseguenti responsabilità a esse collegate.

In mancanza del trasferimento pieno dei poteri, così come allo stato attuale nelle aziende sanitarie, obblighi e responsabilità individuati nel datore di lavoro, continuano a ricadere sulla direzione generale aziendale.

L'attuale livello di responsabilità del direttore del DSS è quello del dirigente responsabile di struttura complessa. Come tale, attua tutte le misure di prevenzione tecniche organizzative e procedurali di propria competenza, nel rispetto delle indicazioni del Direttore Generale.

### Principali norme di riferimento

- 1. Art. 41 della Costituzione:** "l'iniziativa economica è libera ma non può svolgersi in contrasto con l'utilità sociale o in modo da recare danno alla sicurezza...".
- 2. Art. 437 codice penale:** "chiunque omette di collocare impianti, apparecchi o segnali, destinati a prevenire disastri, infortuni sul lavoro, ovvero li rimuove o li danneggia, è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni."
- 3. Art. 2087 codice civile:** "l'imprenditore è tenuto ad adottare, nell'esercizio dell'impresa, le misure che, secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessarie a tutelare l'integrità fisica e la personalità morale dei prestatori di lavoro."
- 4. Art. 4 DPR 303/56 e DPR 547/55:** "i datori di lavoro, dirigenti e preposti, ciascuno nell'ambito delle rispettive competenze devono rendere edotti i lavoratori dei rischi specifici cui sono esposti e portare a loro conoscenza i modi di prevenire i danni derivanti dai rischi predetti."
- 5. Lgs. 277/91.**
- 6. Lgs. 626/94.**
- 7. DLgs 230/95.**
- 8. Lgs. 229/99.**

### Definizione e classificazione dei rischi

Nel D.Lgs. 626/94, il rischio assume diversi significati. In taluni articoli è inteso come “**disagio-danno**” (rischio di rimanere feriti, di infortunio, di infezione, di intossicazione ) o come “**pericolo**” (rischi di cadute di oggetti, di esplosione o di incendio ). In altri articoli il rischio è inteso invece come “**esposizione**”.

Il concetto di rischio quindi ingloba tutto il processo che va dalla identificazione del pericolo al verificarsi di un danno.

Per quanto riguarda il DSS, le attività del personale in esso svolte presentano **rischi per la sicurezza “infortunistici”** e **rischi per la salute “ igienico ambientali”**. Vi sono inoltre i **rischi trasversali “organizzativi”** (fattori psicologici, fattori ergonomici).

#### **Tipologie di lavoro nel DSS (e relativi rischi):**

##### **A. Lavoro d'ufficio:**

1. Rischi per la sicurezza – strutture – impianti elettrici – macchine – incendio.
2. Rischi per la salute – microclima – condizionamento d'aria – fotocopiatrice – mobili – liquidi e prodotti per pulizia – rivestimenti e moquette – coibentanti – videoterminali.

**B. Lavoro allo sportello:** sono sovrapponibili a quelli del lavoro di ufficio nell'ambito della sicurezza, ma hanno in più il lavoro usurante e ripetitivo dato dal contatto con l'utente ( stress da pubblico e rischi di patologia infettiva ).

**C. Lavoro di archivio e di magazzino:** uno dei principali rischi per la salute è rappresentato dal trasporto manuale dei carichi.

**D. Lavoro nei servizi di elaborazione dati:** il rischio principale è legato al lavoro continuativo su postazioni munite di video-terminali (cosiddetti operatori CED).

**E. Lavoro ambulatoriale:** le attività sanitarie di tipo medico o infermieristico (ambulatoriali e/o domiciliare) presentano gli stessi rischi presenti nei reparti di degenza ospedaliera:

1. Rischi per la sicurezza – strutture – rischi da impiego di dispositivi medici – impianti a pressione
2. Rischi per la salute – agenti fisici agenti chimici – agenti biologici.

Al riguardo, è da sottolineare come si tenda a sottovalutare, o peggio, a non considerare affatto rischiosa l'attività medico-infermieristica svolta a livello territoriale.

#### **Obblighi e responsabilità del direttore di DSS:**

Nel momento in cui il direttore del DSS avrà i pieni poteri di gestione, su di lui incomberanno, non più gli attuali obblighi previsti dal DLgs 626/94 per i dirigenti responsabili, ma quelli ben più gravosi attribuiti al datore di lavoro ed in particolare:

1. La valutazione dei rischi e la redazione del relativo documento conclusivo.
2. La nomina del responsabile del servizio di prevenzione e protezione
3. L'obbligo dell'inserimento, in seno al servizio di prevenzione e protezione, di almeno un rappresentante dei lavoratori, meglio se eletto nell'ambito degli operatori dello stesso DSS.
4. La nomina del medico competente.
5. La designazione dei lavoratori incaricati all'attuazione delle misure di prevenzione incendi e lotta antincendio, di evacuazione dei lavoratori in caso di pericolo grave ed immediato, di salva-taglio, di pronto soccorso e, comunque, di gestione dell'emergenza.

Pare opportuno sottolineare la necessità di prevedere nel DSS un modello organizzativo articolato con referenti nelle varie UU.OO., sia sanitarie che tecnico-amministrative.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. **ISPESL Roma:** “Linee-guida per la valutazione del rischio. DLgs 626/94.”

2. **C. Melino, A. Messineo, S. Rubino, A. Allocca:** "L'ospedale: Igiene, Prevenzione e Sicurezza". SEU Roma, 1997.
3. **R. Mete, L. Sedita:** "Il Distretto". SEU Roma, 2001.

**L'ASSISTENZA DOMICILIARE AL MALATO ONCOLOGICO IN FASE AVANZATA E  
AVANZATISSIMA: ILLUSTRAZIONE DELL'ESPERIENZA DI UN'ASSOCIAZIONE DI  
VOLONTARIATO IN UN DSS DELL'AZIENDA USL LE2 DI MAGLIE**

- Dr. Oronzo Borgia -  
Responsabile sede di Poggiardo "SOS per La Vita ONLUS"  
Componente Direttivo Provincia di Lecce "Forum della Solidarietà"

**PREMESSA**

Il presente progetto nasce dalla constatazione che, nonostante i notevoli progressi terapeutici in campo oncologico, ancora oggi poco si fa, nella nostra realtà territoriale, per i "malati terminali", sia dal punto di vista scientifico che da quello dell'organizzazione e dell'assistenza alle loro famiglie.

Nella maggior parte dei casi si tratta di persone affette da tumore maligno, incurabili, magari abbandonati o poco aiutati a combattere (per una moltitudine di motivi) la loro sofferenza fisica, psicologica, sociale e spirituale. In questi pazienti è fondamentale il controllo del dolore per poter loro consentire di vivere con dignità fino alla morte. La parte di competenza strettamente medica è denominata "**medicina palliativa**" che viene definita come "*lo studio e la gestione dei pazienti con la malattia attiva, in progressione, avanzatissima, per i quali la prognosi sia limitata e l'obiettivo del trattamento sia la qualità della vita*". L'obiettivo della "**continuità di cura**" di questi pazienti è auspicato e previsto nel "Programma per la rete delle cure palliative in Puglia", adottato con Deliberazione della Giunta Regionale N. 1299 del 2000.

Peraltro, anche il Piano Sanitario 2002-2004 prevede, tra i principali obiettivi del DSS, "*... il potenziamento dell'assistenza continuativa e la programmazione e la promozione e lo sviluppo di forme alternative al ricovero, azioni queste che meglio qualificano l'assistenza territoriale*".

Le statistiche indicano che vi sono circa 150.000 malati ogni anno in Italia che necessitano di cure palliative. Circa 50-80 mila persone muoiono ogni anno, in Italia, con dolore.

Come associazione di volontariato ONLUS ci siamo fatti promotori di un programma di assistenza (socio-sanitaria) gratuita al domicilio di questi pazienti, con il coinvolgimento, essenziale, dei medici di famiglia ed ospedalieri.

**MATERIALI E METODI**

**Ricerca delle Fonti di dati:** nella fase iniziale (giugno 2001), accanto allo studio della legislazione riguardante la tematica dell'assistenza domiciliare (**AD**) ai malati in fase terminale, è stata effettuata la ricerca di esperienze simili già attive sul territorio nazionale. Tale fase di indagine e la successiva analisi hanno permesso di avere un quadro chiaro delle problematiche e necessità organizzative e gestionali. In tal modo è stato possibile definire la tipologia delle figure professionali da coinvolgere e la strategia di interazione, la dotazione organica, le modalità di prescrizione dei farmaci oppiacei, le modalità burocratiche da svolgere per l'erogazione di ausili sanitari da parte dell'azienda sanitaria locale, le problematiche sanitarie ed assistenziali e le prestazioni erogabili.

**Rilevazione delle necessità assistenziali:** in una fase successiva (luglio 2001) si è cercato di indagare la frequenza della condizione di "Malato terminale affetto da cancro" sul territorio del DSS di Poggiardo. E' stata chiesta la collaborazione dei **MMG** e dei **PLS** per la rilevazione, mediante apposita scheda, di alcuni dati (non sensibili) finalizzati alla quantificazione del bisogno assistenziale. Per facilitare il ritorno delle informazioni è stata resa disponibile, ai medici curanti, una busta già affrancata ed indirizzata alla sede della nostra associazione. Nella lettera di trasmissione ai medici curanti si è sottolineata l'importanza del loro coinvolgimento, senza il quale ogni programma di aiuto



alla persona ammalata ha poche possibilità di riuscita. Su 45 medici (39 MMG e 6 PLS) si sono avute 12 risposte, pari al 27% del totale. Un solo medico ha indicato la presenza, fra i propri assistiti, di 2 sofferenti con tumore in fase terminale. La rilevazione effettuata non può definirsi indicativa del bisogno assistenziale, ma i dati della letteratura specializzata ed i successivi incontri di lavoro con diversi medici curanti del territorio di riferimento, hanno contribuito ad avvalorare la consapevolezza di un bisogno realmente esistente. Tutti i MMG hanno affermato la presenza, in differenti momenti temporali, di ammalati terminali fra i propri assistiti. Peraltro, è anche ipotizzabile che la difficoltà di prevedere un'aspettativa di vita limitata a soli tre mesi, abbia contribuito ad escludere alcuni casi che invece andavano considerati.

## LA PROGRAMMAZIONE OPERATIVA

Il lavoro preliminare ha permesso di realizzare uno schema di progetto che prevede, essenzialmente, l'attivazione di un programma operativo di AD oncologica gratuita e continuativa, accanto al programma di assistenza ospedaliera (AH) e all'utilizzo di un "servizio ambulanza" per il trasporto gratuito del paziente, dal domicilio all'ospedale e viceversa. In particolare, il modello della AD gratuita nella fase a regime (3° e 4° anno dall'avvio) prevede, per n. 6 pazienti (e relative famiglie) ammessi al programma, la necessità del seguente personale: 4 medici (2 oncologi; 2 terapisti del dolore); 1 psicologo; un pool di medici specialisti consulenti (da attivare in rapporto alle necessità contingenti); 1 assistente sociale; 5 infermieri (di cui 1 coordinatore ufficio assistenza); 25 volontari (di cui almeno 6 autisti ambulanza e 6 accompagnatori in ambulanza, 2 servizio di segreteria, 2 componenti Ufficio Assistenza e 2 operatori di supporto sociale). Le **prestazioni** pre-viste a domicilio comprendono: Comunicazione per 24 ore, Visite di medici, Controlli programmati di infermieri, Prelievi ematici, Chemioterapia, Supporto nutrizionale, Terapia del dolore, Ossigeno-terapia, Controllo di qualità (numero di prestazioni e tempo di attuazione; richieste di trasferimento in AH tradizionale da pazienti, familiari e medico generico; questionario di soddisfazione per l'AD; Qualità di vita: buona, normale, ridotta, scadente). Per il progetto di AH, è prevista l'azione dei volontari nei 6 ospedali pubblici dell'Azienda USL LE/2 di Maglie. Ciò con l'obiettivo di assicurare una presenza amichevole ai malati ospedalizzati e di continuare a svolgere l'attività di volontariato al domicilio di quei pazienti, i cui bisogni particolari si possono rendere evidenti proprio all'interno della struttura sanitaria. Per il servizio gratuito di trasporto del paziente con l'utilizzo dell'ambulanza è prevista, per la fase a regime, la disponibilità di un mezzo direttamente gestito dall'associazione. Per la fase iniziale di sperimentazione è stata invece programmata la possibilità di un accordo con altre associazioni di volontariato o con società pubbliche o private autorizzate al trasporto a mezzo ambulanza.

## ANALISI DEI COSTI E PIANO DI FATTIBILITÀ DEL PROGETTO

**Costi dell'AH e dell'AD:** dopo la fase della programmazione operativa sono stati valutati i costi dell'AH tradizionale confrontandoli con quelli dell'AD. Dai dati della letteratura, è essenzialmente emerso che la scelta di AD e in hospice è fortemente competitiva rispetto al ricovero in ospedale (Lewin-VHI, Inc. 1995). Peraltro, è bene considerare che nelle scelte di politica sanitaria la valutazione delle risorse economiche deve sempre accompagnarsi all'attenta valutazione dei criteri di qualità ed etica.

**Piano di fattibilità del Progetto:** è stato quindi predisposto un piano di fattibilità del progetto basato, oltre che sulla definizione dei costi presunti in regime di ricovero classico in rapporto a quelli dell'AD, anche sulla previsione dei costi da sostenere confrontati con i possibili ricavi. In particolare, la fattibilità del progetto è stata valutata sulla base di un'accurata analisi del rapporto AH/AD, cioè sul confronto tra i costi del ricovero classico e quelli relativi all'assistenza a domicilio:

- ◆ **Costi dell'AH:** i costi d'ospedalizzazione possono essere calcolati in base alle tariffe ministeriali stabilite con Decreto Ministero della Sanità 30 giugno 1997 "Aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, di cui al DM 14 dicembre 1994". Ipotizzando un ricovero ospedaliero di un paziente oncologico terminale, si può fare, fra i tanti possibili, un esempio che può essere considerato plausibile per un soggetto in quelle determinate condizioni cliniche: in caso di dimissione di una persona adulta con Diagnosi Principale di "Cachessia" (codice

ICD-9-CM: 799.4) e con Diagnosi Secondaria di "Tumore maligno" - es. Ca Stomaco (codice ICD-9-CM: 151.9) o Ca Polmone (codice ICD-9-CM: 162.4), viene assegnato il DRG 463 (*Segni e sintomi con CC*). In tale caso, il "costo standard" di 1 giorno di degenza è pari a £. 523.000 (Euro 270,11), mentre il "costo standard" di una degenza con durata fra 2 e 42 giorni è pari a £ 6.335.000 (Euro 3271,75). Oltre il 42° giorno di degenza, vi è un incremento pro die di £ 288.000 (Euro 148,74). Se confrontiamo, pur se arbitrariamente dal punto di vista della corretta valutazione economica, questi dati (che considerano solo i costi diretti del "rico-vero ospedaliero" e non anche i costi indiretti) con quelli stimati da M. Stommel *et al* (*The cost of cancer home care to families*, in *Cancer*, 71, 1867-1974, 1993) su un campione di 192 famiglie di pazienti oncologici (in cui le cure domiciliari per un periodo di tre mesi costano in media 4.563 \$ considerando anche i costi indiretti), possiamo comunque arrivare a presumere, dal confronto, la reale evidenza di un vantaggio economico derivante dalla modalità di cura in AD.

- ◆ **Costi dell'AD:** la previsione della ripartizione percentuale dei costi per l'assistenza domiciliare viene espressa e suddivisa in maniera analitica, in base ai dati della letteratura, in:
  - A. COSTI DIRETTI E/O DI GESTIONE**, pari al **47,72%** dei costi totali e comprensivi di: salari dello staff, salari dei consulenti, salari dei TdR, polizze assicurative, trasporti, sussidi non riutilizzabili, telecomunicazioni, amministrazione e kit-comfort.
  - B. COSTI VARIABILI:** pari al **52,28%** dei costi totale e inerenti: familiari (19,70%), automobile (1,09%, pari a 0,43 visite die x 6 km x 394 lire), cooperazione con il MMG (4,17%), esami radiologici e di laboratorio (8,61%), farmaci (14,65%) e trasfusioni (4,06%).

**Piano di fattibilità del Progetto in Base ai Costi ed ai Ricavi:** i costi da considerare per la realizzazione del progetto sono i "Costi di Struttura", i "Costi per la Formazione" ed i "Costi di Gestione":

- 1. COSTI DI STRUTTURA:** questi costi sono maggiori nel primo anno per le necessità d'investimento iniziale, su cui grava soprattutto la voce relativa all'acquisto dell'autoambulanza (qua-lora lo si decida). L'autoambulanza, quando e se disponibile, potrà essere utilizzata a richiesta, oltre che per lo specifico servizio anche per il trasporto di pazienti diversi al fine di consentire l'abbattimento dei costi con il possibile introito di somme attraverso l'applicazione di tariffe (comunque inferiori alle quotazioni di mercato). Negli anni successivi, si prevedono costi (molto inferiori rispetto al primo anno) dovuti al prevedibile e continuo ampliamento dell'attività organizzativa con la conseguente necessità di adeguamenti della struttura. Per il nostro progetto di AD, i costi di struttura sostenuti sono stati così considerati e quantificati:
  - Acquisto di 2 Personal Computer (di cui 1 portatile) e software per scrittura, calcolo e gestione dati (forniti di 2 Modem, Possibilità di collegamento Internet, 2 Scanner, 2 stampanti, 1 telecamera), pari a Euro 6700,00.
  - Acquisto di 3 scrivanie, con relative sedie, pari a Euro 1550,00.
  - Acquisto di 3 librerie = Euro 1290,00.
  - Acquisto di 3 Cassettiere = Euro 517,00.
  - Arredamento sala d'attesa = Euro 1033,00.
  - Acquisto di una autoambulanza = Euro 51646,00.
  - Acquisto di una fotocopiatrice = Euro 2582,00.
  - Acquisto di due apparecchi telefonici e messa in rete = Euro 517,00.
  - Climatizzazione = Euro 2582,00.
  - Illuminazione = Euro 1290,00.
- 2. COSTI DI FORMAZIONE:** sono i costi dovuti all'attivazione di "Corsi di formazione per i Volontari" che esplicheranno attività di supporto all'azione del personale sanitario ed aiuto al paziente ed ai suoi familiari. Peraltro, vi è la necessità di prevedere e sostenere l'aggiornamento dei medici e di tutto l'altro personale sanitario impegnato, nell'ambito di un "Programma di Formazione continua". La formazione, avviata nel primo anno, procederà senza sosta anche negli anni successivi previsti per lo sviluppo a regime del programma.
- 3. COSTI DI GESTIONE:** questi costi, che si prevedono inizialmente meno incidenti sulla spesa complessiva, andranno aumentando con l'aumentare del volume di prestazioni e-rogate. E'

proprio per tale motivo che si prevede una loro continua progressione nel corso dei quattro anni di sviluppo del programma assistenziale.

Alla luce di tutto quanto sopra, si illustra di seguito la tabella riassuntiva dei costi previsti (espressi in euro) da sostenere nel corso di 4 anni per l'avvio e la messa a regime del Programma di AD.

<b>COSTI</b>	<b>ANNO I</b>	<b>ANNO II</b>	<b>ANNO III</b>	<b>ANNO IV</b>	<b>TOTALE</b>
<b>DI STRUTTURA</b>	69722	5165	5165	5165	<b>85217</b>
<b>FORMAZIONE</b>	7747	7747	7747	7747	<b>30988</b>
<b>DI GESTIONE</b>	7747	18076	30987	46481	<b>103291</b>
<b>TOTALE</b>	85216	30988	43899	59393	<b>219496</b>

**Il Piano dei Ricavi per l'AD:** le varie voci dei ricavi previste, non quantificate, sono:

- ◆ Somme derivanti dalle Adesioni all'Associazione che prevedono il pagamento della quota associativa.
- ◆ Somme derivanti dall'adesione all'Associazione al momento dell'accesso del paziente al programma di assistenza domiciliare.
- ◆ Somme derivanti dal Pagamento di una tariffa (minore della quotazione di mercato) per il trasporto di pazienti fuori del programma.
- ◆ Somme raccolte nel corso di manifestazioni culturali e di sensibilizzazione della popolazione al problema degli ammalati terminali.
- ◆ Fondi erogati dalle altre Associazioni pubbliche e private presenti sul territorio.
- ◆ Fondi aggiuntivi erogati dalle Amministrazioni Comunali, dalla Provincia e dalla Regione.
- ◆ Eventuali lasciti o donazioni.
- ◆ Erogazione all'associazione dei "Fondi agevolati" per la realizzazione del Progetto di AD.
- ◆ Convenzione con l'azienda USL per l'erogazione dell'assistenza domiciliare

#### **LA FASE DI ATTUALE SPERIMENTAZIONE**

Dal 1° febbraio 2002 è stato attivato, d'intesa con la Direzione generale dell'A.USL LE/2 Maglie, il "Servizio gratuito di assistenza socio-sanitaria a domicilio per Sofferenti affetti da tumore in fase avanzata e avanzatissima". La zona interessata dal servizio, nella fase sperimentale, è rappresentata dal territorio del DSS di Poggiardo, di cui fanno parte 15 Comuni con una popolazione complessiva di 47.695 abitanti (al 31.12.2000). Tutti i Sindaci dei Comuni interessati sono stati tempestivamente informati dell'iniziativa medesima. Dopo la fase sperimentale della durata prevista fra 6 mesi ed un anno, il progetto potrà essere progressivamente esteso agli altri 5 DSS dell'azienda USL. Peraltro, qualora nella stessa fase di sperimentazione la domanda del servizio dovesse sorgere impellente anche in altre zone del territorio limitrofo, si cercherà comunque di soddisfarla con l'adeguamento possibile delle caratteristiche organizzative e della dotazione in personale e mezzi. Attualmente le **prestazioni** eseguibili a domicilio sono: visite di medici, controlli e prestazioni infermieristiche, terapia del dolore, chemioterapia, supporto nutrizionale, aiuto di volontari. E' prevista l'attivazione, per il prossimo futuro, anche della terapia trasfusionale e dell'assistenza psicologica. Al programma, che in questa fase sperimentale non è ancora attivo 24 ore su 24, partecipano: 1 medico coordinatore del servizio di assistenza, 1 medico internista (specialista in ematologia), 2 medici anestesisti-rianimatori (con esperienza in terapia antalgica e nutrizione artificiale), 6 infermieri professionali (di cui 1 responsabile dell'Ufficio Accoglienza), 5 volontari. Naturalmente, il medico di famiglia continua a rimanere il responsabile terapeutico del sofferente e la sua richiesta di assistenza costituisce l'unica modalità per l'attivazione del servizio a domicilio. Oltre agli oncologi, l'associazione ha la possibilità di avvalersi di Consulenti specialisti in altri campi terapeutici in caso di necessità. Particolarmente necessaria è la

presenza degli Psicologi per il sostegno del Sofferente e dei suoi Familiari. E' anche previsto un adeguato supporto psicologico per gli operatori dell'AD (Programma di Formazione). Le richieste di AD pervengono (direttamente o tramite l'AUSL) all'Ufficio Accoglienza firmate dal Medico di famiglia e da un Familiare. Il Sofferente, il Familiare ed il Medico di famiglia possono, se lo desiderano, interrompere la collaborazione in qualsiasi momento. Dopo ogni richiesta, anche telefonica, di intervento, si provvede alla verifica dei seguenti criteri di eleggibilità dei Pazienti:

1. Presenza di malattia neoplastica in fase avanzata o avanzatissima.
2. Necessità di trattamenti specialistici (terapia antitumorale, terapia complementare, terapia di supporto).
3. Richiesta del medico di famiglia e di un familiare (che il medico curante o un familiare trasmette all'associazione).
4. Lettera di informativa e consenso informato (da acquisire da parte del Medico SOS prima della compilazione della Scheda clinica)
5. Scheda clinica (da compilarsi a cura del Medico della ONLUS che dovrà trasmetterlo all'associazione e da questa in copia al medico curante).

In particolare, i malati ammessi all'assistenza domiciliare, in quanto affetti da malattia neoplastica, devono rientrare in una delle seguenti tipologie di caso:

- A. Sofferenti con neoplasia metastatica in buone condizioni generali, ma temporaneamente impediti (fratture, o simili) ad accedere per il trattamento in centri specializzati.
- B. Sofferenti con neoplasia metastatica in cattive condizioni generali (indice di Karnofsky  $\leq 40$ ) già in trattamento.
- C. Sofferenti con neoplasia metastatica in trattamento con terapia di supporto.
- D. Sofferenti con quadri ematochimici particolari che, nonostante non presentino metastasi, si trovano in cattive condizioni generali (con indice di Karnofsky  $\leq 40$ ), affetti da: tumori cerebrali, grosse masse mediastiniche, sarcomi dei tessuti molli, tumori non solidi (leucemie, linfomi), ecc.

Il rafforzamento dell'interazione con la struttura del DSS potrà permettere al personale medico dell'équipe di assistenza, nell'imminente futuro, di effettuare le prescrizioni dei farmaci di fascia A su ricettario bianco (con l'intestazione dell'associazione di volontariato) e potrà, altresì, consentire di certificare la necessità di presidi sanitari. Per la prescrizione dei farmaci stupefacenti si seguono le disposizioni di cui alla legge 8 febbraio 2001, n. 12 ed al Decreto del 24 maggio 2001. Per ogni paziente sono disponibili la Cartella Clinica e quella Infermieristica che per tutto il periodo relativo all'assistenza sono assegnate in dotazione all'infermiere che segue il caso. Al termine dell'assistenza, la cartella clinica viene consegnata al medico dell'équipe di coordinamento SOS che ne dispone l'archiviazione. Dall'attivazione del servizio fino al momento attuale, sono dieci i pazienti assistiti a domicilio (4 maschi e 6 donne). Fra questi, due (1 maschio e 1 femmina) sono nel frattempo deceduti mentre altri 8 sono in trattamento. Nel prossimo futuro, con l'incremento del numero degli assistiti e delle prestazioni erogate, si potranno analizzare i primi dati relativi alle caratteristiche dei pazienti e dei nuclei familiari a cui appartengono ed i dati relativi alle nuove problematiche assistenziali, nell'ottica del miglioramento qualitativo da ricercare, anche, nella auspicata maggiore interazione funzionale con la struttura ospedaliera e con quella del DSS.

## BIBLIOGRAFIA

1. **Decreto ministeriale 28 settembre 1999:** *Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative.*
2. **Deliberazione della Giunta Regione Puglia, n. 1299 del 17 ottobre 2000:** *Programma per la rete delle cure palliative in Puglia.*

3. **E. Strocchi, S. Tanneberger, A. Sereni, F. Pannuti:** *La gestione del malato oncologico anziano*, in "Giornale di gerontologia 2000", 48: pp. 709-721, ottobre 2000.
4. **F. Pannuti, S. Tanneberger e C. Zamagni:** *Ospedalizzazione domiciliare: prospettive per una maggiore dignità di vita dei pazienti con cancro in fase avanzata*, in "European Journal of Oncology", vol. 4, n. 1, pp.43-45, 1999.
5. **F. Pannuti:** *L'Ospedalizzazione domiciliare oncologica: il "Progetto Eubiosia"*, da "Atti del II congresso nazionale di oncologia medica", pp. 98-101, Genova, magazzini del cotone 28-31 ottobre 2000.
6. **L. Canavacci:** *Una rivoluzione silenziosa. Il percorso legislativo delle cure palliative in Italia*, in Professione – Sanità Pubblica e Medicina Pratica, anno IX, n. 8, pp. 25-30, 2001.
7. **Legge 26 febbraio 1999, n. 39:** *Conversione in legge, con modificazioni, del DL 28 dicembre 1998, n. 450, recante disposizioni per assicurare interventi urgenti di attuazione del Piano sanitario nazionale 1998-2000.*
8. **Legge 8 febbraio 2001, n. 12:** *Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore.*
9. **M. Stommel e al.:** *The cost of cancer home care to families*, in Cancer, 71, 1867-1974, 1993.
10. **Piano Sanitario Regionale 2002-2004:** *Piano della salute e Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali*, Atto della Giunta Regione Puglia 27 dicembre 2001.

PROPOSTA DI PIANO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE DEL PERSONALE DEI DSS  
CONSEGNATA IN DATA 7 MARZO 2002 AL Dr. AQUILINO (ARES – PUGLIA)

**IPOSTESI DI PIANO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE PER IL  
PERSONALE DEL DISTRETTO SOCIO-SANITARIO**

– Pierluigi Camba –

Dal 1° gennaio 2002 si è iniziata la fase a regime del programma di Formazione continua (ECM). Un passaggio importante del nuovo sistema di formazione è rappresentato dal fatto che ogni operatore può provvedere in piena autonomia – e, purtroppo, nella stragrande maggioranza dei casi, a sue spese – al proprio aggiornamento, scegliendo all'interno delle manifestazioni accreditate, con l'obbligo, stabilito dalla Commissione nazionale per la formazione continua, di conseguire nel quinquennio 2002-2006, n°150 crediti formativi, con un obbligo progressivo di 10 crediti per il 2002 e fino a 50 crediti per il 2006.

Sul piano teorico, l'A.Pu.Di.D. condivide pienamente l'impostazione dell'**ARES Puglia** di prevedere corsi di management sanitario per formare una sorta di "vivaio" di dirigenti, dal quale attingere per garantire alle Aziende USL scelte oculatamente in merito alle nomine dei direttori di DSS e di dirigente responsabile di UO; tuttavia, l'associazione auspica anche che la Regione possa individuare strumenti formativi anche per tutti gli operatori non medici del DSS, dagli psicologi ai farmacisti, dagli infermieri ai terapisti della riabilitazione, dal personale amministrativo agli operatori addetti agli URP, ai quali ultimi sono demandate importanti funzioni inerenti il marketing ed il monitoraggio e il miglioramento della Customer Satisfaction.

I principi fondamentali sui quali dev'essere conformato il progetto di formazione e di aggiornamento professionale del personale dei DSS sono:

- 1. CONFORMITA' AGLI OBIETTIVI:** il programma di formazione e aggiornamento dev'essere in sintonia con le linee-guida fissate dal PSR e dal Piano strategico aziendale.
- 2. RICERCA DI SINTESI:** il programma di formazione e aggiornamento deve prevedere un equilibrio tra i contenuti di carattere economico-aziendale, sociologico ed igienistico-sanitario.
- 3. CIRCOLARITA':** la programmazione del piano formativo dev'essere di tipo "circolare", da realizzarsi, cioè, in modo omogeneo su tutto il territorio regionale, allo scopo di consentire la disponibilità di strumenti "universalmente" applicabili in ambito regionale.
- 4. PROGRESSIONE:** la programmazione del piano di formazione ed aggiornamento dev'essere di tipo "diacronico", allo scopo di consentire agli operatori l'acquisizione di un bagaglio di conoscenze utilizzabili "in progress".
- 5. INTEGRAZIONE:** la programmazione del piano di formazione ed aggiornamento non dev'essere settoriale o, peggio, settaria, ma "integrata" con il piano formativo dei medici ospedalieri, degli specialistici ambulatoriali, nonché con quello dei MMG e dei PLS.

**AREE TEMATICHE DI INTERESSE**

◆ **PER I MEDICI**

- 1. Management sanitario e management aziendale.**
- 2. Comunicazione e marketing aziendale.**
- 3. Statistica e informatica applicata alle aziende sanitarie.**
- 4. Educazione sanitaria.**
- 5. Cure primarie e cure intermedie.**
- 6. Farmacoeconomia e farmacoepidemiologia.**
- 7. Disease management.**

- 8. Qualità in sanità e Customer Satisfaction.**
- ◆ **PER GLI PSICOLOGI**
    1. Management sanitario e management aziendale.
    2. Comunicazione e marketing aziendale.
    3. Statistica sanitaria applicata alle indagini campionarie.
    4. Educazione sanitaria.
    5. Elementi di sociologia applicata.
  - ◆ **PER I FARMACISTI**
    1. Management sanitario e management aziendale.
    2. Statistica e informatica applicata alle aziende sanitarie.
    3. Farmaco-economia e farmacoepidemiologia.
  - ◆ **PER IL PERSONALE INFERMIERISTICO**
    1. Cure Primarie.
    2. Cure Intermedie.
    3. ADI.
    4. Comunicazione e Customer Satisfaction.
    5. Educazione sanitaria del paziente.
  - ◆ **PER I TERAPISTI E GLI ALTRI OPERATORI DELL'ASSISTENZA RIABILITATIVA**
    1. Cure Primarie.
    2. Cure Intermedie.
    3. ADI.
    4. Metodologie innovative in campo riabilitativo.
    5. Comunicazione e Customer Satisfaction.
  - ◆ **PER IL PERSONALE AMMINISTRATIVO**
    1. Elementi di economia aziendale e sanitaria.
    2. Statistica e informatica applicata alle aziende sanitarie.
  - ◆ **PER IL PERSONALE URP**
    1. Elementi di sociologia.
    2. Statistica e informatica applicate alla aziende sanitarie.
    3. Comunicazione e marketing aziendale.
    4. Qualità e Customer Satisfaction.

PROPOSTA DI PIANO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE INTEGRATA PER I MMG  
 CONSEGNATA IN DATA 14.3.02 ALLA SIG.RA C.R. CAVALLO (DIR. ASS. SANITA')

## IPOTESI DI PIANO DI FORMAZIONE INTEGRATA PER I MMG

– Dr.ssa Lucia LADDAGA – Resp. DSS Altamura e DSS Acquaviva delle Fonti – A.USL BA/3 –  
– Dr. Giuseppe PETRAROLI – Responsabile DSS San Pietro Vernotico – A.USL BR/1 –

Articolare la formazione obbligatoria dei MMG è compito della A.USL, come previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale di lavoro.

Il DSS, come struttura accreditata, per suo tramite o mediante la regione, in accordo con i sindacati, gestisce i corsi di formazione, secondo i criteri definiti dall'ECM.

I programmi dei corsi di formazione vengono definiti in funzione dei **piani di salute** dei distretti e sono in stretta correlazione, quindi, alle singole esigenze degli stessi.

La formazione obbligatoria dev'essere il punto fondante per una perfetta realizzazione dei percorsi diagnostici e terapeutici, fondamentali per la definizione del budget, inteso come strumento di gestione manageriale dell'azienda, basato sulla condivisione di obiettivi.

I principi fondamentali sui quali l'A.Pu.Di.D. ritiene debba essere strutturato il progetto di ECM per i MMG sono:

1. **INTEGRAZIONE:** la programmazione del piano di formazione ed aggiornamento dei MMG dev'essere necessariamente integrata sia con gli obiettivi strategici dei **piani di salute** dei DSS, sia con il piano formativo dei direttori di DSS e dei dirigenti di UO dei DSS.
2. **CONFORMITA' AGLI OBIETTIVI:** il programma di formazione e aggiornamento dev'essere in sintonia con le linee-guida fissate dal **PSR**, dai **Piani strategici aziendali** e dai **Piani di Salute dei DSS**.
3. **RICERCA DI SINTESI:** il programma di formazione deve prevedere un equilibrio tra i contenuti di carattere economico-aziendale e quelli di aggiornamento professionale a più marcata impronta clinica.
4. **CIRCULARITA':** la programmazione del piano formativo sui temi di carattere generale, concordati a livello regionale, dev'essere di tipo "circolare", da realizzarsi, cioè, in modo omogeneo su tutto il territorio regionale, allo scopo di consentire la disponibilità di strumenti "universalmente" applicabili in ambito regionale.
5. **PROGRESSIONE:** la programmazione del piano di formazione sui temi di carattere generale dev'essere di tipo "diacronico", allo scopo di consentire ai MMG di acquisire un bagaglio di conoscenze di management sanitario utilizzabili "in progress".

Alla **regione**, con l'auspicato supporto di agenzie formative, il compito di gestione di corsi di formazione di carattere generale, che serviranno a costruire una condivisione sulla nuova sanità e uno strumento di integrazione funzionale con i programmi formativi dei direttori e dirigenti di DSS, come nei nuovi programmi della Regione Puglia. In particolare, si suggeriscono le seguenti aree tematiche:

1. **Management.**
2. **Farmacoeconomia**
3. **Farmacoepidemiologia**
4. **Economia sanitaria**
5. **Farmaco-vigilanza**
6. **Sperimentazione in fase terza e quarta.**

Si ribadisce, infine, la disponibilità dell'A.Pu.Di.D. a collaborare, a livello regionale ed aziendale, per la stesura dei piani formativi.

## ORIGINE E FUNZIONE DEL DSS

– Dott. Antonio Di Rienzo (Direttore Amministrativo DSS/2 – A.USL BA/4) –  
– Dott. Michele De Martino (Dirigente Responsabile DSS/7 – A.USL BA/4) –



La concezione originaria del Distretto sanitario, quale *“struttura tecnico-funzionale per l'erogazione dei servizi di primo livello e pronto intervento”* (Legge n. 833/1978), non ha subito sostanziali mutamenti ad opera della legislazione successiva.

Solo con l'entrata in vigore del DLgs n. 229/99, la predetta fondamentale nozione è stata integrata, nel senso che tale istituto deve essere altresì considerato come *“articolazione finalizzata a realizzare un elevato livello di integrazione dei servizi”*.

L'idea originaria era quella di predisporre una struttura in grado di assicurare l'assistenza 24 ore su 24, senza che i pazienti fossero costretti a recarsi in ospedale anche quando ciò non fosse strettamente indispensabile, ossia di creare un vero e proprio secondo polo di assistenza paragonabile al **“Primary Care Center”**, oggi presente con circa quattromila unità negli Stati Uniti.

In proposito, per meglio comprendere l'origine e la funzione del Distretto, giova rammentare che nel corso degli ultimi decenni si è assistito, almeno negli Stati industrializzati, ad un tendenziale spostamento del baricentro dell'assistenza sanitaria: dall'ospedale al centro ambulatoriale, dalla medicina specialistica a quella generale.

Non v'è dubbio che la causa di questa trasformazione sia costituita dalla crescita esponenziale del costo della sanità, ormai insostenibile nei Paesi del G-8: per l'Italia si parla di una quadruplicazione in 10 anni. Né può negarsi che tale costo incida a tal punto sulla competitività industriale, da rendere ormai improrogabile il suo contenimento.

Tuttavia, la riduzione della spesa sanitaria non può essere concepita come una mera operazione di quadratura dei bilanci, date le inevitabili conseguenze negative per la qualità dell'assistenza, ma deve puntare all'efficienza, attraverso una seria alternativa all'attuale concezione *“ospedalocentrica”* della sanità italiana (il cui bilancio è assorbito per il 55% dagli ospedali), nel quadro di una realtà in cui più della metà dei ricoveri risultano ingiustificabili, e sotto il profilo tecnico, e sotto quello umano.

L'alternativa di cui si parla, non può che essere costituita dal DSS, inteso come valida soluzione al problema del ricovero ospedaliero indiscriminato e quale autentica chiave di volta di una riforma sanitaria caratterizzata da una notevole diminuzione dei costi - la cui funzione precipua è quella di gestire un'area dell'assistenza sanitaria confinante, da un lato, con la medicina di base, dall'altro, con l'ospedale, con l'obiettivo di consentire ai pazienti di trovare immediata soluzione alla maggior parte dei loro problemi di salute.

Ma se il progetto primigenio si limitava a considerare l'istituzione in parola come strumento per avvicinare i luoghi della salute alla domanda di salute, con l'entrata in vigore del DLgs n. 229/99, si è forse tentato di colmare le lacune operative e organizzative che per più di vent'anni ne hanno impedito il decollo: non si trascuri il fatto che il legislatore del 2000, paradossalmente, parli ancora di *“nuova struttura”*.

In verità, non in tutti i Distretti si manifesta lo stesso livello di disservizio, di cui è spesso causa primaria il dimensionamento sproporzionato rispetto alla distribuzione della popolazione nelle aree servite. Né può trascurarsi che ai disagi endemici di cui soffre la nostra società, come, ad esempio, l'insufficienza dei trasporti pubblici, si aggiunge la circostanza che l'utenza maggiormente interessata al servizio distrettuale appartiene, prevalentemente, ad una fascia d'età e a categorie sociali disagiate.

Ma sta di fatto che *l'integrazione dei servizi*, prospettata dall'ultimo intervento legislativo, deve essere intesa come auspicio di un mutamento di mentalità, culturale prima che organizzativo, tendente a debellare l'ormai radicato fenomeno della spersonalizzazione del rapporto medico-paziente, nell'ottica di un'assistenza che non può essere solo sanitaria, ma anche sociale, che miri, cioè, ad assistere il paziente anche sotto il profilo del disagio psichico e morale.

Di qui discende la necessità di rendere in forma interdisciplinare l'intervento sanitario, riducendo l'autoreferenzialità tipica del personale sanitario, attraverso un processo costituito da una concatenazione di contributi, sì individuali, ma, al tempo stesso, diretti alla prestazione di un servizio che soddisfi appieno il cittadino utente.

In altri termini, l'integrazione si sostanzia anche nell'*integrazione professionale*, mediante la quale le diverse attività che afferiscono alla medicina di base (assistenza primaria, continuità assistenziale, medicina dei servizi e pediatria di libera scelta) si interconnettono attraverso lo sviluppo

dell'associazionismo tra i professionisti, dando modo, così, di realizzare un vero e proprio servizio d'équipe.

Non si dimentichi che la necessità dell'integrazione e l'esigenza di cambiamento non rivengono solo in modo astratto dalla legge, ma anche, tangibilmente e direttamente, dalla nostra società, che non si limita a chiedere la guarigione dalle malattie, ma, sempre di più, è alla ricerca di una condizione di "benessere", che può essere raggiunta, appunto, solo unificando verso il medesimo fine una pluralità di competenze.

Il legislatore, al fine di predisporre gli strumenti necessari alla realizzazione degli obiettivi appena esposti, ha attribuito ai distretti un'autonomia gestionale, tecnica e finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio delle A.USL, conferendo all'assistenza sul territorio un vero e proprio budget operativo. Tuttavia ciò non è sufficiente a garantire il successo dell'istituzione in parola: sono indispensabili anche l'impegno e la buona volontà della burocrazia e della classe politica.

**STATUTO DELL'ASSOCIAZIONE PUGLIESE DEI DIRETTORI E  
DIRIGENTI DI DISTRETTO SOCIO-SANITARIO (A.Pu.Di.D.)  
(Stipulato in Bari il 23.01.2002, presso lo studio del dr. Mario TONI)**

**TITOLO I - Costituzione - Sede - Durata - Oggetto - Patrimonio sociale - Esercizio sociale -  
Bilancio.**

**ART 1:** È costituita una associazione denominata "ASSOCIAZIONE PUGLIESE DEI DIRETTORI E DIRIGENTI DI DISTRETTO SOCIO-SANITARIO" in sigla A.Pu.Di.D..

**ART 2:** l'Associazione ha sede in Bari, al Corso Alcide De Gasperi, n. 292.

**ART. 3:** la durata dell'associazione è fissata fino al 31.12.2100 e potrà essere prorogata o anticipatamente sciolta con deliberazione dell'assemblea.

**ART. 4:** l'associazione è apartitica, scientifica e senza fini di lucro ed intende essere retta e regolata, oltre che dalle norme del Codice Civile e dalle altre norme vigenti in materia, anche dalla norma di cui all'art. 111, comma 4-quinquies del DPR n.917 del 22.12.86, cui intende conformarsi e che qui si abbia per riportata e trascritta.

Gli associati sono tenuti alla accettazione e all'osservanza delle norme del presente statuto.

L'associazione la finalità di promuovere, valorizzare e sostenere con ogni strumento i Distretti Socio-Sanitari (in seguito DSS) nella realtà territoriale pugliese quale contesto ideale per l'erogazione dell'assistenza primaria ai cittadini nonché il ruolo professionale dei direttori e di tutti gli operatori del DSS nel Servizio Sanitario Regionale. L'associazione si prefigge i seguenti obiettivi:

- ◆ promuovere a livello regionale indirizzi organizzativi uniformi per le strutture distrettuali;
- ◆ promuovere e diffondere con ogni mezzo la conoscenza del ruolo e della funzione dell'associazione;
- ◆ favorire il perseguimento degli obiettivi di qualità e di efficienza degli interventi distrettuali, contribuendo alla definizione degli indirizzi per un'equa ed appropriata distribuzione delle risorse;
- ◆ promuovere interventi atti a garantire la corrispondenza dei livelli essenziali di assistenza distrettuale a livello regionale con quelli previsti dal Piano Sanitario Nazionale vigente, sulla base dei reali bisogni del territorio;
- ◆ realizzare iniziative per la formazione permanente dei direttori, dei dirigenti e di tutti gli operatori di DSS, attraverso l'organizzazione e lo svolgimento di studi, ricerche cliniche, epidemiologiche ed altre iniziative di formazione permanente quali corsi, seminari, convegni. A tal fine l'A.Pu.Di.D. potrà avvalersi della collaborazione di altri enti, associazioni, aziende e società scientifiche, che per statuto abbiano tale attività nel loro oggetto sociale;
- ◆ promuovere forme di collaborazione didattica dei direttori di distretto nell'insegnamento universitario e in corsi di aggiornamento, perfezionamento professionale e percorsi master;
- ◆ promuovere iniziative dirette a migliorare le condizioni nell'esercizio quotidiano della professione, anche partecipando all'individuazione dei supporti tecnologici necessari a tale scopo;
- ◆ promuovere e svolgere corsi di formazione e di aggiornamento professionale;
- ◆ promuovere, realizzare e diffondere iniziative divulgative, realizzate anche a mezzo stampa o con sistemi elettronici, finalizzate alla valorizzazione della peculiarità delle attività distrettuali ivi compresi progetti-obiettivo e attività di ricerca;
- ◆ promuovere e sostenere la partecipazione degli associati, anche in qualità di consulenti, in ogni ente o istituto deputato alla programmazione, pianificazione e organizzazione dei servizi sanitari in ogni sede nella quale si svolgono tali attività;
- ◆ favorire scambi culturali ed incontri periodici o permanenti con i membri di altri paesi europei ed extraeuropei impegnati in interventi di assistenza territoriale.

L'associazione, per provvedersi dei mezzi necessari, farà ricorso, oltre che al contributo dei soci, anche a sponsorizzazioni pubbliche o private e potrà altresì organizzare e promuovere viaggi, convegni e manifestazioni in genere.

Per il raggiungimento dei propri scopi, l'associazione potrà compiere tutte le operazioni mobiliari e immobiliari che i suoi organi riterranno necessari o utili per il conseguimento degli scopi medesimi.

**ART 5:** l'associazione potrà aderire ad ogni altro organismo, in particolare associativo, sia pubblico che privato, che si proponga attività ed iniziative analoghe o connesse al proprio scopo.

**ART 6:** il patrimonio è costituito:

- A. Da tutti i beni mobili e immobili che l'associazione acquisterà durante la sua vita;
- B. Da eventuali fondi di riserva costituiti con l'eccedenza di bilancio;

C. Da eventuali erogazioni, donazioni e lasciti;

Le entrate sono costituite:

A. Dalle quote sociali;

B. Dal ricavato dell'organizzazione di corsi e di manifestazioni o partecipazioni ad esse;

C. Da ogni altra entrata che concorra ad incrementare l'attività sociale.

**ART. 7:** l'esercizio finanziario si chiude al 31 dicembre di ogni anno. Entro trenta giorni dalla fine di ogni esercizio dovranno essere obbligatoriamente predisposti dal consiglio di amministrazione il bilancio consuntivo o rendiconto economico e finanziario e quello preventivo del successivo esercizio, da doversi poi obbligatoriamente far approvare dall'assemblea dei soci entro i 3 mesi successivi.

E' vietato distribuire, anche in modo indiretto, utili o avanzi di gestione, nonché fondi, riserve e capitale durante la vita dell'associazione, salvo che la destinazione e la distribuzione non siano imposte dalla legge.

## TITOLO II - SOCI

**ART. 8:** Il numero dei soci è illimitato. Possono essere soci dell'associazione tutti coloro che esercitano o abbiano esercitato le funzioni di direttore o di dirigente di distretto socio-sanitario.

Oltre a coloro che hanno partecipato alla costituzione dell'associazione, saranno soci anche tutti coloro, aventi i requisiti di cui innanzi, la cui domanda di ammissione sarà accettata dal consiglio direttivo e che verseranno all'atto dell'ammissione la quota associativa che sarà stabilita annualmente dal Consiglio Direttivo.

Il consiglio direttivo può attribuire la qualità di socio onorario a quelle persone che si sono particolarmente distinte nel campo delle iniziative sociali o che abbiano dato un notevole contributo, di qualsiasi genere, ai fini del raggiungimento degli scopi sociali.

Al pagamento della quota associativa, da fissarsi di anno in anno dal consiglio direttivo, eccezion fatta della prima, che è fissata nell'atto costitutivo, sono tenuti tutti i soci, anche fondatori, con la sola eccezione dei soci onorari.

I soci che non hanno presentato per iscritto le loro dimissioni entro il 31 ottobre di ogni anno saranno considerati soci anche per l'anno successivo ed obbligati al versamento della quota annuale di associazione.

**ART. 9:** L'associazione attua una disciplina uniforme del rapporto associativo e delle modalità associative volte a garantire la effettività del rapporto medesimo. A tal fine e in particolare:

A. E' esclusa espressamente una qualsiasi partecipazione temporanea alla vita associativa;

B. Gli associati hanno il diritto di voto per l'approvazione e le modificazioni dello statuto e per la nomina degli organi direttivi dell'associazione.

**ART. 10:** Gli associati hanno diritto, alle condizioni che verranno fissate dal consiglio direttivo, di frequentare i locali sociali e di partecipare a tutto quanto verrà organizzato e promosso dall'associazione.

La qualità di socio si perde per decesso, dimissioni ed esclusione.

L'esclusione potrà essere deliberata per morosità protrattasi per tre mesi e indegnità.

La morosità è dichiarata dal consiglio direttivo.

L'indegnità verrà deliberata dall'assemblea dei soci.

L'associato dimissionario o escluso non può vantare pretese alcuna sulle quote associative né sul patrimonio dell'associazione.

Le quote o contributi associativi sono intrasmissibili, ad eccezione dei trasferimenti a causa di morte, e non rivalutabili.

## TITOLO III - ORGANI SOCIALI

**ART 11:** L'associazione è amministrata da un consiglio direttivo, composto da tre a quindici membri, soci, di cui uno con funzioni di presidente, uno con funzioni di vice presidente e uno con funzioni di segretario.

I membri del Consiglio Direttivo sono eletti dall'Assemblea dei Soci per la durata di tre anni e sono sempre rieleggibili.

E' adottato il principio della libera rieleggibilità degli organi amministrativi.

In caso di dimissioni o decesso di un consigliere, il consiglio, alla prima riunione, provvede alla sua sostituzione chiedendone la convalida alla prima assemblea annuale.

**ART.12:** Il consiglio direttivo, salvo che non vi abbiano provveduto, in sede di sua elezione, l'assemblea, e in sede di atto costitutivo, i soci fondatori, nomina nel proprio seno un Presidente, il vice Presidente ed il Segretario.

Nessun compenso è dovuto ai membri del consiglio direttivo.

**ART 13:** Il consiglio si riunisce tutte le volte che il presidente lo ritenga necessario o che ne sia fatta richiesta da almeno un terzo (1/3) dei suoi componenti e, comunque, almeno una volta all'anno per deliberare in ordine al conto consuntivo ed al conto preventivo ed all'ammontare della quota annuale associativa da pagarsi entro un mese dalla sua determinazione da parte del consiglio di amministrazione.

Per la validità delle deliberazioni occorre la presenza effettiva della maggioranza dei presenti; in caso di parità prevale il voto di chi presiede.

Il consiglio direttivo è presieduto dal Presidente e, in sua assenza, dal vice presidente; in loro assenza, presiederà il consigliere più anziano di età.

Delle riunioni del consiglio sarà redatto, su apposito libro, il relativo verbale che sarà sottoscritto da tutti i presenti.

**ART. 14:** Il consiglio è investito dei più ampi poteri per la gestione ordinaria e straordinaria dell'associazione senza limitazioni.

**ART. 15:** Il Presidente, e in sua assenza il vice Presidente, hanno la firma sociale e la rappresentanza legale dell'associazione nei confronti dei terzi ed in giudizio. Il presidente cura l'esecuzione dei deliberati dell'assemblea del consiglio.

Nei casi di urgenza può esercitare i poteri del consiglio salvo ratifica di quest'ultimo e alla prima riunione.

**ART 16:** Hanno diritto di partecipare all'assemblea dei soci e di votare nella stessa, con il principio del voto singolo di cui all'art. 2532, 2° comma del Codice Civile, tutti i soci.

Ogni socio può rappresentare solo un altro socio.

**ART 17:** I soci sono convocati in assemblea dal consiglio direttivo almeno una volta all'anno per l'approvazione dei bilanci consuntivo e preventivo.

L'assemblea dev'essere convocata sia mediante affissione nell'albo dell'associazione dell'avviso di convocazione contenente l'ordine del giorno, che mediante avviso scritto o spedito con raccomandata con ricevuta di ritorno o consegnato a mano a ciascuno socio che ha diritto a parteciparvi, il tutto quindici giorni prima di quello fissato per l'adunanza.

Alle deliberazioni assembleari ed ai bilanci consuntivi e preventivi dovrà darsi pubblicità uguale a quella innanzi prevista per la convocazione dell'assemblea.

L'assemblea può essere convocata anche fuori della sede sociale purché nel territorio della Regione Puglia.

**ART 18:** L'assemblea è sovrana. L'assemblea delibera sul bilancio consuntivo e preventivo, sugli indirizzi e direttive generali dell'associazione, sulla nomina dei componenti il consiglio direttivo e il collegio dei revisori, sulle modifiche dell'atto costitutivo e statuto, su tutto quant'altro è ad essa demandato per legge e per statuto.

**ART 19:** I soci hanno diritto di intervenire all'assemblea solo se in regola con il pagamento della quota annua di associazione.

**ART 20:** L'assemblea è presieduta dal presidente del consiglio direttivo e in sua assenza dal vice Presidente; in loro mancanza dal consigliere più anziano di età.

In caso di assenza totale di consiglieri l'assemblea nominerà il Presidente.

Il presidente nomina un segretario e, se ne ravvisa l'opportunità, due scrutatori. Spetta al presidente constatare il diritto di intervento all'assemblea. Delle riunioni o assemblee si redige processo verbale firmato dal presidente e dal segretario ed eventualmente dagli scrutatori.

**ART 21:** Le assemblee sono validamente costituite e deliberano con la maggioranza previste dall'articolo 21 del Codice Civile; in esse tutti i soci avranno diritto ad un solo voto.

**ART 22:** Il collegio dei revisori è costituito da tre membri effettivi e due supplenti eletti dalla assemblea anche fra non soci.

I revisori dovranno accertare la regola tenuta della contabilità sociale, redigeranno una relazione ai bilanci annuali, potranno accertare la consistenza di cassa e l'esistenza dei valori e dei titoli di proprietà sociali e potranno procedere, in qualsiasi momento, anche individualmente, ad atti di ispezione e controllo.

**ART 23:** Qualunque controversia dovesse insorgere tra i soci o fra alcuni di essi, i loro eredi e la società circa l'interpretazione ed esecuzione di questo contratto sarà rimessa, in quanto compromettibile, al giudizio di un arbitro amichevole compositore da nominarsi, d'accordo, dalle parti contendenti e, in caso di loro disaccordo, dal Presidente del Tribunale di Bari su richiesta anche di una sola delle parti contendenti.

L'arbitro giudicherà secondo equità, quale amichevole compositore e senza formalità di procedura.

#### **TITOLO IV: SCIoglimento**

**ART 24:** Lo scioglimento dell'associazione è deliberato dall'assemblea la quale provvederà alla nomina di uno o più liquidatori.

In caso di scioglimento dell'associazione, qualunque ne sia la causa, il patrimonio dell'associazione medesima dovrà essere devoluto ad altra associazione con finalità analoghe o ai fini di pubblica utilità, sentito l'organismo di controllo di cui l'articolo 3, comma 190, legge 23 dicembre 1996 n. 662 e salvo diversa destinazione imposta dalla legge.

#### **TITOLO V DISPOSIZIONE FINALI**

**ART. 25:** Per quant'altro non previsto nel presente statuto si applicano le norme di legge.

## **ELENCO ASSOCIATI A.Pu.Di.D. 2001**

### **A.USL FG/1 – SAN SEVERO**

1. **Michele BOCCUZZI:** DSS San Severo.
2. **Giuseppina LAURIOLA:** DSS Sannicandro Garganico.
3. **Vincenzo DI MAGGIO:** DSS San Giovanni Rotondo.
4. **Caterina SCARANO:** DSS Cagnano Varano – Ischitella.
5. **Ersilia NOBILE:** DSS Vieste

### **A.USL FG/2 – CERIGNOLA**

6. **Anna Michelina D'ANGELO:** DSS Ortanova.
7. **Donato RENZULLI:** DSS Manfredonia e DSS Monte Sant'Angelo.

### **A.USL FG/3 – FOGGIA**

- 8. Luciano D'AMITO:** DSS Foggia 1.
- 9. Giovanni MAZZIOTTI:** DSS Foggia 2.
- 10. Candido DI PIERRO:** DSS Troia.
- 11. Michele URBANO:** DSS Motta Montecorvino.
- 12. Gaetano SQUILLANTE:** DSS Accadia.

### **A.USL BA/1 – ANDRIA**

- 13. Giuseppe CORATELLA:** DSS Andria e DSS Ruvo.
- 14. Maria SACCO:** DSS Andria.
- 15. Pasquale MARINO:** DSS Canosa.

### **A.USL BA/2 – BARLETTA**

- 16. Mauro SARCINA:** DSS Barletta.

### **A.USL BA/3 – ALTAMURA**

- 17. Lucia LADDAGA:** DSS Altamura e DSS Acquaviva delle Fonti.
- 18. Ignazio ZULLO:** idem.
- 19. Sante TROILO:** DSS Grumo Appula.

### **A.USL BA/4 – BARI**

- 20. Ettore CUTRONE:** DSS n°1.
- 21. Antonio DI RIENZO:** DSS n°2.
- 22. Giuseppe DE BIASI:** idem.
- 23. Rosa PORFIDO:** DSS n°3.
- 24. Silvia Maria Rosaria PAPA:** DSS n°4.
- 25. Maria STORELLI:** DSS n°6.
- 26. Michele DE MARTINO:** DSS n°7.
- 27. Maria Giovanna DE GENNARO:** idem
- 28. Lillino GIORDANO:** DSS Bitonto.
- 29. Giuseppe DE ROSA:** DSS Modugno.
- 30. Emanuele D'INCOGNITO:** DSS Mola di Bari.

### **A.USL BA/5 – PUTIGNANO**

- 31. Pasquale DE LEONARDIS:** DSS Gioia del Colle.
- 32. Angela MANGHISI:** DSS Monopoli.
- 33. Vincenzo GIGANTELLI:** DSS Putignano.

### **A.USL TA/1 – TARANTO**

- 34. Giuseppe PIRINU:** DSS Ginosa e DSS Castellaneta.
- 35. Linda ROCCAFORTE:** DSS n°5.
- 36. Silvana MELLI:** DSS n°6.
- 37. Maria PUPINO:** DSS Talsano.
- 38. Diodato GIRIMONDI GRECO:** DSS Martina Franca.
- 39. Donato DI CAMPO:** DSS Grottaglie.
- 40. Giuseppina RONZINO:** DSS San Giorgio Ionico.
- 41. Giuseppe STRANIERI:** DSS Mandria.

### **A.USL BR/1 – BRINDISI**

- 42. Antonio DE LEONARDIS:** DSS Brindisi.
- 43. Gianfranco LAGHEZZA:** DSS Fasano.
- 44. Francesco GALASSO:** DSS Francavilla Fontana.
- 45. Anselmo PALUMBO:** DSS Ostuni.
- 46. Gianfranco IANNARELLI:** idem.

- 47. **Michele MORGILLO:** DSS Mesagne.
- 48. **Mariangela LANOTTE:** idem.
- 49. **Giuseppe PETRAROLI:** DSS San Pietro Vernotico.
- 50. **Annamaria MAZZOTTA:** idem.

#### **A.USL LA/1 – LECCE**

- 51. **Rodolfo ROLLO:** DSS n°1-2 Lecce.
- 52. **Giorgio SANTORO:** DSS Campi Salentina.
- 53. **Luigi LANZOLLA:** DSS San Cesario di Lecce.
- 54. **Umberto CARACCIOLO:** DSS Copertino.
- 55. **Donato CARCAGNI:** DSS Martano.
- 56. **Roberto VERGARO:** DSS Galatina.
- 57. **Cosimo ESPOSITO:** DSS Nardò.

#### **A.USL LE/2 – MAGLIE**

- 58. **Antonio DE MARINI:** DSS Gallipoli.
- 59. **Giovanni SICILIANO:** DSS Maglie.
- 60. **Franco MALERBA:** DSS Poggiardo.
- 61. **Renato DE NUZZO:** DSS Casarano.
- 62. **Aldo SCHIAVANO:** DSS Ugento.
- 63. **Pierluigi CAMBOA:** DSS Tricase.

## ELENCO ASSOCIATI ANNO 2002

1. **Salvatore DELLA BONA:** dirigente medico A.USL LE/2 (DSS Maglie), nato a S.Pietro in La-ma il 1.1.56 e residente a Lecce, in via Principe di Savoia 48. A.USL LE/2. Telefono: 0832-245115 – 0836-420804. Già dirigente DSS di Maglie. Attualmente dirigente del SERT di Maglie e direttore del dipartimento dipendenze patologiche.
2. **Antonio CALSOLARO:** dirigente medico A.USL LE/2 (DSS Tricase), nato a Alessano il 23.7.54 e residente a Corsano, in via Machiavelli 59. Telefono: 0833-533201 (casa) – 0833-540237 (DSS). Responsabile UO Assistenza sanitaria di base DSS di Tricase.
3. **Oronzo BORGIA:** dirigente medico A.USL LE/2 (DSS di Poggiardo), nato a Poggiardo il 9.6.1957 ed ivi residente in via Geremia Re n°5. E' referente dell'UVAR aziendale. Telefono: 0836-904158.
4. **Franco MARTELLA:** dirigente psicologo A.USL LE/2 (DSS Tricase), nato a Tiggiano il 2.6.56 ed ivi residente, in piazza A. Niceforo n°6. Telefono: 0833-532688. Psicol. CF di Alessano.



5. **Fernando CHIURI**: dirigente psicologo A.USL LE/2 (DSS Tricase), nato a Tricase, il 25.3.52 ed ivi residente in via Valsalva 20. Telefono: 0833-543649 (casa) – 0833-544259 (CF). Psi-cologo CF di Tricase e referente dell'UO assistenza consultoriale del DSS di Tricase.
6. **Ugo MORCIANO**: dirigente psicologo A.USL LE/2 (DSS di Tricase), nato a Scorrano il 6.1.53 e residente a Tricase, in via Romolo Murri 1. Telefono: 0833-540585 (CF). Psicologo CF Gaglia-no. .
7. **Marilena TOMA**: dirigente psicologo A.USL LE/2 (DSS Tricase), nata a Sanarica il 20.7.57 e residente a Tricase Porto, in Via Lungomare C. Colombo, 75. Tel.: 0833-541365 (casa) – 0833-528055 (CF). Psicologo CF di Salve.
8. **Anna Rita PETRACCA**: dirigente psicologo A.USL LE/2 (DSS Carano), nata a Seraing (B), il 12.7.58 e residente a Castrano, in via Buonarroti 67. Telefono: 0833-505721 – 0833-625967. Psicologo CF Taurisano-Ruffano.
9. **Luigi ANCHORA**: dirigente psicologo A.USL LE/2 (DSS Maglie), nato a Corigliano d'Otranto ed ivi residente, in via Pozzelle n°8. Telefono: 0836-320817 (casa) – 0836-420208 (CF). Psi-cologo CF di Maglie.
10. **Leonardo FERILLI**: dirigente psicologo A.USL LE/2 (DSS Ugento), nato a Castrignano del Capo il 13.1.60 ed ivi residente, in via Corsica 57. Telefono: 0833-752593. Psicologo del CF di Ugento .
11. **Maria Teresa NEGRO**: dirigente psicologo A.USL LE/2 (DSS Ugento), nata il 31.5.64 a Galli-poli e residente a Salve, via C. Battisti 22. Telefono: 0833-528104. Psicologo CF di Presicce. ).
12. **Matilde MAZZEO**: dirigente psicologo A.USL LE/2 (DSS Ugento), nata a Bitonto il 20.6.56 e residente in Alliste, via Delle Rose 4. Telefono: 0833-583201. Psicologo CF Acquarica Capo.
13. **Anna Rosa PRETE**: dirigente psicologo A.USL LE/1 (DSS di Nardò), nata il 23.5.60 a Galato-ne ed ivi residente in via S. Lucia 45. Psicologo CF di Galatone. Telefono: 0833-863606 (casa) – 0833-568340 – 865338 (CF).
14. **Maria Diana CAPUTO**: dirigente psicologo A.USL LE/1 (DSS di Campi Sal.), nata a Squinza-no il 20.11.60 e residente in Trepuzzi, via Calvario 70. Psicologo DSS di Squinzano. Telefono: 0832-758999 (casa) – 0832-784843 (CF).

## ELENCO DEI DSS PUGLIESI

DSS	DIRETTORE	TELEFONO	FAX
<b>FG/1</b> – San Severo Via Turati 71016	Michele Boccuzzi	0882-200501–200341	200356
Torremaggiore Via Moro 71017	Giovanni Iannucci	380421–429	381495
Sannicandro Garganico Via F. Ardeatine 71015	Giuseppina Lauriola	994837–472439	472439
San Giovanni Rotondo Piazza Europa 71013	Vincenzo Di Maggio	329/9012822 – 0882-418249	456231
Cagnano – Ischitella Via D. Alighieri 71010	Caterina Scarano	329/9012823 – 0884-995058	955850
Vieste Loc. Coppitella 71019	Ersilia Nobile	329/9012824 – 0884-919724	919737 711205
<b>FG/2</b> – Manfredonia Via M. Iaccarino 71043	Donato Renzulli	0884-510404-588203	510320

Trinitapoli Via Mulini 71049	Nicola Giannattasio	0883-652918 – 631504	
Monte Sant'Angelo C/o PO 71037	Donato Renzulli	0884-565911	
Cerignola Viale Di Vittorio 71045	Michele La Macchia	0885-419361 335-6276302	
Ortanova Via Cipriani 71045	Anna Michela D'Angelo	0885-781776 – 781644 349-4711820 - 711379 (casa)	
<b>FG/3</b> – Foggia 1 Via Montegrappa – 71100	Luciano D'Amito	0881-734960 – 632151 (casa) 338-9749811	734954
Foggia 2 – 71100 P.zza Libertà – ex-INAM	Giovanni Mazziotti	0881-733417 – 636985	
Lucera Via Trento – INAM 71036	Giuseppe Pica	0881-543506	
Troia Via S. Biagio 71029	Candido Di Pierro	0881-922121	
Motta Montecorvino Via Nazionale 71030	Michele Urbano	0881-551803	
Accadia Via Borgo 18 - 71021	Gaetano Squillante	0881-981921 348/3911159	
<b>BA/1</b> – Andria Via D. Sturzo 36 – 70051	Giuseppe Coratella	0883-299541 – 280 (fax) 347-6398454	
Ruvo di Puglia C/o PO – 70037	Giuseppe Coratella	080-3608272	
Canosa C/o PO – 70053	Pasquale Marino	0883-641384 – 86 (segr.) 347-3337377	641385
<b>BA/2</b> – Barletta Via S. Antonio 1 – 70051	Mauro Sarcina	0883-577810 – 09 (segr.)	577847
Bisceglie – Trani PO Bisceglie – 70052	Michele Parente	0883-483410 – 469 0883-3357224 – 215	483461
Molfetta – Giovinazzo PO Molfetta – 70056	Gaetano Ruggeri	080-3357522 – 597	3357544
<b>BA/3</b> – Altamura P.za De Napoli – 70022	Lucia Laddaga	080-3108105 (anche fax) 348-7708241	
Acquaviva – 70021 Via Vittime via Fani	Lucia Laddaga	080-3077008	759438
Grumo Appula Via d. Repubblica 70025	Sante Trailo	080-3830828 360-371945	3803830
<b>BA/4</b> – DSS/1 – 70057 Villa Parise – via Nazion.	Ettore Cutrone	080-5301719 – 5302428 5843301 – (San Paolo)	5302428
DSS/2 – <b>70012</b> – Via De Gasperi – Trav. 378/A	Giuseppe Pampalone	080-5842372 – 5726372/3 338-8478203 (Di Rienzo)	
DSS/3 - Via Fed. Vecchio n°3 – 70100	Porfido Rosa	080-5842046/48 335-6775443	5842048
DSS/4 – Via Papalia 16 – 70100	Silvia M. Ros. Papa	080-5586490 – 5580419 (casa) 329-6173939	5842718
DSS/5 – Via De Bellis – 70100	Marisa De Lucia	080-5842381	
DSS/6 – Via Crisanzio 216 -70100	Maria Storelli	080-5743303	
DSS/7 – 70100 – Via	Michele De Martino	080-5842603 – 5213219 (casa)	

Caduti di via Fani 23		333-6108222	
Bitonto Via Fornelli 51 – 70032	Lillino Giordano	080-3714912/3	
Modugno – 70026 Via X Marzo 110/17	Giuseppe De Rosa	080-5353103 623262 (casa)	
Triggiano – 70019 Via Marina Vecchia 24/B	Fabrizio Scattaglia	080-4680428	
Mola di Bari C.so Italia 21 – 70042	Emanuele D'Incognito	080-4717743 – 11 347-3652810	4717741
<b>BA/5</b> – Gioia del Colle Via Ariosto – 70023	Pasquale De Leonardis	080-3971092	
Monopoli V.le A. Moro – 70043	Angela Manghisi	080-4149401 – 808198 (casa) 349-4572298	4149423
Putignano Via Pugliese 70017	Vincenzo Gigantelli	338-2483656	
<b>TA/1</b> – Ginosa Via Palestro 1 – 74013	Giuseppe Pirinu	099-8245003 328-3195592	8244477 8442115
Castellaneta Via Verdi – 74011	Giuseppe Pirinu	099-8496401	8442115
Mottola – 74017 P.za XX Settembre	Maria Fedele	099-8869249	
DSS/4 Via Basta – 74100	Francesco Carano	099-7786405	
DSS/5 Via Virgilio 31 – 74100	Linda Roccaforte	099-7786873	
DSS/6 Via Virgilio 104 – 74100	Silvana Melli	099-7786845 –7303047 (casa) 339-6449075	
Talsano C.da Tramontone –74020	Maria Pupino	099-7786865	
Martina Franca Via Pitagora 13 – 74015	Diodato Girimondi Greco	080-4835317	
Massacra C/o PO – 74016	Michele Sponselli	099-880285 329-4189806	
Grottaglie Via Pergolesi – 74023	Donato Di Campo	099-860418	
San Giorgio Ionico Via Lecce – 74027	Giuseppina Ronzino	099-5918416 – 367 328-9037160	
mandria C/o PO – 74024	Giuseppe Stranieri	099-800217 – 9737235 (casa) 339-3181318	800212
<b>BR/1</b> – Brindisi Via Dalmazia 72100	Antonio De Leonardis	0831-536568	536515
Fasano – 72015 Via Nazionale dei Trulli	Gianfranco Laghezza	080-4390509 335-7543877	4390510
Francavilla Fontana P.za Volta – 72021	Franco Galasso	0831-851405 – 571356 330-523262 – 335-7543958	851427
ostini Via Villa Franca – 72017	Anselmo Palumbo	0831-309294-342-291 (fax)	
Mesagne – 72023 Via Duca di Genova	Michele Morbillo	0831-739389 – 98 – 472 (fax) 335-7544074	
S. Pietro Vernotico	Giuseppe Petraroli	0831-670217- 219 (fax)	

Via Lecce – 72027		335-7544217	
<b>LE/1</b> – DSS n°1-2 C/o ex-OPIS – 73100	Rodolfo Rollo	0832-215283 320-0618372	215764
Campi Salent. – 73012 Via Lecce Pal. ICOS	Giorgio Santoro	0832-791967 348-8083492	794261
S. Cesario di Lecce Via Abbruzzi 11 – 73016	Luigi Lanzolla	0832-215023	202025
Copertino Via Lecce – 73043	Umberto Caracciolo	0832-947531	947620
Martano – 73025 Via Col. Chiriatti 17	Donato Carcagni	0836-574212 – 574213 328-7464066	575743
Galatina Via Roma – 73013	Roberto Vergaro	0836-529270	563575
Nardò – 73048 P.za Croce Rossa 2	Cosimo Esposito	0833-568446 339-7810330	568461
<b>LE/2</b> – Gallipoli Via Perrone – 73014	Antonio De Marini 329-3190332	0833-270328 – 23 349-1948450	264053
Maglie Via Gallipoli 34 – 73024	Antonio Colazzo	0836-420204 (fax 344) 338-3233944	
Poggiardo C/o PO – 73037	Franco Malerba	0836-908215 – 222 – 227 348-8220041	908208
Casarano – 73042 Via V. Emanuele 18	Renato De Nuzzo	0833-508250 – 512908 338-8457833	512908
Ugento Via Bolzano 95 – 73059	Aldo Schiavano	0833-954312 – 556566 347-6913840	954350
Tricase Via Pio X – 73039	Pierluigi Camboa	0833-540238 – 228 – 241 338-3222372	540230

## INDICE

### ATTI DEL CONVEGNO “NUOVI ORIZZONTI DELL’ASSISTENZA TERRITORIALE” – BARI, 21 MARZO 2002

- ◆ Pag. 02 – Programma del convegno.
- ◆ Pag. 03 – Quaderni A.Pu.Di.D.: Presentazione del “numero zero” (P.Camboa).
- ◆ Pag. 04 – Saluto augurale dell’ARES-Puglia.
- ◆ Pag. 05 – L’A.Pu.Di.D.: significato ed obiettivi (P. Camboa).
- ◆ Pag. 16 – Intervento del dr. Nicola Simonetti.
- ◆ Pag. 18 – La Farmacia nel PSR Puglia (A. Tempesta).
- ◆ Pag. 20 – Saluto della SITI (V. Cipriani).
- ◆ Pag. 22 – Il nuovo DSS nella realtà regionale alla luce del PSR (L. D’Amato).
- ◆ Pag. 28 – Un esempio di collaborazione tra PO e DSS (P. Paiano et al).
- ◆ Pag. 33 – Il Medico di Famiglia pugliese per un uso appropriato delle risorse (F. Anelli).
- ◆ Pag. 35 – [www.apudid.it](http://www.apudid.it) (M. Muci).

- ◆ Pag. 36 – Saluto del Presidente ADDiS, Associazione dei Direttori di Distretto della regione Campania (D. Esposito).
- ◆ Pag. 37 – L'assistenza consultoriale nel DSS (S. Melli – G. De Quarto).
- ◆ Pag. 39 – La tutela della salute dei lavoratori del DSS ed obblighi del direttore di DSS (A. Calsolaro).
- ◆ Pag. 41 – L'assistenza domiciliare al malato oncologico in fase avanzata e avanzatissima: illustrazione dell'esperienza di un'associazione di volontariato (O. Borgia).
- ◆ Pag. 47 – Proposta A.Pu.Di.D. del piano di formazione del personale del DSS.
- ◆ Pag. 49 – Ipotesi di lavoro di formazione integrata del MMG (L. Laddaga – G. Petraroli).
- ◆ Pag. 50 – Origine e funzioni del DSS (A. Di Rienzo – M. De Martino).
- ◆ Pag. 52 – Statuto A.Pu.Di.D.
- ◆ Pag. 56 – Elenco degli associati nell'anno 2001.
- ◆ Pag. 58 – Elenco degli associati nell'anno 2002.
- ◆ Pag. 59 – Elenco dei DSS pugliesi.