A.F.O.R.P. 35 anni 1984-2019 AL SERVIZIO DELLA PUGLIA

ASSOCIAZIONE **FORNITORI OSPEDALIERI** REGIONE PUGLIA

VIVILASANITA'

Trimestrale d'approfondimento sulla sanità Anno XI n.41 - DICEMBRE 2019

Autonomia: dalle Regioni sì alla legge quadro

Si passerà dai LEA ai LEP

XI anni VIVILASANITA' PERIODICO A.F.O.R.P.

IN QUESTO NUMERO:

Seguici anche su: www.aforp.it

Beppe Marchitelli
Autonomia differenziata. Terzo atto
Pag. 2

Michele Emiliano
Intervista in esclusiva
Pag. 4

Vito Montanaro
Presto riacquisiremo la totale autonomia strategica
Pag. 8

Giovanni Gorgoni
AReSS Puglia, tra scommesse "spaziali" e spazi più ampi
Pag. 10

Vincenzo Defilippis
Banca dati biomedica e sicurezza delle cure
Pag.12

Nicola Serrone
Un'idea di innovazione tecnologica per la Puglia
Pag. 14

Policlinico Bari
Riqualificazione del parco urbano
Pag. 16

Doda Renzetti
Alcolismo, numeri impressionanti
Pag. 17

Coordinamento Donne A.F.O.R.P.
Eventi a Lecce e a Bari
Pag. 18

Collaborazioni
CARD, Oncologico Bari, Casa Sollievo, Miulli, De Bellis
Pag. 22

"POSTE ITALIANE S.P.A. – SPEDIZIONE IN ABBONAMENTO POSTALE- AUT. N°1096 STAMPE IN REGIME LIBERO"

Si alla legge quadro ma senza aggravare il divario tra il Nord e il Sud

Autonomia differenziata. Terzo atto

di BEPPE MARCHITELLI
PRESIDENTE A.F.O.R.P.
@Leppemarchitell

Tempo fa, scrissi l'intervento dedicato alla paventata Autonomia delle Regioni del Nord Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna. A molti sembrò l'ennesima questione italiana. Forse inizialmente non si creò curiosità, perché si pensò al solito "rigurgito secessionista". Poi a ciel sereno, Gentiloni, prima di lasciare il Governo firmò l'atto per procedere verso l'Autonomia differenziata richiesta dalle tre Regioni che nel frattempo sono diventate 17. Sud compreso. Le tre regioni che per prime hanno chiesto l'autonomia producono il 40% del reddito nazionale e presumono di avere maggiore efficienza amministrativa nell'offerta dei servizi pubblici. E' importante ricordare che le trattative con il Governo successivo a Gentiloni, (Conte 1) furono accompagnate da un'ingiustificabile silenzio parlamentare. In sintesi, si è rischiato di sancire la fine dell'unità nazionale. Così un attimo prima di procedere, ci si è chiesti se maggiore autonomia per una o più regioni non pregiudicasse l'unità nazionale. Nel dubbio si studiarono meglio le richieste ed emerse che si rischiava, citando i punti più evidenti: di violare la Costituzione, di danneggiare la tenuta dei conti pubblici e di creare un'Italia a due velocità.

Nel frattempo è arrivato un nuovo Governo (Conte 2) e un nuovo Ministro agli Affari Regionali e alle Autonomie. «Sì all'Autonomia differenziata, ma senza aggravare il divario fra il Nord e il Sud».

Nel frattempo è arrivato un nuovo Governo (Conte 2) e un nuovo Ministro agli Affari Regionali e alle Autonomie. «Sì all'Autonomia differenziata, ma senza aggravare il divario fra il Nord e il Sud».

Questo passaggio è stato chiarito nel discorso di insediamento dal Premier Conte. Ripartire dalla centralità dei Livelli essenziali delle prestazioni (Lep). Se si riesce, afferma il Ministro, a trasformare il concetto di autonomia, in attuazione reale del principio di sussidiarietà, l'adeguamento dei Lep sarà un punto di partenza che porterà l'intervento pubblico non solo nella definizione degli assetti.

A Bari l'08 novembre, il Ministro ha riferito della collaborazione dei Presidenti delle Regioni calendarizzando entro novembre una conferenza Stato/Regioni straordinaria sulla Legge quadro per chiudere un accordo che possa tenere unito tutto il Paese. Con queste premesse le tre Regioni sono soddisfatte? Non proprio. La bozza quadro stabilisce infatti che le funzioni amministrative sono attribuite ai Comuni, coinvolge le Città metropolitane, affida a un commissario ministeriale la definizione dei Livelli essenziali di prestazione. Il principio di sussidiarietà, solidarietà e perequazione, Lep uniformi in tutto il Paese, prevede in sostanza denaro trasferito da chi ha di più a chi ha di meno. Dal punto di vista delle prime Regioni coinvolte, uno stop al processo, l'annullamento del lavoro portato avanti sin qui. Parlando ad esempio di Veneto o Lombardia, se volessero garantire più servizi, dovrebbero farlo a parità di costo o alzando la pressione fiscale. In percentuale al PIL nazionale, la Lombardia è nettamente la regione con il residuo fiscale più alto.

Questa la situazione a livello pro-capite.

Quindi, è vero che la Lombardia ad esempio ed in particolare MILANO, dà tanto al resto del Paese, ma sappiamo che è con la progressività delle imposte sulle persone fisiche, che si finanziano i vari servizi dello stato sociale.

Il dato non muta il principio costituzionale di base, che garantisce alcuni diritti a prescindere dalla residenza.

Se così non fosse, Milano potrebbe rivendicare il residuo fiscale positivo nei confronti del resto della Lombardia! Le istanze meridionali lamentano una spesa pubblica pro capite, corrente e in conto capitale, inferiore a quella del Nord.

Non è tutto riconducibile ad una questione di quantum, ma anche di qualità della spesa pubblica. Il Mezzogiorno ha un rapporto controverso con la spesa pubblica, le richieste di assistenzialismo, vengono sistematicamente dirottate a sostegno dei redditi piuttosto che ad investimenti produttivi. Ovviamente il quadro economico generale, in assenza di precise indicazioni della politica, è determinante sulle scelte in merito alle risorse da destinare alla tutela della salute. Il settore sanitario, dunque, resta alla ricerca del difficile equilibrio tra la sostenibilità finanziaria e l'esigenza di erogare un adeguato servizio a tutela del fondamentale diritto alla salute. Oramai è chiaro ai più: bisogna cambiare paradigma. Non si tratta solo di efficacia, appropriatezza come 10 anni fa. Ora si tratta di riuscire a garantire l'universalismo del Ssn. La domanda che si pone è: in quale misura? Il Rapporto Oasis evidenzia come sia cruciale chiarire la missione del Ssn: è una regia della filiera produttiva che preveda anche la regolazione del mercato a pagamento e il governo dell'integrazione tra i due ambiti; o un'interpretazione olistica, orientata alla tutela della salute, con l'ambizione di influenzare l'intero settore e gli stili di vita? Il Patto per la Salute costituisce quest'anno per la prima volta, conditio sine qua non, la garanzia dell'incremento di risorse per la sanità pubblica (2mld nel 2020 e ulteriori 1,5mld nel 2021) come sancito dall'ultima Legge di Bilancio. La scadenza per la stipula del Patto, fissata al 31 marzo 2019, è poi slittata al 31 dicembre.

REGIONI E AREE GEOGRAFICHE	Spesa primaria	Entrate	Residuo fiscale
Piemonte	12.795	14.073	1.279
Valle d'Aosta	18.924	16.688	-2.236
Lombardia	12.184	17.610	5.426
Prov. aut. di Bolzano	18.159	18.709	550
Prov. aut. di Trento	18.040	15.204	-2.836
Veneto	12.078	14.109	2.031
Friuli Venezia Giulia	14.820	14.099	-721
Liguria	14.903	14.221	-682
Emilia-Romagna	12.803	16.061	3.257
Toscana	12.787	13.609	822
Umbria	13.118	12.113	-1.005
Marche	12.202	12.139	-63
Lazio	12.753	15.467	2.714
Abruzzo	12.715	10.708	-2.007
Molise	13.099	9.648	-3.452
Campania	10.638	8.567	-2.071
Puglia	11.183	8.601	-2.581
Basilicata	13.002	9.130	-3.872
Calabria	13.199	7.855	-5.344
Sicilia	11.287	8.169	-3.119
Sardegna	13.583	9.359	-4.224
Italia	**12.417**	**13.031**	**614**
Regioni a statuto ordinario	12.301	13.512	1.211
Regioni a statuto speciale	13.075	10.316	-2.759
Centro Nord	**12.840**	**15.328**	**2.488**
Sud e Isole	**11.554**	**8.597**	**-2.958**

Fonte: elaborazioni su Istat, *Conti economici territoriali*; Ministero dello Sviluppo economico, *Conti pubblici territoriali* (CPT); dati del Ministero dell'Istruzione, dell'università e della ricerca e del Ministero della Salute; cfr. nelle *Note metodologiche* la voce *Ripartizione territoriale del conto delle Amministrazioni pubbliche*.
(1) Al netto dei trasferimenti da e verso l'estero.

Amaro, ma vero quanto sostenuto da Gimbe: Governo e Regioni hanno bruciato 11 mesi senza una tabella di marcia ben definita e con continui cambi di rotta, senza riuscire a siglare un Patto che per la prima volta condiziona l'incremento delle risorse che, se dovessero malauguratamente andare in fumo, farebbero precipitare nel baratro il Ssn. Certo le istanze di regionalismo differenziato, l'incolmabile gap Nord-Sud rendono impossibili accordi unanimi. Il 28 novembre le Regioni hanno trovato un accordo per una Legge quadro che prevede la realizzazione di un fondo perequativo. Interessanti sono i passaggi fondamentali della Legge quadro, partendo dalle argomentazioni che un'Autonomia differenziata "equa", "solidale", "cooperativa" sia possibile. Forse non lo è. La Legge quadro è una legge ordinaria rispetto alla Legge prevista dall'art. 116 della Costituzione che è di natura speciale e rinforzata dalla previsione delle intese con le Regioni interessate e della maggioranza assoluta del voto parlamentare. Quindi se così fosse, la Legge quadro non è idonea a vincolare alcunché, nel metodo e nel merito.

Anche il passaggio relativo all'applicazione solo dopo la definizione dei Lep parrebbe in bilico. La Legge quadro stabilisce che se "entro 12 mesi dall'approvazione dell'intesa non siano determinati i Lep, gli obiettivi di servizio e i fabbisogni standard e sino alla loro determinazione, le nuove funzioni sono COMUNQUE attribuite alle Regioni dal 1° gennaio dell'esercizio successivo" quindi le risorse continueranno ad essere attribuite con il criterio della spesa storica, ossia senza interventi di perequazione. Con la conseguenza che i fabbisogni standard dei diritti sociali fondamentali delle aree "con minore capacità fiscale per abitante" e i relativi costi, continueranno a essere ignorati. Tra l'altro se nessuna materia viene esclusa dalla possibile Autonomia differenziata tutte le Regioni dovranno scegliere tra il tagliare servizi e prestazioni pubbliche o istituire nuove tasse. Se queste ipotesi fossero reali, l'Autonomia differenziata potrebbe colpire in particolare il sud del Paese e la conseguenza sarebbe un'accelerazione verso le privatizzazioni della sanità a causa dei tagli alla spesa pubblica. Concludendo, credo non sia questo il terreno di confronto. Non occorre concentrarsi su come impedire che l'autonomia possa creare cittadini di serie A e serie B (che già esistono) rischiando concretamente una deriva sociale a fronte di crescenti diseguaglianze.

Basterebbe costruire un modello decentrato più vicino alle esigenze delle persone e dei territori, con uno Stato che possa essere veramente garante per i diritti individuali dei cittadini, intervenendo in caso di inefficienza degli enti locali. Noi siamo comunque fiduciosi.

Malgrado tutto.

Con l'avvicinarsi delle Festività, rivolgo a Tutti Voi e alle Vostre Famiglie, l'augurio di un Sereno Natale e un Felice Anno Nuovo.

Bisogna condividere percorsi che non mettano in difficoltà le imprese

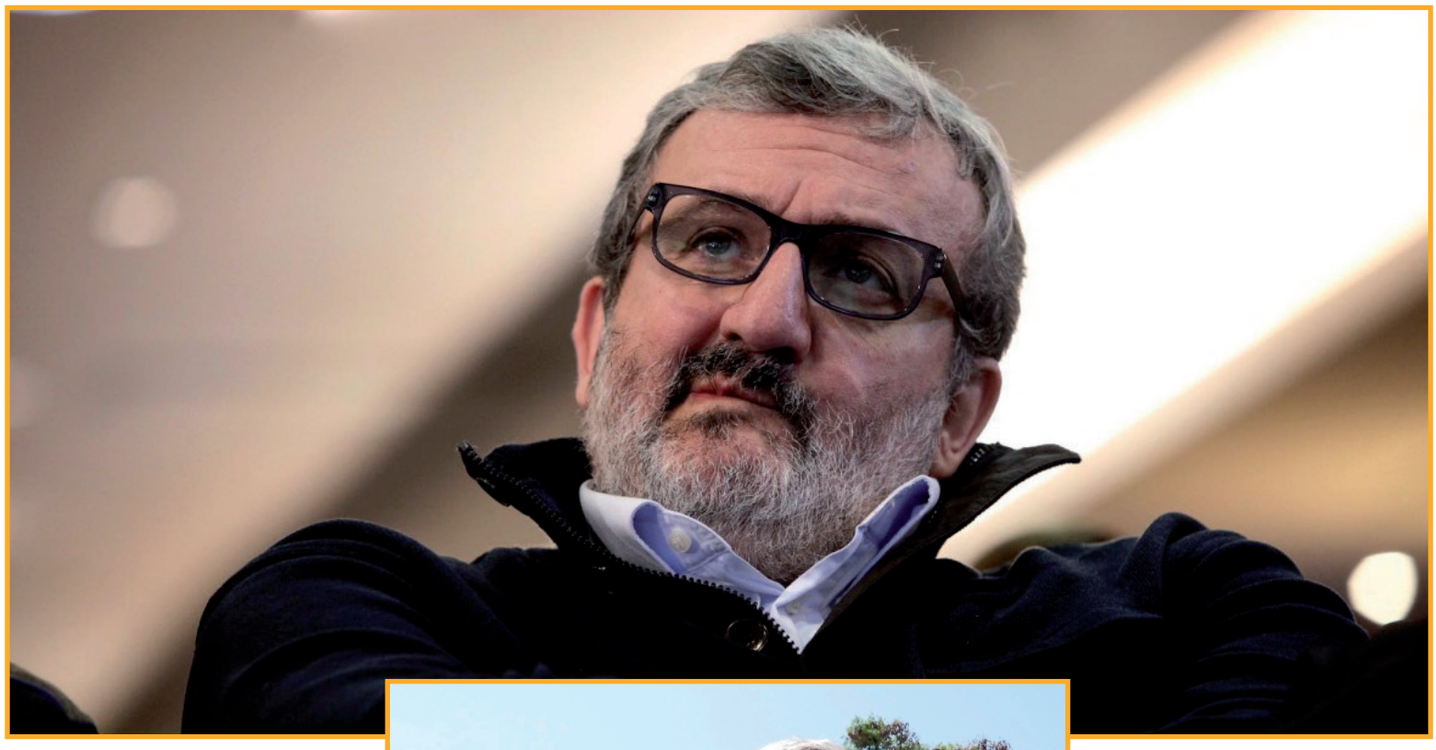
Ho preso a cuore la tutela della salute dei bambini tarantini

Presidente Emiliano, si ritiene soddisfatto del lavoro fatto per la sanità pugliese nel suo primo quinquennio? Si poteva fare di più?

"Abbiamo fatto tanto, abbiamo lavorato moltissimo, ma sicuramente si sarebbe potuto fare di più. Una cosa però è certa. Abbiamo conseguito molti risultati positivi. La sanità pugliese è stata profondamente riformata. Siamo partiti da una situazione critica fotografata dagli indicatori nazionali, a cominciare dalla classifica dei livelli essenziali di assistenza (Lea) che fino al 2015 vedeva la Puglia fanalino di coda in Italia. Non è più così perché in soli quattro anni abbiamo scalato la classifica dei Lea risalendo dalla penultima posizione alla parte alta.

E poi ancora, il monitoraggio della Scuola superiore Sant'Anna di Pisa conferma che la Puglia è una regione in forte miglioramento e, se paragonata poi alle altre Regioni italiane, risulta avere il trend di miglioramento più elevato: siamo quindi sulla strada giusta. E occorre continuare così.

Tradotto nella realtà significa: più appropriatezza nei ricoveri; ottima performance nell'assistenza materno-infantile; eccellenze in campo oncologico, equilibrio finanziario, assistenza pediatrica. Per non parlare della costruzione delle reti cliniche, la cui creazione è un punto qualificante realizzato. Ne cito alcune: la Rete Oncologica Pugliese (ROP), nell'ambito della quale è stata istituito il Network delle Breast Unit; la Rete Parkinson, la Rete Trasfusionale, pianificazione del trattamento della talassemia e delle emoglobinopatie congenite, avviata la Rete della Medicina Fetale con migliaia di test sulla preclampsia, la rete nefrologico-dialitica-trapiantologica, le reti per le patologie acute tempo-dipendenti, come l'infarto del miocardio, i traumi, gli ictus".



Come superare i punti critici che continuano a essere il lavoro e le diseguaglianze sociali, con fragilità cronica riferibile soprattutto alla qualità dei servizi in sanità?

"L'invecchiamento della popolazione e la denatalità, in un difficile contesto socio – economico, impongono una ridefinizione dell'intero percorso assistenziale da garantire al paziente/utente. La necessità espressa dalla popolazione, in particolare dagli anziani, è quella di avere servizi e assistenza sempre più prossimi rispetto al proprio domicilio. In questo contesto nasce la necessità da un lato di rivedere la rete ospedaliera e dall'altro di potenziare la rete territoriale. L'Ospedale deve, nel tempo, essere il luogo in cui vengono effettivamente curate le acuzie, le patologie per le quali è indispensabile il ricovero per trattamenti medici chirurgici di particolare complessità.

Allo stesso tempo, la gestione delle cronicità, l'assistenza nei confronti degli anziani e delle persone con particolari fragilità devono avere il diritto di essere assistiti in un contesto che consente di vivere la propria quotidianità senza particolari disagi. Tutto ciò può essere garantito attraverso il Medico di Medicina generale o il Pediatra di Libera Scelta, gli Specialisti ambulatoriali, i Presidi Territoriali di Assistenza (PTA), gli Ospedali di Comunità e le strutture socio – sanitarie. Si tratta, di fatto, di ripensare il sistema assistenziale in modo completamente diverso, rispetto alla logica del passato. In tal contesto, è altrettanto vero, che si rafforza il ruolo dell'Ospedale che deve essere attrezzato, da un punto di vista strutturale, organizzativo e tecnologico per rispondere adeguatamente alle situazioni più complesse. Noi abbiamo cercato di farlo in questi cinque anni, cambiando radicalmente la visione della sanità, meno ospedalocentrica e più territoriale.

Anche con l'utilizzo della telemedicina, la regione Puglia sta compiendo passi in avanti in questo campo, soprattutto per quanto riguarda la cronicità. C'è un progetto che si chiama Care Puglia sulla cronicità che di fatto utilizza il fascicolo sanitario elettronico come infrastruttura tecnologica di condivisione dei documenti clinici dei soggetti che firmato il patto di cura con il proprio Medico curante. La piattaforma tecnologica consente di interfacciare svariate tipologie di dispositivi medici per la misurazione di parametri clinici o l'esecuzione di test strumentali (ECG, esami di laboratorio, esami pneumologici, etc.).
I dati e le informazioni cliniche del paziente sono organizzati su di una piattaforma unica ed esposti al personale preposto mediante cruscotti grafici intuitivi, strumenti di analisi e sistemi di alert. Il paziente diventa il fulcro del sistema. Attorno a lui ruotano tutti i servizi sanitari".

Con l'autonomia differenziata e se al Sud mancheranno segnali di crescita, rimarrà più facile continuare ad andare verso altre regioni o verso il Nord Europa dove c'è più sviluppo?

"L'autonomia differenziata, come già evidenziato, se non gestita potrebbe essere un problema che accentuerà le differenze tra le regioni, differenze già esistenti anche a causa di anni contraddistinti da criteri

opinabili di riparto delle risorse. Se invece il processo di autonomia differenziata sarà ben governata dal governo centrale, come ben avviato dal Ministro Boccia, sarà una opportunità per tutte le regioni. Una adeguata autonomia in una regione illuminantemente governata sarà positiva, e nei prossimi anni proprio il sud registrerà importanti segnali di miglioramento, avendo un maggior potenziale di crescita. Gli investimenti avviati negli ultimi anni e lo sblocco delle assunzioni dovrebbero consentire una riduzione dei viaggi della salute in altre regioni e conseguentemente consentire agli imprenditori locali di rimanere sul nostro territorio o addirittura attrarre investimenti".

Quali le proposte per rispondere alla preoccupazione, alla solitudine delle Imprese che lavorano sul territorio?

"Il percorso partecipativo avviato dalla Regione Puglia prevede il coinvolgimento di tutti gli attori del sistema e, dunque, anche delle imprese che operano nel settore.

Il tema della qualificazione della spesa assume un aspetto rilevante per il Sistema sanitario pugliese, c'è la necessità di garantire un utilizzo appropriato delle risorse, al fine di garantire l'assistenza migliore ai pazienti contenendone i costi.

Tale obiettivo può essere raggiunto attraverso la centralizzazione degli acquisti, ci sono settori in cui è prioritario intervenire come la farmaceutica , i dispositivi e gli ausili protesici.

Bisogna condividere percorsi che non mettano in difficoltà le imprese, ma che consentano alla Regione di utilizzare al meglio le risorse del Fondo sanitario".

La Sanità pugliese investe esiguamente nel rinnovo di tecnologie biomediche. Mentre si inaugurano nuovi reparti dotati di tecnologie all'avanguardia per la diagnostica con immagini (TAC, Risonanze magnetiche, etc...) poco e lentamente si investe nel rinnovo delle tecnologie medicali, di cui sono o dovrebbero essere dotati i Reparti ospedalieri e le Sale operatorie, con la sistematica mancata integrale acquisizione di tecnologie biomediche elencate annualmente nei "piani degli investimenti" allegati al bilancio di previsione di ciascuna ASL. Cosa ne pensa?

"L'innovazione tecnologica nel settore sanitario assume una rilevanza strategica in quanto consente di migliorare l'assistenza erogata ai pazienti, ,modificando il percorso assistenziale, anche con tecniche e procedure sempre meno invasive.

L'introduzione di nuove tecnologie nelle strutture sanitarie non può prescindere, però, da una valutazione dell'HTA, in quanto non è sempre detto che una nuova tecnologia determini un vantaggio in termini di costo- benefici e costo - efficacia. La Regione Puglia, attraverso anche l'utilizzo dei finanziamenti europei, negli ultimi anni ha investito tanto nell'acquisizione di nuove tecnologie (risonanza, TC, ecc).

In sanità, però, non è necessario dotarsi solo di tecnologie, ma anche di personale che ne consenta l'utilizzo e soprattutto che sia adeguatamente formato".

Perché, in previsione degli eventi competitivi, non si abbassano le soglie dei fatturati, per consentire a tutte le imprese di partecipare alle gare?

"La partecipazione alle gare deve necessariamente tener conto delle disposizioni nazionali in materia e del codice degli appalti. Appare evidente che ci sono tipologie di forniture per le quali la qualità del prodotto è similmente alta,

può essere immaginato un percorso che consenta la più ampia partecipazione da parte delle imprese interessate.

E' altrettanto vero, però, che, rispetto a determinate forniture, di pari livello qualitativo, debba prevalere la necessità di contenere la spesa, riducendo quindi il costo complessivo della spesa sanitaria".

Presidente, in conclusione, in sanità, quale risultato la inorgoglisce di più e quale invece l'obiettivo mancato?

"Voi sapete che io sono particolarmente legato alla città di Taranto, ai suoi bambini, alle sue donne e uomini che portano da molti anni un fardello molto pesante sulle loro spalle. Così sin dal primo giorno del mio insediamento come Presidente della Regione, ho preso a cuore la salute e la tutela della salute dei bambini tarantini. Ho cercato di fare il possibile per loro, soprattutto in tema di oncologia. Un obiettivo lo abbiamo centrato. Lo avevamo detto e lo abbiamo fatto. Abbiamo mantenuto la promessa. Oggi abbiamo a Taranto, nel reparto di Pediatria del SS. Annunziata, un reparto di Oncoematologia pediatrica, guidato da uno dei massimi esperti nazionali in materia, che consente a tanti bambini di curarsi vicino casa.

Questo reparto lo abbiamo intitolato a Nadia Toffa, la giovane "iena" scomparsa troppo presto, e da sempre attenta alle istanze della popolazione pugliese, ma soprattutto allo stato di salute della popolazione tarantina ed in particolare dei bambini della città di Taranto.

Nessuno però si illuda che la Regione Puglia si fermi qui. Noi vogliamo impedire che i bambini si ammalino. E qui ci può essere la risposta alla seconda domanda. Anche se più che di obiettivo mancato parlerei di obiettivo ancora da raggiungere. E cioè la garanzia che la produzione industriale sia resa compatibile con la salute dei tarantini, puntando all'innovazione tecnologica, sulla base delle indicazioni e delle progettualità che la Regione è stata in grado di mettere sul tavolo della discussione. Oggi è finalmente un tema di confronto, ed io ne sono orgoglioso".

Obiettivi di mandato per garantire equità e stabilità al sistema sanitario pugliese

Presto riacquisiremo la totale autonomia strategica

di Vito Montanaro
Direttore Dipartimento Promozione Salute Regione Puglia

Sono trascorsi sei mesi da quando ho assunto il ruolo di Direttore del Dipartimento Salute, Benessere Sociale e Sport per Tutti, contestualmente al compito di coordinare un gruppo di professionisti, che chiunque vorrebbe accanto a se nella quotidianità lavorativa.

L'emozione ed il sentimento di gratitudine provati il giorno dell'incarico, trasferiti a coloro che hanno voluto riporre fiducia in me, primo tra tutti il Presidente Michele Emiliano, hanno immediatamente lasciato posto al senso di responsabilità, che mi accompagna da quando "abbiamo" scelto di essere "uomo pubblico". Si, "abbiamo", io, mia moglie ed i miei figli, il propellente atomico, che da tanti anni, mi consente di lavorare per l'amministrazione pubblica, senza farmi pesare l'assenza fisica dal contesto familiare, la dimensione di vita più complessa da gestire.

Gli obiettivi di un manager pubblico sono riconducibili, essenzialmente, alla corretta determinazione delle fonti finanziarie da impiegare nell'equa distribuzione dei servizi di pubblica utilità. Questo assioma è ancora più impegnativo, soprattutto dal punto di vista etico e morale, se ci si deve occupare di servizio sanitario, spesso identificato come "simbolo di disuguaglianza".

È questo dunque il primo obiettivo che bisogna raggiungere nell'immediato futuro, l'equa fruizione dei servizi sanitari.

In questa azione siamo guidati dalla volontà del Ministro della Salute, Roberto Speranza, che ha posto in cima ai suoi obiettivi di mandato, la definizione di percorsi finalizzati alla equa fruizione dei Livelli Essenziali di Assistenza. Volontà rappresentata personalmente al gruppo di lavoro istituito per la definizione del Patto della Salute 2019-2021, del quale la Puglia fa parte.

Il Sistema Sanitario della Puglia che con enormi sacrifici, soprattutto da parte delle donne e degli uomini che quotidianamente sono impegnati negli sforzi tesi a perseguire il principio della equità, ha conseguito importanti traguardi negli ultimi anni. Di recente è stata pubblicata la classifica LEA aggiornata e la Regione Puglia ha totalizzato 185 punti (punteggio minimo 160), facendo rilevare un ulteriore significativo miglioramento rispetto alla precedente rilevazione (punteggio precedente 177).

Alla complessa organizzazione del Servizio Sanitario della Regione Puglia non mancano le fonti finanziarie per costruire nuovi ospedali (sono cinque quelli già finanziati, dei

quali uno già al termine del primo anno di cantiere, il Nuovo Ospedale di Monopoli-Fasano), per manutenere quelli già esistenti, per acquistare attrezzature sanitarie tecnologicamente avanzate.
È necessario invece reperire fonti finanziarie da investire in capitale umano, al fine di neutralizzare principalmente gli effetti delle politiche di pensionamento, adottate dal Governo nazionale e per avviare nuovi percorsi assistenziali, con particolare riferimento a quelli riferibili alle patologie croniche correlate anche all'aumento dell'età media dei cittadini.
La provvista di fonti finanziarie, necessarie per rimodulare l'assetto organizzativo dell'assistenza ospedaliera e territoriale, potrà derivare principalmente dall'effetto congiunto dell'incremento del Fondo Sanitario Regionale 2020 (ci si attende un aumento di 120 milioni di euro circa) e dalla riqualificazione della cosiddetta "spesa farmaceutica" (costi per acquisto di farmaci, dispositivi e presidi).
Attualmente sono in corso attività finalizzate alla revisione dei sistemi di prescrizione e di acquisto farmaci, dispositivi e presidi, all'esito dei quali sarà possibile attribuire obiettivi di budget definiti ad ogni azienda, anche riferibili a nuovi percorsi di cura, che richiedono l'impiego di nuovi prodotti della ricerca scientifica. Gli effetti di queste azioni strategiche, potranno produrre, il contestuale miglioramento dell'offerta di assistenza sanitaria ospedaliera e territoriale, dunque della risposta alla domanda, sia di cittadini pugliesi, limitando la mobilità passiva extraregionale, sia di cittadini delle regioni vicine alla Puglia, incrementando la mobilità attiva extraregionale.
Con riferimento ai livelli essenziali di assistenza territoriale, particolare attenzione, dovrà essere riservata al processo di adeguamento dell'offerta di servizi sociosanitari, in corso di ridefinizione mediante una complessa ed articolata attività di programmazione dell'incremento dell'offerta per i diversi setting assistenziali. Tali azioni comporteranno l'impiego di risorse finanziarie aggiuntive, rispetto a quelle attualmente investite, che sarà necessario, reperire nell'ambito del processo di riqualificazione della spesa, già avviato.

Quelli elencati sono obiettivi di mandato, che impegneranno l'organizzazione del dipartimento e di ciascuna azienda sanitaria per il prossimo anno, per garantire equità e stabilità al sistema sanitario pugliese.
L'obiettivo più sfidante per il futuro, sarà pero quello, di convincere i pugliesi, che il sistema sanitario regionale, pur in presenza di contraddizioni, garantisce Livelli Essenziali di Assistenza in crescita costante e che, il frutto del grande impegno, che tutti stiamo profondendo, in questo momento, di programmazione pluriennale, dopo ben nove anni, ci consentirà di riacquisire, presto, la totale autonomia strategica, che la Puglia ha "guadagnato" con sacrificio. Volendo affidare la descrizione del momento storico alla scena di un film, mi piace vederci trasposti in "Ogni maledetta domenica"(anno 1999, diretto da Oliver Stone), un inno all'importanza del gioco di squadra. La scena è quella del discorso alla squadra che il Coach degli Sharks, Tony D'Amato (Al Pacino), fa prima di scendere in campo nella finale del campionato di football americano. Egli conclude dicendo ai suoi giocatori "O noi risorgiamo adesso come collettivo o saremo annientati individualmente".

Ovviamente gli Sharks vincono partita e campionato!

La Puglia in un Sud che non sta fermo

AReSS Puglia, tra scommesse "spaziali" e spazi

Incontriamo Giovanni Gorgoni, Direttore Generale dell'Agenzia Regionale Strategica per la Salute e il Sociale, nella sua sede, al primo piano del Palazzo della Presidenza regionale, sul Lungomare Nazario Sauro. Dalla sua accogliente stanza si osserva l'orizzonte del mare, in una giornata nebbiosa e uggiosa, che ne limita bellezza e splendore, ma dove si generano le idee e le reti, la cabina di regia della proposta innovativa e moderna della sanità pugliese.
Gorgoni parla fluentemente l'inglese, ha consentito che la Regione investisse in innovazione e tecnologie informatiche, il digitale rappresenta il suo mondo, il biotech la sanità del futuro ma anche del presente. E' un manager eclettico, un fiume in piena di idee, di proposte, ma come manager ama i risultati, con riconoscimenti internazionali, con la sua "naturale innata inquietudine". Dal Presidente Emiliano ha ricevuto una grande fiducia, come mai prima negli oltre vent'anni da manager.

Quante altre frecce ha nel suo arco, quale è il suo sogno?

"A chi mi dice dove sarò l'anno prossimo rispondo, citando Tito Livio: hic manebimus optime (qui staremo benissimo). È la casa che mi è più congeniale per la naturale innata inquietudine, qui in AReSS, riesco a trovare la cornice ideale. Il Presidente Emiliano ad AReSS ha concesso una fiducia, che in carriera non mi è mai capitato.
Una carta bianca così generosa in oltre vent'anni di carriera è una circostanza favorevole che capita raramente e che va utilizzata al meglio. Ma il sogno più grande è un altro, quello di fare innovazione in sanità per i cittadini mettendo insieme i nostri cervelli più pregiati e riuscire, sull'altro versante, anche ad aiutare il tessuto tecno-industriale più intraprendente della Regione. Nelle scorse settimane mi è capitato di fare incontri distinti con il mondo dell'industria e dell'Università e in tutti i casi il filo comune era l'idea di costruire un circuito virtuoso di innovazione in cui amministrazione sanitaria, imprese, industri e cittadini collaborino a quattro mani e in forma iterativa per progettare e realizzare soluzioni da cui tutti traggano beneficio".

Direttore, Lei recentemente ha scritto che: la salute è ricchezza, la tecnologia da sola non può fare innovazione "dirompente", quello della sanità digitale è un campionato che nessuno ha ancora vinto. Un progetto da realizzare per la Puglia?

"La ragione per cui è nata AReSS con le altre agenzie strategiche per la regione è proprio racchiusa tra questi obiettivi. La Regione Puglia 5 anni fa si è dato un modello organizzativo si chiama MAIA, modello ambidestro di innovazione amministrativa. Prevede sui temi presidiati dalla Regione - turismo, agricoltura, sviluppo, ambiente, sanità - che ci siano delle agenzie strategiche che facciano innovazione. Significa banalmente che le agenzie sono i laboratori e gli omologhi dipartimenti sono le officine. Le agenzie fanno e testano i prototipi e i dipartimenti li mettono a sistema se validati come utili e sostenibili. Ed è proprio così che noi abbiamo interpretato la nostra mission, nell'accezione più stretta possibile del modello MAIA. Quindi esplorazione, innovazione di processo, innovazione di prodotto, innovazione di saperi. E coerentemente con quanto affermato prima la nostra esplorazione non può essere fine a se stessa o settoriale, ma deve tenere conto anche degli effetti vicini o differiti su altri settori che non siano la sanità. Fare politiche per settori è sempre fallimentare e un servitore dello Stato non può esserlo "per settori stagni", occorre visione più ampia e più lunga. Aiuti un prototipo tecnologico ma con l'idea sia da un lato di aiutare la domanda, ossia l'azienda sanitaria che deciderà di utilizzarlo a vantaggio dei cittadini, sia anche l'azienda che ha realizzato quel prototipo e quindi genera indotto. Veniamo alla questione salute e ricchezza, che è una cosa che in Italia non abbiamo ancora capito. Nonostante i numeri confermino da tempo che in Italia i settori biotech, farmaceutico e digitale siano quelli a più alto PIL e volume d'affari si è ancora alla ricerca del guizzo industriale che salverà il Paese. Invece è proprio il settore cui concedere il più alto credito di fiducia e di politiche.

Il settore salute è quello a più alto indotto occupazionale. In qualunque provincia, l'azienda con il fatturato più importante è quasi sempre l'Asl. In provincia di Bari, quante realtà hanno un fatturato annuo da due miliardi come la ASL Bari, con più di 10mila dipendenti? Parliamo di ricchezza da un punto di vista economico, ricchezza per l'indotto occupazionale diretto, per l'indotto occupazionale dei fornitori, ed così in tutte le altre province d'Italia. È ricchezza la salute perché un cittadino più sano è un cittadino più produttivo, un cittadino senza servizi della salute è un cittadino che sviluppa malattie croniche da disagio sociale e rende meno sul posto di lavoro. È ricchezza da un punto di vista di rinnovamento sul lungo termine dei sistemi sociali, perché il settore sanitario, medicale e biotech ha la più fertile incubazione di innovazione. Innovazione sul farmaco, tecnologie digitali, sui dispositivi medici. Più alto tasso di innovazione significa promessa per il futuro. Investire solamente sulla salute consentirebbe di trascinare il Paese fuori dalle secche della stasi economica che dura da decenni".

Nel mese di novembre, ha percorso 19mila chilometri passando dai 30 gradi di Muscat in Oman ai 2 gradi di Glasgow in Scozia, con le tappe intermedie di Amsterdam e Bruxelles. Perche pensa che fuori dell'Italia ti diano più retta che in casa?

"Siamo stati all'estero su invito di nazioni e organismi esteri: in Oman abbiamo partecipato al congresso ospedaliero mondiale su invito dell'OMS perché avevano trovato interessante la riconversione dei piccoli ospedali in presidi territoriali assistenziali. A Glasgow siamo stati invitati dal governo scozzese alla Scottish digital healt and care conference e la Scozia è una delle regioni europee di riferimento sulle realizzazioni di sanità digitale. Hanno voluto la testimonianza di una delle realizzazioni più riuscite di telemedicina pugliese, che è quella di TeleHomeCare della ASL Brindisi a Ceglie Messapica e che, da qualche mese, AReSS, ha preso sotto la sua ala, per farne una realizzazione regionale. Oltre a noi a Glasgow, come testimonianza forestiera, c'erano Olanda e Danimarca, non c'erano blasonate regioni del nord Italia. Ecco perché dico che ti danno più retta fuori Italia. All'interno dell'Italia, le regioni del sud fanno una gran fatica a dire "abbiamo qualcosa da proporre". A settembre scorso ad Aarhus, in Danimarca, c'è stata la cerimonia di consegna delle certificazioni Reference Sites, che la Commissione Europea conferisce a quelle realtà governative, universitarie, regionali che si contraddistinguono per essere dei punti di riferimento sull'invecchiamento attivo e in salute della popolazione. La Puglia è stata valutata come Reference Sites 4 stelle su 4, il massimo. Ma in Italia questo riconoscimento l'hanno avuto, la Lombardia e l'Università Federico II di Napoli. Le altre regioni, Toscana, Veneto hanno avuto votazioni più basse. E a punteggio pieno in Europa siamo appena 24. Molte sono le realtà dalla Spagna che si è confermata nell'ultimo rapporto Bloomberg la terza realtà sanitaria al mondo, per efficienza ed efficacia, subito prima dell'Italia che è quarta. E per pregiudizio culturale forse ci saremmo aspettati di trovarci paesi scandinavi nelle prime posizioni, non la Spagna.
Quello che intendo dire è che fuori d'Italia non hai pregiudizi di credibilità da farti abbuonare mentre in Italia, il complimento più generoso che ti fanno è che la Puglia non è proprio una regione del Sud mentre noi lo siamo orgogliosamente".

Poi è anche arrivato il riconoscimento Cancer Policy Award conferito al Presidente Michele Emiliano, per l'ideazione e l'attivazione dei Centri di Orientamento Oncologico, le pietre d'angolo della Rete Oncologica Pugliese.

"È stato conferito al Presidente Emiliano da 25 associazioni di pazienti ed è un riconoscimento ad una delle realizzazioni più importanti della rete oncologica pugliese che sono i COrO, i centri di orientamento oncologico.

Ma già ad aprile scorso l'AIOM - l'associazione italiana di oncologia medica - nel suo rapporto annuale in Senato a Palazzo Giustiniani ha fatto il punto sulle reti oncologiche regionali deliberate e attive, evidenziando come siano solamente sette, e una di queste sette è la Puglia, e fino ad aprile scorso era l'unica a Sud, una conferma che siamo si Sud ma è un Sud che non sta fermo".

Avete investito sulla formazione per direttori generali, amministrativi e sanitari. Una scommessa vinta sul campo?

"Il CURSuS è uno dei nostri 10 centri esperti, l'Agenzia lavora per laboratori del valore - e ne abbiamo otto - e per centri esperti. Questi ultimi sono dei coordinamenti regionali che racchiudono il meglio dei saperi sul territorio di cui AReSS non dispone ma che può metterlo in sinergia sistemica. CURSuS è uno di questi ed è un'altra scommessa vinta. Abbiamo messo intorno allo stesso tavolo tutte e 5 le università della Regione Puglia, qualcuno pensava non si potesse fare, ed invece hanno aderito le università di Foggia e di Bari, il Politecnico di Bari e l'Università del Salento e la LUM di Casamassima, per creare un coordinamento stabile per curare l'alta formazione manageriale, per i temi di salute e sociale. Il primo filone è stato la formazione prevista per legge, per i primari, i direttori di struttura complessa.

Partito ad aprile 2019, ad oggi sono partite già otto edizioni, due si sono concluse, altre due sono in via di conclusione e dunque per i primi del 2020 avremmo condotto in porto otto edizioni per un totale di quasi 400 persone formate nel giro di un solo anno.

Il secondo prodotto del CURSuS è stato il corso per aspiranti direttori generali, sanitari e amministrativi. Ed è stato il primo in Italia fatto con le nuove regole nazionali. Il Ministero della Salute, nel maggio scorso, emanava nuove regole con le linee guida didattiche precise, per formare i nuovi aspiranti alle direzioni generali, la Puglia è stata la prima che ha fatto questo percorso e si conclude il 12 dicembre di quest'anno. Diplomiamo 80 persone che avranno il nuovo attestato e sono le prime in Italia, con le nuove regole. Nuovi aspiranti a fare i direttori generali, amministrativi e sanitari. Con la possibilità di iscriversi nell'albo nazionale dei direttori nazionali che è stato riaperto da poco.

C'era molto scetticismo quando siamo partiti, qualcuno mi disse che volevamo fare una cosa spaziale. Se sia stata spaziale non lo so, brillante e inedita lo è stata di sicuro".

"Lo scopo delle informazioni non è la conoscenza, ma la capacità di agire correttamente" Peter Drucker

Banca dati biomedica e sicurezza delle cure

di Vincenzo Defilippis
Direttore UOC Rischio Clinico e Qualità – Medicina Legale ASL Bari

Viviamo il tempo della complessità, a cui è imprescindibilmente collegato il paradigma del limite dell'uomo e delle sue pratiche, compresa quella medica. La medicina è pratica e scienza allo stesso tempo, in cui è necessario aprire nuovi spazi dialogici tra saperi e culture. La medicina, infatti, si muove in un'area applicativa in cui devono incontrarsi scienza, pensiero esistenziale ed etica. La medicina è un sistema epistemico complesso in cui l'etica, il sapere e la pratica sono fuse in un unico corpo.

Parlando di medicina, salute e malattia, il medico si avventura in un terreno minato, dove le conoscenze scientifiche, i paradigmi, che orientano i suoi giudizi di valore, scelte e comportamenti, rendono mutevole e labile il suo operare. Non esiste medicina senza conoscenza dell'umano e della scienza.

Il medico e gli altri operatori sanitari hanno il difficile compito di essere allo stesso tempo garanti e traduttori di tali conoscenze.

La pratica medica, ovvero ogni singolo atto diagnostico o terapeutico, deve, quindi, basarsi sulla conoscenza scientifica e delle leggi che la governano. Ciò che deve essere fatto deve basarsi sul perché deve essere fatto.

Conoscenza pratica e conoscenza teorica sono vincolate l'una all'altra.

Il dovere etico e deontologico per un medico e per gli operatori sanitari è, dunque, prima di tutto quello di SAPERE.

La buona medicina dovrebbe continuamente rinnovare le sue conoscenze e di conseguenza gli operatori sanitari dovrebbero orientare la loro pratica restando nel vero delle conoscenze valide scientificamente.

Durante tutto il corso della storia il peso dell'errore per ignoranza è stato sempre il più rilevante, poiché la scienza solo da pochi decenni ha dato una spinta notevole alle conoscenze mediche. Nonostante le enormi conquiste scientifiche, si continua a commettere errori per ignoranza, che nel contesto attuale diviene inescusabile, data la enorme disponibilità delle evidenze scientifiche.

D'altra parte l'enormità delle informazioni e delle conoscenze, che ad oggi si sono accumulate, ha reso l'errore più complesso e variegato. Il nostro sapere è divenuto ingestibile e gli errori per questo sono inevitabili, la conoscenza supera la nostra capacità di gestirle.

Il medico, dunque, deve costantemente rivalutare e rinnovare le sue capacità di intervento, deve porsi criticamente nei confronti del suo modus operandi, facendo tesoro degli errori.

Alcuni studi (BodenheimerT, SchusterMA, GrolR) suggeriscono che il 30-40% dei pazienti non riceve trattamenti conformi alle prove scientifiche disponibili e il 20-25% dell'assistenza erogata non è necessaria o è potenzialmente dannosa.

Nel primo rapporto sugli errori medici, prodotto dall'Institute of Medicine già nel 1999, sono stati riportati 44.000 / 98.000 morti all'anno negli Stati Uniti per errori clinici, con una spesa contabilizzata tra i 17 ed i 29 miliardi di dollari in costi diretti ed indiretti degli eventi avversi prevenibili.

L'errore basato sulla conoscenza (knowledge – based) porta ad ideare azioni e percorsi che non permettono di raggiungere l'obiettivo prefissato, poiché il piano è sbagliato per scarsa conoscenza, a fronte di azioni e comportamenti che possono essere corretti.

La cultura dell'errore diviene ora il nuovo presupposto epistemologico per garantire la salute delle persone, salute che passa attraverso la sicurezza delle cure che si garantisce in primis attraverso la conoscenza.

La conoscenza è, dunque, sicurezza delle cure, ne è il presupposto. E se è vero che la salute è un concetto culturale complesso, i cui elementi di conoscenza sono molteplici, è vero che le istituzioni sanitarie devono porsi come obiettivo quello di garantire ai pazienti la sicurezza anche ed attraverso la conoscenza ed il sapere di tutti gli operatori.

E' utile ricordare a questo proposito che La legge 24 del marzo 2017, cosiddetta legge Gelli, sancisce all'art. 1."La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività".
Una legge dello Stato pone, dunque, il diritto alla sicurezza delle cure, come elemento imprescindibile per l'esercizio del diritto costituzionale alla salute.
La sicurezza delle cure garantisce, infatti, la salute degli individui e si pone come il nuovo paradigma della moderna medicina, attraverso molteplici e differenziate strategie di governance dei processi clinico- sanitari.

A fronte della complessità che il sistema della salute deve affrontare, le aziende sanitarie si attivano per promuovere nuove pratiche, nuove organizzazioni che concorrano ad orientare ed assicurare il diritto alla salute attraverso la sicurezza delle cure erogate.
La sfida, pertanto, è quella di un'innovazione organizzativa che dia ordine alle conoscenze ed aiuti gli operatori nelle loro complesse attività quotidiane.
In quest'ottica la Asl Bari, attraverso l'UOC Rischio Clinico e Qualità - Medicina Legale ha avviato una serie di iniziative con l'obiettivo di implementare la sicurezza. Tra le altre, ha indirizzato le sue strategie di azione promuovendo la conoscenza come strumento per garantire la sicurezza ed a riguardo ha promosso e promuove la cultura dell'errore attraverso una rigorosa attività formativa, di monitoraggio e di elaborazione di procedure e percorsi assistenziali mediante l'implementazione locale di Linee Guida, Revisioni Sistematiche e della letteratura medica più recente.

L'azienda sanitaria garantisce la sicurezza dei pazienti assicurando la cultura degli operatori sanitari che ci lavorano. E' questa la scelta operativa condivisa e sostenuta dalla Direzione Strategica.

A partire da settembre 2019 la Asl Bari, nella consapevolezza che rimanere aggiornati è sempre più difficile per la crescita esponenziale dell'informazione medica e per le condizioni clinico-organizzative in continua evoluzione, ha stipulato un contratto con il più grande editore di letteratura scientifica, Elsevier, che ha fornito la piattaforma digitale Clinicalkey, accessibile a tutti gli operatori, in cui cercare e trovare riviste, articoli, libri scientifici medici, ma anche tutorial e video su pratiche medico/infermieristiche.
Nel primo mese di utilizzo, sono stati registrati un totale di 3036 eventi di consultazione (Visioni HTML o PDF downloads) e 4254 eventi di ricerca e navigazione. I contenuti più consultati sono stati Riviste e Libri approssimativamente con il 40% per ciascun evento di consultazione. A seguire tutti gli altri contenuti, con Clinical Overviews e Procedure Video i più visitati (7% e 5% rispettivamente). Ad oggi, 212 dipendenti hanno creato un profilo personale su ClinicalKey e, di questi, la maggioranza ha utilizzato la piattaforma almeno una volta attraverso il proprio profilo. L'utilizzo totale della piattaforma da parte dei profili registrati è stato fino ad ora più dell'80%, ma i "frequentatori del sapere scientifico" sono in continua crescita.

Gli errori si pagano in termini umani ed in termini economici. Il compito delle istituzioni sanitarie deve essere, dunque, quello di salvaguardare le persone, gli operatori sanitari e l'intero Sistema Sanitario Nazionale attraverso un piano strategico che abbia come obiettivo la promozione della cultura e della conoscenza di tutti quelli che quotidianamente vi operano.
Parlare della fantomatica sostenibilità del SSN vuol dire ridurre gli errori, l'inappropriatezza, le pratiche di medicina difensiva, i contenziosi medico - legali.

Tutto questo non può che partire dalla conoscenza, che è la via maestra per il cambiamento, ricordando che la "relazione di cura significa soprattutto vigilare sul proprio sapere di cura".

L'informatica sanitaria si è focalizzata su tutti i processi sanitari e clinici

Un'idea di innovazione tecnologica per tutta la Regione Puglia

di Nicola Serrone
Dirigente responsabile del Settore Informatico AOU Policlinico Bari

Il sistema informativo dell'ospedale è sicuramente uno dei punti nevralgici di tutta l'attività ospedaliera sia in emergenza-urgenza, sia in ambito ambulatoriale, sia come ricoveri programmati. Nella fattispecie il sistema informativo di un ospedale importante in un contesto regionale come anche in quello nazionale, com'è appunto il Policlinico di Bari, viene svolto in una realtà alquanto complessa. Sicuramente, esso è il perno principale di un sistema, che permette a questa azienda ospedaliera, di poter offrire il miglior servizio che i cittadini possono oggi richiedere. Come tutti i sistemi informatici anche questo apparato tecnologico, è basato sulla centralità del paziente: in genere si dice che sono dei sistemi pazientocentrici. In sostanza, il paziente in tutte le fasi che accompagnano la sua degenza, dal momento dell'accesso alla struttura a tutti i successi step di cura come anche alle fasi amministrative, viene seguito attraverso processi di tipo informatico. Come si accennava precedentemente, il sistema informatico segue il paziente in ogni fase di interazione con il Policlinico. In particolare, già dal suo arrivo al Pronto soccorso, egli viene gestito tramite connessione con sistema informativo regionale Edotto: questo impianto informatico, curerà l'ambito del ricovero come anche l'aspetto ambulatoriale. Ciò permette al sistema informatico del Policlinico di Bari, non solo una interconnessione con i sistemi regionali, come abbiamo detto con Edotto, ma l'alimentazione del sistema FSE del fascicolo sanitario elettronico. Questa connessione sta, infatti, consentendo di alimentare il fascicolo sanitario elettronico del paziente, di tutte quelle prestazioni alle quali egli è sottoposto all'interno dell'azienda ospedaliera barese a partire dai referti di patologia clinica, referti di Pronto Soccorso ect. In questi anni, l'informatica sanitaria del Policlinico di Bari, si è focalizzata su tutti i processi sanitari e clinici con non poche difficoltà. Infatti, molto spesso, nel momento in cui si cerca di rinnovare, di cambiare, non sempre tutto il sistema organizzativo è pronto all'innovazione. Una componente essenziale è rappresentata dal fattore umano che deve essere preso in considerazione, per poter procedere ai mutamenti tecnologici, che nella quotidianità ci aiutano a facilitare il lavoro, a risparmiare tempo e soprattutto risorse economiche. Le innovazioni che stiamo approntando, sono mirate a dare agli operatori sanitari strumenti efficaci e soprattutto semplici, oltreché idonei a definire, al meglio, nell'immediatezza il quadro clinico con le diagnosi e le terapie di ogni paziente in cura. Oggi più che mai, in ambito sanitario, come in ogni contesto lavorativo, bisogna guardare con propensione alla tecnologia che avanza a grandi passi, verso il terzo millennio. Spesso, nelle realtà quotidiane, tutti cercano le ipertecnologie, tutti cercano sistemi informatici ma spesso questi sistemi vengono visti come un ulteriore

appesantimento del lavoro di medico, di tecnico, di operatore sanitario. Talvolta, tali sistemi, vengono osteggiati da questi ultimi, in quanto il cartaceo risulta essere per la propria visibilità, più performante di quanto non possa essere un sistema informatizzato. Va dato, comunque merito, che i sistemi che in questi anni il Policlinico di Bari ha avviato, hanno avuto un grado di pervasività molto elevato. Quando questi apparati informatici entrano a regime, in una condizione di stabilità, costituiscono un valido aiuto per tutte le fasi organizzative che accompagnano l'attività lavorativa pubblica, che compiono gli operatori sanitari, ne sono di esempio i sistemi per l'informatizzazione delle prestazioni di Patologia Clinica, l'Order entry delle richieste di prestazioni per pazienti ricoverati, il sistema informatico per la Breast Unit, il sistema informatizzato dei processi chirurgici di sala operatoria ect.

Molto stesso il sistema informativo soffre anche di una mancata organizzazione riguardo l'eterogeneità dei processi che è chiamato a svolgere. Infatti, non sempre, questi processi informatici sono stati progettati per una visione globale di un apparato informativo generale. Questo è un limite che è costato a tanti di noi, responsabili dei sistemi informatici, una mole di lavoro importante per cercare di integrare questi sistemi in modo che essi risultassero quanto più utili alle necessità del Policlinico, oltreché semplici nel loro svolgimento quotidiano. Oramai l' idea di prendere parti di software o di soluzioni informatiche di varie entità, è per fortuna una idea oramai superata. Oggi, il concetto prevalente è quello della concertazione, ovvero che va realizzato un sistema omnicomprensivo, un sistema globale che vede tutti i processi con un unico apparato organico, in modo tale che non ci siano incompatibilità nella loro integrazione.
In questi anni, con i nostri sistemi informativi abbiamo raccolto una grossa quantità di dati: abbiamo oggi grosse banche dati ma spesso non possiamo utilizzarli in analisi e quindi in previsioni. Oggi il Policlinico di Bari è impegnato con i propri tecnici a dare un sistema di previsioni. Nella fattispecie, i modelli si stanno indirizzando sempre più sull' analisi predittiva dei dati. Un esempio che stiamo portando avanti come azienda ospedaliera barese è l' analisi predittiva dei dati sull' affluenza al Pronto soccorso per una struttura importante come il Policlinico. Non riuscire a dare in maniera tempestiva ed efficace un servizio in quel settore, significa pregiudicare tutta la conseguente attività ospedaliera. Grazie alla raccolta dei dati, oggi siamo in grado di dare contezza, con una buona attendibilità, del flusso delle persone che si rivolgeranno al nostro Pronto soccorso. Questa attività, ancor prima di essere un esercizio informatico ed analitico, è una analisi dei dati e quindi, un modello previsionale che permette al Pronto soccorso, con largo anticipo, di calibrare e quindi di organizzare, con le risorse più idonee, certe situazioni che si andranno a presentare. Questo tipo di approccio sarà poi esteso anche ad altre situazioni in cui sono previste delle variabilità, alle quali i nosocomi non sono sempre pronti. Mi riferisco soprattutto all' accesso alla struttura tramite CUP, per la gestione dei ricoveri programmati, ect Un' altra situazione nella quale il Policlinico di Bari è all' avanguardia e fiore all' occhiello a livello nazionale, riguarda la telemedicina, nella fattispecie della telecardiologia che non è più solo una idea da concretizzare, ma oramai da quattro anni è un attività funzionante su tutto il territorio regionale h.24, per 365 giorni all'anno. Essa riesce a coprire tutto il territorio pugliese, dalle isole Tremiti fino a S. Maria di Leuca, connettendo in tempo reale tutte le autoambulanze del 118 e tutti i punti di Primo intervento, attraverso elettrocardiografi che, immediatamente, inviano l' elettrocardiogramma ai sanitari del Policlinico. Questo complesso apparato, permette quindi, in maniera tempestiva, di poter refertare un tracciato realizzato in autoambulanza oppure nel primo intervento e di stabilire una specifica diagnosi. Il progetto di telecardiologia ha, quindi, dimostrato che la telemedicina è possibile, non è una chimera, bensì è una valida realtà. Essa è stata un banco di prova per tutti noi, perché ha permesso di progettare e di attivare un valido sistema, che, mediamente, in un mese, permette la realizzazione tra i dodici ed i tredicimila referti mensili. Ciò ha consentito di dimostrare, sul campo, che questo sistema riesce a funzionare nella peggiore condizione operativa, ovvero permette di connettersi in condizioni non programmabili e di essere delocalizzato in qualsiasi punto della regione. Questo innovativo apparato ha così permesso di rispondere efficacemente ad una esigenza di salute che ha le caratteristiche dell' urgenza e dell' emergenza. Abbiamo così realizzato un efficace sistema di telemedicina, che ha risposto, nella sua complessità agli alti standard di efficienza che il Policlinico può vantare, grazie alla collaborazione con la Regione Puglia e con la struttura del 118.
Speriamo quindi, nel finanziamento di altri progetti di telemedicina, di telecardiologia, di teleoculistica e di teledialisi che darebbero un idea di innovazione tecnologica non sola e meritatamente al Policlinico di Bari, ma a tutta la Regione Puglia.

Efficientamento e miglioramento delle condizioni di sicurezza dell'ospedale

Riqualificazione del parco urbano del Policlinico

"Un traguardo importante per l'efficientamento ed il miglioramento delle condizioni di sicurezza dell'ospedale ed una tappa fondamentale per la riqualificazione del parco urbano del Policlinico. – dice il Direttore Generale Migliore – il piano infatti, oltre a contribuire alla vivibilità e al miglioramento del decoro, rende più veloce e sicuro il trasporto interno dei pazienti." E' stato pubblicato sul sito aziendale (http://www.policlinico.ba.it) il piano di adeguamento funzionale della viabilità dell'area esterna del Policlinico di Bari.

Il piano, oltre a delineare percorsi e aree di sosta, regola la gestione degli accessi all'area ospedaliera, caratterizzandosi quale strumento indispensabile per ottimizzare la fruibilità degli spazi esterni dell'ospedale e per il controllo del traffico pedonale, ciclabile e veicolare.

Il progetto riordina la stratificazione d'interventi di sistemazione e interdizione del traffico, che negli anni passati sono stati effettuati in assenza di una programmazione organica in grado di realizzare una trama riconoscibile su cui sviluppare un tessuto urbano sicuro, ordinato e di facile fruizione. Nella visione strategica dell'Azienda lo spazio aperto del nosocomio, deputato alla funzione urbana specifica del servizio sanitario, diventerà anche uno spazio pubblico permeabile alla città, un'area "green" all'interno della trama urbanizzata, a servizio dei cittadini. Andando a coinvolgere le componenti ambientale e sociale del concetto di sostenibilità, idealmente all'interno del perimetro ospedaliero è possibile individuare spazi aperti da dedicare a funzioni ulteriori rispetto a quella specifica sanitaria, connesse ad attività culturali e sociali.

"Gli studenti della Scuola di Medicina di Bari hanno diritto ad un campus green, con aree di aggregazione attrezzate che con il nostro clima possono essere sfruttate praticamente tutto l'anno, ma allo stesso tempo - continua il direttore Migliore - il Policlinico intende proporsi come un nuovo spazio verde connesso a internet, aperto ai cittadini ed alla socializzazione". Il piano vuole essere uno strumento partecipato e dinamico, verrà infatti adottato solo dopo un periodo di condivisione con gli "stakeholders" e i cittadini, continuando comunque a recepire anche successivamente suggerimenti utili al miglioramento, al fine di individuare nuove funzioni da implementare all'interno degli spazi aperti che via via si renderanno disponibili.

Gli interventi si articoleranno nei prossimi ventiquattro mesi con lavori di riqualificazione che interesseranno tutta l'area esterna agli edifici ospedalieri e si integreranno alla riorganizzazione logistica assistenziale già avviata per rendere coerenti le attività cliniche in funzione dei percorsi dei pazienti a partire dall'apertura del nuovo pronto soccorso generale e dell'ingresso dedicato ai mezzi di soccorso.

E' anche previsto l'inizio del servizio di trasporto interno gratuito con bus elettrici, cui seguirà entro fine anno il completamento del WIFI pubblico, l'apertura dell'isola ecologica per la raccolta differenziata dei rifiuti ospedalieri e l'inizio della piantumazione dei nuovi alberi.

Concluso il XXVI Congresso Nazionale, incentivare informazione e formazione

Alcolismo, numeri impressionanti

di Doda Renzetti
Segretario Nazionale della SIA
(Società Italiana di Alcologia)

La Società Italiana di Alcologia, nei giorni scorsi, presso la sala convegni Mater Dei Hospital, ha organizzato il XXVI Congresso Nazionale

Le dimensioni del "problema alcol" negli ultimi anni stanno raggiungendo livelli di allerta. Dalla Relazione al Parlamento presentata il 29/4/19 in materia di alcol e problemi correlati si evince che vi sono 8 milioni e 600 mila consumatori a rischio, 68 mila persone alcol dipendenti in carico ai SERD, 4575 incidenti stradali correlati al consumo. La prevalenza dei consumatori a rischio, elaborata dall' Istituto Superiore di Sanità è stata nel 2017 del 23,6% per gli uomini e dell'8,8 % per le donne di età superiore agli 11 anni. L'analisi dei dati per classe di età rileva che le fasce di popolazione èoù a rischio per entrambi i generi sono quelle dei 16-17enni (M=47,0% F=34,5%) che non dovrebbero consumare bevande alcoliche e dei "giovani anziani" (65-75 anni) .

Circa 700 mila minorenni e 2,7 milioni di ultrasessantacinquenni sono consumatori a rischio per patologie e problematiche alcol correlate.

I dati sull'alcoldipendenza mostrano la presa in carico nel 2017 presso i Servizi Alcologici di circa 68mila (67.975) soggetti. Il 27,1% dell'utenza complessiva è rappresentato da utenti nuovi.

La bevanda alcolica maggiormente consumata è il vino (48,1%), seguito dalla birra (27,1%), dai superalcolici (10,3%) e dagli aperitivi, amari e digestivi (5,5).

Nel corso del 2017 si sono verificati complessivamente 39.182 accessi in Pronto Soccorso caratterizzati da una diagnosi principale o secondaria attribuibile all'alcol. Di questi il 70% si riferisce ad accessi di maschi e il restante 30% ad accessi di femmine .Le due patologie che causano il numero maggiore di decessi per entrambi i sessi sono le epatopatie alcoliche e sindromi psicotiche indotte da alcol. Per quanto concerne gli Incidenti stradali, nel 7,8% dei casi un conducente era in stato di ebbrezza.

Scopo del Congresso è stato analizzare le recenti acquisizioni in ambito alcologico, con particolare attenzione alle linee di tendenza attuali e future e agli update dal web e dalla ricerca scientifica Verranno, inoltre, analizzate le novità del trattamento farmacologico dei problemi alcol-correlati fra linee guida e protocolli e l'approccio al paziente con doppia diagnosi. Un focus particolare è stato dedicato al cambiamento legato all'approccio ecologico-sociale e all'evidenza scientifica dell'auto mutuo aiuto. Il Congresso si è proposto, quindi, di sviluppare i diversi aspetti volti alla formazione e all'aggiornamento del personale coinvolto nella diagnosi e nel trattamento dei problemi alcol correlati.

Il Presidente della SIA, Prof. Gianni Testino , Direttore del Centro di Patologia della Dipendenza ed epatologia presso l'Ospedale S. Martino di Genova ribadisce che si tratta di numeri impressionanti e sottolinea che è compito dei professionisti della salute curare ed intervenire. Nell'ambito del convegno sono intervenuti il Vice Presidente dell'ordine dei Medici della Provincia di Bari, Dott. Franco Lavalle ed il Presidente del Consiglio Comunale di Bari, Michelangelo Cavone.

Proficuo è stato l'intervento oltre che di qualificati esperti del settore, quali i Prof. Prof. Piero Portincasa, Vincenzo Palmieri, Roberto Catanesi anche dei Club Alcologici Territoriali e degli Alcolisti Anonimi.

Il Convegno si è concluso con l'impegno da parte di tutte le agenzie intervenute di incentivare informazione e formazione.

Se non c'è coesione sociale noi falliremo sempre

Tutti noi siamo artefici e dobbiamo fare rete

Il Coordinamento Donne A.F.O.R.P., nell'ambito delle attività associative rivolte al sociale e alla partecipazione, ha promosso, grazie alla coordinatrice regionale e vice presidente Grazia Guida e alla Responsabile territoriale Lecce-Brindisi Ornella Miano, il convegno sul tema: "L'Etica e l'Umanità dentro e fuori le Imprese: Donne, Lavoro, Maternità", che si è concluso, con unanimi consensi, sul ruolo della donna e maternità nella società attuale. L'incontro si è tenuto presso il suggestivo Teatrino Convitto Palmieri, nel centro storico del capoluogo salentino. Sono intervenuti i rappresentanti del mondo professionale sanitario, delle associazioni locali e nazionali e di autorevoli rappresentanti delle istituzioni. I lavori del convegno sono stati aperti da Ornella Miano (Responsabile Area Territoriale Lecce e Brindisi - Coordinamento Donne A.F.O.R.P.), che ha promosso l'evento nella città di Lecce e che ha spiegato il perché si affrontasse il delicato e avvertito tema di "Donna, maternità e lavoro". La relazione introduttiva è stata svolta da Loredana Capone (Assessore Turismo e Cultura della Regione Puglia), che si è soffermata sul ruolo della donna in politica, dei sacrifici che affronta ogni giorno per la famiglia, sulla necessità di introdurre nuovi provvedimenti legislativi a tutela delle donne e delle piccole imprese. "La sfiducia da parte dei giovani è nemica della famiglia. Noi dobbiamo lavorare - ha sottolineato Loredana Capone - perchè non ci sia più precarietà. Gli strumenti ci sono, anche la Regione Puglia ha messo in campo strumenti importanti e perchè le donne possano avere la stessa dignità del ruolo che hanno gli uomini". L'Assessora regionale si è poi soffermata sulle difficoltà che incontrano le piccole imprese nell'assumere donne. "Supponiamo che una piccola azienda, decide di assumere una donna e questa persona, appena viene assunta, ha un figlio e prende tutti i diritti di maternità. Poi decide di avere un secondo figlio, perchè non vuole aspettare troppo tempo, tra un figlio e l'altro e quindi ha una seconda maternità. L'azienda rimane di nuovo senza la dipendente. E' giusto che l'onere ricada tutto sull'azienda? Invece di pensare al diritto di cittadinanza così

come viene applicato, perchè non pensiamo a un supporto all'azienda, che deve giustamente privarsi della dipendente e che non può supportare tutto il peso?" Subito dopo è intervenuto il Senatore Luigi Vitali, che ha messo in risalto le iniziative promosse dal Parlamento a favore delle donne, sulla necessità di far valere le proposte del mondo femminile e delle associazioni, in fase di audizioni nelle commissioni parlamentari e di allargare la partecipazione politica alle donne, non con le quota rosa, ma con una maggiore consapevolezza delle donne a farsi rappresentare.

ha posto in evidenza le attività della sua associazione.

Domenico Mario Carparelli (Presidente Associazione Salentosophia) ha invece tracciato un profilo filosofico sulla donna.

Bella testimonianza dell'imprenditrice Marinita Elia che ha marcato il ruolo della donna che guida un'impresa, trasferendo contenuti davvero interessanti.

A conclusione dell'evento è intervenuta Grazia Guida. "Vogliamo che coesione, è un difetto comunicativo? E' un difetto di volontà? A monte di tutto questo sembra che ci sia una schizofrenia del sistema. La Costituzione garantisce tutto questo? Quale è il nesso? Se non c'è coesione sociale noi falliremo sempre! Tutti noi siamo artefici e dobbiamo fare rete". Grazia Guida, infine, ha messo in risalto il ruolo centrale della donna in una condivisione di obiettivi ed iniziative dell'associazione, con la proposizione di una rete sui territori pugliesi, che diventi un punto di riferimento per la crescita sociale e culturale della Puglia.

Antonio Perrone (Direttore U.O.C. Ginecologia ed Ostetricia "Fazzi" di Lecce), invece ha parlato della sua esaltante e significativa esperienza professionale.

Silvia Miglietta (Assessore Welfare Comune di Lecce), ha rivendicato più spazi da dedicare alle donne nell'impegno politico.

Giovanna Guglielmi (Presidente CIF Lecce), invece ha posto l'accento sul ruolo di mamma da conciliare con il ruolo di avvocato.
Fiammetta Perrone (Vice Presidente Nazionale FIDAPA BPW Italy),

l'organizzazione del nostro vivere sia serena. Le donne non rientrino nel proprio posto di lavoro e si sentano discriminate. Un grazie per la generosità, ognuno ha portato la propria esperienza, ricco di storie, dove le istituzioni hanno portato la loro conoscenza, competenza, il Cif che durante la guerra è stato al fianco delle donne, il welfare poco ascoltato a livello istituzionale, la filosofia ed ognuno di noi esprime la complessità del cervello, con la semplicità dell'animo, al dott. Perrone che aiuta le donne, aiuta la vita. Vengo colpita da una riflessione: poi il sistema non trova coesione. C'è una mancanza di

A conclusione dell'evento, il Presidente A.F.O.R.P Beppe Marchitelli, nella sua relazione, ha parlato di cambio di paradigma, difficoltà delle donne a coniugare lavoro e maternità, ha chiesto una maggiore attenzione della classe politica a legiferare con politiche mirate. I lavori sono stati moderati con professionalità e competenza dalla giornalista Stefania Cardo.
L'A.F.O.R.P. ringrazia il Comune di Lecce e per la preziosa collaborazione e le seguenti associazioni: CIF Lecce, Associazione Salentosophia, FIDAPA BPW Italy sezione di Lecce.

In Italia ci sono 88 casi di violenza sulle donne ogni giorno, uno ogni 15 minuti

Con internet nuove forme di violenza

Nell'imperiale e suggestivo Salone degli Affreschi dell'ateneo barese, con il saluto del rettore portato dalla prof.ssa Achiropita Lepera che ha parlato di Università come luogo di libertà, con le dolci e melodiche note della violinista Marilù Di Modugno, con il contributo della poetessa Letizia Cobaltini, con le bravissime ragazze del corpo di ballo dell'insegnante Katia Laguaragnella, con l'opera Infranta degli scultori Meo Castellano e Pino Massarelli, con le interessanti e qualificate relazioni di esperti, con una buona partecipazione di pubblico, si è concluso con successo, a Bari, il convegno sul tema: "L'Etica e l'Umanità dentro e fuori le Imprese: per le donne con le donne ". Evento promosso dal Coordinamento Donne A.F.O.R.P., in collaborazione con il CIF Bari-Bitritto, l'Associazione Italiana Donne Medico, le Crocerossine d'Italia e grazie alla preziosa collaborazione e ampia disponibilità del Magnifico Rettore dell'Università degli Studi Bari. Grazie soprattutto all'impegno, alla passione, all'elevato senso civico di Grazia Guida, (Responsabile regionale del Coordinamento Donne A.F.O.R.P.), di Benedetta Sasanelli (Presidente CIF Bari), di Cristina Maremonti (Presidente CIF Britritto), di Maria Rossi Boscia (Presidente CIF Provinciale) è stato possibile vivere un momento di profonda condivisione, nella Giornata Internazionale per l'eliminazione della Violenza contro le Donne. Su questo tema si sono confrontati gli esperti del convegno. Maria Iacovone (Presidente II^ Sezione Penale della Corte di Appello di Bari), con la relazione sul tema: "I reati sessuali nella disciplina codicistica e nella elaborazione giurisprudenziale" ha fatto ex cursus sulle leggi e sulle norme a tutela della donna.

"L'ufficio delle Nazioni Unite ha pubblicato - ha sottolineato la dott.ssa Iacovone - uno studio che dimostra come in tutto il mondo, la maggior parte delle vittime sessuali, sia di sesso femminile e la maggior parte degli autori sia di sesso maschile. In Italia ci sono 88 casi di violenza sulle donne ogni giorno, uno ogni 15 minuti. Naturalmente si tratta di violenze di natura diverse.

Passi nella legislazione penale ne sono stati fatti e anche grandi e importanti, se penso a quando sono entrata in magistratura, nel 1979, e dopo i primi processi per violenza carnale, molto è cambiato. E' cambiato con la legge del 1996 e fino a quell'anno, il Codice Rocco, prevedeva solo due reati in materia sessuale: la violenza

carnale e atti di libidine. La legge del 1996 abolisce questa distinzione e raggruppa tutti gli atti sessuali, senza distinzione nell'art. 609 bis. Norma che non è più inserita nella parte del codice che si intitolava: reati contro la moralità pubblica e buoncostume, ma reati contro la libertà personale. Questo perchè, non è che ogni volta, in cui la donna viene violentata, si violenta la moralità pubblica, ma è la libertà personale della donna che viene violata. Questa abolizione non è stata senza conseguenze positive per le donne che sono chiamate a denunziare e poi a testimoniare nei processi penali. Ricordo perfettamente i primi dibattimenti estremamente imbarazzanti, ero un giovane magistrato, in cui durante l'esame delle donne era necessario entrare nei dettagli della violenza subita. Immaginate una donna, che in dibattimento, dove erano presenti uomini, era pressata da domande sui dettagli sulla stessa violenza subita. Questo è stato superato dal 609 bis". Ida Tammaccaro (Dirigente Compartimento Polizia Postale e delle Comunicazioni - Puglia), con la relazione sul tema: "La violenza sulle donne ai tempi di internet", ha paventato i pericoli che ci sono sulla rete.
"La violenza a cui siamo stati abituati fino ad ora era - ha dichiarato la dott.ssa Tammaccaro - soprattutto di carattere fisico che si connota con atti, con lesioni con qualche cosa che possiamo vedere, l'avvento su internet che impone un cambio culturale e tecnologico grandissimo ha fatto emergere forme di violenza in realtà molto diverse. Internet viaggia in modo dissociato rispetto alle emozioni. I messaggi che inviamo o quelli che riceviamo sono in qualche misura sganciati dalle emozioni che possiamo percepire in modo immediato, quando abbiamo un interlocutore di fronte, perchè viviamo in un mondo virtuale. Questo non può renderci più sicuri anzi, connota delle condotte di carattere violento in modo semmai più invasivo, più subdolo, peggiore perchè ognuno di noi quando è davanti a un computer, di essere in una stanza chiusa, invece al contrario si trova davanti a una finestra che lo mette sul palcoscenico e lo mette in contatto con il mondo. Questa percezione troppo spesso ci sfugge e ci sfugge l'idea che quello che potremmo fare in una stanza chiusa, fatta su internet, con l'effetto di amplificazione che la rete produce, ha un effetto visivo enormemente più grande".
Santa Fizzarotti Selvaggi (Vice-presidente nazionale associazione croce-rossine d'Italia - Onlus), con la relazione sul tema "La violenza di genere tra Medea e Barbablù" ha parlato di relazioni umane complesse e di come "dentro di noi siamo diversi rispetto a come siamo dietro lo schermo", "siamo in un labirinto e ci vuole sempre un altro che ci aiuti". "Nella rete siamo soli e di come le parole riescono a guarire, ma nel contempo uccidono e ci portano in mondi sconosciuti"; "non c'è più la coscienza e la consapevolezza delle cose, siamo inermi di fronte al mondo". Ha poi parlato dell'uomo che uccide da sempre e la violenza c'è sempre stata. La dott. ssa Fizzarotti Selvaggi ha anche fatto una riflessione sulla rete. "Le braccia materne vengono sostituite da un tablet, dalla rete, non si gioca più".
Nel giornata internazionale contro la violenza sulle donne, le associazioni hanno condiviso un momento di riflessione, alla ricerca della verità ma anche nel segno della solidarietà. Una rete tra le associazioni, con legami valoriali, è stata già costituita di fatto in Terra di Bari.

Il dibattito è stato moderato con professionalità dalla giornalista Stefania Cardo.

Concluso il 14° Congresso regionale CARD

Per una vera dinamica preventiva sul territorio

COLLABORAZIONI INTERPROFESSIONALI E OPPORTUNITÀ *per la Puglia*

"Il Distretto per comunicare la salute". E' stato il tema del 14° Congresso Regionale CARD che si è appena concluso ed ha segnato una tappa davvero importante nella storia dell'Associazione con le modifiche statutarie e con l'intervento del Presidente Nazionale Gennaro Volpe. Sono stati affrontati i temi che ruotano sul nuovo e rigenerativo ruolo del distretto con una particolare attenzione rivolta alla riorganizzazione dei servizi specialistici del distretto per le cure primarie ed intermedie.

Al Presidente CARD PUGLIA Vincenzo Gigantelli chiediamo una sua prima valutazione sui lavori congressuali.

"Il 14° Congresso regionale che si è svolto presso la Chiusa di Chietri in Alberobello ha approfondito il tema del distretto inteso come organizzazione volta a "comunicare la salute". Tematica di grande impatto e di grande coinvolgimento per gli addetti perché ha segnato una fase di passaggio importante sia per definire i bilanci della attività fin qui svolta dalla CARD Puglia sia per programmare il nostro futuro impegno. Nell'ambito dei lavori congressuali, inoltre, si è tenuta l'assemblea dei soci cha ha approvato il nuovo Statuto. Detto adeguamento si è reso indispensabile per adeguarci alle previsioni normative di riconoscimento della CARD quale Società Scientifica Accreditata e riconosciuta a livello nazionale. Tanto in adeguamento a quanto già deciso a maggio di quest'anno a Lucca, a livello nazionale CARD, e che oggi abbiamo approvato a livello regionale, con la decisione unanime ed il coinvolgimento dei soci CARD Puglia. Tempo di bilanci: volgendo lo sguardo indietro, ritengo potermi dire soddisfatto del lavoro sin qui svolto e della riuscita dei lavori congressuali, sia in termini di partecipazione sia con riferimento all'essere tutti noi in prima linea e attivamente presenti nella decisione di soluzioni organizzative volte al miglioramento dell'assistenza territoriale.

CARD
Confederazione Associazioni Regionali di Distretto
Società Scientifica delle attività Sociosanitarie Territoriali

La nostra azione nel tempo è stata realizzata in forte sinergia con le altre organizzazioni regionali CARD e con tutta la rete dei soggetti operanti sul territorio regionale ed extraregionale. Guardando indietro vi è una immagine di insieme molto nutrita, che raccoglie tutto il lavoro compiuto,un lavoro che definirei intenso e al contempo decisivo che ha posto le basi per offrire garanzie per una Sanità di qualità e con garanzia di sicurezza così come richiesta dal legislatore ed auspicata dai cittadini".

Si parla sempre più spesso di rivoluzione clinica.

"Nella accezione di rivoluzione intesa quale cambiamento radicale della organizzazione sociale vigente possiamo definire la nuova sanità territoriale quale il frutto di un momento di cambiamento totale. Un cambiamento che, sempre più, ruota intorno ai temi della comunicazione, dell'appropriatezza, essendo intervenuta, nel frattempo, una vera e propria rivoluzione clinica che ha determinato il trasferimento, di fatto, dell'assistenza, che prima ruotava intorno agli ospedali maggiormente verso il territorio. Il territorio ha dovuto adeguarsi, per gestire le situazioni critiche e per garantire una presa in carico, che fosse a minor rischio, e quindi offrisse più garanzie di cura. L'argomento su cui ci siamo confrontati moltissimo e che è diventato una sorta di "mantra" da ripetere che definisce i confini entro i quali muoverci, è quello della presa in carico. Presa in carico da tener valida in tutti i setting assistenziali e in tutti i luoghi di cura: dal domicilio alle strutture territoriali, dalle strutture domiciliari alle strutture residenziali".

Presidente c'è bisogno di fare i conti con la tecnologia.

"Quello che intravediamo nel nostro futuro, è un'ulteriore svolta verso la tecnologia, verso l'informatica, verso l'adeguamento e l'applicazione di PDT e dei PDTA per offrire ai cittadini una Sanità aggiornata al terzo millennio. E soprattutto ricorrendo a strumenti che chiariscono il percorso di cura , che spiegano la modalità con cui le cure vengono effettuate, in una sorta di accordo, sempre più stretto e fittamente intrecciato con gli interessi di cura del paziente e della sua famiglia. Puntando alla valorizzazione più ampia che coincide con il lavoro in equipe. L'equipe che deve essere multidisciplinare e multiprofessionale. Vale la pena dire che dobbiamo impegnarci perché le cure vengano svolte in sinergia tra i vari professionisti, che non sempre sono obbligatoriamente dei medici.
Essi possono anche appartenere ad altri profili professionali, per esempio essere infermieri o fisioterapisti, ecc., ovvero figure dotate di autonomia professionale che devono dare esecuzione a dei programmi individuali di assistenza ed a dei programmi operativi nei quali le cose da farsi sono orientate alla esecuzione di processi, che derivano da una valutazione congiunta, fatta preliminarmente con medici e specialisti di settore, ma eseguiti da altri professionisti. Il completamento di questa nuova modalità operativa, porterà nel tempo a far percepire la reale novità della offerta sanitaria così realizzata, ovvero come moderna e di qualità. Tale lavoro coordinato deve essere reso in maniera adeguata, in maniera efficace, in maniera appropriata, in maniera tale, che il cittadino, in ogni momento, non si senta abbandonato e percepisca la presa in carico come effettiva e gestita in maniera corale".

Vi è anche la necessità di effettuare cure appropriate e mirate con la collaborazione della famiglia del paziente.

"Anche con il ricorso alla collaborazione della famiglia e di quanti rappresentano interessi collettivi, per esempio associazioni di pazienti e Terzo Settore, è possibile svolgere un ruolo importante nella determinazione del nuovo concetto di salute orientato in termini plurali e partecipativi. Anche in questa dimensione il ricorso alla tecnologia saràin futuro determinante in termini di miglioramento delle cure offerte. In quanto la tecnologia permetterà al paziente di controllare sempre più e meglio i propri sintomi, di verificarne meglio l'aderenza, le terapie e le cure che gli sono state prescritte e permettere al medico di visualizzare quelle che sono le azioni che non sono state compiute, per correggerle. Perché, quello che non possiamo più permetterci, è di lasciare un paziente abbandonato a se stesso, in termini di terapie non assunte, di mancata aderenza alla terapia, che diventa uno spreco non più sostenibile. Una terapia non eseguita, o eseguita male, diventa, in effetti, una errata allocazione di risorse, diventa un modo sbagliato o sprecato di utilizzare una risorsa, che invece deve essere destinata - proprio in quanto parte del progetto di cura che stiamo offrendo a quel paziente - a ridurre complicanze, gravi, invalidanti, tali da determinare una ospedalizzazione altrimenti evitabile. Su

questi elementi ruota il concetto di nuova gestione globale e di continuità assistenziale.

Far si che il paziente, sebbene cronico, sebbene abbisognevole di cure complesse e spesso poli-patologico ed in poli-terapia, abbia a essere un paziente seguito, un paziente che raccoglie tutti i benefici della sua cura, minimizzando i rischi e le riacutizzazioni, questo è il nostro primario obiettivo.

Se saremo in grado di tradurre questi benefici in migliore qualità di vita, in migliore assistenza, in minori complicanze, in minori ospedalizzazioni avremo raggiunto obiettivi validi di salute".

Uno dei temi più importanti trattati durante i lavori congressuali ha riguardato situazioni legate all'antimicrobico resistenza. Ci può spiegare qual è la vostra posizione?

"In questo stesso congresso, per le prima volta, ci siamo aperti a temi che sappiamo essere di notevole importanza per il futuro. Pensiamo alle azioni di contrasto per ridurre i rischi collegati all'antimicrobico resistenza e al tema delle azioni per una maggiore copertura vaccinale delle popolazioni a rischio. Abbiamo inteso diffondere la conoscenza delle azioni previste a livello centrale e regionale verso i medici prescrittori in modo tale da garantire un uso responsabile e secondo linee giuda degli antibiotici.

Evitare un uso improprio e diffondere le buone pratiche cliniche e le azioni per ridurre l'uso incontrollato di antibiotici. Quindi vogliamo diffondere la cultura di un uso strategico della risorsa farmaco tra i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, in modo tale da avviare l'antibiotico terapia ove possibile. Considerando che come richiamano gli organismi internazionali, l'uso dei farmaci deve avvenire quando solitamente è indispensabile, secondo modalità idonee".

Avete anche approfondito la tematica riguardante l'importanza delle vaccinazioni soprattutto nei bambini.

"Altro punto sul quale abbiamo posto l'accento, è quello di puntare maggiormente sulle vaccinazioni, sia in termini di effettuazione dei vaccini nelle categorie a rischio sia negli affetti da patologie croniche.
Il vaccino è un vero e proprio strumento sicuro per eliminare patologie infettive e complicanze ad esse conseguenti. Un particolare focus è stato fatto all'interno del convegno, per le patologie legate al rischio di pazienti affetti da malattie respiratorie, come pure,abbiamo portato esperienza di progetti volti al recupero e del completamento di schemi vaccinali ad esempio in bambini che non hanno completato la vaccinazione antimeningococco B. Questo perché, potremmo in futuro, avere delle popolazioni a partire dalla più tenera età, protette da agenti patogeni, che non sono altrimenti evitabili e che quindi, devono trovare nella nostra popolazione le giuste difese immunitarie. Difese che soltanto un

vaccino è in grado di dare. In questo la CARD si è impegnata a collaborare con i pediatri di libera scelta, con i servizi di igiene e con i servizi dell'Università di Bari, per lavorare in maniera congiunta affinchè ci sia una nuova dinamica di strategia preventiva sul territorio regi nale. Dinamica che vede insieme medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, insieme a tutti gli attori impegnati nel campo della salute pubblica e dell'igiene pubblica".

Presidente ma senza una adeguata infrastruttura informatica si rischia di non andare lontano....

"Quello che occorrerebbe maggiormente alle strutture distrettuali, per portare a pieno regime il progetto di territorializzazione delle cure, deve avere una solida e valida infrastrutturazione di tipo informatico, con programmi dedicati alla presa in carico delle patologie. Programmi, softwares, che devono diventare l'ossatura informatica delle reti cliniche, sulle quali la nostra regione si è molto spesa. La qualificata presenza sul nostro territorio pugliese di aziende che operano da anni in questo settore, costituisce un importante risorsa da utilizzare e ulteriormente valorizzare".

Quali sono le interazioni esistenti tra CARD Puglia e Dipartimento Promozione Salute della Regione Puglia?

"La Card Puglia ha in questi anni consolidato rapporti di collaborazione validi e positivi con Aress e Dipartimento Salute Regionale. Negli ultimi tempi ci siamo inoltre proposti come soggetti attuatori e sperimentatori, in ambiti distrettuali particolarmente qualificati ed identificati dalla Regione Puglia come ottimali, per testare eventuali nuove soluzioni organizzative.

La collaborazione intesa quindi anche per verificare sul campo la validità delle scelte che si vanno a programmare e successivamente a diffondere. A partire da queste prime esperienze, si spera di poter giungere ad una diffusione più ampia ed organica del progetto di informatizzazione territoriale. Trattasi pertanto di una collaborazione a volte complessa ma anche alla nostra portata".

I dirigenti che non sono in grado di interpretare efficacemente il ruolo di leader

Le organizzazioni sono influenzate dalle caratteristiche del capo

COLLABORAZIONI INTERPROFESSIONALI E OPPORTUNITÀ per la Puglia

I PARADIGMI NEGATIVI

Spesso però ci troviamo di fronte a dirigenti che, pur professionalmente capaci, non sono in grado di interpretare efficacemente il ruolo di leader ed assumono uno dei seguenti ruoli negativi:

• Il leader che non sa dire di no: i componenti del gruppo rapidamente comprendono questa debolezza ed inizia un continuo assalto alla leadership basato sul confronto tra sottogruppi che si formano e si distruggono continuamente.

• Il leader che ha bisogno di essere ammirato ed amato: gli adulatori prevalgono sugli altri minando, alla lunga, proprio l'autorevolezza del leader, anche agli occhi degli stessi adulatori.

• Il leader che deve controllare tutto: la capacità di delegare opportunamente compiti e funzioni rappresenta una importante qualità del leader; ciò è particolarmente vero in Sanità, dove il processo di specializzazione, avviato qualche decennio fa, in relazione alla continua crescita della complessità, ha reso indispensabile l'esercizio della delega.

• Il leader assenteista: la costante presenza del leader, anche quando non è impegnato in attività professionali, è necessaria sia per affrontare i problemi, sia per fornire ai componenti l'esempio e la testimonianza dell'impegno e della capacità di lavoro; diversamente si creano immediatamente leader alternativi, magari meno capaci ma disponibili nel momento del bisogno.

• Il leader affettivamente poco disponibile o stabile: può essere molto bravo nella comunicazione tecnica, ma non è in grado di esprimere le proprie emozioni o di gestire situazioni in cui le emozioni degli altri sono esplicitate; ciò rende insicuri ed imbarazza i componenti del gruppo

• Il leader corrotto: se il leader persegue degli scopi non corretti e comunque contrari a quelli dichiarati, facendo prevalere il proprio interesse personale su quello "funzionale" alle esigenze del gruppo, non ha autorevolezza, neanche se utilizza metodi autoritari, e non potrà mai ottenere il reale coinvolgimento dei suoi collaboratori.

• Il leader "etero-guidato": il leader deve saper mantenere alleanze all'esterno del gruppo e buone relazioni, ma se le decisioni vengono costantemente delegate a soggetti esterni al gruppo, senza neanche tentare di contestualizzarle o di adeguarle ai bisogni ed alle caratteristiche del gruppo, e soprattutto tali comportamenti vengono giustificati con falsi vantaggi per il gruppo, il leader non riesce ad evitare la disgregazione.

LEADER ED ORGANIZZAZIONI

Le organizzazioni sono fortemente influenzate dalle caratteristiche del capo; quando si stabilizzano tendono ad assumere una configurazione che, in misura più o meno significativa, riflette il carattere di chi le dirige; naturalmente anche altri elementi influenzano il clima di lavoro e la produttività di un gruppo. Richiamando Elliott Jaques (1976) individuiamo in estrema

sintesi, due tipologie: le organizzazioni essenziali sono sane nel senso che l'autorità coincide con la responsabilità formale ed è possibile avere il giusto numero di persone per il compito giusto al momento giusto: la struttura gestionale è funzionale; in queste organizzazioni (dice Jaques) "le persone possono comunicare reciprocamente con fiducia senza ricorrere al sospetto e alla sfiducia" quelle paranoia-geniche rendono impossibile agli individui di avere relazioni normali improntate alla fiducia ed alla confidenza; alcuni membri dell'organizzazione diventano disonesti, bugiardi ed antisociali (qualità che potrebbero non mostrare nella vita privata), altri agiscono in buona fede e tuttavia creano confusione e scompiglio. La causa più frequente della paranoia-genesi è la scarsità delle risorse disponibili per portare avanti i compiti istituzionali; ma altrettanto capaci di indurre "paranoia" sono

i fenomeni politici che influenzano il processo decisionale. Masters (1989) definisce la politica "un comportamento che possiede nello stesso tempo le caratteristiche di legame, di dominanza e di sottomissione…. Il comportamento politico propriamente detto comprende azioni in cui la rivalità e il mantenimento della dominanza sociale e della lealtà verso qualcuno esercitano una pressione sulle regole legali o sociali che governano il gruppo". Quella dannosa è la politicizzazione non funzionale e non necessaria, soprattutto se non esplicitata. Naturalmente altrettanto "paranoia-genica" è l'incompetenza del leader, sia tecnica che organizzativa. In Sanità il direttore di una unità operativa clinica deve essere principalmente capace nell'ambito della propria disciplina, ma deve anche essere in grado di conoscere e gestire gli aspetti organizzativi e le norme contrattuali essendo continuamente coinvolto in decisioni che riguardano anche tali ambiti.

LA RICERCA DEL CONSENSO - I MECCANISMI CORRETTIVI

In un mondo ideale il capo spinge il gruppo nella direzione da lui individuata come ottimale, senza grandi sforzi, impegnando, una volta per tutte, il proprio carisma o le proprie competenze, senza necessità di contrattare in ogni circostanza le scelte dei singoli; in realtà questo può accadere saltuariamente e comunque per un breve periodo; di norma il leader deve individuare, volta per volta, la strategia più efficace per ottenere il consenso, sapendo che l'unanimità, di norma, non può essere perseguita perché i bisogni, le aspettative, le convinzioni profonde, le interferenze contingenti legate ad aspetti lavorativi o extra-lavorativi spingono gli individui in direzioni impreviste ed imprevedibili; naturalmente la razionalità ed una nitida visione delle prospettive deve guidare le scelte di chi dirige.
Una volta chiarito, ed esplicitato, l'obiettivo, le motivazioni delle scelte e le strategie individuate, il leader deve prefigurarsi le modalità con cui ottenere il più ampio consenso possibile, riflettendo, di norma lo stile di direzione che abbiamo definito "democratico e trasparente".
In tale prospettiva, il leader dispone di molti strumenti per ridare compattezza al gruppo e superare le spinte disgreganti derivanti da contingenti situazioni di inadeguatezza delle risorse disponibili, da mancanza di chiarezza sugli scopi da perseguire, da comportamenti aggressivi e prevaricatori di alcuni componenti del gruppo, dalle eccessive pressioni della politica; elenchiamo i principali strumenti correttivi:

La burocrazia
Il principale mezzo con cui un'organizzazione può difendersi dalla disgregazione è quello di strutturare un sistema burocratico; una burocrazia ben funzionante, in un sistema democratico, ha tutti i requisiti potenziali per garantire equità e funzionalità.
E' evidente che, se il leader ha carisma e grande competenza, l'organizzazione può essere gestita con ridotta burocrazia in quanto le decisioni del leader, sia pure non sorrette da un analitico sistema di regole, vengono accettate comunque; in mancanza di tali caratteristiche personali del leader la gestione democratica e la burocrazia sono indispensabili.

L'umanesimo
Un atteggiamento di attenzione agli aspetti umani del lavoro in gruppo, che pone la giustizia al primo posto e che si basi sulle pari opportunità e sull'uguaglianza di tutti dinanzi alle norme può aiutare a prevenire e a risolvere i problemi che nascono all'interno del gruppo; richiede doti umane e assoluta coerenza di comportamento.

L'altruismo
Se all'interno del gruppo vengono apprezzate ed incentivate persone motivate dalla propria integrità personale, dalla preoccupazione per l'organizzazione e dall'interesse per i suoi valori umani, le quali, trasversalmente alle barriere istituzionali e ai vari sistemi di lavoro, riescono ad aiutare le persone che hanno problemi, la tenuta del gruppo è garantita anche in mancanza di grandi capacità del leader e persino in momenti di oggettiva difficoltà.
Dal punto di vista pratico elenchiamo alcune iniziative che consentono di rendere operativi i principi sopra esposti, nell'ambito di uno stile democratico e trasparente:

LAVORARE CON LE PORTE APERTE: in un gruppo di dimensioni piccole o medie il

capo dovrebbe, entro un tempo accettabile, poter incontrare chiunque ne faccia richiesta, senza alcuna mediazione; ogni componente del gruppo, se ritiene, a torto o ragione, di aver subito un'ingiustizia o comunque di aver registrato un mancato rispetto delle regole, deve poter esprimere il proprio rammarico a chi comanda; è sufficiente anche sapere di poterlo fare per ridurre il livello di conflittualità e per stabilizzare il senso di appartenenza al gruppo; di tratta di un aspetto molto faticoso del ruolo di capo, ma sottrarsi a tale obbligo comporta perdita di autorevolezza.

CASSETTA DELLE IDEE E DELLE LAMENTELE: deve esserci la possibilità di porre per iscritto, alla direzione del gruppo, una richiesta di chiarimenti o di informazioni sui problemi che riguardano la gestione del personale o proposte che migliorino la funzionalità; alcune persone, che hanno difficoltà ad avanzare proposte in una riunione pubblica, e persino nel corso di un colloquio con il capo, sono perfettamente in grado di proporre idee utili per iscritto.

CIRCOLI DI QUALITA': va favorita la costituzione di piccoli gruppi che si riuniscano al di fuori dell'orario di lavoro, per costruire progetti di miglioramento della qualità che riguardino non solo gli aspetti della produzione, ma anche le relazioni all'interno del gruppo e con il mondo esterno. Naturalmente se poi le proposte non vengono accettate deve essere fornita una valida e compiuta spiegazione.

Anche i **SONDAGGI D'OPINIONE** condotti periodicamente, e comunque per problematiche di rilievo, hanno una loro utilità se condotti in maniera corretta e valorizzando i risultati ottenuti.

Il CONTESTO della SANITA'

In ambito sanitario, in Italia, dopo l'introduzione dell'aziendalizzazione, decisa con il decreto legislativo 502/1992 e consolidata con il decreto legislativo 229/1999, si è registrata una lunga fase in cui l'introduzione delle tecniche tradizionali del management ha incontrato forti resistenze basate sull'idea che la specificità della Sanità pubblica non consentiva di applicare i principi del management industriale; e se hanno fatto danni coloro che hanno rallentato il processo di aziendalizzazione, danni maggiori, a parere di chi scrive, sono stati fatti da coloro che acriticamente hanno voluto imporre le tecniche del management senza adattarle al mondo sanitario, contestualizzandole.
Le specificità del mondo sanitario sono molte e condizionanti:

- Esiste una reale difficoltà a disporre di dati utili a valutare gli esiti dell'assistenza , essendo a tutti noto che la valutazione dell'output (cioè delle prestazioni effettuate) non consente, nella stragrande maggioranza dei casi, di orientare efficacemente le scelte
- I bisogni finanziari sono di norma fortemente sotto-stimati, per cui spesso si lavora con obiettivi economici che si sa già in partenza che non potranno essere rispettati
- Le variabili da porre in campo in fase di analisi sono più numerose che in altri settori, per la maggiore complessità che caratterizza il mondo sanitario
- Esiste una costante e crescente esigenza di integrazione che è indispensabile se si vuole dare efficacia ed efficienza al sistema;
- Il continuo variare dell'epidemiologia e l'evoluzione delle conoscenze scientifiche che, per motivi etici, devono essere prontamente recepite, comportano cambiamenti praticamente continui.

Le ultime due caratteristiche influenzano maggiormente gli aspetti relazionali e pertanto vengono qui trattate in maniera analitica.

1) L'integrazione come esigenza prioritaria

Per affrontare la crescente complessità senza esserne sopraffatti bisogna perseguire la massima integrazione possibile. Anche in tale ottica fondamentale è il ruolo che deve svolgere, il leader, scandendo i tempi e scegliendo la via migliore: "una leadership ispirata alla complessità è maggiormente in grado di promuovere il lavoro di gruppo,

valorizzare la creatività dello staff, far circolare le informazioni in modo trasparente, adottare modalità di pianificazione delle attività più idonee a creare spirito di squadra e mobilizzare risorse nascoste e creare le condizioni nelle quali i sistemi complessi possono evolvere nel produrre esiti creativi "(Burns).

Un leader efficace deve promuovere l'integrazione come unico strumento capace di elaborare una risposta, complessa e personalizzata ai problemi complessi che la richiesta di salute pone alle equipe di assistenza.

Bisogna però comprendere bene cosa si intende per integrazione, parola magica molto abusata, che rischia anch'essa di diventare uno slogan privo di una precisa connotazione.

Secondo il pedagogista Felice Rizzi l'integrazione "è la compresenza, la mutua accettazione, il reciproco cambiamento: è la cooperazione delle diversità".

Robert K. Merton definisce l'integrazione come adattamento individuale al sistema e ne identifica diversi livelli analizzabili in base all'accettazione o al rifiuto delle mete e dei mezzi previsti per raggiungerle: si va così dalla conformità totale (accettazione delle mete e dei mezzi) alla ribellione (rifiuto sia delle mete che dei mezzi).

Il tipo di integrazione più funzionale al mantenimento del sistema coincide, secondo Merton con il concetto di innovazione. E' evidente che il problema delle mete, degli scopi dell'integrazione costituisce lo snodo centrale, il necessario collante, in assenza del quale non esiste integrazione.

Habermas sottolinea la necessità di "ridefinire consensualmente" le mete dell'integrazione; evidenzia però il ruolo centrale, praticamente inevitabile, del conflitto, naturalmente gestito in maniera non violenta; la coscienza della necessità di passare attraverso una fase di conflitto rende più facilmente superabile tale fase senza che ingeneri asprezze non auspicabili tra i componenti di un gruppo.

La lettura "integrata" dei pareri riportati porta alle seguenti, importanti, conclusioni:

• Non esiste integrazione senza mutua accettazione, reciproco cambiamento, senza accettare le potenzialità ed i limiti dell'altro

• Non si ottiene l'integrazione senza aver condiviso scopi e mezzi per raggiungerli; la fase di condivisione può essere più o meno lunga, ma va condotta in piena trasparenza e senza percorrere scorciatoie

•La condivisione di scopi e mezzi passa necessariamente attraverso una fase di conflitto

•L'integrazione è condizione essenziale per l'innovazione; senza integrazione non c'è governo della complessità, non c'è possibilità di rimanere al passa con la crescita rapidissima delle conoscenze e delle esigenze di salute espresse dai pazienti e dalle loro famiglie.

Nonostante non si possa fare a meno di comprendere i vantaggi derivanti dall'integrazione assistiamo spesso a forti resistenze da parte degli operatori sanitari, dei medici in particolare; si tratta di reazioni comprensibili che si basano sul timore di perdere la "flessibilità" e l'autonomia professionale, sul timore di perdere tempo in gruppi di lavoro; si possono registrare resistenze a "cambiare" la propria pratica clinica e a lavorare in gruppo con altre figure professionali poste allo stesso livello.

E' compito del leader far superare le resistenze, o nei casi più tenaci, marginalizzare i soggetti che non riescono ad integrarsi all'interno del gruppo.

2) Il cambiamento continuo

Il progresso scientifico ha reso sempre più rapida la necessità di cambiare per adeguarsi a nuove esigenze o per mettere il campo le nuove scoperte. Se ciò vale in generale, è ancora più vero se si parla di Sanità

Anzi il cambiamento continuo connota sempre di più il settore sanitario; se in passato le politiche sanitarie erano progettate per durare nel tempo, ora, invece, ci si rende conto che esse devono essere flessibili ed in grado di adeguarsi costantemente a nuovi bisogni e a nuovi rimedi; con un apparente paradosso possiamo dire che esse devono essere costruite per essere modificate; in tale le processo tutti gli attori del Sistema devono essere chiamati a dare il loro contributo propositivo e soprattutto ad essere pronti ad adeguarsi al cambiamento.

Ogni individuo dinanzi alla prospettiva di modificare il proprio modo di essere e di comportarsi sente minacciata la propria vita; teme che sia messo in discussione il proprio valore, teme l'insuccesso ed il ridicolo che minaccerebbero l'immagine di sé.

Per tale motivo la resistenza al cambiamento rappresenta una reazione normale che non va demonizzata ma di cui bisogna tener conto quando si gestisce un piccolo gruppo di lavoro, soprattutto se opera nel settore dell'assistenza.

Gli uomini reagiscono al cambiamento in maniera molto diversa, spesso sulla base della propria indole, per cui possiamo parlare di una gamma di manifestazioni che vanno dalla negazione assoluta, al dubbio, alla resistenza, alla accettazione subìta, all'adattamento, fino alla promozione delle novità proposte, ma è evidente che se il cambiamento viene preannunciato per tempo, spiegato, motivato, se insomma tutti i componenti del gruppo sono coinvolti o almeno adeguatamente informati, si riducono le potenziali resistenze.

In tale ottica il leader deve tener conto del fatto che le parole, i gesti, le azioni, cioè il comportamento, rappresentano solo la punta di un iceberg ideale in cui la parte non visibile di un uomo è rappresentata dalle percezioni e dagli atteggiamenti che peraltro sono influenzati dalla componente più profonda e pertanto più nascosta che è la personalità formata nel tempo sulla base delle esperienze più significative; si tratta del quadro di riferimento, cioè lo schema mentale che si struttura negli anni costituito da convinzioni di base sul mondo, su se stessi e sugli altri, che è molto scarsamente influenzabile; in altri termini la spiegazione di comportamenti spesso va ricercata in una componente molto profonda e in genere non accessibile ad un estraneo; per tale motivo un atteggiamento tollerante d parte di chi conduce un gruppo va privilegiato, a condizione che tale atteggiamento non venga scambiato per debolezza ed incertezza.

Il gruppo deve essere gestito tenendo conto delle reazioni che il cambiamento provoca fra i componenti, mirando a prevedere le reazioni e diminuire l'impatto che queste possono avere sulle performance.

In maniera schematica, sulla base delle reazioni al cambiamento possiamo distinguere le persone in:

• **DISPONIBILI:** sono consapevoli del cambiamento in atto e hanno una buona capacità di adattamento ed entusiasmo

• **NEGOZIATORI:** sono consapevoli del cambiamento in atto ma intendono discutere su come attivarsi per sostenerlo.

• **MODERATI:** si adattano male ai cambiamenti, vanno spronati, ma sono affidabili.

• **CONSERVATORI:** hanno paura del cambiamento, per cui resistono e preferiscono comunque mantenere i comportamenti tradizionali perché sono quelli conosciuti.

...Continua

Di giorno spiaggia, relax e divertimento. Di sera, e fino a notte tardi, in dialisi

Vieste, capitale del turismo vacanziero del Gargano

COLLABORAZIONI INTERPROFESSIONALI E OPPORTUNITÀ *per la Puglia*

L'insolita vacanza e l'insolito orario di lavoro che ha messo d'accordo pazienti dialitici marchigiani e operatori sanitari del Centro Dialisi di Vieste dell'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza. Di giorno spiaggia, relax, escursioni, feste, karaoke o partitone a carte. Di sera, e fino a mezzanotte, in dialisi. È stata l'insolita vacanza sul Gargano di un gruppo di pazienti dialitici marchigiani che hanno scelto Vieste per trascorrere una settimana di vacanza, dal 22 al 29 settembre. Un programma reso possibile grazie alla disponibilità del Centro Dialisi di Vieste, di proprietà della Casa Sollievo della Sofferenza, che ha modificato gli orari di apertura, dalle 18 alle 24, per venire incontro alle esigenze dei villeggianti. E con l'ok dell'Unità di Dialisi e Nefrologia dell'ASUR Marche di Macerata, diretta da Franco Sopranzi, che da ventanni promuove progetti di vacanze socio-sanitarie nelle più belle località turistiche d'Italia, in collaborazione con l'Associazione RE.M.A.RE. E così 19 pazienti dialitici – di cui 14 emodializzati, 5 in dialisi peritoneale e tre trapiantati di reni – hanno potuto godersi le spiaggie di Vieste fino al tramonto, accompagnati dai propri famigliari, per tutta la settimana. Oppure hanno partecipato alle escursioni guidate in motonave nelle grotte marine, a Monte Sant'Angelo per conoscere la Basilica di San Michele, a Peschici, Manfredonia, in Foresta Umbra e a San Giovanni Rotondo, dove hanno visitato la Chiesa di San Pio e l'Ospedale. A fine giornata, dopo le feste danzanti, il karaoke e i tornei di carte, a prendersi cura di loro nel centro dialitico c'erano gli stessi medici e infermieri marchigiani che conoscevano la loro malattia sin dall'esordio, alloggiati nello stesso albergo, a pochi chilometri di distanza dalle sedute di dialisi. Si è creato così un contesto rassicurante, animato da 65 persone – con tanto di assistente sociale, psicologa e autista – che ha consentito a tutti i dializzati di trascorre una settimana libera dalle preoccupazioni di una malattia invalidante, che ha serie ripercussioni nella vita di tutti i giorni. «È stata un'esperienza entusiasmante – ci hanno detto gli organizzatori –, perchè in quella settimana sono nate amicizie importanti e legami sociali di mutuo aiuto che miglioreranno sicuramente il rapporto personale sanitario-paziente, contribuendo al benessere psicologico di persone che, a causa della malattia, affrontano importanti limitazioni nella vita di tutti i giorni. Siamo certi che non dimenticheranno la bellezza naturalistica dei luoghi, l'arte, la storia, le tradizioni e la spiritualità che hanno conosciuto in questa terra di Puglia».

Parola all'esperto

«Progettare ed organizzare turismo sociosanitario per persone con malattia renale cronica non è semplice – spiega Ilenia Sabbatini, assistente sociale specialista dell'AUR Marche Area Vasta 3 di Macerata –. Ogni anno è necessaria una forte motivazione e l'avvio di nuove e proficue relazioni con gli Enti ospitanti. Il primo fattore positivo di questa esperienza sul Gargano è stato aver ottenuto subito la disponibilità da parte del primario e della coordinatrice del centro dialisi di Vieste, oltre alla disponibilità dei posti dialisi. Successivamente, con il personale sanitario e i pazienti, abbiamo valutato l'accessibilità della struttura alberghiera, la distanza dal centro dialisi e la fruibilità dei luoghi da visitare.

Quest'anno abbiamo ricevuto una ottima accoglienza, i pazienti hanno socializzato tra loro, in particolare quelli soli, non accompagnati da un familiare. E anche quelli con difficoltà motoria hanno affrontato positivamente le paure della terapia, acquisendo consapevolezza e in fiducia in sé. I nostri dializzati, oltre a nutrirsi con una sana alimentazione a base di dieta mediterranea, si sono "nutriti" del contatto con la natura, apprezzando la cultura e la spiritualità del luogo. Fondamentale è stato l'efficace lavoro dell'equipe sociosanitaria dell'ASUR Marche Area Vasta 3 di Macerata, realizzato in collaborazione con l'Unità di Nefrologia di Casa Sollievo. Grazie a tutti voi».

«Lieti di essere riusciti a corrispondere alle loro aspettative»

«Ogni estate i nostri centri dialitici sul Gargano ospitano decine di turisti provenienti da ogni regione italiana che necessitano di dialisi» sottolinea Filippo Aucella, direttore dell'Unità di Nefrologia di Casa Sollievo della Sofferenza. «Spesso sono singoli individui, delle volte si tratta di gruppi organizzati, per un totale di circa 500 prestazioni. La particolare richiesta di questa comitiva di pazienti marchigiani – ha spiegato il nefrologo – era di modificare l'orario di apertura del Centro, aprendo ai trattamenti dalle 18 alle 24, per consentire ai villeggianti di godersi le giornate al mare o le escursioni nei paesi limitrofi, per poi ritornare in albergo e recarsi al Centro Dialisi per il trattamento. Abbiamo accettato con piacere la loro richiesta, permettendo ai pazienti cronici dializzati di trascorrere una settimana in serenità sul nostro Gargano. Siamo ben lieti di essere riusciti a corrispondere alle loro aspettative. Ne usciamo anche noi arricchiti, e speriamo di poterli ospitare ancora».

Vivere con la dialisi

I pazienti affetti da insufficienza renale cronica non hanno una vita semplice. I loro reni funziona poco e male e per continuare a rimanere in salute, queste persone sono costrette a sottoporsi periodicamente alle lunghe sedute di dialisi, attaccati per quattro ore, almeno tre volte a settimana, ad una macchina, una specie di rene artificiale, che pulisce il loro sangue dalle scorie.

Più fortunati sono, invece, i pazienti che devono sottoporsi a dialisi peritoneale, un meccanismo di filtraggio del sangue che li rende più liberi ed autonomi.

Ecco perché esperienze come questa descritta in questo articolo vanno incoraggiate. Perché rendono le persone libere di viaggiare, conoscere, sperimentare e gustare appieno una vita che troppo spesso li costringe a non allontanarsi troppo dal loro "rene artificiale" dell'ospedale.

All'Ospedale Miulli un team d'eccellenza

Garantisce un percorso di cura certificato ed efficace

COLLABORAZIONI INTERPROFESSIONALI E OPPORTUNITÀ per la Puglia

Tumore della prostata: l'Ente Ecclesiastico Ospedale Generale Regionale "F. Miulli" ottiene la certificazione UNI EN ISO 9001:2015 del Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale (PDTA) e si conferma punto di riferimento regionale per i pazienti colpiti da questa neoplasia.

Un importante traguardo per l'Ente Ecclesiastico Ospedale Generale Regionale "F. Miulli" di Acquaviva delle Fonti nel trattamento del tumore della prostata: il Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (PDTA) per questo tumore ha ottenuto la certificazione UNI EN ISO 9001:2015 dall'Ente internazionale Bureau Veritas, nell'ambito di un progetto che è stato reso possibile grazie al sostegno incondizionato di Astellas e al supporto organizzativo di OPT, il provider deputato a preparare i Centri alla certificazione.

Con questo programma di certificazione, l'Ospedale Miulli si propone sempre più come punto di riferimento per la gestione e il più efficace trattamento del paziente oncologico e, nel caso specifico, del paziente affetto da neoplasie della prostata.

«La missione dell'Ente Ecclesiastico Ospedale Miulli è quella di essere sempre attenti al paziente – dichiara Mons. Domenico Laddaga, Delegato del Governatore dell'E.E. Ospedale Generale Regionale "F. Miulli" – la certificazione ricevuta dal PDTA del tumore della prostata suggella questo percorso nella terapia oncologica. Un'attenzione che è rivolta a tutte le forme di cura: chirurgica, medica e radioterapica».

Le patologie oncologiche richiedono una corretta gestione clinico-assistenziale fondata su una piena integrazione multidisciplinare, così da garantire al paziente una presa in carico funzionale alle diverse esigenze che la patologia richiede. Il carcinoma della prostata, che in Puglia è il secondo tumore più diffuso tra i maschi con oltre 2.000 nuovi casi l'anno e 17.000 persone che ci convivono, rappresenta il paradigma di queste esigenze; richiede, infatti, il coinvolgimento nel percorso di diagnosi e cura di molteplici figure specialistiche.

«Negli ultimi anni abbiamo verificato un aumento di incidenza dell'adenocarcinoma della prostata – afferma Giammarco Surico, Direttore U.O.C. Oncologia e Oncoematologia, Ospedale Generale Regionale "F. Miulli" – il corretto approccio diagnostico e terapeutico a tale patologia è indicato dalle linee guida delle Società scientifiche nazionali ed internazionali: da qui l'esigenza di dotarsi di un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale che coniughi le raccomandazioni cliniche delle Linee guida alle realtà locali».

Obiettivo del PDTA è assicurare al

paziente una presa in carico rapida, efficace ed efficiente, tale da garantirgli un'offerta ampia e innovativa di opportunità diagnostiche, terapeutiche e assistenziali secondo le più recenti Linee guida internazionali.
«Il Miulli è centro di riferimento per il trattamento delle patologie uro-oncologiche, tutto ciò grazie all'adozione di due criteri: i centri di orientamento oncologico (C.O.R.O.) e i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali – spiega Giuseppe Ludovico, Direttore U.O.C. Urologia, Ospedale Generale Regionale "F. Miulli" – Tutto ciò in conformità a quanto deliberato dalla rete oncologica pugliese.
La certificazione
del PDTA del tumore della prostata è un momento di qualificazione del nostro Ospedale, ma anche di riconoscimento al lavoro di tutti gli operatori che, in un ambito di multidisciplinarietà, contribuiscono all'erogazione di un'offerta sanitaria di eccellenza».
Il percorso è imperniato su un team multidisciplinare, che si fa carico del paziente, lo accompagna e rende meno arduo il passaggio da una fase all'altra della malattia.
«La sinergia, la competenza, la collaborazione di tutti gli specialisti che si occupano del tumore prostatico è fondamentale nell'approccio multidisciplinare al paziente – dichiara Alba Fiorentino, Direttore U.O.C. Radioterapia, Ospedale Generale Regionale "F. Miulli" – la presenza in questo team di urologo oncologo, oncologo medico e radioterapista oncologo permette di offrire al paziente un armamentario di terapie molto ampio, che quindi si tramuta in miglioramento dei risultati riducendo gli effetti collaterali. Ma l'eccellenza dell'Ospedale Miulli non è solo tecnologia avanzata e innovazione terapeutica: è anche prendersi cura a tutto tondo del paziente, offrendo la possibilità, ad esempio, di un trattamento psicologico dedicato durante i trattamenti oncologici».
Il modello di PDTA certificato riflette una tipologia di governance clinica basata su specifici percorsi formalizzati, su protocolli clinico-organizzativi, condivisi tra le varie Unità Operative coinvolte, e su un adeguato sistema di monitoraggio delle performance.
Il percorso tracciato all'Ospedale Generale Regionale Miulli prevede servizi di accoglienza e di diagnostica dei pazienti con diagnosi di malattia iniziale o con sospetto diagnostico; servizi per la fase terapeutica con unità di radioterapia e chirurgia, dotati di apparecchiature d'avanguardia che rappresentano il fiore all'occhiello dell'Istituto; servizi completi di oncologia medica integrata con i servizi di urologia; oltre a un team multi e interdisciplinare che si avvale di avanzatissimi laboratori di analisi e di biologia molecolare. Tutto questo nell'ottica di orientare sempre di più le terapie a seconda delle caratteristiche genetiche del cancro, specie per i pazienti con malattia metastatica. Evoluzione verso terapie sempre più mirate e di precisione che non può prescindere dai test molecolari ma che deve tener conto anche della sostenibilità di sistema.
«La partnership tra pubblico e privato nel settore sanitario appartiene alla visione di Astellas, azienda che vuole rispondere alla domanda di salute dei pazienti e dei cittadini e, al tempo stesso, alle esigenze della sanità pubblica di reperire risorse per garantire la sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale e regionale – dichiara Giuseppe Maduri, Amministratore Delegato di Astellas Pharma – La collaborazione con l'Ospedale Generale Regionale Miulli per la certificazione dei PDTA del tumore della prostata rappresenta uno strumento concreto per migliorare la presa in carico del paziente con carcinoma prostatico, standardizzare le procedure e ottimizzare le risorse disponibili».

Salvaguardare e tutelare la salute dei più piccoli pazienti

La neonatologia assiste oltre 1700 neonati all'anno

COLLABORAZIONI INTERPROFESSIONALI E OPPORTUNITÀ per la Puglia

Con un'origine che risale al 1158, quando sorse come "Ospedale dei soldati" aperto anche alla popolazione civile, l'Ente Miulli è stato da sempre all'avanguardia nell'attività sanitaria, senza mai venir meno all'alta ispirazione cristiana cui tesero in successione tutti i fondatori.
Nel corso della sua esistenza il Miulli ha acquisito vaste benemerenze in campo sociale e sanitario, crescendo non solo nella struttura e divenendo una complessa organizzazione che pone il paziente al centro dei suoi interessi, in cui si tenta tenacemente di fare di tutto il personale un'efficiente e ben integrata comunità al servizio del malato.
In quest'ottica si inserisce la formazione e creazione di un reparto atto a salvaguardare e tutelare la salute dei più piccoli pazienti che l'Ente accoglie, i neonati. Tradizione e innovazione rappresentano da sempre la filosofia del reparto di Neonatologia dell'ospedale Miulli: negli anni '70, mentre in Italia si diffondevano i Nidi Ospedalieri, al Miulli si promuoveva il rooming-in con l'intento di favorire sin da subito la relazione madre-bambino e, grazie al personale altamente specializzato, sostenere l'allattamento materno. Nella metà degli anni '80 si costituiva, tra le prime in Puglia e in Italia, la Terapia Intensiva Neonatale (TIN), dove erano garantite cure ad elevato contenuto tecnico e professionale, ma anche e soprattutto cure "umanizzate". Le porte della terapia intensiva furono aperte ai genitori e fu incoraggiata la loro presenza accanto ai figli anche grazie ad un servizio di foresteria per le mamme, attivo tutt'oggi. Nel 2006 veniva inaugurato, all'interno del nuovo monoblocco del Miulli, il reparto di Neonatologia: uno spazio di circa 400 metri quadrati, articolato in 4 aree principali: Terapia Intensiva (UTIN), Terapia Subintensiva, Terapia Minima ed Isolamento.
Oggi la UOC di Neonatologia assiste oltre 1700 neonati all'anno e, accanto ad un consolidato rooming-in, ha notevolmente potenziato la sua attività accogliendo neonati a termine patologici ma soprattutto neonati di basso e bassissimo peso alla nascita. Secondo i dati del Vermont Oxford Network (VON) nel 2016 su 1740 nati complessivi sono stati registrati 50 neonati di peso inferiore a 1500 grammi, con un indice di sopravvivenza pari a circa il 90%.

Oggi la UOC di Neonatologia consta di un'equipe medico-infermieristica e di puericultura che lavora con un servizio di guardia attiva 24/24h, affiancata da altri operatori al servizio del reparto e della foresteria.
L'Unità di Terapia Intensiva Neonatale garantisce assistenza ai neonati (inborn e outborn), estremamente critici, di peso ed età gestazionale molto bassi e/o affetti da patologie

gravi. Sono inoltre previsti 2 posti per il ricovero di patologie infettive. Essa ha rapporti di continuità strutturale e funzionale con la Patologia neonatale (Terapia Subintensiva e Terapia Minima) dove vengono trasferiti i neonati che non presentano più condizioni di imminente pericolo di vita. L'appropriatezza delle cure si fonda, in prima istanza, sulla stretta collaborazione tra neonatologi ed ostetrici, eventualmente coadiuvati da altri specialisti e dalla presenza costante di un'attività di counselling prenatale al fine di mettere in atto le migliori strategie assistenziali, condivise tra medici e genitori, per il benessere e la cura della madre e del nascituro. Il Direttore della UOC di Neonatologia, il dottor Vincenzo Forziati, attuale Presidente Regionale SIN Puglia e Basilicata, a fine novembre 2019 ha organizzato un congresso dal titolo "Il neonato con problemi respiratori al centro della nostra attenzione". Il programma ha visto protagonisti figure di notevole rilevanza clinica nel panorama neonatologico su scala nazionale: Ing. Ettore Legranzini (Piacenza), Prof. Gianni Vento (Roma), Prof. Nicola Laforgia (Bari), dott.ssa Monteduro (Bari), dott.ssa G. Errico (Lecce) e dott. Scorrano (Tricase). Tecniche e meccanismi di ventilazione neonatale, novità in tema di surfattante, interpretazione clinica dell'emogasanalisi, imaging radiologiche del danno polmonare e broncodisplasia sono stati i temi dibattuti, con grande coinvolgimento e partecipazione attiva della platea. Il programma ha previsto altresì una sessione dedicata infermieristica all'interno dell'evento formativo, che ha visto protagoniste le infermiere A. Frontini (Ospedale Miulli) e B. Incampo (Brindisi), che hanno relazionato sulle tecniche di prelievo per esecuzione dell'emogasanalisi e sulla care del neonato in assistenza ventilatoria. Il principale obiettivo dell'evento formativo è, come sempre, quello di migliorare la qualità e la sicurezza delle cure rivolte ai neonati, attraverso programmi coordinati di ricerca e formazione, nel tentativo ultimo di ridurre al minimo gli outcome dei nostri neonati.

Aggredisce lo stomaco più che il colon, a cui si riconducevano le uniche due note finora

Scoperta una terza forma di poliposi

COLLABORAZIONI INTERPROFESSIONALI E OPPORTUNITÀ *per la Puglia*

Dopo due anni di lavoro l'equipe guidata dal professor Cristiano Simone fa luce per la prima volta al mondo su una variazione del gene che guida la costruzione dell'apparato gastroenterico. E battezza la Poliposi Gastrica con Desmoidi. Con effetti immediati su chi ne soffre, grazie ai giusti esami strumentaliDue anni di ricerca genetica sulle poliposi intestinali, e alla fine è avvenuto davvero, l'incontro ravvicinato del terzo tipo. Parafrasando Spielberg, l'Irccs de Bellis di Castellana ha fatto luce sull'inquietudine di chi soffriva di un terzo tipo di poliposi, che più che il colon invece attacca lo stomaco, mai individuata prima. Una novità che ha effetti immediati su chi soffre di queste forme rare di patologia, subito orientabili grazie al monitoraggio dei giusti esami strumentali. La scoperta, appena pubblicata sul Journal of Medical Genetics - una delle più autorevoli riviste di settore - è dell'equipe di ricerca guidata dal professor Cristiano Simone.

Intanto, capiamo di cosa parliamo. La Poliposi Adenomatosa Familiare (FAP), una sindrome genetica ereditaria autosomica (cioè non legata ai cromosomi sessuali) dominante, è causata da mutazioni ereditarie di un gene. Si chiama APC. Tre letterine che di fatto contengono il kit d'informazioni affinché l'intestino si "costruisca" in maniera corretta. In caso di errori genetici, cioè di alterazioni delle informazioni contenute nel gene APC, il nostro intestino - soprattutto il colon - viene su male, e invece di avere la sua normale architettura, costituita da alternanza di cripte e villi, presenta protuberanze: i cosiddetti polipi intestinali. Questi polipi sono soprattutto adenomi, cioè tumori benigni, ma con una brutta particolarità: stando a contatto con le feci (ricche di sostanze cancerogene) hanno una probabilità vicina al 100% di trasformarsi in carcinomi intestinali: tumori maligni.

Immaginiamo quindi il gene APC come un libretto di istruzioni costituito da capitoli - tre - ognuno dei quali è utile per costruire correttamente gli organi dell'apparato gastroenterico. Dei

primi due si era capito tutto.
Infatti fino ad oggi si sapeva che errori nel primo capitolo sono responsabili della poliposi classica (FAP), con presenza di centinaia o migliaia di polipi del colon a partire dai 10-15 anni, che spesso richiedono l'esecuzione della colectomia, cioè la rimozione chirurgica dell'intero colon. La forma classica può presentare sintomi extraintestinali come polipi/adenomi nel tratto gastrointestinale superiore - stomaco, duodeno -, ostesi è occupato di capire cosa potesse succedere in caso di mutazioni genetiche nel terzo e ultimo capitolo del gene APC. A questo scopo, prendendo spunto da un caso locale - una famiglia di Castellana segnalata, grazie all'importanza del lavoro in sinergia, dal reparto Oncologia del dottor Lolli - abbiamo allargato l'analisi a 101 pazienti con mutazioni nel terzo distale del gene. Abbiamo così scoperto che esiste una terza forma clinica che abbiamo chiamato 50, tanto da definire tecnicamente una oligopoliposi del colon - ma presentano una poliposi gastrica diffusa, cioè tantissimi polipi, e l'insorgenza di tumori desmoidi, legati ai tessuti fibrosi. Finora questa categoria di pazienti era monitorata secondo i protocolli della forma attenuata, in realtà fuorvianti. Ora invece sappiamo che questa nuova forma clinica necessita di un follow-up dedicato con inizio ai 20 anni di età e che comprenda l'esofagogastroduode-

omi, tumori desmoidi (cioè tumori benigni dei tessuti molli, localmente invasivi, associati a un elevato tasso di ricorrenza, senza però potenziale metastatico) e un aumentato rischio di tumori non localizzati nel colon (tiroide, fegato, dotti biliari, sistema nervoso centrale).
Errori nel secondo capitolo, invece, sono responsabili della forma 'attenuata' (AFAP), con un numero ridotto di polipi (meno di un centinaio), insorgenza dopo i venti anni e con maggiori problemi verso la terza-quarta decade. La forma attenuata necessita più raramente di colectomia ed è meno associata a sintomi extracolonici.
"Il nostro studio – spiega Simone - GD-FAP, cioè Poliposi Gastrica con Desmoidi-FAP, causata da errori nel terzo capitolo del gene. Questi pa-

zienti hanno insorgenza dei sintomi tardiva, dopo i venti anni, solo pochissimi polipi del colon - meno di noscopia ed ecografia addominale annuali e la colonscopia ogni 2-3 anni".

"Una scoperta – sottolinea il direttore scientifico del de Bellis, Gianluigi Giannelli – che consolida l'eccellenza degli standard di ricerca del nostro Istituto. In questo caso, in particolare, parliamo della cosiddetta ricerca traslazionale, ossia che ha ricadute immediate sui pazienti, senza dover aspettare anni. Già da domani infatti i pazienti affetti da questa terza forma clinica - rara, e quindi che necessita di alti livelli di cura - potranno beneficiare dei giusti controlli clinici per la prevenzione oncologica".

Progetto in collaborazione con l'Azienda Ospedaliero Universitaria Consorziale Policlinico di Bari

L'informatizzazione dei blocchi operatori

In un mondo che punta sempre più all'innovazione, anche la sanità si evolve grazie a Medicloud – Quartiere operatorio, il software sviluppato per seguire il percorso chirurgico del paziente dal suo primo accesso in ambulatorio fino alla sua dimissione dal reparto.

Nell'ottica di una riorganizzazione delle risorse messe a disposizione per le strutture sanitarie, attrezzature e dei servizi sanitari per il comparto operatorio e le aree critiche sanitarie ad alta tecnologia considera l'innovazione tecnologica alla base di ogni suo progetto tanto da meritarsi il titolo di PMI innovativa.

Per l'azienda, innovazione significa mettere a disposizione dei propri clienti soluzioni software facili da utilizzare in modo da semplificare i processi aziendali.

software, "Medicloud – Quartiere operatorio", software clinico-gestionale che comprende i moduli per la gestione informatizzata di tutti i processi delle strutture ospedaliere (clinico, ospedaliero, ambulatoriale, amministrativo, gestionale) garantendo le principali esigenze della sanità moderna, quali: sicurezza delle informazioni, reperibilità dei dati inseriti, qualità delle cure (secondo l'ottica 'patient-first')

l'Azienda Ospedaliero Universitaria Consorziale Policlinico di Bari con la collaborazione dell'Azienda Loran s.r.l. ha consolidato il progetto d'informatizzazione dei blocchi operatori presenti in essa. Lo scopo del progetto è quello di allocare le risorse, organizzare ed ottimizzare l'attività e la produttività dei blocchi operatori anche a seguito della pubblicazione della legge 161/2014.

La Loran, azienda attiva dal 1988 nel settore sanitario e scientifico, nell'ambito della fornitura delle

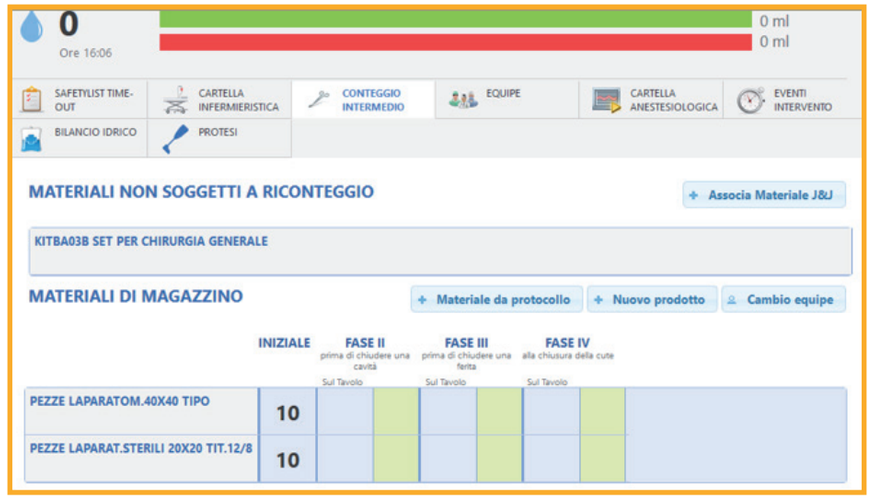
Sulla base di questi principi si è avviato il progetto di collaborazione con l'Azienda Ospedaliero Universitaria Consorziale Policlinico di Bari, struttura sanitaria che eroga servizi nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale e Nazionale dal 1° Maggio 1996, attualmente costituita da due stabilimenti: il Policlinico e l'Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII" con un totale di 13 blocchi operatori con un numero totale di 41 sale operatorie.

In questo contesto si inserisce il

gestione del rischio clinico (Risk Management), ottimizzazione della spesa, interoperabilità con sistemi informatici già presenti, dematerializzazione della documentazione cartacea.

In particolare, "Medicloud – Quartiere operatorio" con il suo specifico modulo per la gestione del percorso chirurgico del paziente supporta il personale medico, anestesiologico e infermieristico, in tutti i processi inerenti la gestione del paziente chirurgico dalla visita specialistica in

ambulatorio fino all'uscita dal blocco operatorio con la relativa dimissione dal reparto.
L'utilizzo di un "registro digitale" di sala operatoria permette non solo la raccolta delle informazioni concernenti gli interventi chirurgici, ma può essere un utile strumento per coadiuvare il miglioramento di aspetti medico-legali, amministrativi, gestionali, epidemiologici e di ricerca scientifica. Uno degli obiettivi dell'introduzione dell'informatizzazione dei blocchi operatori è, infatti, il monitoraggio dei consumi degli stessi, in un'ottica sia clinica che gestionale; questo significa che, grazie al software "Medicloud – Quartiere operatorio" è possibile tracciare il materiale utilizzato per il singolo paziente (monitoraggio clinico) in modo da definire i costi per singolo intervento chirurgico (monitoraggio gestionale) erogato da ciascuna sala in un determinato blocco.



Quindi, dal punto di vista gestionale, l'informatizzazione del registro di sala operatoria ed il monitoraggio dei relativi output, permette di valutare le attività di ciascun blocco operatorio e quindi di ciascuna Unità Operativa, semplice o complessa, introdurre le eventuali azioni correttive ed allocare i budget in base agli output realmente realizzati.
Dal punto di vista clinico il software "Medicloud – Quartiere operatorio" permette, al medico o agli anestesisti, di poter accedere alla documentazione clinica del paziente in maniera rapida, veloce, sicura e con un approccio polispecialistico avendo in un colpo d'occhio un quadro fedele dello stato di salute del paziente.
Dal punto di vista gestionale, permette ai medici di fare una programmazione non solo giornaliera, ma mensile delle loro attività chirurgiche modulandole in base alle esigenze della giornata; gli permette di redigere note operatorie più complete, indicando informazioni quali: posizione paziente, lateralità, che possono sembrare di poco conto ma che nella pratica reale hanno ottimizzato i tempi chirurgici; permette ai caposala di ciascun blocco operatorio di organizzare le attività della giornata successiva in base alle reali esigenze sia dal punto di vista delle risorse umane che strumentali.

Inoltre, essendo "Medicloud – Quartiere operatorio" un software in grado di interfacciarsi con i vari sistemi aziendali ha permesso alla Loran di essere ancora più innovativa fornendo un software che sia "utile" non solo agli operatori, primi utilizzatori del sistema, ma anche al Management aziendale. Infatti, sulla base della recente normativa relativa alle SDO, che impone la necessità d'indicare nella scheda di dimissione ospedaliera l'équipe chirurgica che ha partecipato ad un dato intervento, secondo criteri prestabiliti, "Medicloud – Quartiere operatorio" interfacciandosi con i software già utilizzati nella AOUC Policlinico di Bari (Edotto e Galileo), ha permesso di agevolare i medici nella corretta e completa compilazione delle SDO come richiesto dalle vigenti linee guide Ministeriali e Regionali oppure di redigere report sulla loro attività chirurgica in maniera rapida e agevole.

Grazie a questa stretta collaborazione la Loran s.r.l. PMI Innovativa ha messo a punto un sistema ad hoc per il mondo sanitario mentre l'AOUC Policlinico di Bari ha riorganizzato le sue attività in modo da erogare prestazioni sempre più efficienti tenendo al centro non solo il paziente ma anche il benessere di tutti i suoi operatori.

Prodotti all'avanguardia come qualità e tecnologia

L'innovazione e la specializzazione per restare sul mercato

Come e quando nasce la sua azienda?

L'ALFA HOSPITAL è stata costituita nel 1979 da mio padre Sig. ANTONIO PERRONE, che ha messo a frutto la sua ventennale esperienza nel settore sanitario acquisita quale collaboratore di un'altra Azienda operante nello stesso settore. Io amministro ALFA HOSPITAL dal 2008.

Perché la sua azienda ha deciso di occuparsi di fornitura per la Pubblica Amministrazione e quali sono stati i beni e servizi che vi hanno consentito di crescere nell'ambito del Ssr?

Non è stata una decisione voluta, direi piuttosto che abbiamo proseguito per una strada già tracciata. Mio padre ha iniziato a lavorare nel settore negli anni 50 quando gli ospedali avevano una gestione oserei dire "familiare". Non esistevano gare ed appalti e gli acquisti si facevano a voce. Dobbiamo considerare che a quei tempi esistevano poche Aziende produttrici collocate soprattutto al Nord Italia e non c'era una rete di distribuzione diffusa, diciamo che era un po' a "macchia di leopardo". Andando avanti negli anni sono nate una moltitudine di Aziende locali che si sono dedicate alla commercializzazione di prodotti per la Sanità, dal monouso all'apparecchiatura. L'ALFA HOSPITAL entra nel mercato locale per mettere a disposizione degli utilizzatori un ventaglio di prodotti all'avanguardia come qualità e tecnologia.

Quale caratterizzazione ha la sua azienda e come si è evoluta negli anni?

L'ALFA HOSPITAL nel corso degli anni si è specializzata nel settore della chirurgia, della ginecologia, dell'urologia e dell'otorino, ricercando sempre prodotti innovativi e di alta qualità che semplificassero il lavoro quotidiano degli utilizzatori e che portassero benefici ai pazienti.

Per consolidarsi sul mercato, avete previsto di effettuare nuovi investimenti nonostante non vi sia una attenzione particolare, verso le imprese del sud, da parte della Pubblica Amministrazione? Ci sono progetti innovativi che avete realizzato?

Io penso che oggi per restare sul mercato l'innovazione e la specializzazione siano l'unica strada da percorrere. Ogni giorno ci sono investimenti da fare per mantenersi aggiornati e per farlo utilizziamo le nostre risorse.

Cosa vi chiede il mercato nell'ambito del servizio sanitario sia nazionale e regionale e come voi state rispondendo ai nuovi bisogni delle aziende ospedaliere e degli istituti di ricerca e a carattere religioso?

Il mercato richiede una tecnologia sempre più sofisticata, siamo nell'era della robotizzazione! Anche se uno dei bisogni che noi avvertiamo verte sui servizi di supporto alla Sanità.

Perché avete aderito all'A.F.O.R.P. e quali potrebbero essere le prospettive dell'Associazione?

Mio padre è stato uno dei soci fondatori di questa associazione nata per avere maggiore forza di rappresentanza nelle trattative con le Istituzioni. L'associazione ha portato avanti dure lotte nei momenti meno piacevoli ed è riuscita ad ottenere ottimi risultati. AFORP è diventata una realtà con cui oggi si confrontano le varie Istituzioni nei diversi tavoli di lavoro. Bisogna perseverare su questa strada per contare ogni giorno di più in modo da essere determinanti nelle scelte future per la Sanità in Puglia.

Seminario formativo sul Nodo Smistamento Ordini

E' una rivoluzione nelle procedure di public procurement

Era stata indicata la data del 1° ottobre 2019 dell'entrata in vigore del NSO, ma a seguito di una comunicazione del Ministero delle Finanze ed Economia alle regioni, è stata posticipata la data in obbligatorietà di NSO degli ordini relativi ai beni al 1° febbraio 2020 e ai servizi al 1° gennaio 2021.

Con l'avvio del nuove procedure di NSO (Nodo Smistamento Ordini), l'A.F.O.R.P. ha promosso, per tutti gli imprenditori associati e per i loro dipendenti un evento formativo, che cominciasse a chiarire gli aspetti procedurali da attuale con l'imminente entrata in vigore della nuova norma. Il seminario si è svolto presso la nuova e ampia sede associativa, in via Papalia 16 a Bari.

I Docenti del seminario informativo, Dott.ssa Veronica Pinelli e Dott. Luigi Concordia, hanno chiarito alcuni aspetti riguardanti la nuova procedura sugli ordini elettronici in sanità. I consulenti hanno risposto ai molti quesiti posti dai corsisti, soprattutto in questa fase, prima dell'avvio ufficiale che avverrà il prossimo 1° febbraio 2020.

Il Nodo Smistamento Ordini è un sistema digitale di trasmissione documenti gestito dal Dipartimento della Ragioneria di Stato del Ministero dell'economia e delle finanze e integrato con la Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici e con lo SDI – Sistema di interscambio, lo strumento per trasmettere la fattura elettronica. L'NSO è stato creato in seguito alle disposizioni della Legge di Bilancio 2018 che nella sezione compresa tra i commi 411-415 si prefiggeva l'introduzione di tale strumento per garantire trasparenza negli approvvigionamenti delle pubbliche amministrazioni.

Come introdotto dalla Legge di bilancio 2018, era chiara l'intenzione di tenere sotto controllo in particolare gli acquisti e le spese delle aziende pubbliche del Sistema Sanitario Nazionale. La particolare attenzione a questo settore è stato poi sottolineato anche dal decreto legge 7 dicembre 2018 del Ministero dell'economia e della finanza, in cui oltretutto per la prima volta veniva stabilita una data di entrata in vigore dell'obbligo: 1 ottobre 2019. Poi posticipata ai beni al 1° febbraio 2020 e ai servizi al 1° gennaio 2021. Una data che vale solo per le aziende del Servizio Sanitario Nazionale, i loro intermediari e i loro fornitori.

Tutti i corsisti hanno espresso soddisfazione per l'elevato contenuto formativo proposto dai consulenti dell'A.F.O.R.P..

A.F.O.R.P.

Campagna nuovi Associati 2020

Per gli Imprenditori del Servizio Sanitario Regionale

Con AFORP si conta di più!

L'A.F.O.R.P. (Associazione Fornitori Ospedalieri Regione Puglia), rappresenta le realtà della Sanità che operano nelle Regioni Puglia e Basilicata.
Nasce il 10 Maggio 1984 con l'intento di riunire le imprese, sia regionali che extra territoriali, del settore Sanità che si occupano di forniture di beni e servizi alle Aziende Sanitarie pubbliche e private.

La nostra mission

Lavoriamo per tutelare gli interessi economici e professionali delle aziende associate, mettendo a disposizione il nostro consolidato know-how nel settore delle forniture ospedaliere e la conoscenza qualificata per affrontare le criticità tenendo presente le diverse realtà territoriali.

Alcune attività ed iniziative

- L'A.F.O.R.P., consapevole dell'importanza del ruolo Istituzionale che rappresenta, stabilisce fattivi rapporti con la Regione e recentemente ha incontrato il Presidente della Regione Puglia Michele Emiliano insieme ai vertici aziendali di Innovapuglia ed Empulia, manifestando disponibilità ed una ampia collaborazione verso la realizzazione di Tavoli Tecnici che consentano di dare voce alle esigenze delle PMI.Numerose anche le attività rivolte verso la Commissione Sanità, l'A.E.P.eL. (Associazione Economi Puglia e Lucania), l'A.Re.S. (Agenzia Regionale Sanitaria). Inoltre sono costanti i momenti di incontro con i professionisti del Servizio sanitario regionale al fine di risolvere problematiche e promuovere iniziative.
- Organizziamo attività di formazione e aggiornamento per le Leggi regionali e nazionali oltre sui lavori di recepimento del nuovo Codice degli Appalti.
- Garantiamo assistenza di informazione e di comunicazione alle aziende offrendo servizi editoriali e multimediali necessari per lo svolgimento di una moderna attività imprenditoriale.
- La nostra segreteria associativa è aperta tutti i giorni dalle ore 09.00 alle ore 12.00 per soddisfare i quesiti delle imprese associate.

Perché associarsi

Perché insieme siamo più forti! Poter contare su una Associazione riconosciuta dalle Istituzioni politiche ed amministrative del settore Sanità, che riunisce aziende che condividono le stesse esperienze e gli stessi interessi, significa far parte di una grande realtà associativa. L'A.F.O.R.P. in questi ultimi trent'anni ha acquisito forza e credibilità: questo è il nostro valore aggiunto che ci consente di far fronte ai cambiamenti socio-economici in atto riconoscendo l'importanza di fare Sistema.

Chi può diventare socio A.F.O.R.P.
Tutte le aziende che esercitano attività commerciale per la fornitura di beni e servizi nel settore delle forniture ospedaliere comprese società cooperative, laboratori, Rsa.

tel.: 080.5544651 (ore 9.00 – 12.00)
e-mail: segreteria.papalia@aforp.it / info@aforp.org
oppure aforp@pec.it

Seguici anche su:
www.aforp.it

A.F.O.R.P.

GLI ASSOCIATI DELLA RETE AFORP

- A2
- AESSE HOSPITAL
- AF medical s.r.l.
- Alfa - Hospital s.r.l.
- Biomed 3 s.r.l.
- BIOMED BIO SUD MEDICAL SYSTEMS s.r.l.
- BF Medica
- Dedalus HEALTHCARE SYSTEMS GROUP
- Diatek SOLUZIONI DIAGNOSTICHE
- Elcamm srl
- EUROCLINIC s.r.l.
- Eurohospital s.r.l.
- euromed
- FASE DISPOSITIVI ED APPARECCHIATURE MEDICALI
- Hospital di MELE MARIO & C. S.A.S.
- INNOTEC
- Interhospital s.r.l.
- L.A.V.I.T. LAVANDERIE INDUSTRIALI
- LORAN
- Medic's
- medical caldo da 26 anni con Voi
- MEDICAL SERVICE take care now
- ORTOPEDICA
- Puglia Life Srl
- PU.RA. Puglia Radioterapia Srl Service & Consulting
- PUGLIA MEDICAL s.r.l.
- SIS MED s.r.l. SISTEMI MEDICALI
- sismed
- sud imaging
- SURGIKAL
- tecnomedica s.r.l. MEDICAL SYSTEMS & DEVICES
- Tecnosoluzioni s.r.l.
- TeknoLab
- antares
- APULIA HOSPITAL
- DIVITTORIO PIETRO
- Lavanderia Industriale Bernard dal 1877 La più antica, perché sempre la più moderna
- MEDICAL CHIRURGICA
- 4E.DI.COM MEDICINA DIAGNOSTICA COMPUTERIZZATA
- MEDIPOINT
- MYTHRAS medical service technicians
- texa Biomedical Tecnology

Seguici anche su:

www.aforp.it

A.F.O.R.P.

XI anni VIVILASANITA' PERIODICO A.F.O.R.P.

VIVILASANITA'

Trimestrale d'approfondimento sulla sanità

Seguici anche su:

www.aforp.it

Periodico di Informazione ed Approfondimento
Iscritto al Tribunale di Bari al n. 21
del Registro della Stampa
in data 19 maggio 2009

EDITORE
AFORP
Associazione Fornitori Ospedalieri
Regione Puglia
Via Papalia, 16 - 70126 BARI
Tel.: 080 5544651

DIRETTORE EDITORIALE
BEPPE MARCHITELLI

DIRETTORE RESPONSABILE
DOMENICO DE RUSSIS

IMPAGINAZIONE & GRAFICA
RENZO DIBELLO
rengraf.com

PER COMUNICAZIONI E PROPOSTE
ufficiostampa@aforp.it

STAMPA
GRAFICAZEROTTANTA
Via dei Gladioli, 6 - Modugno (Ba)