

## Presentato il Rapporto OASI 2015

### Sanità pugliese: più ombre che luci

**Beppe Marchitelli**

Gli italiani rinunciano alle cure e il Servizio Sanitario Nazionale è un malato grave

**Silvana Melli**

Trasformare i punti di debolezza in punti di forza

**Giovanni Gorgoni**

Il Distretto è la centrale di committenza dei servizi sanitari e di salute

**Vincenzo Gigantelli**

Un nuovo modello di assistenza che parta dalla analisi dei bisogni

**Rapporto OASI 2015**

Le 10 proposte per rendere il Ssn più efficace, equo e sostenibile



# Gli italiani rinunciano alle cure e il Servizio Sanitario Nazionale è un malato grave

Nella riorganizzazione l'opportunità di cogliere l'attimo: sanità tecnologicamente avanzata

di Beppe Marchitelli



La crisi che attanaglia il nostro Paese da oltre 7 anni non è conclusa e la perdita dei posti di lavoro impone alle famiglie di salvaguardare la quotidianità in ogni modo, anche rinunciando alle cure. Rinuncia agevolata dalle lunghe liste di attesa oltre la revisione dei ticket per le prestazioni specialistiche. In effetti la prestazione pubblica con l'aumento del ticket rende concorrenziale l'offerta a pagamento. I mass media comunicano oggi dati da me presentati già nel 2015: la rinuncia alle cure da parte dei cittadini. Sono ben 11 milioni gli italiani che nel 2016 hanno smesso di curarsi, secondo il Censis, che chiarisce anche come gran parte dei cittadini definisce peggiorata la qualità del servizio sanitario. Forse la causa, come evidenzia la Corte dei Conti, può essere anche il taglio delle dotazioni organiche negli ultimi due anni. In questo quadro i cittadini-pazienti, (che possono) scelgono di stipulare una polizza assicurativa a volte comprensiva di accordi con ospedali pubblici come è accaduto recentemente tra una compagnia assicurativa e la Asl di Bologna. Altri sperano di tutelarsi scegliendo fondi integrativi. Segnali che mostrano la lacerazione del sistema universalistico così definito dal dettato costituzionale. Assistiamo noi cittadini, impotenti, al graduale declino del Servizio sanitario nazionale che arranca e anche se nessuno vuole a chiare note affermarlo, di fatto non è più sostenibile. Ora è il momento di agire, con riforme che prevedano un ritorno verso l'equità del sistema, che oggi mostra una importante sofferenza. Sostengo con forte convinzione che ridurre gli sprechi (che si annidano a tutti i livelli) non equivale a ridurre la spesa che invece occorre migliorare. Siamo il Paese europeo che spende sempre meno per la salute dei suoi cittadini. Parole al vento da oltre un ventennio come appropriatezza e costi standard non sono state risolutive. Non ci aiuterà una centralizzazione degli acquisti che pone difficoltà alle PMI contrariamente a tutte le direttive europee che si esprimo a loro sostegno.



Il rischio di espulsione dal mercato per le 2000 PMI che operano nel settore è alto, perché con una concentrazione spinta della domanda si riducono gli assetti competitivi del mercato soprattutto per la caratteristica della sanità. Di fatto questo favorisce indubbiamente comportamenti oligopolistici o collusivi e così si torna al punto di partenza. In particolare perché non è dimostrato che la concentrazione della domanda possa eliminare fenomeni corruttivi. Inoltre, se viene meno il controllo sociale sulle procedure, le possibilità corruttive aumentano. **Teniamo anche presente che centralizzare non corrisponde al contenimento della spesa, quindi se il sistema sanitario non ha un ritorno in termini di salute, soprattutto se non sono state investite risorse, allora è tutto da rifare. Prendono forma i primi dati sui tassi di mortalità, causati anche dalla scarsa qualità dell'assistenza e dalla impossibilità di accesso alle cure, allora è tempo di passare all'azione.** La scelta è tra la strada intrapresa dei tagli, quindi meno investimenti, oppure investire risorse e ottenere i migliori risultati con la riduzione degli sprechi. Sappiamo bene che è una scelta politica, manca forse la volontà di agire sul servizio sanitario pubblico al fine di garantirlo alle future generazioni. Per rispettare questo patto d'onore occorre una nuova modalità di allocazione delle risorse e nuova modalità organizzativa per la programmazione sanitaria. L'approccio che le Istituzioni devono avere verso i propri cittadini è quello di un welfare che consenta un insieme di libertà legate allo stato di salute, quindi la possibilità di scegliere una qualità della

vita appropriata. **Un servizio sanitario pubblico con una equa programmazione socio-sanitaria, consente ai cittadini la realizzazione dei propositi personali e di salute. E' doveroso nella sua normalità, monitorare la spesa sanitaria, ma con l'obiettivo di prevedere una adeguata assistenza, non di limitare le prestazioni con lunghe liste di attesa e aumento del ticket costringendo il cittadino a rinunciare alle cure. Strutture pubbliche avanzate tecnologicamente agevolano i processi di riorganizzazione, bene questo è il momento. E' un'opportunità da tenere in considerazione nelle pianificazioni future.**

Opportunità che non può sfuggire alla sanità pubblica. Certo l'Italia ha investito nel 2015, secondo il Politecnico di Milano, 1,3 miliardi per e-health, cioè l'1,2% del costo della salute pubblica, esattamente 22 euro per cittadino. Finalmente la sanità digitale in Italia ha iniziato un percorso, anche se al momento disomogeneo. Alcune Regioni hanno attivato servizi digitali, altre sono nella fase di implementazione come la Puglia. La Regione tra l'altro ha impegni di contenimento della spesa ancora importanti, in aggiunta a contenziosi con strutture private accreditate verso le Asl, che mai auspichiamo possano nuovamente catapultare le PMI del territorio indietro di 5 anni, ai tempi dei mancati pagamenti da parte della P.A..

**Intanto in attesa del riordino ospedaliero, crediamo che la Puglia possa avere strutture e strumenti avanzati, che possano favorire i pazienti del territorio senza essere derubricati come cittadini di serie B. Soprattutto nella dignità.**

## Trasformare i punti di debolezza in punti di forza

### Continuità assistenziale tra territorio e ospedale

“Il Decreto 70/2015 propone una classificazione delle strutture ospedaliere, prevede bacini di utenza minimi e massimi per disciplina, volumi ed esiti di ricovero, standard di qualità, standard organizzativi, tecnologici e strutturali, definisce le reti ospedaliere e dell'emergenza-urgenza e qualifica i percorsi di continuità assistenziali ospedale-territorio”, questa è stata la premessa del Dr. Giovanni Gorgoni, direttore del Dipartimento Politiche della Salute, in occasione della presentazione del Piano di Riordino Ospedaliero in Consiglio Regionale .

Oltre al Decreto 70/2015, va preso in considerazione uno dei punti più cogenti della Legge di Stabilità, cioè la necessità di realizzare nel 2017 un piano di rientro per le aziende ospedaliere che presentino un determinato disavanzo o un mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure, il tutto all'indomani di un Piano di rientro della Regione Puglia, che è già costato “ lacrime e sangue” ed ancora oggi con un costo del personale contenuto e che non può superare la spesa del 2004.

La sfida è grande ed importante e richiede efficacia, efficienza, ma anche creatività ...

La squadra di professionisti ed operatori che si va delineando nell'ASL di Lecce, e che sta cominciando ad affiancare la Direzione Strategica Aziendale con sempre maggiore ritrovato entusiasmo e motivazione nel perseguimento dei suddetti obiettivi, intende cogliere la sfida e trasformare i punti di debolezza in punti di for-



za, il razionamento delle risorse in razionalizzazione, l'inappropriatezza e l'improduttività in miglioramento dei percorsi assistenziali in cui chi detta il passo è il bisogno della persona e del paziente e non l'interesse del sistema o dei singoli, e quindi opportunità di evitare sprechi, perseguire maggiormente la qualità ed in particolare la qualità percepita.

Uno degli obiettivi prioritari da raggiungere è la continuità assistenziale tra territorio e ospedale, attraverso un'adeguata presa in carico dei pazienti cronici, utilizzando i Day services, in corso di attivazione su tutto il territorio della ASL di Lecce, prioritariamente per le malattie cardiache e, subito a seguire, per il diabete e le broncopneumopatie croniche ostruttive. In tal modo si ritiene di migliorare la gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici, sia raccordando la medicina generale con l'ambulatorio distrettuale specialistico (day service) per garantire il follow up dei pazienti meno gravi, sia attraverso un telemonitoraggio in remoto, collegando gli studi medici ed i reparti ospedalieri di riferimento per realizzare l'integrazione funzionale tra medicina generale ed ospedale ed evitare ricoveri ripetuti ed inappropriati.

Si ritiene inoltre che un percorso codificato ed una presa in carico efficace, automaticamente nel tempo ridurrà le liste d'attesa.

Su questo versante sarà implementata la rete ecocardiografica del territorio della provincia di Lecce, che mette in contatto gli ambulatori territoriali e ospedalieri già dotati di un'infrastruttura infotelematica costituita da server, stazioni di lavoro informatiche collegate con ecocardiografi per la refertazione digi-

tale in rete e per la condivisione di un archivio per referti e immagini ecocardiografiche. Lo scambio di informazioni sul Paziente e la "rete" è alla base di un modello di lavoro in cui la "presa in carico" può essere sia ospedaliera che territoriale, in un'ottica che garantisce all'ammalato continuità assistenziale, con un flusso di informazioni che scorrono in senso biunivoco. Usciamo così dalla logica della prestazione specialistica, ad esempio quella ecocardiografica, per generare risposte ad un bisogno di salute e offrire una valutazione cardiologica completa.

Sempre per rimanere in campo cardiologico, stiamo lavorando per diffondere su tutto il territorio della ASL Lecce, un modello organizzativo che supporta e migliora l'assistenza territoriale del Paziente con scompenso cardiaco: il GISC. La "Gestione Integrata dello Scompenso Cardiaco", progetto già da anni attuato con ottimi risultati in un solo Distretto, che consente al medico di medicina generale, al cardiologo del territorio e ospedaliero di comunicare tra loro e condividere in tempo reale il processo clinico e terapeutico del paziente grazie all'utilizzo di una piattaforma informatica web - based per la raccolta delle informazioni di salute relative al Paziente con scompenso cardiaco.

Altro obiettivo che si sta perseguendo è una maggiore attenzione alle reti ed ai percorsi che riguardano pazienti particolarmente fragili come quelli oncologici e pazienti affetti da malattie neurodegenerative e malattie rare, quindi è prevista una rivisitazione dei percorsi ADI, un maggiore coinvolgimento del Terzo settore a sostegno non solo dei pazienti, ma che sia di



supporto anche ai familiari. Sia i percorsi che i Dipartimenti Ospedalieri che si andranno a costituire saranno coerenti con l'obiettivo di assicurare percorsi integrati ospedale-territorio e dare omogeneità di offerta territoriale in ogni ambito, pur partendo dall'Ospedale e rimanendo ad esso afferente.

Sono circa 2.992 i pazienti con malattia rara nella nostra ASL; 148 i gruppi di patologie registrate. Per garantire loro adeguata assistenza sono stati individuati 9 centri clinici ospedalieri di riferimento, definiti come Presidi della Rete Nazionale, 10 punti di accesso nei servizi territoriali, coincidenti con i Distretti Socio Sanitari.

La necessità di rispondere agli adempimenti LEA ci impone di dedicare particolare attenzione ai percorsi di screening. Questa Direzione si sta impegnando nell'acquisizione di nuove ed aggiornate apparecchiature nonché nella reingegnerizzazione delle procedure e dei percorsi. Utilizzando i Fondi Europei FESR, è stata programmata l'acquisizione di 8 mammografi digitali, ed 1 mammotome, destinati agli ambulatori territoriali, così da separare nettamente l'attività senologica preventiva da quella prettamente clinica di competenza ospedaliera. Uguale reingegnerizzazione riguarderà lo screening cervico vaginale. Per ottenere una migliore risposta agli screening si è ritenuto di ampliare le sedi di offerta degli stessi, dandone opportuna informazione e comunicazione, ciò ha richiesto oltre ad un incremento delle attrezzature sanitarie, anche la redistribuzione del personale tra ospedale e territorio e l'acquisizione di alcune unità di personale necessarie, utilizzando le deroghe a disposizione della ASL.

Ulteriore contributo su tale versante sarà il potenziamento delle attività di promozione della salute, soprattutto nel prossimo anno scolastico, attraverso attività di comunicazione interattiva e interventi nelle scuole.

Sul versante ospedaliero puntiamo all'eccellenza. Infatti in campo oncologico è stato di recente attivato il nuovo Linac-Versa (VERSA-HD) che consente di erogare trattamenti radioterapici innovativi nell'ambito di protocolli di cura avanzati, tra cui la radioterapia guidata da immagini (IGRT), la radioterapia ad intensità modulata (IMRT), la radiochirurgia stereotassica. Si tratta di uno degli acceleratori lineari più potenti e completi oggi presenti sul mercato

La radioterapia del Vito Fazzi di Lecce, con l'acquisizione del VERSA-HD, diventa la prima struttura oncologica nella Regione Puglia in grado di offrire trattamenti radioterapici molto innovativi, caratterizzati dalla somministrazione di dosi di radiazioni più elevate e focalizzate, rispetto alla radioterapia tradizionale.

Particolare attenzione è rivolta alla salute delle donne, partendo da un tavolo tecnico di medicina di genere, in seno al Comitato Consultivo Misto per arrivare all'attivazione del POMI (Progetto Materno-Infantile). Un esempio è l'implementazione del "Percorso nascita". C'è bisogno di tutelare la salute della donna in gravidanza, di garantire massima appropriatezza delle prestazioni sia nella gravidanza fisiologica che in quella a rischio e tutto ciò produce benessere del bambino e della famiglia e migliore stile di vita. La nostra organizzazione si atterrà alle



**ASL LECCE**  
SERVIZIO SANITARIO DELLA PUGLIA

Linee Guida emanate dall'Istituto Superiore di Sanità e abbiamo avviato una collaborazione con il dott. Michele Grandolfo, epidemiologo che ci supporterà nella riorganizzazione delle attività di assistenza alla gravidanza fisiologica e al parto, con conseguenziale riduzione dei parti cesari.

Sensibilizzare alla cultura della donazione di organi, tessuti e cellule è un altro traguardo sul quale stiamo investendo con azioni diversificate e che già sta producendo i primi incoraggianti risultati. La comunicazione e l'informazione sono leve indispensabili in questo campo.

Dall'inizio dell'anno ad oggi sono sei i prelievi multiorgano già effettuati nelle Unità Operative di Rianimazione degli ospedali di Lecce e Casarano. L'attenzione dei Salentini su questo tema sta crescendo ed anche le amministrazioni comunali stanno via via rispondendo alla richiesta di aderire al progetto "Una scelta in Comune", che consente di effettuare la propria dichiarazione di volontà alla donazione nel momento del rilascio o rinnovo della carta d'identità. Portiamo avanti, insieme alle associazioni di volontariato, iniziative di comunicazione ed informazione con incontri nelle scuole, nei luoghi di aggregazione sociale e attraverso i canali istituzionali, come il portale e la pagina facebook dell'azienda e stiamo cominciando ad apprezzare i primi significativi risultati.

Abbiamo anche raccolto la richiesta dei familiari di donatori di organi che si sentono "abbandonati" dopo la morte del loro congiunto; è in fase di attivazione un servizio di sostegno psicologico che li aiuti a superare

il dolore per la morte del familiare e ad affrontare la decisione in merito alla donazione con serenità e razionalità, superando paure e sospetti generati da cattiva informazione circa eventuali interessi economici o sfiducia negli operatori sanitari.

Ultimo punto riguarda la spesa farmaceutica, che comunque è strettamente collegata a tutti i precedenti. I PDTA codificati, in un contesto di rete assistenziale che interagisce con una presa in carico che vede come coordinatore il medico di medicina generale, non possono che generare appropriatezza, adesione alla terapia ed economie negli sprechi.

Per accettare la sfida, ritengo che la Regione debba dare la possibilità di realizzare una strutturazione compatibile con le reti ed i percorsi necessari e per rendere operativo tutto ciò occorrerà rivedere la DGR n. 1388 del 2011 avente ad oggetto "Parametri standard regionali per l'individuazione di strutture semplici e complesse, posizioni organizzative e coordinamenti per il personale delle Aziende ed Enti del SSR..." che di fatto ha bloccato la strutturazione dei Distretti Socio Sanitari. Inoltre, occorrerà rivedere il limite di budget della specialistica ambulatoriale che mette in serio pericolo la possibilità di attivare i Day Service necessari e quindi la presa in carico delle patologie croniche, rilevante fonte di spesa, soprattutto inappropriata.

**Silvana Melli**

Direttore Generale Asl Le



## Il Distretto è la centrale di committenza dei servizi sanitari e di salute

Il Distretto rimane, in tanti discorsi che si fanno sulla sanità, spesso il convitato di pietra, perchè ha forme diverse in giro per l'Italia, perchè ha una vocazione ormai ben definita e soprattutto perchè è l'entità organizzativa a cui vanno solamente le briciole delle risorse che, invece continua ad assorbire l'assistenza ospedaliera. Questo è tanto più vero in Puglia, dove solamente per la parte del personale, risorse umane/capitale, ben il 68% del capitale umano è destinato all'assistenza ospedaliera, quasi che il Distretto si riducesse solo ed esclusivamente a guardie mediche, poliambulatorio e qualche consultorio. Il Distretto in realtà è la vera centrale di committenza dei servizi sanitari e di salute per il cittadino e anche il punto di collegamento tra i servizi sanitari e il sociale. Quindi una sorta di raccordo tra comunità intesa in senso più lato ed erogatori che siano pubblici o privati accreditati.

Il ruolo del distretto, diventa oggi, tanto più strategico, nel nuovo corso della sanità pugliese, con il nuovo programma operativo, che parte da un riordino degli stabilimenti ospedalieri, però dall'altro cercherà di liberare risorse che andranno destinate quasi interamente sull'assistenza territoriale, anche con forme organizzative e contrattuali nuove. Il limite di spesa non ci consente di coltivare grosse speranze sull'assunzione di personale con contratto dipendente e questo significa che non ci possiamo precludere la possibilità di garantire livelli essenziali di assistenza. Ecco perchè saranno necessarie cercare nuove forme organizzative con nuove forme contrattuali, di concerto con il privato accreditato, con il privato sociale, in forme sperimentali pubblico-privato di qualunque tipo oppure riutilizzando forme contrattuali convenzionate, come la medicina di famiglia che sia per adulti o pediatrica, specialistica convenzionata, in maniera nuova e anche creativa anche a supporto della vecchia assistenza ospedaliera.



Vivilasanità - Focus - Il Distretto tra appropriatezza e sostenibilità - Intervento di Vito Montanaro - Direttore Generale Asl Ba

## Alleggerire il carico di lavoro degli ospedali

L'appropriatezza e il distretto sono due elementi fondamentali del nostro mandato, sui quali stiamo incentrando la nostra azione per svincolare dalle forche caudine, dagli impegni gli ospedali e cercare di caricare l'attività, che è tipicamente territoriale, nel luogo idoneo che è il distretto. L'ospedale deve essere sempre più luogo nel quale curare l'acuzie, il distretto deve essere sempre più il luogo nel quale fare prevenzione e fare cura delle cronicità.

Dobbiamo creare un ponte tra l'ospedale e il territorio, ci stiamo riuscendo, perchè solo dopo un anno abbiamo avviato due progetti uno di tipo cardiologico l'altro nel settore della retina diabetica, che sta mettendo insieme la rete degli ospedali e la rete dei distretti e questo ci sta consentendo di alleggerire il carico di lavoro degli ospedali e di riempire di contenuti l'attività e la professionalità che esistono sul territorio.



## Maggiore integrazione tra sanità ospedaliera e territoriale

### Il paziente non sia lasciato solo

In un contesto in cui le risorse sono sempre più limitate, bisogna cercare di fare massa critica, la separatezza fin'oggi un po' troppo rigida tra sanità ospedaliera e sanità territoriale, deve lasciare il passo ad una maggiore integrazione, perchè se poche sono le risorse e se sono separate sono ancor di meno. Bisogna far si che l'ospedale si integri con il territorio e il territorio si integri con l'ospedale, i percorsi devono essere sempre maggiormente condivisi e anche perchè le esigenze assistenziali si spostano sempre più verso il territorio.

Ed allora, dobbiamo far si, che il paziente non sia lasciato solo quando supera la fase acuta e deve essere accompagnato in modo più mirato, più guidato. Questa è la fase dell'appropriatezza, che si porta pari pari appresso quella della sostenibilità, perchè ovviamente se è una cura appropriata, non c'è spreco, è adeguata, non sono soldi buttati, e quindi si hanno sostenibilità e appropriatezza.

Questo concetto noi cercheremo di rilanciarlo anche a livello aziendale. Taranto, soffre, tra le tante patologie, legate alla compromissione ambientale, di aspetti di patologia pneumologica non da poco. Quando sono arrivato a Taranto, ho trovato una brutta sorpresa: non esisteva un reparto di pneumologia. Una cosa stranissima, tristissima. Allora stiamo integrando quella poca pneumologia ospedaliera che c'era con la poca pneumologia territoriale che c'è, stiamo cercando di metterla insieme, per dare vita ad un'offerta ospedale territorio integrato, quantomeno sufficiente da approcciare questo tipo di patologia.



## Potenziare e qualificare il territorio

### Maggiore attenzione alle situazioni di fragilità

La Card di cui oggi sono Presidente emerito, ho lasciato il testimone da febbraio all'attuale Presidente Vincenzo Gigantelli, con il quale, abbiamo lavorato, verso proprio quello che era l'obiettivo, che avrebbe dovuto avere, la Regione Puglia, di potenziare e qualificare il territorio e di strutturarlo. Ancora oggi, non è strutturato in modo omogeneo e questo è importante, che la Regione, lo faccia al più presto, perchè c'è una legge regionale, art. 14, non ancora realizzato appieno in tutte le Asl. Questo, potrà essere, il supporto strutturale, che potrà pienamente consentire, di avere dei responsabili, direttori e dirigenti, che devono, poi, sostenere percorsi di appropriatezza e sostenibilità della spesa. In termini di una presa in carico globale di malattie croniche, una particolare attenzione alle situazioni di fragilità e quindi di dover prolungare, i ricoveri di soggetti particolarmente fragili, che occupano, le rianimazioni o posti letto, in terapie intensive, anche respiratorie e cardiologiche. Dobbiamo pensare, soprattutto all'appropriatezza prescrittiva, per quanto riguarda la farmaceutica, e un approccio diagnostico terapeutico che miri ad una valutazione dell'individuo ed una personalizzazione di questi percorsi. Finché non arriveremo in maniera integrata tra tutti i professionisti, ospedale, specialisti e medici di medicina generale, attraverso un'integrazione, che il distretto potrà facilitare, noi non potremo raggiungere quell'appropriatezza e sostenibilità, che ci porterà, ad essere, tra le regioni migliori, del panorama nazionale.

# Processo riorganizzativo della governance sanitaria pugliese

## Un nuovo modello di assistenza che parta dalla analisi dei bisogni

Nel nuovo processo riorganizzativo della governance sanitaria pugliese e all'interno dello scenario economico e sociale che il nostro Paese sta attraversando, il Distretto Socio Sanitario rappresenta sia lo strumento sia il luogo capace di intercettare, prendere in carico e fornire risposte ai bisogni di salute dei cittadini. Bisogni, sempre più complessi e a rilevante impatto sociale, che richiedono interventi mirati e fondati su criteri di equità, accessibilità e appropriatezza.

La riconoscibilità del ruolo e della funzione distrettuale è stata finora fortemente condizionata, e limitata, da scelte, oggi, non più sostenibili e da modelli sanitari non più idonei ad affrontare e risolvere i moderni bisogni di assistenza e cura determinati da diverse e nuove emergenze epidemiologiche e demografiche.

Per questa ragione è diventato imperativo concepire e realizzare un nuovo modello di assistenza che parta dalla analisi dei bisogni e dia alla gente risposte concrete e fruibili in modo semplificato e valido.

**Il Distretto deve risultare pertanto non soltanto il luogo fisico ed organizzativo in cui si sviluppa la cooperazione tra gli erogatori, la continuità assistenziale e la adeguata integrazione, bensì anche il contesto idoneo alla realizzazione dei livelli assistenziali.**

Il modello assistenziale cui penso è quello orientato a realizzare obiettivi di salute coerenti con i bisogni della popolazione, al passo con le nuove sfide tecnologiche, di effettiva presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale, che abbracci la prevenzione primaria, la promozione della salute, la diagnosi precoce, gli interventi in day service, la assistenza domiciliare, la riabilitazione, le cure palliative e garantisca il sostegno alle famiglie con problemi vari di fragilità.

Questa visione unitaria è condivisa dalla associazione che presiedo, e i percorsi per la sua piena realizzazione sono un obiettivo scientifico e culturale della Confederazione Nazionale delle Associazioni Regionali dei Distretti, che da noi è attiva come CARD PUGLIA e che rappresenta tutte le figure professionali del distretto.

**I recenti processi di riorganizzazione della rete ospedaliera e la adozione di nuovi standard assistenziali e organizzativi, realizzati nella fase del Piano di Rientro dapprima, e del Programma Operativo successivo, ed ancora in corso, hanno determinato una profonda trasformazione della rete dei servizi e hanno posto le basi per un sostanziale cambiamento che riguarda i distretti socio sanitari pugliesi.**

La chiusura di importanti e storici Presidi Ospedalieri destinati ad una riconversione in senso territoriale quali P.T.A. ovvero Presidi Territoriali di Assistenza, determina, nei fatti, una occasione di migliore allocazione, al loro interno, di servizi che prima risultavano altrimenti dispersi e frammentati e quindi poco riconoscibili.

L'attivazione e la realizzazione di una rete dei P.T.A. viene a rappresentare, un modello organizzativo ed



operativo che faccia meglio percepire il ruolo e la funzione dei servizi rivolti alla collettività, divenendo dei veri e propri "Poli della Salute" per svolgere un ruolo di prossimità e di reale alternativa alla ospedalizzazione.

Ruolo che presenta aspetti di maggior vantaggio economico per la appropriatezza di alcuni setting assistenziali territoriali rispetto ad analoghi setting assistenziali ospedalieri.

La CARD PUGLIA, quale Società scientifica, mettendo a confronto le più avanzate sperimentazioni già realizzate a livello regionale, le migliori prassi organizzative e di percorso realizzate nelle ASL pugliesi e in altre e diverse realtà regionali, ha avuto il merito di aprire un vivace dibattito, nel corso del XI<sup>o</sup> Congresso Regionale, tenutosi a Polignano a mare il 21/22 aprile 2016, che ha determinato una ufficiale richiesta di coinvolgimento della nostra associazione – da parte di Giovanni Gorgoni Direttore Generale Area Salute Regione Puglia – volta alla predisposizione di una proposta organica di regolamentazione dei Presidi Territoriali di Assistenza verso la compiuta realizzazione di una Sanità territoriale organizzata e credibile.

Nel rispetto delle disposizioni normative vigenti, e in linea con le previsioni in materia di parametri standard, di individuazione delle strutture organizzative, delle posizioni organizzative e di coordinamento, il Direttivo Card Puglia ed il gruppo di lavoro che rappresenta le diverse figure professionali del territorio, porterà a termine, a breve, il nostro contributo orientato a rendere il Sistema Territoriale più omogeneo e solido in ogni contesto aziendale.

La concreta realizzazione organizzativa del Distretto in Puglia, pur in una fase fortemente condizionata da vincoli di spesa e limiti di spending review, andrà pertanto rideterminata verso nuovi standard assistenziali.

Segnalo la necessaria revisione ed aggiornamento di taluni aspetti normativi vigenti in quanto non più aderenti alla situazioni in essere, e in divenire, per rendere effettivamente uniforme la rete territoriale dei presidi a seguito del definitivo piano di riordino ospedaliero.

Anche il tema del dimensionamento e della strutturazione interna dei distretti è un tema ormai ineludibile, tenuto conto che vi sono distretti molto variegati a partire dai più piccoli con risorse assegnate sotto standard ed altri molto ampi e difficilmente gestibili,

quali quelli delle città capoluogo di provincia di recente unificazione.

Il "nuovo distretto" dovrà, nella sua configurazione di struttura sempre più complessa e riconoscibile, sovrintendere al governo e alla riorganizzazione delle cure primarie, dell'assistenza riabilitativa, della specialistica, dell'assistenza consultoriale e dell'assistenza primaria convenzionata, organizzata, al suo interno, in nuove forme strutturali e funzionali in applicazione dei nuovi ACN.

Questa trasformazione non potrà che essere orientata a migliorare il rapporto con i cittadini e, attraverso la ridefinizione delle reti dei servizi sociali e sanitari essere coordinata ed integrata con le funzioni Ospedaliere.

Il processo di riorganizzazione del Distretto Socio Sanitario così concepito ridefinirà non solo i percorsi assistenziali, ma volgerà anche a designare nuovi scenari di ammodernamento strumentale e tecnologico, di utilizzo di piattaforme informatiche dedicate, di utilizzo spinto della telemedicina e della teleassistenza, nonché di un processo formativo e di aggiornamento volto a tutti i ruoli, profili e professioni coinvolte.

Gli effetti di questo complesso processo di riorganizzazione e del piano di investimenti che deve agire in varie direzioni, a conclusione dello stesso, senz'altro, avrà ripercussioni positive per i Cittadini in termini di nuovi servizi e di qualità percepita, sarà un nuovo modo di lavorare per gli Operatori che si sentiranno valorizzati e pertanto più motivati, e rappresenterà un banco di prova per dare sviluppo al territorio con il pieno coinvolgimento di Aziende e privati interessati a investire localmente.



# L'evoluzione della sanità italiana: impatti sull'organizzazione dei servizi

## Puglia: peggiore tasso di ospedalizzazione d'Italia

Nella sala consiliare della Regione Puglia è stato presentato il Rapporto Oasi 2015 "L'evoluzione della sanità italiana: impatti sull'organizzazione dei servizi". Come è cambiata e come sta cambiando la sanità italiana e quali sono i riflessi possibili sulla organizzazione e sulla erogazione dei servizi. La Scuola di Direzione Aziendale della Bocconi – come consuetudine – ha offerto, attraverso i suoi autorevoli rappresentanti, una lettura dei principali fenomeni osservabili della sanità italiana. E lo ha fatto mettendo a confronto sistemi diversi, sviluppando ricerche sul campo, proponendo chiavi di lettura.

Erano presenti, tra gli altri, alcuni consiglieri regionali: Donato Pentassuglia, Nino Marmo, Mario Conca, Luigi Manca, Paolo Pellegrino.

All'evento formativo hanno partecipato tra gli altri: Vito Montanaro (Direttore Generale Asl Ba), Vitangelo Dattoli (Direttore Generale Azienda Universitaria Policlinico Bari), Antonio Delvino (Direttore Generale Istituto Oncologico Bari), Vito Piazzolla (Direttore Generale Asl Fg), Ottavio Narracci (Direttore Generale Asl Bt), Giuseppe Pasqualone (Direttore Generale Asl Br), Direttori Amministrativi, Direttori Sanitari e Dirigenti del Ssr.

Dopo il saluto di Mario Loizzo, Presidente del Consiglio regionale, i lavori sono stati introdotti da Giovanni Gorgoni, Direttore del Dipartimento Salute della Regione Puglia.

Francesco Longo (Cergas Università Bocconi), si è soffermato sul Rapporto OASI targato 2015 e sull'evoluzione della situazione economico-finanziaria nelle Aziende Sanitarie Pubbliche.

Per la Puglia raffigura un quadro non confortante ed evidenzia che la regione ha il peggiore tasso di ospedalizzazione d'Italia (122 ricoveri ogni 100mila abitanti) e il peso medio più basso. Il peso di un ricovero rappresenta la sua complessità: la Puglia è a 1.07 (solo Sardegna, Campania e Calabria fanno peggio). Dal lato opposto ci sono Toscana e Veneto: la prima con 94 ricoveri ogni 100mila abitanti e un peso medio di 1.24 e la seconda con 89 ricoveri ogni 100mila abitanti e un peso di 1.18. Ma non basta: in Puglia il 19% degli accessi di pronto soccorso si trasformano in ricoveri, terzo peggior dato d'Italia. E ancora : in Puglia ci sono 0,99 posti letto di lungodegenza ogni 1.000 abitanti contro una media nazionale di 3.27 e soprattutto contro i 6 del Veneto.

Benedetto Pacifico (Amministrazione Finanza e controllo del Dipartimento Salute) ha invece posto l'accento sulle differenze finanziarie esistenti con alcune regioni del Nord, ad esempio l'Emilia Romagna, che con popolazione pressoché uguale alla Puglia, riceve più risorse dal Fondo nazionale.

Mario Sartirana (Cergas Università Bocconi), è intervenuto sull'organizzazione dei servizi in relazione alle inidoneità e alle idoneità parziali rimarcando gli aspetti relativi alla gestione delle risorse umane.

Donato Sivo (Sistema di gestione integrata salute e sicurezza Asl Bt) ha sottolineato la necessità di programmazione di interventi che mirano a rendere più sicuri gli ospedali.

Francesco Longo (Cergas Università Bocconi) ha svolto la relazione finale sulle proposte per rendere il Ssn più efficace, equo e sostenibile che qui vengono descritte.



Le conclusioni sono state affidate ad Ottavio Narracci (Direttore Generale Asl Bt)

# Le 10 proposte per rendere il Ssn piu' efficace, equo e sostenibile

Accessi unitari, innovazione, riconversione piccoli ospedali, trasparenza e criteri di valutazione

## A) La trasformazione della geografia dei servizi e dei sistemi di accesso unitari

### 1) SEGMENTAZIONE PAZIENTI

Il SSN deve differenziare:

- la popolazione sana (da sottoporre a screening e prevenzione primaria),
- gli utenti occasionali/pazienti acuti,
- i pazienti cronici,
- le persone in condizioni di parziale o totale non autosufficienza con bisogni di Long TermCare (LTC).

### 2) ACCORPAMENTO UUOO

È necessario accorpare le unità operative che non raggiungono gli standard definiti di bacino di utenza e/o di casistica per garantire la clinicalcompetence (sicurezza e qualità)

## B) Il governo dell'innovazione e delle tecnologie

### 3) RIDUZIONE/RICONVERSIONE PICCOLI OSPEDALI

Ridurre gli stabilimenti ospedalieri attraverso:

- La riconversione in presidi per sub-acute, Case della Salute, strutture residenziali e/o altre strutture territoriali
- La dismissione/valorizzazione degli edifici non riconvertibili
- Concentrare su meno centri gli investimenti richiesti dalle attività complesse
- Consentire l'indebitamento per riorganizzare la rete di offerta sulla base dei risparmi potenzialmente ottenibili nel medio periodo e della valorizzazione degli immobili non riconvertiti

### 4) REVISIONE LOGICHE INTRODUZIONE FARMACI

Rivedere alcuni criteri che regolano l'innovazione farmaceutica in una logica di trasparenza e coerenza con i modelli di presa in carico per patologia:

- evitare la duplicazione della regolazione all'accesso, eliminando il livello regionale;



- superare progressivamente la logica dei silos di spesa per fattore produttivo
- Iniziare a introdurre una logica di costo/efficacia per patologia

#### 5) ATTUAZIONE HTA MEDICAL DEVICE

Dare attuazione al modello già previsto dal Ministero della Salute

#### 6) SISTEMI INFORMATIVI PER LA PRESA IN CARICO

Valorizzare il potenziale dei sistemi informativi per misurare la presa in carico, soprattutto della cronicità

- superare la logica "manufatturiera" di misurazione della produttività del silos produttivo
- rendere visibile la quota reclutamento in relazione alla prevalenza
- misurare l'adesione dei professionisti ai percorsi programmati,
- evidenziare la compliance dei pazienti e alcuni outcome di salute.

### C) I nuovi perimetri delle aziende sanitarie pubbliche e la governance dei processi di fusione

#### 7) TRASPARENZA SU FINALITÀ E CRITERI DIVALUTAZIONE

Explicitare le finalità degli accorpamenti. Tra le possibili:

- concentrare le casistiche e le unità operative (#2);
- ricercare maggiore omogeneità nei livelli quali-quantitativi dei servizi;
- conseguire economie di scala nei processi di acquisto e di erogazione;
- ridurre i costi amministrativi e dei servizi di supporto;
- espandere i processi di knowledgemanagement

#### 8) DIVERSIFICAZIONE GOVERNANCE INTERNA

Diversificare le configurazioni istituzionali interne quando le dimensioni diventano rilevanti (es.> 1 mld€ di valore prodotto)

### D) Regolare e integrare i consumi sanitari privati nel SSN

#### 9) REGOLARE, INTEGRARE E SVILUPPARE I CONSUMI PRIVATI

Riconoscere la rilevanza dei 33 Mld di spesa sanitaria privata:

- estendere/rivedere la regolamentazione di interi comparti (dalla medicina estetica alle assicurazioni sanitarie integrative), per garantire standard di trasparenza e qualità accettabili
  - processi di autorizzazione
  - tariffari
  - tutele per i pazienti
- con il consenso del paziente, anche le prestazioni private dovrebbero essere integrate con i sistemi informativi del SSN, per evitare duplicazioni o gap informativi sul percorso sanitario
- acquisire le competenze per lo sviluppo del segmento a pagamento nelle aziende sanitarie pubbliche.

### E) I cambiamenti necessari nella gestione del personale

#### 10) RISPONDERE A SHORTAGE E INVECCHIAMENTO ORGANICI

Governare e non subire il cambiamento delle professionalità e dei profili anagrafici del personale SSN:

- Il governo dello skillmix change necessita:
  - di un orientamento di fondo rispetto al mix medici/professioni sanitarie e ai contenuti di ruolo da esercitare
  - di PDTA che includano le nuove competenze professionali e responsabilità da attivare;
  - di sistematiche valutazioni di costo efficacia delle innovazioni organizzative, le cui metodologie devono essere definite ex ante.
- L'invecchiamento degli organici richiede una revisione dei rapporti di impiego per contrastare insoddisfazione, inefficienze e opportunismi
  - Sul piano contrattuale, modificare le discipline sul tempo parziale, sugli orari di lavoro e sulle progressioni retributive verso una maggiore flessibilità. Ad esempio, si potrebbero proporre aumenti delle ferie e delle giornate libere a pari o minore retribuzione in funzione età, depotenziando opportunità per demansionamenti e 104
  - Sviluppare logiche di gestione del personale attente a prevenire il burnout (ricerca/audit permanente, rotazione obbligatoria, prevedere riqualificazione professionale)

## Sanità, M5S: “Il riparto nazionale va rivisto”

Nell’Aula del Consiglio della Regione Puglia, si è tenuto un convegno sull’evoluzione della sanità italiana al quale ha partecipato anche Mario Conca, consigliere regionale del Movimento 5 Stelle, che osserva: “La sanità pugliese, nel contesto della situazione nazionale, fa evidentemente media in negativo. La situazione era diversa circa 15 anni fa quando le regioni del nord, che avevano un’anzianità media più elevata, chiesero ed ottennero di non ripartire capitarmente il fondo sanitario nazionale per poter garantire un’assistenza adeguata alla propria popolazione, mediamente più anziana. Oggi la situazione si è invertita e le regioni del nord, che in aggiunta possono vantare in una corposa mobilità attiva, non hanno mostrato la stessa solidarietà, tenendo fuori dai costi standard l’anzianità media e il costo del personale.” – e incalza – “I governi del sud non sono andati a loro volta a fare la voce grossa nella conferenza Stato-Regioni, noi l’abbiamo più volte chiesto ad Emiliano ma non c’è peggior sordo di chi non vuol sentire!”

Poi sposta il focus sulla penuria di organico di cui è afflitto il nostro Sistema Sanitario Regionale, considerato solo uno dei tanti mali dal momento che, segnala: “Circa un quarto del personale è demansionato, fruitore di 104 e assenteista, per questo escluso dai turni. La restante parte è demotivata perché il sistema non è professionalizzante e il motto imperante è si salvi chi può.” – e, proseguendo, puntualizza – “Troppo facile però prendersela solo con i dipendenti, che certamente hanno le loro colpe, ma le responsabilità più importanti sono della politica che non si è preoccupata negli anni di applicare con regolarità il turn over, la formazione, l’incentivazione, la meritocrazia e la sicurezza sul posto di lavoro. Come si diventa primari e facenti funzione?”

E conclude con un monito al governo regionale: “Le 30 mila ore di malattia per il 2015 nella sola Asl BAT non sono la causa, ma il sintomo di una malattia che sta minando alle fondamenta la sanità pubblica e sta conseguenzialmente dirottando sempre più risorse a quella privata. Emiliano, vogliamo agire?”



Vivilasanità - Dichiarazione di Paolo Pellegrino - Consigliere La Puglia con Emiliano - Regione Puglia

## Guardare al futuro gestionale con maggiore serenità

“La Puglia dal punto di vista finanziario è finalmente in equilibrio ed è possibile guardare al futuro gestionale con maggiore serenità”. Lo dichiara il vice presidente della Commissione Sanità, Paolo Pellegrino de La Puglia con Emiliano a margine della presentazione nell’aula del consiglio regionale del ‘Rapporto Oasi 2015 – Osservatorio sulle aziende e sul sistema sanitario italiano’.

“Un dato allarmante emerso dal rapporto – spiega Pellegrino – è che fino al 2013 la Puglia ha registrato grandi difficoltà in riferimento sia al tasso di ospedalizzazione, che è ancora elevatissimo, sia rispetto al peso dei ricoveri e cioè all’importanza delle patologie. Naturalmente questo preoccupante indice è il segno della necessità impellente di sviluppare nella nostra regione la rete dei servizi territoriali, la cui carenza spesso determina ricoveri impropri per la cura di patologie che possono trovare sul territorio adeguata risposta”.



## Bocconi, FI: “Ricoveri inappropriati, basterebbe che Giunta applichi la legge”

“Se la Giunta regionale cominciasse ad applicare le leggi, sarebbe meno drammatica la soluzione di problemi che sembrano ormai atavici nella sanità pugliese, a partire dalla appropriatezza dei ricoveri”. Lo dichiara il presidente del Gruppo consiliare di Forza Italia, Andrea Caroppo. “La foto scattata dalla Bocconi – aggiunge – è utile per chiarire la situazione. La Puglia “conquista”, tra gli altri dati negativi, la terza posizione in Italia quanto a ricoveri a seguito di accesso ai Pronto Soccorsi, assieme all’esiguità dei posti letto di lungodegenza: 0,99 posti ogni 1.000 abitanti, contro una media nazionale del 3,27 e del 6 del Veneto. Due dati collegati, tanto che potenziare le Rssa aiuterebbe non di poco a decongestionare i reparti in cui confluiscono i cosiddetti “ricoveri inutili”. Basterebbe, appunto, applicare la legge, in particolare l’art 4 della l.r n.1/2016, ovvero il bilancio di previsione, che recita: “La Giunta regionale adotta entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge ogni provvedimento di competenza atto ad assicurare nell’ambito del Fondo sanitario regionale assegnato alle aziende sanitarie locali la copertura finanziaria che necessita per l’applicazione del parametro di fabbisogno pari a 8.5 posti letto in Residenza Socio Sanitaria Assistenziale ogni 10.000 abitanti...” Una norma rimasta ancora inadempita dalla Giunta Emiliano – conclude Caroppo – che persevera nell’inazione, mentre il sistema sanitario continua ad incassare bocciature e record negativi”.



Vivilasanità - Dichiarazione di Giandiego Gatta - Consigliere - Forza Italia

## Troppi sprechi e mancanza di una seria organizzazione

“La bocciatura della Bocconi alla sanità pugliese fa discutere, ma conferma innanzitutto quello che sosteniamo ormai da anni: troppi sprechi e mancanza di una seria organizzazione del sistema, servizi di scarsa qualità a costi elevati per i cittadini. Tuttavia, non si può sottacere che, nonostante queste diagnosi scontate sul servizio, la Giunta regionale sia ormai in uno stato di immobilismo senza alcuno slancio operativo”. Lo dichiara il vicepresidente del Consiglio regionale, Giandiego Gatta. “Che fine ha fatto il piano di riordino della rete ospedaliera? Siamo ancora in attesa di un ennesimo responso su un piano mai concertato, mai condiviso, ma calato dall’alto senza tener conto delle esigenze delle varie comunità. Chiusure di reparti e ospedali paventate (come la struttura di Manfredonia, della cui sorte non si hanno più notizie e per la quale aspetto ancora la risposta ad una mia specifica interrogazione) ma su cui è calato il silenzio, in un confuso valzer di annunci e proclami senza chiarezza. Per il resto, come Consiglio regionale siamo in panchina, desiderosi di poterci confrontare su provvedimenti corposi per la nostra Puglia, ma nessuno ci chiama in campo perché non si giocano partite”. “E nel frattempo – conclude Gatta – alla Regione viene esibito il cartellin rosso per una sanità che non funziona e non garantisce una rete efficiente e moderna di assistenza ai cittadini”.



# Professionalità e dinamicità per ampliare l'offerta in ambito sanitario

Miglioramento continuo del servizio proposto all'assistito



## Come e quando nasce la sua azienda?

Puglia Life è il risultato dell'incontro tra una realtà imprenditoriale pugliese, già allora operante da quasi 10 anni nel settore dei gas medicali, e il Gruppo Sapio, azienda lombarda che da oltre 90 anni opera sul mercato italiano ed europeo con unità di produzione, filiali commerciali ed un network di oltre 50 aziende controllate. Operativa dal 2000, Puglia Life sin dalle origini si è contraddistinta per la professionalità e la dinamicità che le hanno consentito di ampliare la sua presenza in ambito sanitario: al servizio di ossigenoterapia domiciliare se ne sono via via aggiunti altri quali ad esempio il servizio di ventiloterapia, la fornitura di dispositivi elettromedicali fino all'assistenza domiciliare.

Questi servizi prevedono un continuo e costante contatto con gli assistiti, persone fragili con patologie croniche e spesso con comorbidità; quindi nella gestione al domicilio ci ritroviamo anche a svolgere, insieme ai parenti, un ruolo di "caregiver" per quanto di nostra pertinenza.

## Perché decide di occuparsi di fornitura per la Pubblica Amministrazione?

All'inizio dell'attività Puglia Life si occupava delle forniture alle farmacie e non aveva una relazione diretta con la PA, che si è realizzata nel corso del 2011 per mezzo di un accordo quadro siglato con la Regione Puglia per la fornitura diretta del farmaco OLTL (ossigeno liquido terapeutico) attraverso dei piccoli serbatoi criogenici (sistemi lox) consegnati a domicilio degli assistiti delle ASL pugliesi.

L'interazione con la PA è frutto di un percorso che ha visto ARES, imprenditori e medici dialogare in maniera proficua per raggiungere obiettivi comuni, quali il miglioramento continuo del servizio proposto all'assistito (attraverso un protocollo d'intesa, rivisto e migliorato negli anni, sottoscritto dai partecipanti), il consistente risparmio per il S.S.N. (in piano di rientro), l'importante impatto a livello occupazionale. Una scelta ripresa da altre Regioni che mantiene vivo il concetto che una sana competizione tra le imprese garantisce una elevata qualità del servizio.

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

Ponendo il paziente al centro delle proprie attenzioni, Puglia Life sviluppa e commercializza prodotti, tecnologie e

servizi all'avanguardia per la salute, la cura, la sicurezza e la qualità di vita in ambito domiciliare assicurando al paziente la continuità di cura fra ospedale e territorio in qualità di partner del sistema socio-sanitario e gestisce al domicilio degli assistiti servizi di aerosolterapia, ossigenoterapia, ventiloterapia, nutrizione artificiale, medicina del sonno, telemonitoraggio, ausili terapeutici, soluzioni per la comunicazione aumentata e altri servizi correlati.

Inoltre in collaborazione con Life Cure, società del Gruppo Sapio specializzata in cure domiciliari e assistenza, è in grado di gestire a domicilio pazienti ad alta complessità.

In ambito sanitario, direttamente e/o in sinergia con le altre società che ne fanno parte, Il Gruppo Sapio provvede anche:

- alla fornitura di gas medicinali e miscele, di impianti di distribuzione gas medicinali e di servizi di Total Gas Management per il settore ospedaliero;
- alla realizzazione e gestione di camere iperbariche e dei relativi impianti;
- alla realizzazione e gestione di strutture Intermedie di Riabilitazione Respiratoria;
- alla realizzazione di biobanche e alla fornitura di servizi di crioconservazione di materiale biologico a livello internazionale a istituti di ricerca pubblici e privati, aziende biotech e farmaceutiche.

## Per consolidarsi sul mercato recentemente ha programmato cospicui investimenti. Ci può descrivere che cosa e come ha realizzato una importante innovazione?

Essendo parte di un gruppo aziendale come quello di Sapio, che si caratterizza per la sua forte connotazione innovativa, non posso prescindere dal considerare Puglia Life un tassello di un mosaico più grande.

Il Gruppo Sapio dedica molte risorse alla ricerca e all'innovazione: ne sono, ad esempio, una testimonianza tangi-



bile l'istituzione del Premio Sapio per la Ricerca e l'Innovazione, giunto questo anno alla sua XVI edizione, e la creazione di un comitato innovazione permanente, che ha l'obiettivo di implementare ogni anno almeno un prodotto o un servizio che possa concretamente migliorare la qualità della vita dei pazienti e al contempo essere compatibile con l'attuale configurazione aziendale e permettere un reale risparmio alla Pubblica Amministrazione. Tale processo strutturato ci sta dando molte soddisfazioni e riteniamo sia l'unica vera chiave di lettura per garantire un futuro roseo all'azienda.

## Quali passi dovrete ancora compiere per rimanere stabilmente sul mercato?

La presenza sul mercato passa attraverso la capacità dell'azienda di cogliere i cambiamenti. Pertanto è importante innovare i prodotti e i servizi tradizionali dell'azienda, saper cogliere nuove opportunità come quelle rappresentate dalle start up (il gruppo ha recentemente acquisito il portale di salute Pazienti.it), investire in maniera oculata avendo sempre bene presente che impegnare risorse finanziarie in attività improduttive toglie efficienza anche alle attività tradizionali.

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

L'A.F.O.R.P. rappresenta le istanze degli imprenditori verso le istituzioni preposte, un'occasione per veicolare al proprio interno le informazioni e per offrire all'esterno una fotografia dell'impegno quotidiano degli imprenditori e dei propri collaboratori per la tutela della salute del cittadino. Vedrei bene l'Associazione quale partner autorevole delle Istituzioni ai tavoli tecnici nei quali si prendono le decisioni sul futuro della Puglia in materia di Sanità.



## Riconoscimento nella categoria “processi clinico-sanitari”

Con l’Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Bari

Tra i vincitori del Premio Innovazione Digitale in Sanità 2016 del Politecnico di Milano figura l’Azienda Ospedaliero-Universitaria Consorziale Policlinico di Bari che ha ottenuto il riconoscimento nella categoria “processi clinico-sanitari” per il progetto “Ulysses”, strumento di Business Intelligence sviluppato da Noemalife (Associata A.F.O.R.P.) che consente l’individuazione precoce della Malattia Renale Cronica (MRC).

Il riconoscimento dell’Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità ([www.osservatori.net](http://www.osservatori.net)), che punta a creare occasioni di conoscenza e condivisione dei migliori progetti della Sanità Italiana per capacità di utilizzare le tecnologie digitali come leva di innovazione e miglioramento, assegnato oggi pomeriggio al Politecnico di Milano in occasione del convegno “Sanità Digitale: non più miraggio, non ancora realtà”.

A seguito delle valutazioni di una giuria qualificata, il riconoscimento è stato consegnato alle strutture sanitarie che si sono maggiormente distinte nella capacità di utilizzare le moderne tecnologie digitali.

Categoria “Processi clinico-sanitari”

L’Azienda Ospedaliero-Universitaria Consorziale Policlinico di Bari ha ottenuto il riconoscimento nella categoria “processi clinico-sanitari” per il progetto “Ulysses”, strumento di Business Intelligence sviluppato da Noemalife che consente l’individuazione precoce della Malattia Renale Cronica (MRC), spesso asintomatica nelle sue prime fasi. La piattaforma, sfruttando il patrimonio informativo dell’Azienda, consente di identificare i pazienti potenzialmente a rischio di sviluppare la malattia. L’algoritmo – basato su parametri clinici definiti dall’Azienda – calcola un fattore di rischio, generando un allarme tempestivo, su pazienti asintomatici e consentendo un’eventuale diagnosi precoce che possa essere comunicata al paziente. Il sistema, oltre a identificare il singolo paziente potenzialmente a rischio, consente di svolgere anche analisi epidemiologiche di stadiazione dei pazienti, individuando ad esempio se ci sono cluster patologici in determinate aree geografiche. In particolare, presso l’Azienda viene investigata una popolazione di circa 170.000 pazienti (ambulatoriali o ricoverati), dove risultano tassi di incidenza della patologia pari a circa il 7%, distribuiti nei cinque diversi stadi della MRC. A livello nazionale, il progetto ha stimato che grazie a Ulysses sia possibile ritardare di almeno 5 anni la progressione del danno renale per almeno il 10% dei soggetti, e di ritardare sempre di 5 anni l’invio dei pazienti in dialisi, permettendo al SSN di risparmiare risorse per 2,5 miliardi di euro. La soluzione consente, inoltre, di abilitare un modello di cura che non risponde più solo reattivamente alle esigenze del paziente, ma che segnala direttamente al cittadino situazioni potenzialmente pericolose, aumentandone l’empowerment e stimolando così la capacità di gestire il proprio stato di salute. Attualmente, si sta lavorando con l’Agenzia Regionale Sanitaria per coinvolgere nella sperimentazione anche i Medici di Medicina Generale e i laboratori analisi della Regione Puglia, che consentirebbe di intercettare un maggior bacino d’utenza e di interfacciare tutti gli attori coinvolti nel trattamento della MRC, ma anche di programmare meglio le risorse e abilitare analisi predittive e simulazioni sui costi.



Gli altri vincitori del premio del Politecnico di Milano L'Irccs Istituto Ortopedico Galeazzi di Milano nella categoria "processi gestionali", L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Consorziale Policlinico di Bari nei "processi clinico-sanitari", il Laboratorio Analisi Valdès di Cagliari nella "relazione con il cittadino", l'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano nella "Sanità in rete" e la Regione del Veneto per i "servizi regionali".

Ai vincitori si aggiunge l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia, premiata dalla Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere (FIASO) per il suo "Sistema integrato per la Trasparenza e Anticorruzione". Tre menzioni particolari invece sono andate all'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II di Napoli per la "Sanità in rete", alla Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia per i "servizi regionali" e al Trafford Clinical Commissioning Group nella "relazione con il cittadino".

"I progetti premiati rappresentano diversi esempi di eccellenza nello sviluppo dell'innovazione digitale nella Sanità italiana - spiega Chiara Sgarbossa, Direttore dell'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità - Ambiti diversi ma casi di successo in grado di portare importanti benefici in termini di efficienza e miglioramento della qualità dei servizi per operatori della Sanità e pazienti. L'innovazione digitale rappresenta, infatti, la leva fondamentale per rendere più moderno e sostenibile il Sistema Sanitario italiano. Anche per questa ragione, l'obiettivo del Premio è quello di valorizzare le best practice per generare un meccanismo virtuoso di condivisione delle espe-

rienze di successo su tutto il territorio nazionale".

#### Categoria "Processi gestionali"

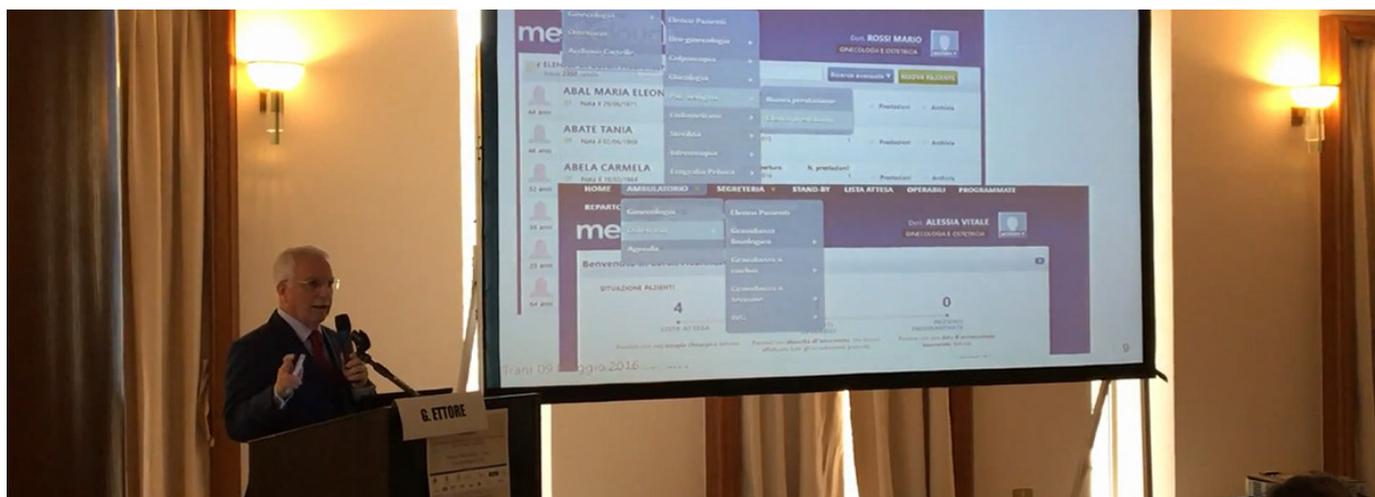
L'IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi ha vinto il Premio Innovazione Digitale in Sanità 2016 grazie a un progetto di ricerca gestionale che ha l'obiettivo di gestire in tempo reale attività ed eventi critici del flusso operativo del comparto operatorio. Il progetto ha previsto l'introduzione di tag RTLS (Real Time Location Tracking) che seguono il paziente e la sua cartella clinica nel flusso chirurgico, colloquiando con un sistema software che permette di tracciare e monitorare in tempo reale le informazioni operative. Ad oggi il sistema è stato esteso a entrambi i Blocchi Operatori, composti da 11 sale operatorie, e viene utilizzato da oltre 200 operatori, coordinando i 14 reparti di degenza, la terapia intensiva, le unità che si occupano di sterilizzazione e impianti, la farmacia, l'emoteca, i laboratori e il Pronto Soccorso. Grazie alla soluzione il 100% delle fratture al femore sono operate nelle 48 ore (nel 2014 era pari all'82%) ed è stata migliorata la puntualità dei primi interventi del giorno (+9%) e l'utilizzo delle Pre-Sale (+17%). Con la possibilità di aggiornare in tempo reale la programmazione delle sale, è stata aumentata del 3% la loro saturazione. Inoltre, la migliore comunicazione e il maggior coordinamento tra gli operatori, che non avviene più tramite telefono, hanno consentito di ridurre i tempi medi di chiamata paziente da Sala Operatoria (da 40 minuti a 22 minuti) e di azzerare dei tempi morti di sala operatoria. Infine, la validazione in tempo reale dei protocolli procedurali pre-operatori, consente di ridurre rischi ed errori, nonché prevenire ritardi.



**NOEMALIFE**  
WE CARE

## Concluso il Congresso Regionale AOGOI Puglia 2016

Presentata la cartella clinica elettronica Loran per gli ambulatori di ginecologia e ostetricia



Obiettivo che il Gruppo imprenditoriale Loran ha conseguito con l'interazione con le sue divisioni aziendali è stato il miglioramento dei percorsi diagnostico - terapeutici, per una maggiore qualità dell'assistenza materno-fetale, grazie all'informatizzazione dei processi clinici. Anche quest'anno si è rinnovato l'appuntamento con il congresso regionale dell'AOGOI Puglia, a Trani dall'8 al 10 maggio, dal tema "investimenti in sanità e in diritti umani", includendo non solo una riflessione sulle recenti evoluzioni in ambito più strettamente medico-scientifico, ma anche sulle innovazioni tecnologiche, di supporto ai medici nella diagnosi e cura delle patologie femminili, così come nell'assistenza alla gravidanza. Tra i relatori, il prof. Giuseppe Ettore, Direttore del Dipartimento Materno-Infantile dell'ARNAS Garibaldi-Nesima di Catania, che ha presentato il modulo software di cartella clinica elettronica sviluppato ad hoc da Loran per il suddetto Dipartimento, fiore all'occhiello della struttura ospedaliera siciliana, e con il quale ha avviato una felice collaborazione. In particolare, il software ha informatizzato i processi diagnostici degli ambulatori di Ginecologia e Ostetricia, con un incremento di prestazioni sanitarie, in meno di un anno, del 500%. Ogni paziente è gestita e registrata in tutti gli step di diagnosi e cura, a seconda del percorso a lei dedicato; il software infatti possiede sezioni specifiche, dedicate, ad esempio, alla colposcopia, all'isteroscopia,

all'oncologia ginecologica, alle patologie benigne, e anche ai trattamenti per la cura dell'endometriosi e all'IVG (interruzione volontaria di gravidanza, secondo quanto stabilito dalla L.194/78). Il software non sostituisce la fondamentale figura 'umana' del medico, ma lo supporta nelle decisioni e nella raccolta e gestione dei dati, utili a loro volta per sviluppare statistiche sanitarie. Ma non solo: strumenti informatici come la suite di moduli per ambulatori sviluppata da Loran (corredata anche di sezioni per la conservazione di referti diagnostici, radiologici, e di analisi di laboratorio, cartella clinica elettronica con diario clinico e infermieristico, gestione delle sale operatorie, gestione della logistica integrata e molto altro ancora) si rivelano importanti anche per la tutela medico-legale, in quanto da considerare come 'scatola nera', in cui ogni attività medica eseguita dal personale sanitario è registrata, ogni eventuale omissione evidenziata, garantendo la massima sicurezza dei processi clinici per le pazienti e i medici.

# LORAN

## Emiliano sottoscrive convenzione con ADMO: “Volontariato prezioso per donazione”

Gorgoni: “Vogliamo stimolare, nei fatti, quegli atti individuali”

Il presidente della Regione Puglia Michele Emiliano, insieme con il direttore del Dipartimento Politiche della Salute, Giovanni Gorgoni, e il presidente dell'Admo Puglia Onlus (associazione donatori midollo osseo) Maria Vita Rosa Stea, ha sottoscritto in Presidenza la convenzione per sensibilizzare i cittadini e promuovere il volontariato per diffondere la conoscenza dei problemi inerenti al trapianto e alla donazione del midollo osseo e delle cellule staminali.

“Vogliamo esprimere gratitudine all'ADMO per ciò che fa, per la campagna di sensibilizzazione che da sempre porta avanti – ha detto il presidente Emiliano – il volontariato risulta prezioso, fondamentale, non solo per l'azione di pressing che spesso svolge nei confronti dell'azione politica, ma anche e soprattutto per la gestione di questioni delicate come ad esempio, è la cultura della donazione nel suo complesso. Una cultura che deve essere priva di luoghi comuni e di preconcetti perché solo attraverso una informazione corretta e una comunicazione mirata, come ad esempio in questo caso ai giovani possiamo implementare i numeri che già fanno della Puglia una delle regioni maggiormente sensibilizzate. La firma di questa convenzione – ha concluso Emiliano – rappresenta la gratitudine della Regione nei confronti di questi volontari che girano la Puglia per informare e migliorare la quantità e la qualità delle donazioni di midollo osseo”.

“Con la convenzione che abbiamo siglato oggi – ha aggiunto Giovanni Gorgoni – vogliamo stimolare, nei fatti, quegli atti individuali, di responsabilità individuale che rappresentano la condizione imprescindibile, la più importante di tanti altri atti fisici. La salute comincia sempre con un atto individuale, come ad esempio può e deve essere la donazione. Oggi parliamo di donazione di midollo osseo che rappresenta la differenza per la vita di molti giovanissimi pazienti. Il trapianto di cellule staminali, infatti, è l'unica possibilità di guarigione per alcune malattie. Il target principale per questa donazione è rappresentato dai giovani fino ai 35 anni di età. Con la convenzione – ha concluso Gorgoni – vogliamo istituzionalizzare la possibilità di coprire parzialmente i costi che i volontari sostengono”.

Per il presidente di ADMO, Maria Vita Rosa Stea “i numeri della Puglia (1060 donazioni nel 2015) rappresentano senz'altro il risultato migliore di tutto il mezzogiorno”.

“Sono molto felice – ha aggiunto la Stea – perché dopo l'istituzione della rete regionale dei centri donatori di midollo osseo



del novembre scorso, oggi sottoscriviamo una convenzione molto importante per tutto il mondo della donazione”.

### Sono 1060 i donatori pugliesi iscritti all'ADMO

La Puglia è una delle poche regioni italiane ad aver previsto una convenzione con l'Admo per pianificare insieme le attività di promozione e di sensibilizzazione dei cittadini per diffondere la cultura della donazione e la conoscenza dei problemi inerenti la donazione del midollo osseo e di cellule staminali, compreso il trapianto di queste ultime.

1060 è il numero dei donatori iscritti all'Admo Puglia Onlus nell'anno 2015.

Un numero che andrà sicuramente implementato proprio grazie alle attività di volontariato previste dalla convenzione. Con la firma della convenzione, la regione Puglia garantisce la partecipazione delle associazioni di midollo osseo alla programmazione regionale delle attività della rete “donatori di midollo osseo”, così come alle attività di reclutamento dei potenziali donatori. La Regione tra l'altro, si impegna anche a versare 6,36 euro per ogni donatore reclutato e iscritto nel registro.

La convenzione sottoscritta segue la delibera di Giunta regionale del 30 novembre del 2015 che istituisce e organizza la rete regionale dei centri donatori di midollo osseo, individuando 20 poli di reclutamento donatori di midollo osseo, 3 centri donatori di midollo osseo e 2 centri di tipizzazione tessutale.

# I temi affrontati: Centralizzazione degli acquisti, riduzione degli sprechi, investimenti in sanità

## Abbattimento della mobilità passiva

In III<sup>a</sup> commissione per le audizioni sul riordino della rete ospedaliera, alla presenza del Presidente Giuseppe Romano e dei consiglieri regionali, il Presidente dell'A.F.O.R.P. Giuseppe Marchitelli è intervenuto con una relazione sulle problematiche che investono le piccole e medie imprese della sanità soffermandosi, in particolare, sui provvedimenti assunti dal governo centrale, sulla centralizzazione degli acquisti, sulla mobilità passiva e sugli investimenti in sanità. "L'A.F.O.R.P., Associazione Fornitori Ospedalieri della Regione Puglia, che mi onoro di rappresentare nel ruolo di Presidente, - ha sottolineato Marchitelli - da oltre 30 anni riunisce le imprese regionali del settore sanità che si occupano di forniture di beni e servizi alle aziende Sanitarie pubbliche e private. L'Associazione tutela gli interessi economici e professionali delle aziende associate grazie al know how di chi opera da anni nel settore e ne conosce in modo approfondito sia le criticità sia le diverse realtà territoriali.

In riferimento agli investimenti in sanità il Presidente A.F.O.R.P. ha evidenziato che: "L'attuale programma ha in dotazione risorse pari a 24mld di cui 820mln di euro ancora da ripartire. Con l'istituzione del Nucleo di Valutazione e verifica degli investimenti, le Regioni potranno implementare meglio le capacità di programmazione ed intervenire strategicamente con le strutture distrettuali. Le Regioni assumono un ruolo strategico, perché gli indirizzi di politica sanitaria dell'Italia hanno specificità territoriale e non solo sugli aspetti sanitari, ma anche su quelli qualitativi strutturali e tecnologici.

Procedendo poi con gli Accordi di Programma, è ineluttabile tener conto delle condizioni di salute della popolazione regionale intervenendo anche sull'ammodernamento del patrimonio tecnologico".

Sul riordino ospedaliero ha affermato che: "su queste basi l'A.F.O.R.P., comprende appieno il riordino ospedaliero, inteso come adeguamento degli ospedali a standard omogenei di qualità e sicurezza oltre l'efficacia e l'efficienza. Purtroppo da troppo tempo i dati organizzativi territoriali mostrano carenze di profilo qualitativo con accesso alle prestazioni sanitarie e non solo ospedaliere, senza porre attenzione alle cure dei pazienti cronici e alla medicina preventiva. Gli esiti critici prodotti oltre i mancati investimenti e le carenze di dotazioni organiche, non sono più migliorabili sulla richiesta straordinaria di aggiunta disponibilità e di rinunce da parte dell'utenza".

Sulla mobilità passiva ha invece chiesto uno sforzo in più: "Come Associazione evidenziamo che per quanto è ancora delegato alle Regioni attraverso la riorganizzazione della rete ospedaliera c'è la grande opportunità di recupero delle tante risorse erogate sulla criticità della mobilità passiva sovra-regionale nonché la pericolosa privatizzazione del Ssr.

L'abbattimento di questo costo consentirebbe di tornare ad una politica di investimenti e di competitività di sistema. E' su questi pilastri che si fonda la crescita economica di un territorio che può generare sviluppo e occupazione". Sulla centralizzazione degli acquisti Marchitelli ha posto con chiarezza la que-



stione che è all'attenzione del governo regionale.

"L'efficientamento della spesa dei beni e servizi, non potrà essere totalmente delegato alla centralizzazione degli acquisti, perché essa potrà intervenire solo su classi di spesa, che riguardano pratiche diagnostico cliniche diffuse e standardizzabili. Ma è altrettanto vero, gli operatori del settore ne hanno contezza, che non tutto può essere standardizzato. Una medicina moderna volta all'innovazione sia di ricerca che di tecnologia per la cura del paziente, si basa sulla personalizzazione delle cure e se i bisogni dei pazienti non possono essere standardizzabili figuriamoci gli acquisti. In questa area si potrà beneficiare di economie di scala attraverso l'aggregazione della spesa, senza incidere negativamente su un sistema, che deve coniugare la diffusione geografica di buoni standard sanitari con il sostegno e lo sviluppo dei centri di eccellenza. La centralizzazione porta in secondo piano la qualità, poiché le forniture sono spesso legate agli atti sanitari e minore qualità corrisponde automaticamente alla qualità delle prestazioni e quindi alla salute del paziente. Inoltre è opportuno tener conto che la qualità delle prestazioni sanitarie dipende dalle tecnologie acquistate e utilizzate. La realizzazione delle nuove strutture individuate dalla Regione Puglia al fine di garantire congrua funzionalità, dal punto di vista delle PMI, dovranno prevedere procedure amministrative trasparenti e processi di acquisto più snelli, evitando di concentrare in maniera anomala la domanda e procedere al fine di condividere i dati di spesa, come indicato dalle Direttive Europee tra l'altro già recepite. Ridurre la pluralità della scelta mina la libera concorrenza. L'importanza strategica degli operatori economici che esercitano prevalentemente sul territorio regionale non può essere elusa. I volumi devono consentire la partecipazione del più alto numero possibile di imprese ed è impensabile che la prevalenza del prezzo possa essere un criterio di aggiudicazione. Le PMI hanno la necessità di comprendere se prima viene la garanzia dell'equilibrio di bilancio e poi il servizio ai cittadini. I fornitori ospedalieri sono soggetti conoscitori del sistema e sono convinti che l'approccio non può essere solo ospedaliero".

# I rischi di una frettolosa e selvaggia centralizzazione degli acquisti

Confronto aperto con gli organi Istituzionali del S.S.N. e del S.S.R., in tutte le Sedi

La Regione Puglia dovrà perseguire la strada della centralizzazione degli acquisti di beni e servizi, anche per le Aziende del Servizio Sanitario Nazionale, come da indicazioni del Governo.

L'A.F.O.R.P., che associa i principali fornitori locali di beni e servizi operanti nel mondo della Sanità pugliese, da tempo è impegnata in una campagna di informazione istituzionale volta a far percepire i rischi di una centralizzazione standardizzata degli acquisti, così come la Regione intende porre in essere.

Più volte i rappresentanti dell'A.F.O.R.P. hanno riportato pubblicamente, durante gli incontri istituzionali ed a mezzo stampa, le preoccupazioni che il fenomeno della aggregazione della domanda "per i beni e servizi destinati alle cure mediche, beni d'investimento, dispositivi medici consumabili e servizi" possa ripercuotersi negativamente sulle casse della Regione Puglia e quindi sul livello di fiscalità dei cittadini pugliesi.

Noi imprenditori sappiamo che il mercato, lasciato libero di agire scevro da condizionamenti o forzature, è in grado di autoregolarsi e garantire, il miglior prezzo e la migliore allocazione dei beni.

Lo Stato per sua natura, dovrebbe comunque vigilare affinché non vi siano distorsioni nel fenomeno della concorrenza, evitando la formazione di monopoli e oligopoli come anche le norme della UE prevedono.

La Centralizzazione degli acquisti non garantirà qualità e i prezzi non saranno più, economicamente vantaggiosi, perché non determinati da un confronto trasparente di mercato.

Sensibilizzare le Istituzioni sui fenomeni distorsivi che potrebbero portare alla decadenza della concorrenza del mercato libero, è un compito dal quale non intendiamo esimerci.

Le migliori condizioni di acquisto di beni e servizi si ottengono grazie ad una vivace concorrenza e competizione tra imprese e non con l'avvilimento del mercato!

L'A.F.O.R.P. conferma la propria disponibilità ad un confronto aperto nel merito, con gli organi Istituzionali del S.S.N. e del S.S.R., in tutte le Sedi, con atteggiamento propositivo, al fine di argomentare le preoccupazioni delle nostre imprese, dei nostri dipendenti e collaboratori e soprattutto di noi cittadini. Si rischia di perpetuare un danno a carico della comunità collettiva e non agendo nessuno in futuro potrà sottrarsi a responsabilità di tipo politico e istituzionale.



# Assenza di condivisione con la cittadinanza pugliese del piano di riordino ospedaliero

## Rilancio delle politiche per gli investimenti

Con l'approvazione della relazione del Presidente Marchitelli, del bilancio consuntivo anno 2015 e preventivo anno 2016, si è conclusa l'Assemblea generale delle imprese associate A.F.O.R.P. che si è svolta presso Villa Romanazzi Carducci a Bari. Il Presidente Marchitelli ha fatto la sintesi delle attività svolte dall'Associazione nell'ultimo anno e si è soffermato sulla situazione nazionale e regionale. "Le notizie sulla sanità nazionale e regionale sono indubbiamente chiare a tutti. Nella nostra Regione abbiamo assistito alla riconversione di ospedali, con l'auspicio obiettivo di garantire più sicurezza al malato e una presenza capillare sul territorio confermando a tutti l'accesso alle cure. E' stata evidenziata l'assenza di programmazione sanitaria che dovrebbe garantire il funzionamento del cambiamento in atto.

E' stato posto all'attenzione della stampa, anche la totale assenza di condivisione con la cittadinanza pugliese del piano di riordino ospedaliero. Non è stato spiegato ai pugliesi che la mancanza di programmazione, investimenti, innovazione tecnologica li costringerà ancora una volta a migrare per farsi assistere, verso le regioni del centro-nord.

Le indicazioni da parte del Governo centrale sono state recepite dalla nostra Regione. La Corte dei Conti dal canto suo definisce l'attuale situazione, bocciando il tentativo di riequilibrare la finanza pubblica senza una importante applicazione di spending review.

Ho denunciato fino allo sfinimento a mezzo stampa e argomentando il perché, della chimera centrale d'acquisto. La grave e sottovalutata conseguenza per le PMI. La mancanza di una strategia organizzativa e l'assenza di persone qualificate di alto profilo specialistico, è per noi imprenditori di grande preoccupazione, tenendo conto che occorrono almeno tre anni prima che tale cambiamento possa definirsi a regime".

Infine ha concluso la relazione affermando: "Collegli e Colleghe, desidero concludere ribadendo a chiare lettere quanto ebbi modo di scrivere nella relazione del 10 aprile 2015: "C'è molto da fare e non senza difficoltà, ma siamo consapevoli che insieme possiamo centrare obiettivi importanti." Per questo oggi sorgono necessariamente gli interrogativi: come continuare? Chi coinvolgere? A chi rivolgersi? Quali consigli pratici voi Soci e Socie ritenete di dare a tal riguardo? I quesiti troveranno riscontro sono certo da parte Vostra nei prossimi giorni e mesi, si concretizzeranno per vederci pronti ad ogni ulteriore sfida nel corso del prossimo anno.

È importante per tutti noi sentirsi parte viva, interessata e attiva di questo importante ruolo di rappresentanza delle nostre imprese, ruolo che ha dato i natali all'A.F.O.R.P. nel 1984 e che ha come scopo primario quello di tutelare gli interessi economici e professionali delle aziende associate".

E' seguito un ampio, utile ed approfondito confronto sulle strategie e attività che segneranno il percorso dell'Associazione ed in particolar modo, gli imprenditori associati hanno posto in evidenza di come il mercato stia cambiando e si stiano modificando le regole, in una situazione in continua evoluzione ma anche di grande confusione. A gran voce è stato chiesto un incontro ufficiale con il Governatore Emiliano.

Si è convenuto che obiettivo prioritario per tutti gli imprenditori sarà quello di partecipare ad attività formative, soprattutto sulle regole dettate dal nuovo codice sugli appalti, ma anche di sviluppare un'azione rivolta a tutte le imprese dei servizi sanitari e non sanitari per fare più aggregazione.





## Campagna nuovi Associati 2016

Per gli Imprenditori del Servizio Sanitario Regionale

***“Aderisci all’A.F.O.R.P. per crescere insieme”***

### I vantaggi di diventare socio A.F.O.R.P.

- L’A.F.O.R.P. è l’Associazione maggiormente riconosciuta e accreditata dalle Istituzioni Sanitarie pubbliche e private.
- Anche le imprese cooperative possono aderire all’Associazione.
- È un’Associazione no-profit che da oltre 30 anni tutela gli interessi dei fornitori ospedalieri pugliesi e non, svolgendo un’attività associativa apartitica e di informazione e rappresentanza presso le istituzioni Sanitarie.
- Attualmente l’A.F.O.R.P. è l’interlocutore di A.E.PeL. (Associazione Economi Puglia e Lucania) e l’A.Re.S. (Agenzia Regionale Sanitaria); con quest’ultima è stata avviata un’attività di elaborazione di linee guida sulle nuove procedure di acquisto di beni e servizi nella Sanità.

### Iniziative

- L’A.F.O.R.P. si attiva per stipulare convenzioni con Istituti Bancari.
- L’A.F.O.R.P. è presente sui mezzi di comunicazione della Regione Puglia in merito alle problematiche riguardanti la Sanità.
- I nostri associati hanno una continua assistenza da parte della Segreteria A.F.O.R.P. nonché dei servizi forniti dall’Ufficio Stampa, oltre il portale dell’Associazione che offre visibilità alle nostre imprese.
- Il periodico “VIVILASANITA” ospita e potrà ospitare i tuoi interventi e le tue opinioni.
- In A.F.O.R.P. un Ufficio Legale assiste gli associati in tutte le vertenze e procedure in atto verso la Regione Puglia

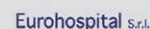
**tel.: 080.5544651 (ore 9.00 – 12.00)**

**e-mail: [segreteria.papalia@aforp.it](mailto:segreteria.papalia@aforp.it)**

**oppure [aforp@pec.it](mailto:aforp@pec.it)**

**[www.aforp.it](http://www.aforp.it)**

# Gli Associati della rete A.F.O.R.P.



[WWW.AFORP.IT](http://WWW.AFORP.IT)



ASSOCIAZIONE FORNITORI  
Associazione Fornitori Ospedalieri Regione Puglia



HOME ASSOCIAZIONE ASSOCIATI UFFICIO STAMPA TRASPARENZA CONTATTI LINK UTILI **AREA RISERVATA** LOGOUT

BREAKING NEWS Chiusura farmacia territoriale di Gravina, Conca: "Uffici a lavoro per la riattivazione"



Specializzazioni sanitarie, il trasferimento non può essere negato in assenza di ragioni ostative

Search...

Submit

ASSOCIATI



SIMPATIZZANTI

Twitter del Presidente

Tweet di @beppeparchitelli



AFORP @beppeparchitelli

Causa #tagli in #sanità Italia tra ultimi posti in #Europa: no prevenzione no cure. Altra cosa combattere sprechi. #SSN livelli guardia

## L'informazione viaggia su Twitter

E' un servizio A.F.O.R.P. che si offre al mondo della sanità per un aggiornamento veloce, in tempo reale e sintetico.



Segui il Twitter del  
**Presidente Marchitelli**  
clicca qui:

<https://twitter.com/beppeparchitelli>

## vivilasanità

Anno VIII n.26 - Giugno 2016

Registrazione n° 21 del 19 maggio 2009  
al Tribunale di Bari

**Editore - AFORP**

Via Papalia, 16 - 70126 Bari  
Tel:080/5544651

Direttore Editoriale  
**Beppe Marchitelli**

Direttore Responsabile  
**Domenico De Russis**

Art Designer  
**Renzo Dibello**

Per comunicazioni e proposte:  
[ufficiostampa@aforp.it](mailto:ufficiostampa@aforp.it)

[www.aforp.it](http://www.aforp.it)