



Concluso con successo il Forum Mediterraneo in Sanità Sanità di svolta, da sud soluzioni differenti



IN QUESTO NUMERO:

Seguici anche su:
www.aforp.it



Beppe Marchitelli

Noi imprenditori abbiamo
urgenza di risposte

Pag. 2

Vitangelo Dattoli

Nascerà un vero e proprio
Policlinico

Pag. 4

Giuseppe Pasqualone

Equilibrio di bilancio,
appropriatezza, risparmi ed
investimenti

Pag. 6

Giovanni Benedetto Pacifico

Le performance
economico-finanziarie 2018
della Regione Puglia

Pag. 8

Gianluca Budano

Disuguaglianze sanitarie

Pag.10

Maria Grazia Forte

Prevenzione, intervenire sui
fattori di rischio modificabili

Pag. 12

Ottavio Narracci

Una nuova stagione per
la sanità territoriale

Pag. 14

Forum Mediterraneo

Successo e grande
partecipazione

Pag. 16

Fnomceo

Fnomceo ricorda Paola Labriola
E poi, la vita chi te la salva?

Pag. 24

Collaborazioni

CARD, Oncologico Bari, Casa
Sollevio, Miulli, De Bellis

Pag. 26

Assunzione di responsabilità, un esempio di buon governo: la città di Bari

Noi imprenditori abbiamo urgenza di risposte



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

@Leppemarchitelli

“E’ faticoso scegliere la strada più complessa. È faticoso rispettare le regole. È faticoso assumersi le proprie responsabilità. È faticoso abbattere i muri. È faticoso avere fiducia in qualcuno diverso da te. È faticoso provare a migliorare insieme questo Paese”. Il Sindaco di Bari, Antonio De Caro, nel discorso inaugurale alla Fiera del Levante ha gettato non un sasso, ma un macigno nello stagno. Ha tracciato un percorso vincente per cambiare le cose, per Bari.

La città nel passato era rassegnata a subire ritardi e complesse problematiche, ma grazie ad azioni concrete ed a una politica lungimirante sul governo della città, oggi si propone quale modello europeo del turismo. Questo esempio di buon governo dimostra che si possono raggiungere risultati eccellenti, quando c’è la volontà politica di cambiare rotta.

Quando la politica è azione e mostra concretezza si raggiungono risultati impensabili. Si misura con problemi reali, quando si perviene ad una sintesi operativa, si risolvono piccoli e grandi problemi.

Questo il Sindaco di Bari lo ha chiaro: c’è bisogno di assumersi responsabilità e mettersi a disposizione di cittadini ed imprese.

Responsabilmente, quindi, dobbiamo abbandonare gli stereotipi ed incamminarci verso nuovi orizzonti, il futuro è già qui. Questa è la stagione delle responsabilità, del far prevalere gli interessi generali, del provare a realizzare il cambiamento. Noi imprenditori siamo stanchi delle parole che non anticipano fatti, dei rituali, degli ammiccamenti. Abbiamo urgenza

di risposte. Noi PMI ogni mattina apriamo le nostre aziende e dopo aver salutato i nostri dipendenti, entriamo in un vortice che ci ruba spesso l’intera giornata: la burocrazia, i burocrati, le norme disseminate di cavilli che ci appaiono, come un terreno minato, dal quale, con cautela, abbiamo imparato a difenderci.

Malgrado questo siamo presenti, amiamo il nostro mestiere, il confronto, partecipiamo a Forum ed interveniamo a convegni misurandoci con ogni attore del comparto.

Sono undici anni che ci adoperiamo con proposte, idee, disponibilità partecipativa anche attraverso queste pagine.

“ Quando la politica è azione e mostra concretezza si raggiungono risultati impensabili. Si misura con problemi reali, quando si perviene ad una sintesi operativa, si risolvono piccoli e grandi problemi.”

Eppure, non abbiamo risposte coerenti se puntualmente assistiamo a gare con soglie di sbarramento finanziario elevate, che escludono a priori le imprese del territorio. Semplicemente non si tiene conto dello Small Business Act for Europe (Sba) nato nel lontano 2008 (11 anni) che definisce una serie di indicazioni da seguire sia a livello comunitario che nazio-

nale.

Non è stato rilevante neanche il 23 febbraio 2011, data in cui la Commissione Europea ha presentato la Comunicazione di revisione dello Small Business Act, al fine di dare nuovo impulso all’attuazione dei principi definiti nel 2008 e ad allineare le politiche per le PMI ai nuovi obiettivi sanciti dalla strategia “Europa 2020”.

L’obiettivo primario è quello di stabilire il principio “pensa prima in piccolo” (“think small first”) quando si introducono nuove normative, in modo da semplificare il quadro regolatorio e rimuovere le

barriere allo sviluppo delle Pmi.

Il Governo italiano, in attuazione della Direttiva sullo Small Business Act, negli ultimi anni avrebbe dovuto mettere al centro della propria strategia di sviluppo le Micro e PMI considerandole uno strategico fattore di sviluppo della nostra economia.

Norme che seguono quindi, direttive europee che devono essere semplicemente recepite e invece, vedi il Codice Appalti, in Italia si riduce tutto in leggi e leggine che educatamente si potrebbero definire complicità.

Le imprese associate A.F.O.R.P., in conformità alle norme, chiedono da sempre di poter revisionare ciò che le ostacola alla partecipazione.

E' nelle scelte decisionali che la politica deve spingersi oltre.

Abbiamo evidenza, che nell'agenda politica degli ultimi anni la sanità non è mai stata una priorità, ammesso che abbia fatto parte dell'agenda politica, se non per esigenze di finanza pubblica sottraendo in 10 anni alla sanità pubblica 37mld. Circa 25 miliardi nel 2010-2015, in conseguenza di "tagli" previsti da varie manovre finanziarie; oltre 12 miliardi nel 2015-2019, in conseguenza del "definanziamento" che ha assegnato meno risorse

al SSN rispetto ai livelli programmati, per l'attuazione degli obiettivi di finanza pubblica; nel periodo 2010-2019 il finanziamento pubblico è aumentato di soli 8,8 miliardi, crescendo in media dello 0,90% annuo, tasso inferiore a quello dell'inflazione media annua (1,07%).

Si è mostrato semplicistico e per nulla accademico, il tentativo di correre al riparo con tagli lineari allegramente confusi con spending review, perseguendo non adeguatamente la centralizzazione della spesa e l'ideazione dei soggetti aggregatori. Solo successivamente si è arrivati all'esigenza di concentrarsi sull'appro-

priatezza della spesa e sugli sprechi. E ancora dopo si è arrivati alla governance della spesa! Ma chi fa impresa, chi si occupa di innovazione tecnologica sa bene che il futuro si batte sul tempo. Oggi abbiamo dati, che mostrano come l'Italia figuri al terzo posto per minore crescita di spesa, dovuta esclusivamente all'invecchiamento della popolazione e non ai costi impropri. La vera emergenza non è quindi il costo attuale, ma il fatto che la domanda nei prossimi anni è destinata ad impennarsi, con il rischio di portare la spesa fuori controllo se non saranno adottate misure strutturali.

Serve il coraggio di dire le cose e di

riforme. Soprattutto quelle non fatte.

La Legge di Bilancio 2019 ha confermato l'aumento di 1 miliardo già assegnato per il 2019 dal Governo Gentiloni e previsto un aumento di 2 miliardi nel 2020 e di ulteriori 1,5 miliardi nel 2021. Le risorse assegnate per il 2020-2021 erano subordinate alla stipula, entro il 31 marzo 2019 (ma rinviata a settembre dal precedente Ministro Grillo) di una Intesa Stato-Regioni per il Patto per la Salute 2019-2021 contenente "misure di programmazione e di miglioramento della qualità delle cure e dei servizi erogati e di efficientamento dei costi".

Sono evidenti le intenzioni politiche: il definanziamento della sanità pubblica, inizialmente imputabile alla crisi economica, si sono trasformate in una costante irreversibile. A partire dal DEF 2017 si conferma in maniera netta che l'eventuale ripresa dell'economia, non avrebbe determinato alcun rilancio del finanziamento pubblico della sanità.

Un Paese che possa ritenersi civile salvaguarda la qualità della vita dei propri cittadini con un welfare rodato ed efficiente.

Dal nuovo Governo e dal Ministro alla Salute, al quale auguriamo un ottimo e proficuo lavoro, ci aspettiamo azioni definite che siano in linea con il loro mandato di rappresentanza dei cittadini italiani.

Non sono più rinviabili risposte verso l'assunzione di responsabilità dribblata fino ad oggi. Questi sono i motivi che ci inducono a

segnalare al Ministro Speranza, che la sanità non può essere al 22 posto della "lista delle cose da fare".

22) Il Governo è impegnato a difendere la sanità pubblica e universale, valorizzando il merito. Occorre inoltre, d'intesa con le Regioni, assicurare un piano di assunzioni straordinarie di medici e infermieri; integrare i servizi sanitari e socio-sanitari territoriali; potenziare i percorsi formativi medici. Sarà rafforzata l'azione di contrasto al gioco d'azzardo patologico.

Contrariamente abbiamo già la risposta.



pendere il Ssn. I profili qualitativi delle prestazioni in sanità sono fondamentali, ma il governo dei conti resta una precondizione per una gestione efficiente delle risorse disponibili.

Garantire la futura sostenibilità del SSN implica una sua immediata trasformazione, resa possibile attraverso appunto azioni attuabili di innovazione, introduzione di tecnologia e digitalizzazione dei servizi.

Nel corso dell'ultimo ventennio si è consolidata una visione "ragionieristica" che, molto più delle visioni di carattere tecnico e clinico, ha dettato l'agenda politica e condizionato buona parte delle

Ospedali Riuniti Foggia: riqualificazione e rifunzionalizzazione

Nascerà un vero e proprio Policlinico

di VITANGELO DATTOLI

Direttore Generale

Policlinico "Ospedali Riuniti" di Foggia

Ha preso il via l'ambizioso progetto di riqualificazione e di rifunzionalizzazione, a medio e lungo termine, degli "Ospedali Riuniti" in uno scenario di sviluppo sostenibile che consentirà di trasformare il polo sanitario in un vero e proprio Policlinico, una Città nella Città ad elevata qualità assistenziale. A partire dallo scorso 29 luglio Viale Pinto è chiusa al traffico veicolare per consentire l'inizio dei lavori di fogna nera

con un'attività di didattica e di ricerca oltre che di assistenza, in un processo di miglioramento della qualità e dell'habitat. I recenti provvedimenti del Consiglio Comunale di Foggia hanno delineato e consentito l'inizio dei lavori. L'intervento di riqualificazione reinterpreta l'asse centrale di Viale Pinto come strada-piazza di ricucitura al fine di rendere gli "Ospedali Riuniti" un nucleo unitario, di collegamento tra le due aree del polo ospedaliero e di cerniera tra la città e il periurbano. La strategia di "mobility management" che si propone per il nuovo assetto dell'area degli "Ospedali Riuniti" promuove azioni finalizzate alla riduzione del

lati, da spazi verdi e piazze, luoghi pensati per essere vissuti con un'identità e vita propria. Elementi caratterizzanti saranno anche degli specchi d'acqua, pensati in punti strategici non solo per rendere l'ambiente più congeniale dal punto di vista percettivo, ma soprattutto funzionale per mitigare le temperature nel periodo estivo. Tra le varie funzioni, sarà previsto anche uno spazio dedicato ai bambini con un piccolo parco giochi.

Di forte impatto sarà, in particolare, la realizzazione di due nuovi parcheggi di complessivi quasi 1.000 posti auto per aumentare l'offerta di sosta, attualmente insufficiente. Un parcheggio



a cura dell'Acquedotto Pugliese e di riqualificazione urbana del Policlinico di Foggia. Si accede agli "Ospedali Riuniti" dall'ingresso di via Napoli e alla Maternità da via Perosi. Il modello strutturale e organizzativo perseguito è quello della cittadella della salute, inteso come centro sanitario, didattico e di ricerca, sede della Facoltà di Medicina e Chirurgia. Il progetto si inserisce nel complessivo processo di riorganizzazione dell'attività di assistenza sanitaria che deriva dalla profonda trasformazione del concetto stesso di salute, con la conseguente rivisitazione del rapporto servizi-paziente e dei modelli di assistenza. Gli "Ospedali Riuniti" sono proiettati a diventare sempre più un campus,

traffico veicolare, con conseguente riduzione dell'inquinamento atmosferico, fornendo prospettive di grande interesse per lo sviluppo sostenibile di un importante polo attrattore della città. I lavori sono già iniziati o appaltati e si prevede che saranno ultimati entro 6 mesi (febbraio 2020).

Il nuovo sistema di mobilità prevede la realizzazione di una nuova viabilità pedonale, di un percorso ciclabile, di nuovi accessi all'area ospedaliera, di un'elisperficie con percorso preferenziale ai mezzi di primo soccorso, di percorsi dedicati al trasporto in autoambulanza e a percorsi dedicati per mezzi di soccorso straordinari. La strada sarà lambita, da entrambi i

gio sud a raso sarà realizzato su un'area acquistata dall'Università di Foggia e prevederà l'utilizzo di n. 348 posti auto, di cui 15 riservati ai disabili e 5 per le donne in attesa. Sono previsti anche posti moto e per biciclette, due accessi carrabili per gli utenti di cui uno anche pedonale, un accesso carrabile per bus di circolazione interna per gli utenti e un accesso pedonale al complesso ospedaliero. Il parcheggio verrà, inoltre, dotato di impianto elettrico generale di illuminazione, di videosorveglianza, sistema di sbarre e di accesso a pagamento automatizzati. I lavori sono stati aggiudicati e si prevede che saranno ultimati entro marzo 2020. Un parcheggio nord a raso sarà realizzato su un'area

situata a nord del nuovo edificio destinato ad accogliere il "Dipartimento di Emergenza-Urgenza" (DEU) e prevederà l'utilizzo di 329 posti auto, di cui 10 posti riservati ai diversamente abili, ai quali si accederà dalla nuova strada di prolungamento di via Perosi, in corso di realizzazione. Nel parcheggio saranno previste ampie aree con piante a cespuglio scelte per fornire ombra e, al contempo, per assorbire le emissioni inquinanti dei fumi di scarico. I lavori sono stati già appaltati e l'ultimazione è stimata per gennaio 2020.

L'accesso alla cittadella ospedaliera sarà favorito, per gli utenti provenienti dai paesi limitrofi, dalla realizzazione di una bretella che collegherà l'Orbitale a viale Pinto (lato periferia). L'orbitale, la cui ultimazione è prevista per il 2020, è una infrastruttura di viabilità urbana a veloce scorrimento che, collegando via Ascoli a via Lucera, rappresenterà la tangenziale Nord

di quattro grandi interventi:

- 1) riqualificazione insediativa per messa a norma antisismica del plesso denominato "Monoblocco" previo abbattimento dell'attuale stabile (importo euro 40 milioni – finanziamento ex art. 20 della L. n. 67/1988, progettazione già aggiudicata)
- 2) riqualificazione distributiva del Presidio Ospedaliero D'Avanzo (importo euro 50 milioni – finanziamento con DPCM per riduzione della vulnerabilità sismica, progettazione già aggiudicata)
- 3) riqualificazione delle palazzine minori degli "Ospedali Riuniti" con la creazione della cosiddetta torre dei laboratori, previo abbattimento dei plessi "ambulatorio" e "laboratorio" (importo euro 50 milioni - finanziamento con DPCM per riduzione della vulnerabilità sismica ed ex art. 20 della L. n. 67/1988, progettazione

già aggiudicata)

- 4) adeguamento antincendio ed efficientamento energetico per la riqualificazione definitiva del plesso Maternità (importo euro 12 milioni – finanziamento specifico per interventi antincendio ed efficientamento energetico, gara di progettazione in corso).

Si tratta di un ambizioso progetto integrato che, con i numerosi appalti già in essere presso i plessi di Maternità, Ospedali Riuniti propriamente detti e D'Avanzo, si ispira ad esempi di cittadelle della salute nazionali e internazionali e che ha l'obiettivo di restituire alla città di Foggia e alla Regione Puglia uno spazio urbano della salute con alti standard di sostenibilità e ad elevata qualità assistenziale e che consentirà al Policlinico di Foggia di proiettarsi nel panorama dell'offerta non solo provinciale e regionale, ma anche interregionale come fondamentale polo di attrazione sanitaria accreditata.



di Foggia. Tale asse viario, oltre a facilitare un refluxo ed un afflusso agli "Ospedali Riuniti" di tutta la parte della città a nord dell'Azienda, consentirà anche un veloce collegamento con il comune di Lucera, particolarmente strategico visto l'accorpamento dell'ospedale di Lucera al Policlinico di Foggia. Grazie a questa ridefinizione dell'area ospedaliera e delle vie d'accesso e di penetrazione, nascerà un vero e proprio Policlinico, con vaste aree pedonalizzate, ampi parcheggi e un miglioramento complessivo dell'accoglienza dei pazienti e dei loro parenti, in un contesto agevole di viabilità verso le principali arterie di interesse regionale e nazionale. Si procederà, inoltre, alla realizzazione



Equilibrio di bilancio, appropriatezza, ottimizzazione delle risorse ed investimenti per migliorare le cure e i percorsi

Una grande responsabilità nei confronti della popolazione

di GIUSEPPE PASQUALONE

Direttore Generale
Asl Br

Ritengo necessario prima di tutto focalizzare l'attenzione sul tema della grande responsabilità che noi Direttori Generali abbiamo nei confronti del territorio. In provincia di Brindisi, relativamente ai dati demografici, abbiamo 390mila cittadini residenti, una popolazione che è utenza della nostra Asl e nei confronti della quale abbiamo la responsabilità è enorme. A fronte di questa popolazione abbiamo ricevuto nel 2018 dalla Regione Puglia una quota di fondo sanitario regionale di circa 690 milioni di euro. Con questi 690 milioni di euro abbiamo messo in campo più di 5mila dipendenti, tra lavoratori impiegati a tempo indeterminato e a tempo determinato, convenzionati (mi riferisco ai medici di medicina generale e ai pediatri e di libera scelta) e altri specialisti convenzionati che lavorano nelle strutture sanitarie del territorio. A questi dipendenti si aggiungono i circa 730 dipendenti della società in house Sanitaservice partecipata al 100% dalla Asl. Poi abbiamo messo in campo, per la erogazione di tutte le attività sanitarie sul territorio, quattro Distretti Socio Sanitari che hanno a loro volta 22 strutture pubbliche e 48 strutture private. Invece, per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, abbiamo messo in campo 1097 posti letto, di cui 1012 per acuti, 45 per riabilitazione e 40 per lungodegenza. Di questi 1097 posti letto, solo un 10% è ancora in corso di attivazione; una metà sarà attivata in un termine più lungo, perchè sono previsti consistenti interventi di ampliamento e ristrutturazione delle strutture, gli altri sono prossimi all'attivazione, in quanto si tratta solo di una più semplice rimodulazione degli spazi all'interno

dei presidi ospedalieri. Questi dati evidenziano comunque e nonostante la Asl di Brindisi non sia tra le più grandi della Regione Puglia, l'importantissimo ruolo di responsabilità che abbiamo nei confronti del territorio e della sua popolazione. E' giusto anche ricordare che comunque la nostra Asl è l'azienda più grande della provincia di Brindisi ed il ruolo del Direttore Generale è un ruolo di grande responsabilità nei confronti della popolazione e dei numerosi dipendenti, responsabilità che è di ogni tipo: penale, civile, professionale, contabile e anche etica. I tre temi fondamentali che hanno condizionato la programmazione sani-

tetto di spesa previsto dalla programmazione nazionale, ma soprattutto quella ospedaliera che ha mostrato trend costanti e significativi di crescita e sino al 2015 non aveva alcun sistema di monitoraggio a livello regionale ma soprattutto aziendale. Giusto per dare un'idea del fenomeno della spesa ospedaliera, va evidenziato che la spesa per i soli farmaci innovativi in Puglia nel 2018 è aumentata di 60 milioni di euro e in Italia di ben 860 milioni di euro. Su questi ultimi dati va fatta una riflessione: rappresentano un costo oppure un'opportunità di cura, di sviluppo, di una risposta migliore di quelli che sono i bisogni

di salute della popolazione? Il terzo grande tema affrontato in questi 5 anni è stato quello della carenza del personale, soprattutto quello sanitario. I dati evidenziano come in tutto il mondo avremo, nei prossimi 5/7 anni, una riduzione pesante della popolazione sanitaria di circa 5milioni di infermieri e di 140mila medici (anche la popolazione sanitaria invecchia e aumenta il divario tra soggetti che usciranno dal sistema sanitario e soggetti che potranno entrare). Come faremo fronte a questa esigenza di professionisti all'interno delle nostre Asl? Una domanda a cui le



taria nazionale e regionale, in questi ultimi cinque anni, sono stati: l'invecchiamento della popolazione, a Brindisi dal 2013 al 2018 la popolazione anziana è aumentata dell'11% e l'impatto sulla popolazione totale in questo quinquennio è stato addirittura di + 3%, a questo dato si associa ovviamente un aumento consistente delle malattie croniche, che richiedono una differente capacità di presa in carico, che non può essere quella ospedaliera (ormai parlare solo di posti letto non ha più alcun senso!).

L'altro grande tema che ha interessato la sanità pugliese è stato quello della spesa farmaceutica, non tanto quella territoriale, verso cui un po' tutte le Asl in Puglia hanno raggiunto il

politiche sanitarie dei governi centrali dovranno dare una risposta immediata. Di fronte a queste importanti tematiche credo che sia importate fornire alcuni elementi e dati che facciamo comprendere come si è mossa la Asl di Brindisi e cosa è stata in grado di fare per affrontare queste grandi problematiche. Premetto che all'interno di questi tre grandi temi non va trascurata la atavica difficoltà della PA di introdurre l'innovazione, a causa dei ritardi che sempre si registrano per la eccessiva burocrazia per reperire i fondi necessari per finanziare il sistema ed anche per espletare le procedure di acquisizione dei fattori produttivi. Io ritengo, i dati e gli indicatori registrati nel periodo 2013-2018 lo confermano,

che la Asl di Brindisi si sia difesa molto bene, non trascurando un altro aspetto: la nostra è una Asl abbastanza piccola nella nostra Regione e che si trova nel mezzo di due grandi province (un problema di attrattività!). Per quanto riguarda il tema dell'invecchiamento della popolazione, noi abbiamo fatto fronte al correlato bisogno di avere una maggiore presa in carico dei pazienti cronici, con un forte potenziamento dell'offerta assistenziale territoriale e dell'assistenza domiciliare. In particolare abbiamo tempestivamente avviato i presidi territoriali di assistenza (i PTA), che a mio avviso rappresentano la punta di svolta della politica sanitaria regionale per trasformare i vecchi ospedali in strutture strategiche in grado di concentrare l'offerta sanitaria del territorio, assicurando al tempo stesso al cittadino un punto logistico di riferimento più organizzato, più efficace e di più facile accesso. Poi l'assistenza domiciliare, ovvero la presa in carico dei pazienti cronici e oncologici presso la propria abitazione, dal 2013 al 2018 la spesa è esplosa del +380%. Quando mi sono insediato, nel 2015, la Asl di Brindisi spendeva per ADI 3milioni e mezzo di euro, nel primo semestre del 2019 siamo a oltre 8 milioni di euro. Gli accessi in assistenza domiciliare sono passati da 152mila ad oltre 700mila. Con queste due importanti iniziative siamo stati in grado di spostare significativamente l'attenzione dall'ospedale al territorio, incrementando l'offerta specialistica nei PTA, avviando gli ospedali di comunità nei presidi territoriali di assistenza e potenziando enormemente l'assistenza domiciliare alla quale abbiamo affiancato un modello di gestione caratterizzato anche dal ricorso alla Telemedicina (siamo stata la prima Asl in Puglia a sperimentare la Telemedicina in un PTA).

Queste importanti iniziative hanno consentito a loro volta di ridurre sensibilmente il numero dei casi trattati in ospedale e che invece potevano essere gestiti sul territorio o addirittura a casa delle persone e, al tempo stesso, migliorare l'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri aumentando il peso medio dei DRG del 7% circa. Un dato di successo, ritenendo che soprattutto l'ospedale Perrino di Brindisi debba concentrarsi sempre di più sulle patologie tempo-dipendenti a media-alta complessità. Relativamente al secondo grande tema della sanità pugliese, quello del contenimento della spesa farmaceutica, possiamo affermare che la spesa complessiva in Asl BR è rimasta sostanzialmente stabile, tra il 2015 e il 2018. Dal 2013 al 2018, la spesa farmaceutica, sia territoriale che ospedaliera, registra un incre-

mento solo del 2,4%.

Sulla spesa farmaceutica abbiamo seguito percorsi di gestione differenti tra la territoriale e l'ospedaliera. Per la spesa farmaceutica territoriale sono state adottate due iniziative importanti: abbiamo rafforzato i controlli che venivano fatti dall'area farmaceutica sulle singole prescrizioni dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta (controlli eseguiti tramite analisi delle singole ricette), determinando contestazioni sulle prescrizioni ritenute inappropriate. A questa attività di controllo abbiamo aggiunto un'attività di sensibilizzazione costante da parte dei direttori di distretto sui medici ritenuti iperprescrittori. L'azione congiunta di queste iniziative ha consentito di avere una riduzione media annua del 3%, nel periodo 2013-2018. Da sottolineare che sebbene in Italia la spesa farmaceutica territoriale si sia ridotta tra il 2017 e 2018 del 3% e in Puglia del 6,6%, a Brindisi si è ridotta del 6,9%.

Sulla spesa farmaceutica ospedaliera invece abbiamo svolto un'attività di gestione e controllo molto più complessa tramite un'azione coordinata di più soggetti. Sono stati coinvolti in questo sistema di gestione, secondo un piano di azione preciso e deliberato dalla Asl nel 2015, le farmacie dei presidi ospedalieri, gli specialisti del territorio, il controllo di gestione (con un importante ruolo di coordinamento), una commissione di verifica all'appropriatezza prescrittiva, le unità operative ospedaliere. Queste ultime hanno partecipato attivamente a redigere i PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici e Assistenziali) che abbiamo deliberato per poter dare "un punto di riferimento clinico" per la prescrizione non solo ai singoli medici prescrittori ma anche a chi doveva controllare le prescrizioni (la commissione di verifica). Tutte queste azioni messe in campo hanno portato comunque a un più 8% della spesa ospedaliera nel periodo 2015-2018. Questo più 8% però è stato determinato in massima parte dalla spesa per l'acquisto dei farmaci innovativi. Tanto è vero se si considera che la spesa per farmaci innovativi in Puglia è aumentata del 17% e lo stesso trend si registra in tutta Italia sempre nel periodo considerato. Per farmaci innovativi mi riferisco essenzialmente ai farmaci per la cura dell'epatite C e i nuovi farmaci oncologici soggetti a monitoraggio AIFA.

Per quanto riguarda il tema della carenza del personale sanitario, c'è da dire che anche in questa circostanza ci siamo difesi molto bene.

Abbiamo avuto un incremento del 10% delle unità di personale a tempo indeterminato, con più giovani nella nostra dotazione organica (aspetto questo che a mio avviso merita una certa attenzione). I giovani in Asl di Brindisi sono in più del 200% rispetto al 2013. Siamo passati da 67 giovani nel 2013 ad averne 200 nel 2018, tra dirigenti medici, infermieri, farmacisti e tecnici. Questa iniezione di nuove leve ci ha consentito anche di abbattere il costo unitario medio che è passato da 49800euro a 47500euro. Possiamo dire anche di aver ottimizzato la spesa del personale aumentando il numero di presenze e il mix di specialisti.

Voglio evidenziare inoltre due dati molto significativi in merito agli sforzi fatti per assicurare alle nostre attività una adeguata dotazione organica: dal 2013 al 2018 abbiamo assunto 1676 nuovi dipendenti e queste assunzioni si sono fatte, soprattutto nel biennio 2017-2018. Il delta tra cessati e assunti al 31.12.2018, presenta più 600 unità circa.

Nel 2019, contiamo di procedere con ulteriori assunzioni raggiungendo il tetto di spesa assegnato dalla Regione e completando la dotazione organica prevista dal nostro fabbisogno approvato. Sul quarto tema, quello dell'innovazione tecnologica, a Brindisi abbiamo investito 150 milioni di euro nel periodo 2013-2018 sia in infrastrutture che in tecnologia. Grossa parte di questi investimenti si realizzeranno nel 2019 con l'aggiudicazione di gare molto importanti e che consentiranno un consistente ammodernamento di tutto l'apparato tecnologico della nostra Asl.

Nonostante gli investimenti siano stati notevoli, possiamo comunque affermare di aver speso bene le risorse assegnate mantenendo in equilibrio il conto economico negli anni, spendendo tutti i finanziamenti europei assegnati, rispettando i tempi di pagamento ai fornitori richiesti dalla normativa nazionale e consentendo alle strutture ospedaliere di migliorare sensibilmente il rapporto tra costi effettivi e costi standard (ultimo rapporto NISAN evidenzia che la Asl BR ha avuto costi effettivo al di sotto dei costi standard).

Sul versante dei principali indicatori sanitari rilevati nel 2018 dalla scuola Sant'Anna di Pisa si registrano notevoli aree di miglioramento, mentre alcune aree, come le attese in chirurgia oncologica e il percorso materno infantile, devono ancora migliorare. Su queste ultime siamo a lavoro con tutti gli specialisti coinvolti per fare in modo che al massimo entro il 2020 l'obiettivo assegnato possa essere raggiunto.

Le performance economico-finanziarie 2018 della Regione Puglia e previsioni per il 2019

La gran parte delle regioni presenta squilibri economici

di BENEDETTO G. PACIFICO

Dirigente della Sezione Amministrazione, Finanza e Controllo – Dipartimento Salute della Regione Puglia

La condizione economico-finanziaria del SSR è direttamente influenzata dal contesto economico-finanziario del Paese Italia. Negli ultimi anni l'incremento medio delle risorse del SSN destinate alle Regioni ha subito una notevole riduzione. Il 2018, inoltre, si è caratterizzato per un aumento dei costi per farmaci, per vaccini, per nuove terapie e per il rinnovo del CCNL del personale dipendente e convenzionato che ha comportato costi per più di 1 miliardo di euro (solo per la Puglia maggiori costi per 92 milioni di euro). A ciò si aggiunge che, dal 2010, la Regione Puglia è in Piano di Rientro e, pertanto, parallelamente alla razionalizzazione della spesa ed una ri-funzionalizzazione del sistema vi sono stati significativi limiti e vincoli da un punto di vista assunzionale e gestionale. Nelle riunioni del 9 aprile e 18 luglio uu.ss. del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti ministeriali e del Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza si è dato atto del risultato positivo dei conti economici 2018 e degli ottimi miglioramenti sulla griglia LEA. Dall'analisi dei Conti 2018 si sono registrati in particolare:

- Maggiori costi per rinnovo CCNL personale dipendente e convenzionato per più di 92 milioni;
- Parziale sblocco del payback farmaceutico per il superamento dei tetti di spesa 2016, sebbene siano ancora sospese le somme per le competenze 2017 e 2018 (ricavi);
- Maggiori costi per farmaci innovativi e dispositivi medici;
- Minori costi per l'assistenza farmaceutica convenzionata per circa 43 milioni di euro.

La Puglia ha compensato le minori risorse complessive con 50 milioni di euro del bilancio autonomo, giusto art. 5 della L.R. n. 67/2018.

In ultimo, è indiscutibile che tutte le regioni meridionali siano caratterizzate da un sotto-finanziamento del Fondo Sanitario, anche per via dei criteri di riparto, così come oramai ampiamente condiviso anche in seno alla Conferenza Stato Regioni. Sotto-finanziamento che, unito al

Puglia ha diritto ad incassare secondo le norme vigenti, i conti 2018 evidenzerebbero un utile operativo, prova degli sforzi fatti negli ultimi anni.

Pagamento dei fornitori del SSR

Le aziende sanitarie regionali, anche nel 2018, sono riuscite a migliorare i tempi di pagamento e l'ITP al 31 dicembre 2018, calcolato ex articolo 9 del DPCM



saldo passivo di mobilità (di cui è causa), ha creato differenze correnti (es. minore personale) e strutturali che si ripercuotono sull'equilibrio finale.

In tali condizioni è impossibile, per molte regioni, garantire ricavi pari ai costi, sebbene si parli di costi standard ed i bilanci evidenzino che i minori costi per abitante siano inevitabilmente presenti proprio nelle regioni sotto finanziate.

Ad ogni modo, nonostante tali riflessioni, è importante sottolineare che se si tenesse conto del payback farmaceutico attualmente sospeso, che la Regione

22.9.2014, per la Regione Puglia è risultato pari a zero (0) giorni (media ponderata).

Si registrano aziende sanitarie regionali che, grazie agli sforzi interni ed agli investimenti di impegno e tempo, pagano prima della scadenza di legge (60 giorni). Si riporta un grafico riepilogativo dei risultati ottenuti (ITP = giorni di ritardo medi). (Fig.1)

Sempre in tema di fornitori del SSR, la GSA Puglia è stata chiamata a far parte del Tavolo Ministeriale "Nodo Smistamento degli Ordini" (NSO), che sarà ob-

bligatorio a partire dal 1° ottobre p.v., e la sperimentazione è stata avviata nell'ASL Taranto e nell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bari.

Proiezioni economico-finanziarie per il 2019

La Regione intende completare il percorso di razionalizzazione degli acquisti sanitari (farmaci e dispositivi) sia in termini di appropriatezza che di prezzo anche attraverso le nuove gare centralizzate.

Ottimi risultati sono stati conseguiti negli ultimi due anni per la farmaceutica convenzionata grazie alla collaborazione con i Medici di medicina generale e Pediatri di Libera Scelta.

Per contro, dalla comparazione con le altre regioni e dall'analisi dei costi standard (la Puglia fa parte del Network N.I.SAN.), a parità di livelli di produzione, è plausibile stimare un maggior costo per l'acquisto diretto di farmaci e dispositivi medici di non meno di 250 milioni di euro.

Occorre inevitabilmente ridurre tale voce di spesa, non supportata da ragioni epidemiologiche, per compensare le minori risorse a disposizione (fondo sanitario e ticket).

Dalla lettura del Monitoraggio della Spesa sanitaria – Rapporto n. 6

RGS-MEF, nei conti 2018 emerge che la gran parte delle regioni presenta squilibri economici a conferma della riduzione delle risorse a disposizione del SSN [http://www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2019/IMDSS-RS2019.pdf].

L'attuale sistema non è più in equilibrio e da "informato" dei fatti (mi si consenta tale debolezza) posso affermare che qualche regione in equilibrio contabile

ha fatto salti mortali nel 2018 facendo ricorso anche a riserve e fondi accantonati nei bilanci degli anni precedenti.

Probabilmente occorre una nuova riforma del SSN (la c.d. quarta riforma) come invocata da più parti.

In tali premesse, quali prospettive economico-finanziarie per il SSR pugliese nel corso del 2019?

La regione ha a disposizione tutte le risorse per far fronte al fabbisogno finanziario dell'esercizio, tanto che gli obiettivi dei Direttori Generali in merito ai tempi di pagamento sono stati ulteriormente rafforzati.

futuro contratto 2019-2021, comportando quindi, rispetto al 2017, maggiori costi complessivi per 135 milioni di euro.

Pur in attesa dei risparmi auspicati nell'ultimo semestre dell'anno, in materia di acquisto farmaci è improbabile garantire un equilibrio economico (situazione comune a molte regioni italiane) se non verrà rimborsata la quota di payback farmaceutico attesa da 3 anni.

Si aggiunga inoltre che da 5 anni è sospeso anche il finanziamento della L. 210/92 (indennizzo per danneggiati da emotrasfusioni e vaccinazioni) e la regione deve anticipare

circa 22 milioni di euro l'anno.

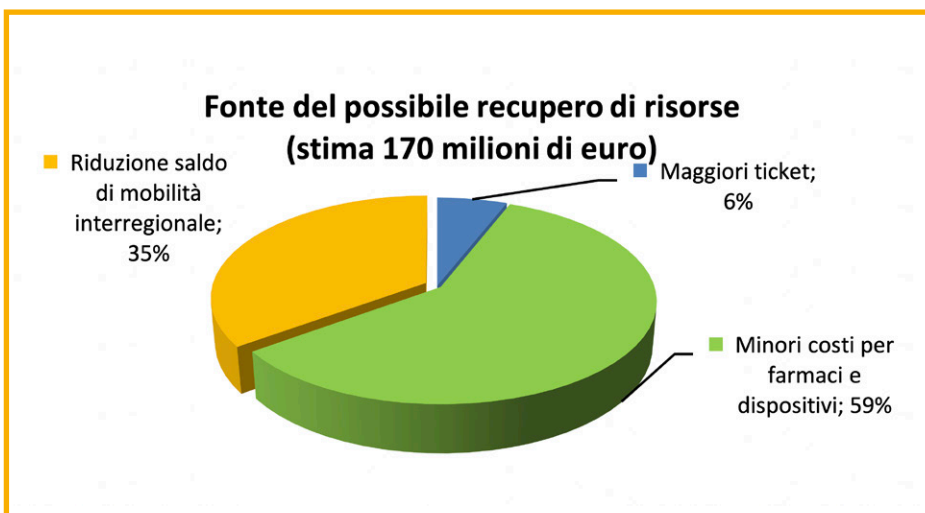
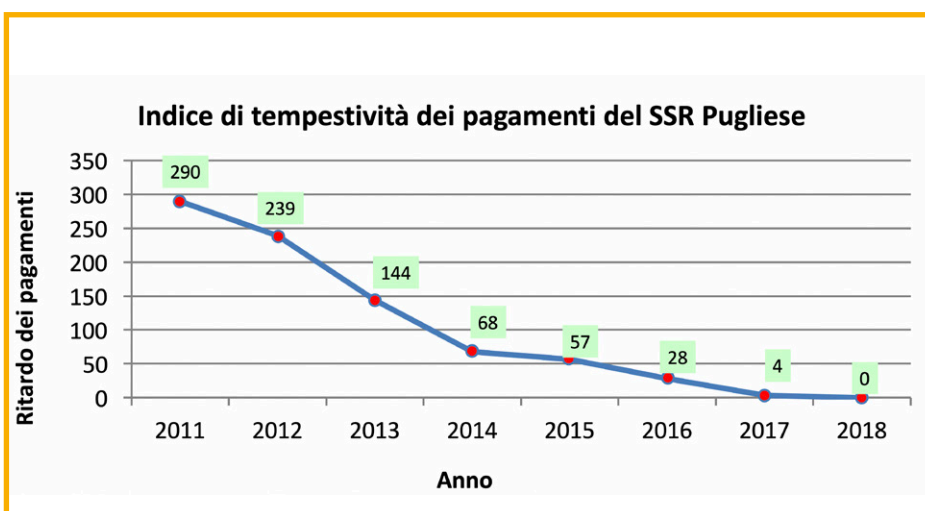
Vorrei concludere con una considerazione.

Una possibile "arma" da affiancare alle misure di razionalizzazione della spesa farmaceutica è il potenziamento dell'offerta ospedaliera sia in termini di efficienza che di efficacia.

Detto così sembra troppo semplice. Tuttavia non è proprio così. Si ritiene che sia arrivato il momento di un ruolo più attivo delle unità di controllo di gestione aziendali – che forse necessitano di maggiore considerazione da parte del sistema – quale utile strumento concreto di supporto alle Direzioni Sanitarie,

di Reparto ed a chi deve prendere decisioni strategiche.

Nei prossimi anni abbiamo ancora importanti margini di recupero in termini di risorse: probabilmente almeno 170 milioni di euro, nel medio termine, di cui si stima il 6% da ticket (maggiore produzione da pubblico e controlli essenziali), 35% da mobilità passiva (maggiore produzione ospedaliera) e 59% da minori costi da farmaci e dispositivi (gare ed appropriatezza). (Fig.2)



Per quanto riguarda l'equilibrio economico occorre evidenziare che:

1. La quota netta del Fondo Sanitario Nazionale si incrementa in misura minima;
2. Fino a febbraio 2020 non è stimabile la quota spettante a ciascuna regione di finanziamento dei Farmaci Innovativi;
3. Occorrerà effettuare un ulteriore accantonamento nel 2019 per il rinnovo del contratto del personale a valere sul

Disuguaglianze sanitarie

Cittadini di serie A e di serie B?

di GIANLUCA BUDANO

Consigliere Presidenza Nazionale ACLI
con delega alle Politiche della Salute e
Componente Direttivo Nazionale Forum
Associazioni Familiari, Portavoce Net-
work Investing in Children Italia

Negli ultimi anni la povertà, in particolare quella assoluta, ha ricevuto una notevole attenzione da parte dei media e dei policymakers, dovuta soprattutto alla profonda crisi economica e alla concomitante assenza di una misura

dimensionale e coinvolge numerose sfere della vita delle persone, oltre a quella economica. Essa è multiforme e si manifesta in svariati modi, ad esempio: nelle differenti opportunità di accesso ai servizi pubblici, nei differenti trattamenti di fronte alla giustizia, nelle differenze tra i generi. Più in generale, nelle differenti capacità di decidere del proprio destino.

Pur con molti limiti, la misurazione delle disuguaglianze sulla base dei principali indicatori economici può fornirci delle indicazioni utili per com-

che in altre dimensioni dell'agire sociale diverse da quelle economiche. Negli ultimi anni si registra un indebolimento di alcuni diritti universali. In particolare, preoccupa la difficoltà di accesso ai servizi sanitari gratuiti, che ha generato un aumento della spesa delle famiglie italiane costrette a rivolgersi a strutture private. Anche in questo caso i dati aiutano a comprendere e quantificare il fenomeno: il 33,7% delle spese sostenute dalle famiglie nel 2017 sono servite a pagare parcelle, ticket sanitari o premi per le



strutturale universale adatta ad affievolirne gli effetti negativi sulla popolazione; al contrario la disuguaglianza, fenomeno certamente collegato alle povertà, ma sostanzialmente differente, ha ricevuto minore considerazione. **La povertà assoluta è una condizione precisa** che accomuna singoli cittadini o famiglie che vivono sotto una data soglia economica; la disuguaglianza invece è una condizione esprimibile soltanto in termini comparativi, essa si evince dal confronto, nella relazione. Come la povertà la disuguaglianza è multidimensionale e coinvolge numerose sfere della vita delle persone, oltre a quella economica. Essa è multiforme e si manifesta in svariati modi, ad esempio: nelle differenti opportunità di accesso ai servizi pubblici, nei differenti trattamenti di fronte alla giustizia, nelle differenze tra i generi. Più in generale, nelle differenti capacità di decidere del proprio destino.

Pur con molti limiti, la misurazione delle disuguaglianze sulla base dei principali indicatori economici può fornirci delle indicazioni utili per comprendere le dimensioni del fenomeno. Esse crescono sia a livello globale sia nel nostro Paese, le sue dimensioni sono ormai insostenibili: secondo Oxfam l'82% dell'incremento della ricchezza mondiale è rimasto nelle tasche dell'1% della popolazione. In Italia le cose non vanno molto meglio: il 50% più povero degli italiani possiede soltanto 8,5% delle ricchezze nazionali.

Il senso d'ingiustizia, ormai molto diffuso tra i cittadini italiani, trova delle robuste conferme empiriche an-

assicurazioni contro malattie e infortuni. L'importo totale è notevole ed è pari a 25,2 miliardi di Euro (Osservatorio del welfare familiare, 2017).

Mediamente si spendono 1.118 euro annui. Questa cifra tende ad aumentare con l'aumentare dell'età. I più giovani contribuenti spendono 589 euro all'anno, la soglia psicologica dei 1.000 euro viene raggiunta e superata al raggiungimento dei 50 anni. Come è logico attendersi, a spendere di più sono i cittadini di età compresa tra i 75 e gli 80 anni compiuti (1.250 euro per la

fascia di età 75-79; 1.269 per gli over 80). L'età non è l'unica variabile che incide sulla spesa sanitaria delle famiglie. Anche i carichi familiari possono influire negativamente: per i cittadini con moglie e figli a carico la spesa media annua è di circa 1.250 euro, che sale a 1.400 euro per le coppie di coniugi, per arrivare a circa 1.500 euro (1.484) per le persone sole con figli a carico.

È evidente, dunque, quanto le famiglie italiane e il sistema di assistenza pubblico siano in affanno e quanto la piaga della disuguaglianza e dell'ingiustizia sociale siano tutt'altro che un'ipotesi nel nostro Paese.

In quest'ottica abbiamo elaborato il modello dello "Sportello Unico per la Famiglia", quale forma di semplificazione all'accesso integrato ai servizi socio-sanitari, per ridurre le disuguaglianze di chi muore di disorientamento nella burocrazia del welfare italiano, dove il ritardo non è nell'ottenere un beneficio amministrativo, ma nell'accesso a servizi fondamentali per il benessere fisico e psicologico che, quando esistenti, sono irraggiungibili perché parcellizzati.

Un nuovo modo, insomma, di andare incontro alle fragilità della gente, dove spes-

so la necessità sta non in nuovi investimenti economici (l'Italia non può dirsi una Paese avaro in tal senso, pur in tempi di contrazione della spesa sociale e sanitaria), ma nella riorganizzazione e razionalizzazione del sistema esistente.

Tanto premesso è ancora più vero leggendo i dati drammatici che la Corte dei Conti, non un istituto di ricerca privato, ma una Magistratura dello Stato, ha diffuso nella **"Relazione sulla spe-**

sa dei Sistemi Sanitari Regionali", sancendo praticamente che il diritto alla salute dipende da dove vivi e che, se vivi al sud, vivi due anni in meno. Al danno segue la beffa poi scoprendo che se vivi in una Regione del Sud o del centro le tue Regioni, essendo più "povere" spendono meno per te che sei malato e hai solo la colpa di vivere in un territorio piuttosto che un altro. E questa povertà d'origine significa meno soldi per ammodernare strutture e attrezzature. E la beffa è ulteriore,



ASSOCIAZIONI
CRISTIANE
LAVORATORI
ITALIANI

quando chi può si cura bene al nord con i denari dei contribuenti del sud, finanziando il miglioramento delle strutture sanitarie di Lombardia, Veneto, Friuli, Emilia Romagna.

Il tema della mobilità passiva sanitaria riemerge così nella sua durezza e deve far riflettere seriamente sulla effettività del principio di universalità del diritto alla salute da parte dei cittadini italiani e sulla sostenibilità del processo di riforma federale dello Stato (o au-

tonomia differenziata che dir si voglia) rispetto al tema della sanità. Disparità e disuguaglianze così marcate creano almeno due grossissime storture. La prima è che i cittadini (quelli che possono permetterselo economicamente e che hanno capacità di accesso alle informazioni) sono costretti ad intollerabili, per un Paese civile, "emigrazioni" per ragioni sanitarie, aggiungendo disagio a disagio, a carico del paziente e del suo nucleo familiare (tema su cui ACLI, Forum Nazionale delle Associazioni Familiari e Società di Mutuo Soccorso MBA hanno progettato una ricerca sociale affidata ad IREF - Istituto di Ricerche Educative e Formative).

La seconda, è che un sistema dove i "poveri" finanziano i ricchi, genera due trappole da cui i territori "depressi" dal punto di vista sanitario, rischiano di non uscire mai: la condizione di fragilità del sistema sanitario locale che rischia di non avere mai risorse necessarie per migliorarsi e contenere così l'emigrazione sanitaria dei propri cittadini che si rivolgono (e finanziano indirettamente) territori diversi; la percezione del proprio sistema sanitario locale, che rischia di rimanere percepito come negativo, anche quando migliora, vedendo trend così positivi delle regioni d'eccellenza che inducono ad emigrare anche quando non servirebbe, inducendo insicurezza

e depressione sociale tra chi non può permettersi un viaggio della speranza, pena sfociare in condizioni di povertà sanitaria. I dati sulla mobilità passiva evidenziano infine che non esiste un nord e un sud in tema di sanità, ma più italiane, argomento che mette seriamente in discussione il processo di riforma in materia di autonomia differenziata, che nelle semplificazioni della pubblica opinione vedrebbe una "secessione" del solo nord.

La prevenzione primaria si fonda sui corretti stili di vita

Intervenire sui fattori di rischio modificabili

di Maria Grazia Forte

Responsabile scientifico
Dipartimento Prevenzione Asl Ba

La prevenzione primaria fonda le sue basi sui corretti stili di vita. Molte malattie, come le cardiovascolari che detengono il primato mondiale di mortalità, potrebbero essere prevenute e addirittura dimezzate. Anche altre patologie quali: diabete, dislipidemie, malattie cronico degenerative, traggono evidenti benefici dai corretti stili di vita. Per quanto riguarda il cancro, un caso su tre potrebbe essere prevenuto. Nelle patologie già conclamate, in ambito di prevenzione terziaria, l'adozione di corretti stili di vita può migliorare notevolmente il decorso della malattia.

Intervenire sui fattori di rischio "modificabili": sovrappeso, sedentarietà, tabagismo, eccessivo consumo di alcol e inquinamento ambientale, è fondamentale per agire efficacemente a tutti i livelli della prevenzione e della cura.

L'adozione di un corretto stile di vita comprende: corretta alimentazione, pratica di adeguata attività fisica, riduzione del consumo di alcool e di sale e abolizione del fumo di sigaretta.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità sottolinea come un'alimentazione squilibrata unita alla sedentarietà, abitudini sempre più diffuse tra bambini ed adulti, possano favorire l'insorgenza di sovrappeso ed obesità e lo sviluppo, negli anni, di patologie croniche (malattie cardiovascolari,

tumori, diabete) che rappresentano nei nostri paesi le principali cause di malattia.

I "Libretti della Salute" sono stati ideati e scritti considerando le più recenti pubblicazioni scientifiche, sia nel campo epidemiologico che in quello della ricerca, e nell'ottica di ideare, pianificare e realizzare piani di promozione della salute nei quali ogni cittadino abbia un ruolo attivo e consapevole per il proprio e l'altrui benessere. Negli otto Libretti vengono trattati i concetti basilari dei corretti stili di vita, schematizzati in maniera diversa in base alla fascia di età

- **NutriMenti 1: la sana alimentazione per i più piccoli (0-6 anni).**
- **NutriMenti 2: la sana alimentazione per i bambini e i ragazzi (6 -17 anni)**
- **L'alimentazione della salute (adulti)**
- **RiGuardo la salute (anziani)**
- **L'alimentazione dello sportivo**
- **La nutrizione del paziente oncologico**
- **Naturalmente celiaco.**

L'intervento è rivolto alla popolazione dell'area metropolitana di Bari e dei paesi afferenti al Dipartimento di Prevenzione della ASL Bari; successivamente si potrà estendere alle fasce di popolazione a rischio della regione Puglia.

Il risultato atteso dalla diffusione dei Libretti della Salute, è che i corretti stili di vita diventino abitudini quotidiane e diano la consapevolezza che possono prevenire patologie cronico-degenerative, compreso il cancro. Tale intervento di prevenzione primaria, contribuisce ad arginare l'epidemia di malattie cronico degenerative e rappresenta un valido aiuto anche per



o condizione patologica; mettendo in evidenza soprattutto i corretti comportamenti alimentari. Sono rivolti a: bambini in età pediatrica (0 - 6 anni), bambini e adolescenti (6 - 17 anni), adulti (18 - 65 anni), anziani (oltre i 65 anni), sportivi, donne in gravidanza, pazienti oncologici e pazienti celiaci.

I Libretti sono così denominati:

- **La corretta alimentazione in gravidanza**

soggetti che presentano già fattori di rischio comportamentali o intermedi. I Libretti della salute, ideati e scritti dalla dott.ssa Maria Grazia Forte, medico nutrizionista del Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione dell'Area Metropolitana di Bari, sono stati fortemente sollecitati dal dott. Domenico Lagravinese, Direttore del Dipartimento di Prevenzione della ASL Bari, il quale considera la prevenzione nutrizionale un'azione fondamentale nella lot-

ta contro le Malattie Croniche non Trasmissibili. I Libretti sono stati realizzati anche con l'ausilio dell'Apulian Natural Cookery School – PerCorsi di Cucina e Alimentazione Naturale, che ha offerto la collaborazione dei suoi chef per sviluppare alcune proposte menù di sana e corretta alimentazione mediterranea volte alla riscoperta delle nostre tradizioni, della nostra cultura contadina e di uno stile di vita purtroppo dimenticato.

Numerosi gli studi sugli aspetti benefici e preventivi della dieta mediterranea e una cucina semplice e genuina, fatta di materie prime stagionali, mediterranee e possibilmente biologiche, nobili anche nella loro povertà, è senz'altro la forma di alimentazione da prediligere. Purtroppo negli ultimi decenni è cambiato il nostro approccio con il cibo, sono mutate le nostre abitudini, lo stile di vita e di conseguenza il nostro modo di mangiare. Tutti noi pensiamo di nutrirci in modo sano ma ogni giorno, per lavoro, pigrizia, mancanza di tempo e per cattiva informazione usciamo dai canoni dell'alimentazione basata sui principi della

dieta più sana al mondo: la dieta mediterranea. I Libretti della salute saranno presentati a Bari il 25 Ottobre c.a. nella sala conferenze della Camera di Commercio con un Convegno scientifico/divulgativo dal titolo: "Nutrire per prevenire: I Libretti della Salute". Il Congresso, patrocinato da numerose Istituzioni

e società scientifiche, ha lo scopo di mettere a confronto, sulla tematica di adozione dei corretti stili di vita per la promozione della salute, le maggiori istituzioni nazionali e regionali e le figure professionali, con specializzazioni diverse, che operano nel campo della medicina, sanità pubblica, ricerca e alimentazione.

Inoltre, la corretta divulgazione dei concetti basilari della prevenzione, che sarà tenuta dai relatori e da professionisti della comunicazione, ha lo scopo di far pervenire alla popolazione le informazioni per comprendere ed attuare i "corretti stili di vita" e informare della possibilità di trovare nei Libretti una valida guida pratica. La divulgazione e distribuzione gratuita dei Libretti nell'area geografica di pertinenza, vuole raggiungere l'obiettivo di promuovere scelte salutari, accrescere l'autoconsapevolezza nei bambini e negli adulti e la loro fiducia nell'efficacia dei comportamenti intrapresi per mantenere la propria salute nel tempo; fungere, inoltre, da volano perché tale progetto possa essere adottato da altri organi istituzionali per una sempre e maggiore divulgazione dei corretti stili di vita per la popolazione di tutte le regioni italiane.



DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

I LIBRETTI DELLA SALUTE



L'alimentazione della salute
la corretta alimentazione per gli adulti

Maria Grazia Forte

Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione Area Metropolitana Bari
Ambulatorio di Prevenzione Nutrizionale ed Educazione Alimentare

Coordinamento Donne A.F.O.R.P.

AREA TERRITORIALE LECCE-BRINDISI

CONVEGNO: "L'Etica e l'Umanità dentro e fuori le Imprese: Donne - Lavoro - Maternità"

Il Coordinamento Donne A.F.O.R.P., nell'ambito delle attività associative rivolte al sociale e alla partecipazione, su proposta della coordinatrice regionale Grazia Guida e territoriale Ornella Miano, ha promosso un evento sul tema "L'Etica e l'Umanità dentro e fuori le Imprese: Donne - Lavoro - Maternità", che si svolgerà a Lecce, Venerdì 25 Ottobre 2019, con inizio alle ore 16.00, presso il Teatrino del Convitto Palmieri, che vedrà la partecipazione di rappresentanti di associazioni di volontariato e delle istituzioni.

Il confronto a più voci sarà orientato a raccogliere le testimonianze più autentiche e dirette sulle esperienze e sulla rappresentanza istituzionale.

Consolidamento della rete dei Presidi Territoriali di Assistenza

Una nuova stagione per la sanità territoriale

di Ottavio Narracci

Direttore di Distretto Socio Sanitario

Nell'ambito del Forum Sanità hanno assunto grande rilievo le politiche e le strategie per lo sviluppo di una sanità sempre più vicina al cittadino, senza distinzione alcuna, ed anzi con una particolare attenzione verso le più diverse forme di fragilità. La attuazione nel territorio regionale di tali politiche necessita dell'azione sinergica ed integrata di una pluralità di atto-

un obiettivo prioritario il consolidamento della rete dei Presidi Territoriali di Assistenza (PTA), secondo quanto previsto dalla apposita regolamentazione regionale. Tale processo si compone di diversi elementi, i quali devono coesistere sotto forma di interventi di natura diversa, ma convergenti nell'attuare il modello di presa in carico territoriale con la conseguente gestione dei percorsi assistenziali. Molteplici sono gli interventi da assicurare per giungere ad una efficace standardizzazione del modello, come il com-

obiettivi di copertura assistenziale.

Parallelamente va assicurata una efficiente gestione degli investimenti da fondi strutturali europei, con l'obiettivo dichiarato di assicurare entro la scadenza del periodo di riferimento (che è l'anno 2020, con possibilità di rendicontare fino al 2022) l'aggiudicazione delle forniture tecnologiche previste e l'espletamento delle procedure per i lavori di adeguamento delle strutture ai requisiti regolamentari del PTA.

Lo sviluppo delle predette attività pre-



ri, una pluralità, e quindi una complessità sempre più evidenti, che il distretto socio sanitario è chiamato a governare, quale macro-struttura organizzativa dell'azienda sanitaria nella quale si incardina istituzionalmente questa missione.

Nel settore della sanità territoriale si è registrata una profonda innovazione normativa, che attende di vedersi attuata con il passaggio dalla lunga fase di transizione sperimentale ad una fase nuova di "messa a regime" e diffusione omogenea su tutto il territorio regionale delle migliori esperienze maturate durante l'ultimo decennio. In questo senso, è certamente

pletamento dell'offerta di specialistica ambulatoriale (per la quale la regione Puglia ha destinato risorse aggiuntive), il consolidamento del servizio di continuità assistenziale H24 con assistenza infermieristica in continuità con il servizio di guardia medica notturna e festiva, la attuazione di percorsi assistenziali in day service di tipo medico e chirurgico, la attivazione ove possibile di nuclei di degenza territoriale, siano essi ospedali di comunità o moduli riabilitativi ad elevata intensità ("R1"), con omogenea distribuzione nel territorio, lo sviluppo della domiciliarità teso a raggiungere gli

suppone un approccio strategico di tipo pro-attivo nei confronti del territorio, orientato particolarmente verso i cittadini in condizioni di cronicità, non auto-sufficienza, fragilità. Per questo occorre creare l'infra-struttura tecnico-organizzativa più adeguata a garantire tale approccio, un vero e proprio "cruscotto direzionale" pensato per il Distretto socio sanitario capace di dialogare con il sistema Edotto in cui si integrano i vari segmenti dell'attività socio sanitaria territoriale: la gestione delle cronicità con attivazione dei percorsi dedicati alle principali malattie croniche e alla chiamata attiva dei

pazienti, la domiciliarità, gli interventi di telemedicina e di teleassistenza, l'integrazione sociosanitaria, la continuità tra ospedale e territorio, e quant'altro contribuisce a sviluppare la conoscenza epidemiologica e la capacità di intervento sul territorio (si pensi soltanto a quel potentissimo strumento di lettura del bisogno che è il consultorio familiare).

Ovviamente si rende urgente la definizione di una "intesa" con la Medicina Generale finalizzata alla condivisione del modello organizzativo basato sulla presa in carico proattiva, che ha già trovato un importante punto di riferimento nella approvazione del modello di gestione del paziente cronico "Puglia care" da parte della G.R. avvenuta ormai circa un anno fa, ed in attesa della attuazione dei relativi percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA). A tale proposito, il razionale del progetto dovrebbe prevedere che i Medici di famiglia mettano a disposizione le anagrafiche dei propri pazienti cronici per poterli inserire nei percorsi

assistenziali e diagnostici previsti, il che potrà avvenire mediante una gestione localizzata negli studi di medicina generale con adeguata assistenza infermieristica e supporto di telemedicina, oppure mediante una gestione dedicata negli ambulatori infermieristici situati nei PTA o nei poliambulatori distrettuali più strutturati.

All'interno di questi ultimi gli Infermieri "care giver", opportunamente specializzati, saranno chiamati a gestire (e già lo fanno in alcuni territori) le prestazioni diagnostiche e specialistiche previste nei PDTA mediante un sistema di chiamata attiva. Tutto questo servirà anche allo scopo di evitare richieste di prestazioni non appropriate e ridondanze varie che si

flessibili, inter-operabili, dialoganti con il sistema Edotto e governati dal Distretto Socio Sanitario. Queste linee di intervento rappresentano una rotta ineludibile per la concreta attuazione di un modello di presa in carico realmente centrato sulla persona e localizzato all'interno del territorio. Per questo occorre un distretto socio sanitario all'altezza del compito, nel

quale le parole d'ordine siano integrazione multidisciplinare e multiprofessionale delle competenze e non già compartimentazione, trasversalità degli interventi e loro convergenza sulle persone e non rigida verticalità di adempimenti, innovazione tecnologica a servizio della connettività necessaria per le funzioni di governo e per le funzioni assistenziali (ICT), nuovo rapporto con l'ospedale a garanzia della continuità assistenziale e della presa in carico dei pazienti cronici (da sviluppare specialmente in sinergia con l'ospedale di base). Formazione continua a livello manageriale e professionale, attuazione virtuosa degli investimenti europei per il potenziamento tecno-

logico e strutturale, sviluppo ICT, sono dunque le principali leve strategiche che vanno azionate in maniera sinergica da parte di tutti gli attori del sistema, per realizzare concretamente il nuovo modello di sanità che vede nel Territorio il ruolo di protagonista principale nella promozione della salute dei cittadini pugliesi.



traducono in artificiosi allungamenti dei tempi di attesa. Nel modello ipotizzato, l'accesso al sistema è reso possibile anche da un numero unico di accesso che è la porta di ingresso al sistema distrettuale con i suoi blocchi operativi descritti in precedenza, i quali non sono compartimenti stagni, bensì sotto-sistemi operativi

TRASPARENZA

SEZIONE DOCUMENTALE SANITA' REGIONE PUGLIA

DETERMINAZIONI - LEGGI - DELIBERE

WWW.AFORP.IT



Successo di una organizzazione, partecipazione e innovazione Per una sanità di svolta

**Forum 2019
Mediterraneo
in Sanità**

di STEFANIA CARDO

Grande successo di partecipazione all'edizione 2019 del Forum Mediterraneo in Sanità. All'inaugurazione è intervenuto il presidente della Regione Puglia Michele Emiliano. "Stiamo cercando di risalire la china nella quale la sanità del Mezzogiorno era caduta non solo per sue responsabilità ma anche per una sottocapitalizzazione sia del capitale umano che del capitale finanziario. Quando la sanità pugliese mi è stata affidata

fino il mio numero di telefono, vengono esaminati quotidianamente. I pazienti mi chiamano quando si ritarda nelle prenotazioni, per le liste di attesa, si fanno consigliare, vengono dirottati verso i CORO che sono i centri di informazione oncologica, verso i direttori generali, stiamo sollecitando i CUP, centri unici di prenotazione, ad avere un atteggiamento meno burocratico perché sono i principali interlocutori dei nostri pazienti che vanno consigliati e indirizzati".

"Insomma, invito tutti a mantenere l'assetto che abbiamo dato in questi

storia che li abbiamo chiusi".

"Tutto questo - ha concluso Emiliano - con la costruzione di cinque nuovi ospedali: non è mai successo che se ne costruissero tanti in Puglia contemporaneamente. A Monopoli-Fasano abbiamo già buttato i plinti, a Taranto abbiamo sbloccato una storia dopo quindici anni. Ad Andria, a Maglie e anche nel Nordbarese costruiremo nuovi grandi ospedali per acuti e stiamo investendo più di 400 milioni di euro sulla medicina del territorio, negli ospedali di comunità e invitiamo tutti i medici di famiglia, che noi



era in condizioni molto gravi. Oggi sta migliorando sensibilmente: questo non significa che stiamo cominciando a giocare in serie A o che stiamo andando alle olimpiadi o ai campionati del mondo. ".

"Stiamo faticando moltissimo, stiamo combattendo reparto per reparto, - ha sottolineato Emiliano - ristrutturazione per ristrutturazione, concorso di assunzioni di personale per concorso di assunzioni di personale. Chi osserva con obiettività sa che le cose sono in miglioramento. I pazienti hanno ancora ragione nel sollevare tantissimi problemi che attraverso tutti i sistemi possibili, per-

anni, - ha detto ancora il Presidente della Regione Puglia - invitiamo tutti a continuare il lavoro, stanno arrivando cinquemila nuove assunzioni tra medici, infermieri e operatori sanitari e questo è il risultato del piano di riordino che non ha chiuso nessun ospedale. Li abbiamo solo riclassificati in tre categorie: gli ospedali per acuti, dove vanno le emergenze, gli ospedali per cronici, dove vanno quelli che hanno delle malattie che non guariscono in fretta e quelli per i lungodegenti, quelli che hanno bisogno della riabilitazione. Ma gli ospedali che c'erano, ci sono. Quindi, basta con questa

vorremmo coinvolgere di più in questo sistema, a darci una mano costituendo Cpt, ospedali di comunità, perché in questa maniera potremmo soddisfare, senza passare dagli ospedali per acuti o per cronici o per lungodegenti, la domanda di salute di chi a volte ha solo bisogno di togliersi una preoccupazione, non ha una malattia e che poi sono quelli che aspettano di più nelle liste d'attesa. Capisco che per la gente che si toglie una preoccupazione facendo un esame o una visita è una cosa importante".

Ad aprire i lavori è stato il direttore generale dell'Aress Giovanni Gorgoni.

“Abbiamo scelto il tema delle disuguaglianze di salute” ha spiegato. Prima fra tutte quella tra Nord e Sud. In Puglia, ad esempio, il tasso di dipendenti del sistema sanitario su mille abitanti è di 8,9 mentre in Val d'Aosta è del 17,5: la media italiana è del 10,8. Se la Puglia avesse lo stesso tasso di dipendenti della Toscana avrebbe 19mila unità in più di personale. “Il più allarmante tra i dati presentati è la disuguaglianza delle regioni del Sud rispetto a quelle del nord non tanto sul denaro, il vero limite è quello delle differenze rispetto al capitale umano. Quelle in termini finanziari si possono anche aggiustare, se la politica lo vuole, nel giro di poco tempo. Le differenze invece in capitale umano non le sani in un anno perché per fare un

buon infermiere o un buon medico servono degli anni” è l'analisi di Gorgoni. Alla sessione inaugurale del forum ha partecipato il direttore del dipartimento Salute della Regione Puglia Vito Montanaro che ha annunciato l'assunzione di oltre 5mila unità di personale attraverso un concorso unico regionale, “Roma ci ha autorizzati alla revisione delle nostre piante organiche”. Giovanni Gorgoni, Direttore Generale AReSS, promotore e anima del Forum del Mediterraneo, sul suo profilo facebook, ha espresso un pensiero conclusivo sulle attività svolte. “3750 iscritti, 7000 presenze, 30 sessioni e 300 relatori. La terza edizione del Forum Mediterraneo in Sanità è stato anche questo, ma le cifre sono al solito poco rappresentative della realtà e non

daranno mai conto della preoccupazione con cui ci siamo allargati su tre giorni temendo di fare flop, delle corse e dei colloqui concitati per sistemare i buchi dell'ultim'ora e, soprattutto, della gran voglia di partecipare di tanti. L'impressione che avevamo fatto il botto e che il giocattolo non ci appartenesse più del tutto l'avevamo avuta già il primo giorno quando a fine serata i badge staccati erano 2800 ed era ormai chiaro che questo appuntamento era diventato un dovere verso molti. Le cifre non racconteranno neanche il fascino di vivere la Fiera del Levante alla maniera tradizionale (birra, focaccia e souvenir etnico) e di aggiungere “altro di nuovo” come il nostro/vostro Forum. Non diranno delle levatacce e delle cene di lavoro dopo il Forum, né diranno degli incontri fortuiti - vedi Al Bano che ti ferma per risolvere il problema della vita di una persona disperata (hanno risolto altri - Antonio Sanguedolce - noi abbiamo solo trovato la strada). E non diranno di quanto azzardo e follia cova nei sorrisi del trio che da tre anni monta questo circo (oltre me, Vasco Giannotti e Giorgia Artiano). Ma le cifre saranno del tutto fallimentari nella misura della gratitudine verso i miei collaboratori di AReSS che hanno alimentato i motori della macchina, verso i colleghi del Dipartimento Salute e delle aziende sanitarie (DG & Co) che hanno generosamente portato contenuti e cervelli e verso il Presidente Emiliano che continua a lasciarci carta bianca. Il Forum è diventato grande. Loro lo erano già”.



La sanità in Puglia, cinque anni di cambiamento al servizio dei cittadini

Montanaro, io scommetto solo se so di vincere

"Ho accettato questa scommessa nel dirigere il Dipartimento Promozione Salute, Benessere Sociale, Sport della Regione Puglia pur sapendo della complessità del compito e delle difficoltà. Ma io scommetto solo se so di vincere". Così il direttore generale Vito Montanaro. "E il momento di rivedere i regolamenti del tessuto sanitario. Un lavoro complesso che va fatto affrontando importanti punti: dal governo della spesa, tema sempre attuale, che servirà per una revisio-

struttura per renderla più efficiente e fruibile. Uno sforzo economico di 180 milioni, non pochi. Inoltre, abbiamo sviluppato un piano per le scuole di specializzazione che altrimenti sarebbero state chiuse. Tutto considerato, possiamo essere contenti di quanto sviluppato e del fatto che nonostante i minori finanziamenti, abbiamo chiuso i bilanci nel 2018 con un utile". Da Foggia a Bari. "Stiamo attuando una serie di cambiamenti al servizio dei cittadini e degli studenti - ha

paziente e della performance. Non si possono tollerare più file e attese nella sale del Pronto Soccorso. Abbiamo l'obbligo di dare delle risposte concrete al cittadino. A breve, il Policlinico avrà 250 posti letto in più con Asclepios 3, una metropolitana elettrica di superficie e una serie di accorgimenti tecnologici per rendere i padiglioni del Policlinico uniti da un tessuto connettivo".

Numeri importanti con un trend positivo di crescita quelli descritti dal Direttore Gene-



ne dei contratti e quindi un miglior modo di acquistare, all'immediatezza delle informazioni da condividere fra i centri sanitari, alla gestione del capitale umano, al riordino ospedaliero e territoriale che permetterà di evitare ricoveri inutili, per non dimenticare il problema delle liste di attesa questione non solo pugliese e meridionale".

L'analisi sulla sanità pugliese è poi partita da Foggia. Il direttore generale AO Ospedali Riuniti di Foggia, Vitangelo Dattoli ha spiegato le opere di riqualificazioni iniziate. "Dall'urbanistica agli immobili, all'organizzazione gestionale e alla informatizzazione stiamo portando avanti un restyling della

spiegato il direttore generale dell'Azienda Ospedaliera Policlinico di Bari Giovanni Migliore - non dimentichiamoci che oltre i malati non formiamo i medici di oggi e domani a cui affidiamo la nostra salute. Ci stiamo rimboccando le mani considerando che abbiamo in campo 545 interventi. Siamo impegnati a riaccendere la luce sull'Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII. Qui sono stati attuati una serie di progetti infrastrutturali e organizzativi che rendano più agevole il percorso del bambino malato e della sua famiglia. Un paradigma che poi vogliamo portarlo al Policlinico di Bari, con la stessa filosofia nell'ottica della cura del

rale dell'Asl Bari Antonio Sanguedolce che ha evidenziato come l'Asl territoriale abbia avviato un potenziamento del personale impiegato medico, infermieristico e amministrativo senza precedenti. "Passato e futuro sono lontanissimi - ha detto - abbiamo fatto un salto sorprendente. Attraverso bandi e concorsi nel biennio 2019-2020, l'Asl Bari ha potenziato le figure professionali con contratti a tempo indeterminato: oltre 400 medici, 120 dirigenti amministrativi, quasi 2500 del comparto infermieristico. Bene anche nelle gestioni di due importanti vertenze che sono state risolte con la salvaguardia di oltre 150 posti di lavoro, lavora-

tori assorbiti dalle nostre strutture". Attenzione rivolta anche alla messa a norma delle strutture provinciali dove sono stati spesi complessivamente quasi 25 milioni di euro. "Le prospettive per il futuro – conclude – sono terminare una piattaforma di banca dati biomedica dove essere costantemente aggiornati, il potenziamento della rete dei consultori, della rete aziendale dei centri di endoscopia e mammografia e rivedere l'assistenza penitenziaria. Presto, vorrei aggiungere, dopo un accordo con il Comune di Bari istituiremo un Distretto Unico poliambulatorio nell'ex Centrale del Latte". I cambiamenti strutturali e logistici hanno interessato anche le strutture della BAT. A descrivere i progetti Alessandro Delle Donne, Direttore Generale Asl BAT. "Ad Andria stiamo iniziando la costruzione di un nuovo ospedale. Lavori che si concluderanno entro

Tra il 2015 e il 2019 abbiamo investito 150 mln di euro tra investimenti strutturali e tecnologici, abbiamo aumentato i dipendenti del 10% fino a 4.011, abbiamo contenuto la spesa farmaceutica territoriale diminuendola dal 2013 al 2018 del 3%, purtroppo non spesa farmaceutica ospedaliera che si è incrementata del 8%. I risultati positivi non hanno intaccato il bilancio, dal 2013 manteniamo l'equilibrio".

"La mia azienda è più sociosanitaria che sanitaria e vorrebbe traghettare gli obiettivi etici non dimenticando gli importanti contenuti economici". Così Vito Piazzolla, direttore Asl Foggia. "Sono direttore dell'Asl Foggia da quattro anni ed ho ereditato una situazione particolarmente grave per gli aspetti organizzativi e, soprattutto, per quelli amministrativo-contabili. Siamo riusciti ad orientare tutti gli sforzi per risolvere

medico. Ora stiamo focalizzando l'attenzione ad un sistema di reti cliniche e territoriali per ottimizzare e migliorare i servizi". "Taranto è una delle Asl più complesse per le note compromissioni epidemiologiche ambientali – dice Stefano Rossi, direttore generale Asl Taranto – ma questo non ha impedito di avere un trend di crescita. Oltre al personale che stiamo incrementando, abbiamo da gennaio di quest'anno, creato il C.O.R.O. (Centro Orientamento Regionale Oncologico) dove si sono annullate le liste di attesa. Con i Comuni abbiamo siglato protocolli per dare al territorio nuovi poliamulatori. Siamo lieti anche di aver avuto il consenso dal Miur per l'apertura di un corso di laurea di Medicina aperto a 60 studenti".

A chiudere l'incontro, i due interventi dei direttori degli IRCCS di Bari e Castellana



cinque anni. Quello attuale non andrà perduto ma, anzi, ristrutturato per ospitare attività prima mancanti per carenza di infrastrutture. Interventi saranno fatti a Barletta, Bisceglie, Trani, Canosa. Ma quello che voglio sottolineare è la velocità di realizzazione dei lavori che vengono seguiti giornalmente per non creare ritardi ed ulteriori disagi alla popolazione.

"Abbiamo una grande responsabilità per quello che dobbiamo gestire – aggiunge il direttore generale dell'Asl Brindisi Giuseppe Pasqualone – guardando i numeri non è cosa di poco conto. Siamo cresciuti tra tante difficoltà. Diciamo che ci siamo difesi bene.

i problemi attraverso un programma sanitario condiviso con tutti i dirigenti territoriali. Ora pensiamo a sviluppare comportamenti, strategie e creare la Centrale Operativa Territoriale. Per questo sono stati previsti oltre 70mln di euro di investimenti".

"La ripartenza si attua con il piano di riordino e la suddivisioni delle missioni fra le diverse strutture – interviene Rodolfo Rollo, direttore generale Asl Lecce – stiamo gestendo il problema della mancanza di personale dovuta dell'accorpamento dei presidi che e al pensionamento del personale assunto intorno agli anni ottanta. Abbiamo ripreso nell'assunzione dei medici e personale non

Grotte. "All'Istituto Giovanni Paolo II di Bari abbiamo diminuito i disavanzi dal 2015 ad oggi – chiarisce il direttore generale Antonio Delvino – stiamo ottenendo importanti accreditamenti e aperto l'istituto alle famiglie, oltre che incrementando l'offerta assistenziale ai pazienti". "Abbiamo raddoppiato i ricavi di esercizio nel triennio 2016-18 – ha concluso Gianluigi Giannelli, direttore scientifico dell'IRCCS De Bellis di Castellana Grotte – il nostro istituto si è comportato discretamente bene nelle pubblicazioni scientifiche rispetto al 2017. Importante è la collaborazione con Paesi esteri con cui ci scambiamo sinergie importanti".

La sfida dell'Italia è partita, ma con ritardo e senza continuità di finanziamenti pubblici

La ricerca va di pari passo con l'assistenza

Quando funziona per le rare funziona per tutto. Assistenza, comunicazione, ricerca di altissimo livello ma soprattutto continuità, sostenibilità e controllo dei finanziamenti per evitare sprechi e fuga dei "cervelli". La sfida dell'Italia è partita ma con ritardo e senza una continuità di finanziamenti pubblici ancora insufficienti e spesso distribuiti a pioggia.

"La ricerca va di pari passo con l'assistenza – spiega la coordinatrice regionale Malattie Rare Puglia Giuseppina

orare: 1) migliorare l'assistenza; 2) sviluppare le reti di teleassistenza per il contatto di centri e ospedali; 3) formazione e aggiornamento sulle malattie rare; 4) aggiornamento delle liste dei farmaci necessari alle cure delle MR e costituzione di un fondo dedicato per i farmaci; 5) ottimizzare i percorsi per i pazienti e riduzione delle liste di attesa; 6) organizzazione territoriale dei centri per diminuire il disagio dei malati; 7) qualità dei servizi erogati e qualità dei singoli centri; 8) continuità assistenziale fuori gli ospedali; 9) pro-

con la fraternità che non si capisce che fine abbia fatto. L'altro ci da fastidio. Allora in quest'ottica, propongo ai medici di ritrovare l'umanizzazione delle cure con l'etica della sedia. Medici sedetevi al fianco del malato".

Sui finanziamenti pubblici per la ricerca nel settore delle cure per le malattie rare, il direttore generale Ricerca e Innovazione in Sanità del Ministero della Salute, Giovanni Leonardi sottolinea: "I finanziamenti agli istituti di ricerca e all'università non vengono fatti

a caso ma sono preceduti da una serie di analisi del lavoro svolto. Vengono valutati sulla performance dimostrata, l'efficienza, la qualità dell'assistenza, la capacità di lavorare in rete. Abbiamo anche avviato un progetto con un finanziamento di circa 1,2 mln di euro per le indagini genetiche di quelle patologie che non hanno diagnosi". A chiudere la sessione di lavori l'intervento



Annichiarico – non siamo al punto zero, ma abbiamo creato un'impalcatura importante. Si è parlato dell'interessamento della politica per questo tema. Bene. Insieme ai coordinatori regionali Malattie Rare e i segretari regionali di FIMP - Federazione Italiana Medici Pediatri di Puglia, Calabria, Sicilia, Campania e Basilicata, la Rete AmaRe Puglia abbiamo scritto un documento, Board Exp(I)orare per l'appunto, dove vengono elencati dieci punti programmatici da inviare all'attenzione del Ministro della Salute e dei Presidenti delle Regioni del Sud". Questi i punti del documento Exp(I)

getti d'istruzione domiciliare e definizione di percorsi scolastici più semplici di inserimento degli alunni. 9bis) coinvolgimento di tutti i gradi della scuola". Tra gli interventi della mattinata quello di Mons. Francesco Savino della Diocesi di Cassano all'Jonio che ha sottolineato come nel mondo di oggi si sia persa l'umanizzazione delle cure. "L'umanizzazione è costitutiva delle professioni. Tuttavia, viviamo il tempo della disumanizzazione e mi auguro che nasca una nuova stagione. Il diritto di cura dei malati è prevaricato dagli interessi privati, dalle speculazioni economiche, dalla modernità. La modernità fallisce

della senatrice Paola Binetti, Gruppo Interparlamentare Malattie Rare. "Abbiamo dei nuovi interlocutori al Governo.

Questo però non rallenterà il bisogno di trovare subito delle risposte e una chiarezza normativa. Il paziente non deve imbattersi nella burocrazia ed avere così una sofferenza aggiuntiva. Il dialogo trasversale delle varie forze politiche e il lavoro che stiamo facendo è finalizzato a concretizzare tre punti fondamentali: un piano nazionale per le malattie rare, un finanziamento dedicato, e soprattutto, un quadro normativo semplificato".

Intervento del Presidente A.F.O.R.P. Marchitelli

I soggetti aggregatori e la razionalizzazione della spesa sanitaria

Nel corso della prima giornata del Forum Mediterraneo in Sanità 2019, riflettori puntati su spesa sanitaria e soggetti aggregatori, sicurezza integrata. I soggetti aggregatori e la razionalizzazione della spesa sanitaria: acquisti "dispositivi medici" e "servizi" e iniziative in ambito ICT, è stato questo il tema del confronto tra i diversi attori in campo. Razionalizzare la spesa sanitaria attraverso un confronto fra soggetti aggregatori, Centrali Regionali, fornitori e piccole e medie

del Comitato Guida Soggetti Aggregatori, sono intervenuti: Roberto Americioni (Responsabile Centrale Regionale Acquisti per la Sanità (CRAS) Umbria Salute e Servizi), Alessandra Boni (Direttore Generale Intercent-Emilia Romagna), Alessandro Di Bello (Direttore Generale InnovaPuglia), Adriano Leli (Direttore Generale SCR Piemonte), Cinzia Lilliu (Direzione Generale della Centrale Regionale di Committenza Sardegna), Pierdanilo Melandro (Dirigente Soggetto

vativi, che vengono trattati dal codice appalti e che, probabilmente, solo in pochi hanno provato già a recepire e a provare. Noi di InnovaPuglia siamo tra i pochi che abbiamo fatto esperienza. Credo anche che Soresa è tra questi. Noi, ahimè, siamo ancora al primo giro del DCPM e ci siamo focalizzati nel cercare di esaurire tutte le categorie previste. Implementare nuovi servizi associati è un po' complicato, in quanto abbiamo la necessità di esaurire tutte le categorie, nei tempi più stretti possibile, considerando che anche noi abbiamo avuto problemi di ricorsi. Oltre la complessità di trovare un dialogo con le nostre rispettive regioni e senza un dialogo vero difficilmente possono venir fuori dei capitolati, che siano effettivamente rispondenti alle caratteristiche del territorio. Ovviamente il capitolato è frutto anche dell'organizzazione che la politica regionale in ambito sanitario si è data. Non può essere difforme, non possiamo decidere noi, di andarcene per i fatti nostri". E' anche intervenuto Beppe Marchitelli, Presidente A.F.O.R.P. che si è soffermato sui seguenti aspetti. "Le questioni in questo ambito sono fondamentali, il governo dei conti resta una preconditione per una gestione efficiente ed efficace delle risorse disponibili. Siamo impegnati dal 2012 segnalando, in ogni sede, che l'attuazione dei prezzi di riferimento eccessivamente bassi a nostro avviso, nel limite massimo consentito, rischia di produrre effetti devastanti sulle imprese che operano nella sanità. I rappresentanti della politica a tutti i livelli dovrebbero assumersi la responsabilità del loro mandato, raggiungere l'equilibrio tra appropriatezza e sostenibilità, con indicazioni certe, potrebbe finanche realizzarsi. Sostenibilità che può essere raggiunta con politiche concrete di introduzione di tecnologia e digitalizzazione dei servizi. La regola per il mercato è sempre quella: acquistare attraverso i piani di riordino ospedaliero, riorganizzazione dei servizi, la governance con la cosa giusta, al posto giusto, al momento giusto". Al confronto sono anche intervenuti: Lorenzo Terranova (Confindustria Dispositivi Medici), Marisa Giampaoli (AD Hospital Consulting), Luana Pruiti Ciarello (Medtronic).



imprese. Ognuno chiamato a descrivere le proprie criticità in un ambito che vede molti punti ancora da chiarire e da cambiare. L'esigenza di collaborazione è stato un punto in comune da parte di tutte le realtà partecipanti al dibattito concordi nel diminuire gli sprechi, razionalizzare la spesa ed evitare errori nelle gare di assegnazione. E non solo. Una revisione del codice appalti è stata auspicata da più parti per rendere più snello il rapporto fra fornitori e soggetti aggregatori, per iniziare una fattiva e reale collaborazione. Al confronto, moderato da Gianluca Postiglione

Aggregatore - Regione Marche). "L'Emilia Romagna è stata la prima regione a pensare ad una centrale acquisti per la sanità - ha sottolineato Alessandra Boni, Direttore generale Intercent ER - siamo attivi dal 2005 diventando un modello per tutti. E' chiaro che quanto facciamo è per spendere meno e meglio in costante rapporto con le Regioni e in linea con le politiche sanitarie. Il dialogo continuo con le Aziende Sanitarie permette di intervenire se qualcosa non va". Il Direttore Generale di InnovaPuglia, Alessandro Di Bello, ha affermato che: "La frontiera degli acquisti inno-



Successo del 19° Meeting del Volontariato

Nuove GenerAzioni con sguardo sul futuro

di **STEFANIA CARDO**

Il Coordinamento Donne A.F.O.R.P., con la coordinatrice regionale Grazia Guida, ha partecipato al 19° meeting del volontariato "Nuove GenerAzioni", che si è svolto presso la Fiera del Levante di Bari e promosso dal CSV San Nicola. Il Meeting del Volontariato anche

questa'anno è stato ricco di appuntamenti, convegni, focus group, laboratori, mostre, spettacoli teatrali e animazione, che hanno affrontato temi attuali e stimolanti. L'edizione di quest'anno "Nuove GenerAzioni" è stata incentrata sui giovani e sulla loro capacità di portare sguardi nuovi sul presente.

I volontari hanno sempre atteso il Meeting del Volontariato perché

propone progetti culturali in grado di dare attualità alla gratuità, alla solidarietà e alla sussidiarietà, principi ispiratrici di quelle azioni che ogni giorno hanno ricadute così importanti sulle nostre piccole e grandi realtà territoriali.

"Nuove GenerAzioni", il tema di quest'anno, ha rappresentato un'opportunità straordinaria di approfondimento e confronto, tra i volontari e le associazioni, sia per tutti gli studenti, gli insegnanti e i dirigenti scolastici del territorio di Bari e Bat, che hanno risposto all'invito del CSV e hanno partecipato al Meeting del Volontariato. L'incontro tra Terzo Settore e Scuole in occasione degli eventi del CSV San Nicola si è sempre rivelato essere stimolante occasione di crescita. Si è voluto, offrire alle nuove generazioni, la possibilità di essere testimoni di un cambiamento positivo, in una società, in cui l'incontro con l'altro, può e deve essere occasione di conoscenza e di arricchimento reciproci.



Forum del Mediterraneo - Spazio espositivo - Presente A.F.O.R.P.

Per dare forza agli imprenditori della sanità

L'A.F.O.R.P. (Associazione Fornitori Ospedalieri Regione Puglia) ha partecipato al Forum del Mediterraneo in Sanità con un spazio corner nell'area espositiva, dove sono state date informazioni sulle attività associative e dove è stato distribuito il periodico "Vivilasanità".

Sono state distribuite circa 250 copie, che hanno accolto il favore dei lettori. Visibilità che potrebbe consentire ad altri imprenditori del settore sanità di avvicinarsi all'Associazione, per dare forza ma anche in difesa degli interessi della categoria.

L'A.F.O.R.P. ha partecipato al Forum del Mediterraneo con i livelli rappresentativi. Il Presidente Beppe Marchitelli, il Vice-Presidente Grazia Guida, il Presidente dei Probi-Viri Giovanni Spagnoletta, alcuni componenti del Consiglio direttivo, dei Probi Viri e imprenditori associati hanno seguito alcune sessioni del Forum.



La vera sfida della Digital Health è di elevare la qualità del lavoro dei professionisti

Casa AReSS cresce e si consolida

La nuova agenzia strategica pugliese completa tre caselle "di peso" dell'innovativo organigramma con la nomina di tre nuovi direttori apicali.

Si tratta di Lucia Bisceglia, direttrice dell'Area Epidemiologia e Care Intelligenza, Elisabetta Graps, direttrice dell'Area Valutazione e Ricerca e di Ottavio Di Cillo, direttore dell'Area E-Health.

Selezionati con pubblico concorso prenderanno servizio dal primo settembre e la loro nomina, per molti versi, arriva in corsa rispetto a importanti progetti già avviati da AReSS e, per altri versi, diventa strategica per la partenza di altrettanto rilevanti iniziative italiane ed europee.

Lucia Bisceglia è medico chirurgo specializzata in Medicina del Lavoro e successivamente perfezionatasi in Epidemiologia e in Medicina Ambientale; prima del nuovo incarico si è occupata in AReS di studi epidemiologici sui fattori di rischio ambientale e relativi impatti sulla salute umana, di attività regionali di programmazione e valutazione dei servizi sanitari e di progetti di stratificazione e profilazione della popolazione cronica pugliese. Attualmente è anche coordinatrice del Registro Tumori Puglia (RTPuglia).

"Attraverso le competenze mediche, informatiche e statistiche che compongono l'Area - dice Lucia Bisceglia - abbiamo l'obiettivo di produrre e condividere le conoscenze sulle dinamiche di generazione dei bisogni di salute allo scopo di supportare la programmazione di servizi e reti cliniche di qualità con un'attenzione particolare alle fragilità, al contrasto alle disuguaglianze e al rapporto tra ambiente e salute".

Elisabetta Graps è medico chirurgo specializzata in Sanità Pubblica e Medicina Preventiva; prima del nuovo incarico si è occupata in AReS di studi di Health Technology Assessment, di progetti di efficienza allocativa delle grandi tecnologie

Italiana HTA presso Agenas è attualmente anche la coordinatrice del Centro Regionale HTA (CRHTA Puglia).

"L'obiettivo dell'Area per i prossimi anni sarà quello di contribuire a delineare politiche sanitarie sicure, efficaci, condivise con i professionisti e centrate sui pazienti - si propone Elisabetta Graps - In questo senso la valutazione delle tecnologie sanitarie (HTA) e l'attenzione alla ricerca sanitaria dovranno servire a perseguire uno scopo concreto: migliorare significativamente la salute dei cittadini e la loro qualità di vita."



sanitarie e di valutazione di sostenibilità clinico-economica di dispositivi a tecnologia complessa. Componente della Rete

Ottavio Di Cillo è medico chirurgo specializzato in Cardiologia e malattie vascolari ed in Cardiochirurgia; tra i principali artefici della Centrale Regionale di Telecardiologia, prima del nuovo incarico è stato Direttore della UO Cardiologia d'Urgenza e Telecardiologia presso il Policlinico di Bari e responsabile per la stessa unità operativa della Struttura di Sede delle Scuole di Specializzazione in Cardiologia, Medicina del Lavoro e Medicina d'Urgenza dell'Università degli Studi di Bari "Aldo Moro".

"La vera sfida della Digital Health è di elevare la qualità del lavoro dei professionisti della salute e di inventarne nuovi profili - suggerisce Ottavio Di Cillo - Cresceranno le professionalità dotate di High Skills e denominate STEM (Science, Technology, Engineering, Mathematics) che dovranno integrarsi con le sempreverdi Soft Skills quali pensiero critico, creatività, intelligenza emotiva, leadership e gestione del cambiamento. L'obiettivo rimane quello di una sanità sempre più basata sul Valore."



Sei anni senza Paola Labriola

E poi, la vita chi te la salva?

di **STEFANIA CARDO**

Sei anni senza Paola Labriola: era il 4 settembre 2013 quando la psichiatra barese, che aveva per anni e in più occasioni denunciato la mancata sicurezza del luogo di lavoro, veniva assassinata da un suo paziente con settanta coltellate. A lei, come simbolo di tutti i medici, gli infermieri e gli altri professionisti della sanità che ogni giorno sono vittima di aggressioni, è stata dedicata la Giornata

della Fnomceo Filippo Anelli -. La sua tragedia ha portato all'attenzione dell'opinione pubblica la situazione drammatica, che molti medici, affrontano quotidianamente, sul posto di lavoro, in condizioni di sicurezza precarie. Il suo sacrificio non sia dimenticato". "All'indomani di quel barbaro omicidio i vertici regionali e i politici presero un impegno solenne per mettere in sicurezza le strutture e tutelare i medici e i professionisti della salute. Eppure, a distanza di sei anni, siamo diventati la prima regio-

quelli che non vengono denunciati e che quindi non sono censiti. Di fronte a questa recrudescenza delle aggressioni, chiedo al Presidente della Regione Puglia, Michele Emiliano, un impegno supplementare per tutelare tutti coloro che ogni giorno si prodigano a difendere la salute dei cittadini", ha concluso Anelli. E proprio la storia di Paola Labriola, raccontata attraverso una lettera postuma della figlia Ilaria, ha aperto il corso C.A.R.E. - Consapevolezza, Ascolto, Riconoscimento, Empatia -,

NEL 2018 GLI OPERATORI SANITARI IN ITALIA
HANNO SUBITO **1200 AGGRESSIONI***

E POI, LA VITA CHI TE LA SALVA?

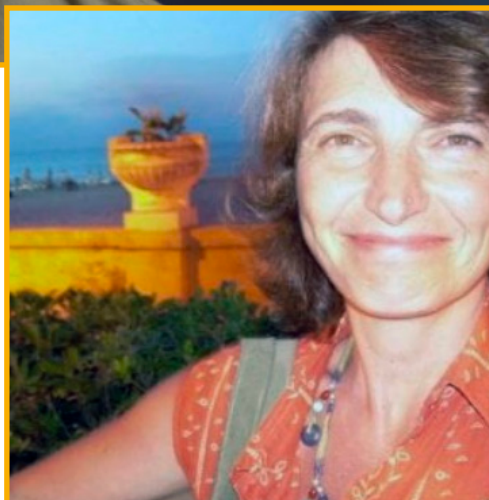
CHI AGGREDISCE UN MEDICO FERISCE TUTTI NOI.
CHIUDIAMO QUESTA FERITA PER SEMPRE.

FNOMCeO
Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

*DATI INAL REPORT AL CASI DENUNCIATI

www.fnomceo.it

ta nazionale contro la violenza verso gli operatori sanitari, che, organizzata dalla Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (Fnomceo) insieme all'Ordine dei Medici territoriale, si è celebrata a Bari il 13 settembre scorso e si è conclusa presso l'Auditorium "Nino Rota" del Conservatorio "N. Piccinni", con il Concerto di musica orchestrale dell'Orchestra Sinfonica della Città Metropolitana di Bari, diretta da Alfonso Girardo. "Abbiamo voluto ricordare Paola Labriola come martire della Professione medica - ha affermato il Presidente



ne italiana per aggressioni contro il personale sanitario. Solo nell'ultima settimana sono state denunciati tre casi di violenza. Ma sono molti di più

incentrato sulle tecniche per disinnescare i comportamenti violenti, che è stato offerto gratuitamente dalla Fnomceo a tutti i medici tramite il sito della Fondazione Pietro Paci e dalla Fnopi (la Federazione degli Ordini delle Professioni infermieristiche) a tutti gli infermieri sulla piattaforma Fadinmed.

Intanto a livello nazionale è stata presentata ufficialmente la nuova campagna della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO) contro la violenza sugli operatori sanitari. "E poi, la vita chi te la salva?"

si chiedono tre pazienti, una donna, un uomo, un ragazzo, i cui volti emaciati campeggiano sui manifesti 6x3 che hanno tappezzato le città italiane. In alto, sfumato, una sorta di flash back: l'immagine di un'operazione, di un defibrillatore, di un intervento in urgenza-emergenza. Più sotto, il claim: "Chi aggredisce un medico ferisce tutti noi. Chiudiamo questa ferita per sempre."

"In quella virgola, in quella pausa dopo le parole 'e poi' sta la riflessione che ognuno dovrebbe fare quando sta per aggredire un medico - spiega il Presidente della FNOMCeO, Filippo Anelli -. I medici sono lì per te, per salvarti la vita. Come diceva un'altra nostra campagna, il nemico è la malattia, non il medico". La

panti, come il dilagare di fenomeni di violenza e il diffondersi di un'informazione sanitaria non attendibile - ha affermato ancora Anelli - Laddove il paziente è un consumatore, il medico perde automaticamente autorevolezza, diventa detentore di un sapere "da scaffale" e relativo. Si è così minata l'alleanza medico-paziente e creata una evidente frattura nel delicato mondo sanitario, in cui la reciproca fiducia, tra curato e curante, è il cemento che tiene insieme il Servizio Sanitario pubblico. Di qui il ripetersi di aggressioni ai danni dei colleghi su cui viene scaricata la responsabilità e di conseguenza la rabbia dei pazienti e dei loro familiari per ogni vero o presunto malfunzionamento del sistema". "Occorre su-

ne FNOMCeO, per la Sicurezza degli operatori, stiamo lavorando".

"La garanzia del diritto alla salute non può però essere affidata solo a criteri di utilità economica e dinamiche di mercato, perché deve invece fondarsi su "dignità e libertà", i due principi cardine del Servizio Sanitario Nazionale che regolano il rapporto tra il cittadino e le professioni sanitarie - ha spiegato il Presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, Filippo Anelli -. Di fronte al prevalere nella nostra società della logica del profitto, la professione medica rappresenta infatti un punto di riferimento quale garante della dignità della persona e del diritto alla salute al di là di ogni logica mer-



NEL 2018 GLI OPERATORI SANITARI IN ITALIA
HANNO SUBITO **1200 AGGRESSIONI***

E POI, LA VITA CHI TE LA SALVA?

CHI AGGREDISCE UN MEDICO FERISCE TUTTI NOI.

CHIUDIAMO QUESTA FERITA PER SEMPRE.

 **FNOMCeO**
Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

*DATI ISTAT. PRESENTI AI CASI DENUNCIATI

www.fnomceo.it

campagna, che è già partita a Bari in occasione della Giornata contro la violenza verso gli operatori sanitari, celebrata appunto il 13 settembre scorso, è stata presentata ai centosei presidenti degli Ordini territoriali, riuniti in occasione degli Stati Generali della Professione Medica, dedicati, questa volta a "Il medico e l'economia". "In una Sanità intesa come impresa in cui l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie viene equiparata alla produzione delle merci, si annida anche la crisi del rapporto fiduciario medico-paziente, con le sue conseguenze più preoccupanti,

come il dilagare di fenomeni di violenza e il diffondersi di un'informazione sanitaria non attendibile - ha concluso Anelli -. E serve nel medio-lungo periodo un netto cambiamento di rotta a livello culturale per ricostruire il patto di fiducia tra medici e cittadini, che è imprescindibile per l'alleanza terapeutica. È su tutti questi fronti che, insieme alla nostra Commissione

e rappresenta un contributo decisivo al progresso scientifico, culturale e democratico della nostra società».

Il Presidente A.F.O.R.P. Beppe Marchitelli, il Vice Presidente Grazia Guida, i componenti del Consiglio Direttivo, del Collegio dei Probi Viri e gli imprenditori associati, partecipano al lutto e porgono sentite condoglianze al Dott. Filippo Anelli, Presidente Nazionale Fnomceo, per la dipartita dell'amatissima moglie

Passare attraverso un sistema che dia efficienza, efficacia ed economicità

Vincere la sfida del futuro

La **CARD PUGLIA** che ha lo scopo di promuovere, valorizzare e sostenere con ogni strumento i Distretti Socio-Sanitari nella realtà territoriale pugliese e il ruolo professionale dei dirigenti e di tutti gli operatori del DSS nel Servizio Sanitario Regionale, prosegue la sua azione propositiva per un modello di cambiamento al passo con i tempi. Il Presidente Card Puglia, Dott. Vincenzo Gigantelli, interpreta con proposte e modelli il nuovo corso che prevede un sistema integrato,

di situazioni legate a condizioni di fragilità sia sanitarie che sociali, e che, quindi, impone l'affermazione, di nuovi modelli organizzativi sempre più integrati e adeguati a costruire, intorno alle esigenze e ai bisogni dell'utenza, dei percorsi di presa in carico, soprattutto per la gestione delle cronicità. Questi percorsi, ormai noti e definiti come PDTA, includono il modello di medicina di iniziativa che è fortemente integrata con l'assistenza domiciliare e collegata, in maniera valida,

“La cronicità è il punto focale di questo nuovo modo di affrontare la sanità e l'organizzazione degli atti assistenziali trova nella gestione della cronicità un punto di grande rilevanza. Va detto che quello che ci deve orientare è una visione verso la sostenibilità delle azioni: non si può prescindere infatti dalla valutazione dei costi della assistenza. Pertanto sarà sempre più necessario avvalersi di “modelli” che tengano conto dei cambiamenti in atto, che agiscano a supporto degli



adeguato e territoriale che oltre ad offrire servizi sanitari appropriati, sia più vicino al cittadino, con azioni qualificate e sinergiche.

Dott. Gigantelli ci spieghi meglio il significato di medicina di iniziativa?

“L'esigenza che si pone, per il presente e il prossimo futuro, è quello di agire sulla riorganizzazione territoriale, che deve rispondere ad un contesto socio-epidemiologico e sanitario profondamente mutato negli ultimi anni, con un ventaglio

anche con l'assistenza residenziale extra ospedaliera.

La vera sfida, verso la quale noi stiamo investendo per il prossimo futuro, è quella di strutturare servizi sanitari idonei a rispondere ai reali bisogni socio-sanitari. Bisogni, che devono essere sempre più attentamente orientati al coinvolgimento attivo di tutti gli attori che operano intorno alle necessità del paziente”.

Come rispondere ai bisogni dei tumultuosi e repentini cambiamenti di modelli sempre più complessi?

operatori, che rendano disponibili innovazioni tecnologiche e di tipo informatico, che possano introdurre nel sistema elementi di gestione per così dire moderni. L'occhio alla spesa, ma anche l'occhio alla gestione tecnologica dei bisogni, deve essere la chiave di volta per gestire meglio l'esistente, e questo specie per regioni come la nostra Puglia che non possono contare su adeguate risorse finanziarie. Quando dico gestire meglio intendo dire in maniera più economica possibile. Per queste ragioni dovremo passare ad un sistema che dia efficienza, efficacia ed al tempo

stesso economicità e che ci dia la possibilità, di verificare nel tempo, l'equità di accesso al sistema, di cui il più importante indicatore dovrebbe essere la gestione delle liste di attesa.

Ci occorre un sistema che responsabilizzi tutti gli attori a partire dai cittadini, che dia ruolo e responsabilità ai medici di assistenza primaria, che devono essere investiti del primario compito di richiedere prestazioni appropriate e finalizzate alla corretta gestione della cronicità ovvero rendendo tutte le prestazioni utili, non duplicate e mai sprecate! L'impegno deve essere rivolto a far comprendere che le prestazioni vanno fatte tutte nel momento in cui

Cosa c'è da fare in Puglia per superare il rimpallo di responsabilità?

“Dobbiamo dare vita a spazi, che, in Puglia, al momento già ci sono, da riempire di adeguati processi assistenziali. Penso ai PTA, Presidi Territoriali di Assistenza, all'interno dei quali i diversi operatori e i professionisti di diverse discipline, abbiano ad agire in un contesto unitario, nel quale la gestione del paziente, la gestione del caso, sia la più snella, la più semplice, la più lineare e volta alla definizione del problema evitando appunto possibili situazioni di rimpallamento decisionale, con ricorso a richieste superflue, che si traducono in prestazioni inutili ed

governo e quindi si rendono effettivi i percorsi di cura.

Quando, poi, il distretto svolge il ruolo di governance in maniera integrata anche con il servizio e gli enti locali, si raggiunge la migliore risposta assistenziale che è la migliore risposta che noi possiamo dare ai bisogni delle persone. Questo modo di lavorare, di concerto tra professionisti, richiederà inevitabilmente dei cambiamenti, cambiamenti che noi vogliamo come Associazione CARD Puglia sostenere in collaborazione con le Direzioni Strategiche delle ASL, a partire dalla esigenza di standardizzare e regolamentare al meglio i servizi territoriali. Perché questo è il futuro che ci attende



c'è necessità, mentre nel momento in cui non c'è necessità, quegli spazi, quelle occasioni di assistenza vanno lasciate libere e disponibili per altri cittadini che hanno davvero priorità di accesso rapido alla definizione dei propri problemi di salute.

Se ci riusciamo facciamo veramente un passo in avanti tutti.

Vorrei anche dire che la gran parte dell'allungamento dei tempi di attesa si può evitare se i professionisti imparano ad agire in un contesto multidisciplinare”.

evitabili, che potremmo definire non utili alla definizione del problema di salute. Ecco perché quello che noi dobbiamo rafforzare, all'interno del territorio, ripensandolo fortemente, è il concetto di un territorio in cui sia forte la governance del sistema. Governance del sistema che unifichi sia gli aspetti sanitari sia gli aspetti sociali. Governance che deve essere effettuata all'interno del distretto, struttura cui viene attribuito per normativa il ruolo di governo. Pertanto il distretto va fortemente potenziato nella misura in cui, rafforzandolo si rafforzano le funzioni di

e no ne siamo consapevoli.

Vogliamo immaginare un territorio che sia in grado di rispondere in modo adeguato ai bisogni di salute, per rispondere al meglio ad esigenze di equità, di accesso ai servizi ma anche di solidarietà, utilizzando le risorse disponibili attraverso una maggiore integrazione professionale ed organizzativa. Quella che, in altre parole, dovrebbe determinare un approccio integrato socio - sanitario, sulla base di modelli che sono già vigenti nella nostra regione ormai da alcuni anni”.



Con quali figure professionali sarà possibile raggiungere il pieno processo d'integrazione?

“La piena realizzazione di questo processo d'integrazione non è cosa facile, però riteniamo, che esso debba avvenire in funzione di un necessario raccordo tra figure di professionisti afferenti all'area dell'assistenza primaria, quindi tra i medici di medicina generale ed i pediatri e gli altri professionisti che operano a livello specialistico, sia territoriale che ospedaliero. Il ridisegno di queste funzioni, con una

alimentare i fascicoli sanitari elettronici dei singoli cittadini. Questo è un altro strumento di cui purtroppo poco si parla, sebbene potrebbe farci evitare la ripetizione di esami e di prestazioni che dal momento che sono rese disponibili e consultabili da tutti ci darebbero veramente il senso compiuto di quello che è stato fatto e di quello che ancora resta da fare, nella definizione del percorso di presa in carico del paziente.

E' chiaro che i percorsi di presa in carico del paziente, devono essere poi personalizzati in base alla patologia.

ture in ragione degli impedimenti che abbiamo analizzato, ostacoli alla assistenza da eliminare perché rappresentano dei veri e propri imbuti che impediscono a molti di ottenere la erogazione di una corretta assistenza”.

Come far dialogare strutture pubbliche con quelle private?

“Qui si apre un discorso di collaborazione tra pubblico e strutture private e accreditate, le quali devono inserirsi in questa nuova visione d'insieme, svolgendo un ruolo, che deve essere orientato nella stessa



maggiore omogeneità e regolamentazione dei servizi territoriali, non potrà non passare attraverso anche il calcolo delle prestazioni, che sono eseguite e quindi delle prestazioni che vanno, in qualche modo, distinte in base a dei codici di urgenza, di programmazione, di differibilità.

Mi rendo conto che la valorizzazione di tutte queste azioni, richiede una forte integrazione sul territorio di tipo strutturale che soltanto le reti informatiche ci possono garantire. Reti informatiche che però da sole non sono sufficienti se non vengono messe in comune i softwares gestionali dei professionisti che devono

Ma questa dinamica è ormai entrata nella nostra mentalità. Noi sappiamo che il percorso per il paziente diabetico, per fare un esempio, è differente dal percorso del paziente cardiopatico scompensato e da quello dell'iperteso.

Ma oggi sempre più persone, che per età, per condizione, per familiarità, hanno bisogno di essere seguiti dal medico è importante lo facciano con fiducia. Il recupero dell'elemento fiducia è un elemento determinante. Penso ai tantissimi pazienti che vengono scoraggiati dal rivolgersi al proprio medico o alle strut-

direzione. Non ci può essere concorrenza tra strutture private e strutture pubbliche sulle stesse attività affidate. Il pubblico e il privato devono svolgere in maniera coordinata e sinergica le medesime funzioni, cercando entrambi di dare risposte di sistema, risposte tali da essere percepite come collegate, direi armonizzate.

Auspico la realizzazione di un modello organizzativo equilibrato che valorizzi da una parte le professioni sanitarie (mi riferisco agli infermieri, ai terapeuti, agli assistenti sociali ed altri) e dall'altra parte curi soprattutto la capacità di erogare,

nella maniera più ordinata, più omogenea e più uniforme possibile, queste attività. Proprio ad evitare delle sacche di inefficienza ovvero delle sacche di improprio sovra utilizzo”.

Senza un adeguato aggiornamento tecnologico soprattutto nel campo del software i risultati tarderanno ad arrivare?

“Un altro aspetto che nel futuro sicuramente sarà centrale è quella dell’analisi dei dati.

Per cui quanto più avremo a disposizione software gestionali che ci

profondo cambiamento del modo di lavorare della medicina generale che per essere realmente adeguata richiede, unitamente alla struttura distrettuale, un riassetto operativo più funzionale, più idoneo, per detto scopo.

In questo senso, le azioni che noi stiamo svolgendo, sono di collaborazione tra le associazioni scientifiche di settore, che, nell’interesse dei portatori di medesimi scopi, hanno a cuore la realizzazione dei comuni obiettivi ovvero di organizzare e utilizzare al meglio le risorse del servizio sanitario regionale”.

mente impegnata per uscire dal piano di rientro e per attuare un programma operativo che equilibrasse il sistema.

Adesso dobbiamo ancora di più impegnarci perchè il percorso equilibrato nel quale ci siamo immessi diventi anche un percorso tangibile e duraturo. Azioni concrete richiedono al primo posto investimenti in risorse umane (medici, infermieri e tutti gli altri professionisti), necessarie a migliorare l’assistenza.

In secondo luogo richiede una nuova regolamentazione e riassetto del



consentiranno di informatizzare i processi, tanto più dati disponibili saranno analizzati in modo utile.

Pertanto i sistemi informativi digitali e le applicazioni della telemedicina (nei casi consentiti) ci permetteranno di ottenere una profilazione dei pazienti ma anche un monitoraggio e una rendicontazione delle risorse utilizzate.

Ulteriore auspicio è quello di un



CARD
Confederazione
Associazioni
Regionali di Distretto

*Società Scientifica delle attività
Sociosanitarie Territoriali*

Quali azioni dovrà intraprendere la Puglia per raggiungere un modello di piena integrazione?

“La Puglia in questi anni si è forte-

territorio a partire dalla informatizzazione e gestione sperimentale dei flussi.

Sono certo che la nostra regione avrà la capacità di trovare e mantenere un equilibrio tra spesa e funzionamento, e mi auguro lo faccia a partire dal territorio e dai suoi operatori. Gli operatori del territorio saranno figure centrali

per questa svolta e per il governo di questo cambiamento e pertanto sono chiamati a dare un contributo più incisivo, più adeguato a quanto ci attende di qui in avanti”.

Leadership e dinamiche di gestione

Conduzione di piccoli gruppi di lavoro

**COLLABORAZIONI
INTERPROFESSIONALI
E OPPORTUNITÀ
per la Puglia**

PREMESSA

Nella moderna Sanità il fondamentale rapporto medico-paziente è fortemente condizionato dalle esigenze dell'organizzazione a cui il medico appartiene, organizzazione che è progressivamente cresciuta per gestire in maniera efficace, ed efficiente, la complessità di una cura che ogni giorno acquisisce maggiori potenzialità. La complessità può essere affrontata solo mediante una forte integrazione tra gli erogatori delle prestazioni di assistenza, divenuti sempre più degli specialisti per il fatto che

che coloro che non hanno compiti di direzione, abbiano adeguate conoscenze su come si lavora in gruppo, su cosa viene richiesto ad un buon capo, su come le relazioni all'interno del gruppo giochino un ruolo determinante per il successo del gruppo stesso. In questo capitolo tratteremo la conduzione "ordinaria" di un gruppo che lavora in una organizzazione complessa per raggiungere obiettivi connessi con l'assistenza; la conduzione "straordinaria" di un gruppo di lavoro, che viene costituito affinché affronti e risolva una problematica contingente, risponde in gran parte alle stesse esigenze che qui

DEFINIZIONE DI GRUPPO

Secondo una definizione classica, l'esistenza di un gruppo di lavoro si giustifica ogni volta che nell'organizzazione l'interazione fra più persone dà un risultato superiore alla somma dei contributi che darebbero le stesse persone se lavorassero da sole. Questo concetto si può riassumere nella frase "il tutto è superiore alla somma delle parti", espressione del pensiero di Kurt Lewin, noto esponente della psicologia sociale. Questo autore identifica il gruppo come un "soggetto sociale" le cui caratteristiche



devono possedere competenze sempre più sofisticate e, come tali, non più gestibili compiutamente da un unico professionista. Per tale motivo, lavorare in gruppo è diventata la modalità abituale con cui vengono affrontati e quotidianamente risolti, in tutto il mondo occidentale, i problemi connessi con l'assistenza sanitaria, per cui chiunque abbia un ruolo che comporti responsabilità deve conoscere le dinamiche di un gruppo e deve saper guidare le persone che gli sono state affidate verso il raggiungimento degli obiettivi assegnati.

In realtà è utile che tutti gli operatori, an-

descriveremo: forse, in generale, comporta minori problemi considerato che ha una durata limitata nel tempo.

Del lavoro in gruppo approfondiremo, naturalmente, gli elementi legati alle relazioni umane ed in generale alla comunicazione, ma, come vedremo, si tratta dell'aspetto di gran lunga più importante. Nella trattazione, per garantire fluidità all'esposizione, useremo qualche volta come sinonimi i termini leader, manager e capo, ma forniremo le definizioni precise di tali termini, rimarcandone le differenze semantiche.

fondamentali sono:

- L'essere una totalità: è un soggetto unico che in quanto tale costituisce qualcosa di nuovo rispetto alla sommatoria dei singoli membri, ovvero una totalità percepita come tale sia dai soggetti che partecipano al gruppo che da chi è esterno ad esso;
- L'interdipendenza: in un gruppo non è importante la similarità ma la consapevolezza dell'interdipendenza, cioè della reciproca dipendenza dei membri tra loro; ecco che un cambiamento in una sua parte determina un cambiamento, e quindi un riequilibrio, nel resto del gruppo (si pensi all'entrata di

nuovi membri o all'uscita di altri);

- La dinamicità: Il gruppo è una struttura complessa in continuo divenire; entrano in gioco più relazioni, ruoli, canali di comunicazione, esercizi di potere. Non è quindi una realtà statica ma dinamica e racchiude in sé conflitti, forze e tensioni che producono cambiamento;

- La tendenza all'equilibrio: ogni gruppo pur se caratterizzato dalla sua dinamicità tende all'equilibrio; esiste un continuo scontro tra forze tendenti alla coesione e forze che portano alla disgregazione.

In sociologia si parla di gruppo quando esiste uno scopo comune; in linea generale, dunque, un gruppo può essere definito come un numero determinato di individui che intrattengono rapporti regolari per la realizzazione di un fine comune. Ciò che fa la differenza sono quei rapporti regolari in as-

ed-back positivo per il fatto che l'individuo contribuendo alla crescita del gruppo migliora come persona, favorendo, così, l'ulteriore sviluppo del gruppo stesso. Quando un gruppo è più di un semplice agglomerato di persone che lavorano negli stessi ambienti, dicono Auteri e Busana, si può parlare di "gruppo autentico", a condizione che per i componenti valgano le seguenti condizioni:

- Vivono un'esperienza interattiva: si parlano, stanno insieme, lavorano insieme
- Hanno chiarito le differenze di percezione sugli obiettivi, sui ruoli, sulle relazioni, sulle "regole del gioco"
- Hanno discusso e definito le relazioni all'interno del gruppo, sviluppando un sistema di norme di comportamento
- Hanno discusso e individuato le relazioni fra il gruppo e il resto dell'organizzazione, i ruoli di interfaccia, i canali di comunicazione, la posizione, lo status del gruppo nell'or-

asi entità organizzativa si espande oltre 21 membri, il vero potere sarà in qualche corpo più piccolo".

DA GRUPPO A GRUPPO DI LAVORO

Come abbiamo delineato, si può definire gruppo un insieme di tre o più individui che interagiscono fra loro, cooperando per il raggiungimento di uno scopo comune e sviluppando la consapevolezza di far parte di una unità sociale autonoma.

Nel momento in cui ci si pone l'obiettivo di produrre qualcosa (un bene o un servizio), il gruppo si trasforma in un vero e proprio "gruppo di lavoro" e tenderà gradualmente a integrare i legami psicologici esistenti e ad equilibrare le somiglianze e le differenze presenti tra i suoi membri. Nel gruppo inteso come soggetto sociale l'elemento fondante è l'interazione, nel gruppo di lavoro invece, l'elemento fondante è l'integrazione. Il passaggio dall'una all'altra, ovvero dall'interazione all'integrazione avviene per step successivi che consentono di sviluppare una vera coesione all'interno del gruppo, fermo restando la consapevolezza di ogni soggetto della propria interdipendenza con gli altri. Ancora, secondo Quaglino, Casagrande e Castellano ogni gruppo è caratterizzato dalla compresenza di quattro dimensioni che rappresentano un modello che ne coglie la realtà profonda e dinamica.

La prima è la cosiddetta "dimensione reale" ed è composta dallo spazio e dal tempo del gruppo, dalle attività che attua, dalle dimensioni, dal tipo di interazioni che concretamente si osservano. La dimensione reale del gruppo è osservabile, si può esaminare attraverso i prodotti che produce e i risultati che raggiunge. La dimensione sociale ha a che fare con il complesso intreccio delle appartenenze (appunto sociali) dei suoi membri. La terza dimensione, o dimensione rappresentata riguarda una serie di immagini che il gruppo costruisce attraverso la sua attività e che può essere condiviso da tutti. Per finire, abbiamo la dimensione interna, ovvero la presenza di cariche affettive ed emozionali più o meno consapevoli. Tutte le quattro dimensioni insieme determinano le vicende del gruppo. (fig.1). Prima di continuare, ci pare opportuno fare una precisazione sulla differenza tra "gruppo di lavoro" e "lavoro di gruppo". Il gruppo di lavoro, oggetto della nostra analisi, è una unità organizzativa, un qualcosa che prevede, come si è appena detto, dimensioni ridotte e autonomia gestionale ed operativa. Al contra-



senza dei quali non si può parlare di gruppo ma ci si deve limitare a una semplice categoria sociale (i maschi sopra i trent'anni, i possessori di una casa, ecc...). Gli psicologi enfatizzano il fatto che, perché ci sia veramente un gruppo, oltre che uno scopo comune, deve anche essere ben percepito dai componenti un sentimento di appartenenza ad una entità super-individuale. Un gruppo non è solo funzionale al raggiungimento degli obiettivi di una organizzazione, è anche l'occasione per il singolo di soddisfare il proprio bisogno di appartenenza, di stima e di autostima: si realizza un potenziale fe-

ganizzazione

- Ciascuno ha "un posto" ed uno "spazio" nel gruppo e nessuno è "fuori" né soffocato o compresso. Sappiamo tutti che da decenni in Sanità tende ad allargarsi la forbice tra i bisogni, crescenti, e le risorse, "scarse" per definizione; in tale sistema un efficace lavoro in gruppo può portare ad ottimizzare l'uso delle risorse e, a parità di altre condizioni, migliorare le produttività globale del sistema. Non ci soffermeremo sulle dimensioni ottimali di un gruppo di lavoro; citiamo semplicemente un'icastica massima di Cyril Northcote Parkinson: "Quando una qualsi-

rio, il lavoro di gruppo si riferisce a come le persone lavorano, è una metodo per portare a termine un compito; prevede un obiettivo operativo condiviso, persone con scopi e bisogni interdipendenti e un coordinamento dell'azione da parte di un conduttore che ne garantisce il funzionamento senza esserne parte strutturante. Ecco allora che diventa centrale il concetto di leadership.

LEADERSHIP E DINAMICHE DI GRUPPO

A chi dirige un gruppo viene chiesto di mantenere un clima "funzionalmente" ottimale: egli deve cioè adoperarsi affinché il gruppo realizzi gli obiettivi che l'organizzazione pone, in maniera implicita o esplicita; per fare ciò, egli deve preliminarmente chiarire i compiti principali dell'organizzazione ed i vincoli imprescindibili, indicando le priorità da perseguire. Certamente la personalità e le capacità del capo sono molto importanti, ma nessun dirigente può dare efficacia ad un gruppo se non c'è un rapporto ottimale tra lo scopo generale dell'organizzazione, la sua struttura gestionale e la disponibilità di adeguate risorse.

Sulle caratteristiche del leader esistono due posizioni teoriche:

- L'approccio tradizionale, secondo il quale la leadership è innata: si parla di leadership carismatica e ci si riferisce a persone, leader naturali, che, senza apparente sforzo e senza dover imparare nulla, sono in grado di guidare efficacemente qualunque gruppo in qualunque ambito;
- Il pensiero teorico più recente, secondo cui la leadership deriva esclusivamente da abilità apprese. In merito possiamo ragionevolmente affermare che un carisma innato rende più facile ed immediato acquisire le competenze e lo stile di un buon leader, ma qualunque persona, se priva di pregiudizi e di forti condizionamenti, anche di personalità, può acquisire gli elementi di conoscenza che consentono di interpretare efficacemente un ruolo di comando; possiamo anche affermare che proprio sulla base della chiarezza del mandato, della adeguatezza delle risorse disponibili, delle difficoltà a raggiungere gli obiettivi assegnati, delle caratteristiche dei componenti del gruppo, della loro disponibilità ad accettare e percepire il leader, possiamo trovarci di fronte ad esigenze di leadership più o meno gravose per cui un leader "carismatico" potrebbe essere indispensabile in situazioni molto difficili, bastando un buon leader

"acquisito" a gestire la stragrande maggioranza delle altre situazioni. Secondo Freud "il leader deve essere libero dal bisogno di essere amato dagli altri e deve essere capace di amare se stesso; pertanto deve anche saper far paura e deve aver fiducia in se stesso, deve essere indipendente e sicuro". Ci sono in questa descrizione del padre della psicologia molte verità che proveremo a rendere esplicite adeguandole al contesto di cui parliamo.

Sappiamo che qualunque capo deve affrontare sempre e comunque le seguenti difficoltà:

- Il suo ruolo inevitabilmente comporta la solitudine e, spesso, la mancanza di un riscontro spontaneo e sincero da parte dei componenti del gruppo
- La sua sostanziale solitudine lo rende spesso titubante ed incerto dinanzi a qualsiasi decisione importante, mentre invece gli viene richiesta la fermezza che serve a prevenire dubbi e lacerazioni all'interno del gruppo
- I gruppi tendono a spingere il leader a compiere azioni impulsive, ma egli deve resistere a tale tentazione, in quanto la perdita di controllo può avere effetti disastrosi
- Il leader di qualunque gruppo si trova continuamente a dover fronteggiare manifestazioni aggressive di varia origine da parte dei suoi sottoposti; è indispensabile che egli affronti sempre tali situazioni e le risolva
- Il leader può essere portato ad accumulare un potere che va al di là di quello "funzionalmente" necessario; egli deve resistere a tale pericolosa suggestione per non dare al gruppo una struttura autoritaria che, alla lunga, ne mina l'efficacia. Per affrontare e superare tali difficoltà insite nel ruolo, in estrema sintesi, al capo viene richiesto di saper giudicare, valutando correttamente le persone, la realtà circostante, la congruità delle risorse, l'approccio più corretto per affrontare le situazioni di crisi, le alleanze da stipulare all'interno e all'esterno del gruppo; in conclusione, riprendendo l'impostazione di Otto F. Kernberg, la leadership deve basarsi sulla razionalità, per cui ci aspettiamo che un buon leader abbia le seguenti caratteristiche:
- Sia prima di tutto intelligente, in quanto deve necessariamente disporre di un pensiero strategico e concettuale
- Sia onesto ed incorruttibile rispetto alle tentazioni del comando, affinché venga percepito come un garante dell'equità e della giustizia nell'applicazione delle regole
- Abbia la sensibilità e la capacità di sta-

bilire e mantenere relazioni profonde: se è vero che l'obiettivo principale di una organizzazione non è quello di soddisfare i bisogni umani dei suoi membri, ma quello di svolgere un compito, l'obiettivo di una leadership intelligente è quello di consentire la gratificazione dei bisogni umani partendo proprio dall'esecuzione di quel compito; per fare ciò non deve temere le emozioni, in quanto soprattutto i componenti più anziani e più autorevoli si aspettano dal capo calore umano ed empatia; se tali caratteristiche sono fortemente carenti si genera sconcerto e sfiducia

- Disponga del senso di cautela e di allarme nei confronti del mondo: un leader non può permettersi di essere ingenuo.

Dice Lao-Tzu, nell'antichissimo "Libro del Tao": Comandare è come friggere dei pesciolini, volendo intendere che si tratta di un'attività che richiede continua attenzione, di cui si tende a sottovalutarne la difficoltà: per friggere bene dei pesciolini bisogna fare le cose con calma e con delicatezza per evitare che i pesci si frantumino o si attacchino tra loro; inoltre la mancanza di attenzione continua può far sì che cuociano troppo e diventino immangiabili. Fatta questa premessa analizziamo i due principali fattori che incidono sulla produttività di un gruppo e sul clima interno:

- La personalità del leader
- Lo stile di governo.

A) LA PERSONALITÀ DEL LEADER

Kernberg distingue 4 strutture di carattere che, se presenti nella giusta misura, sono compatibili con una buona gestione del gruppo; se raggiungono livelli di patologia configgono più o meno gravemente con la produttività del gruppo:

1) Aspetti schizoidi di personalità: possono proteggere i leader da un eccessivo coinvolgimento, ma l'allontanamento dalla realtà e dalla percezione di come i componenti del gruppo vivono la relazione con il capo può essere molto deleteria; tali persone tendono ad essere vaghe, ambigue in danno della chiarezza dei ruoli e dei comportamenti.

2) Aspetti ossessivi di personalità: sono spesso rilevabili negli alti dirigenti ed, in senso positivo, si tramutano nell'attenzione per l'ordine, per la precisione e per la chiarezza; un eccesso può portare eccessiva rigidità, incompatibile con il contesto sanitario, ed una asfissiante burocratizzazione dei rapporti all'interno del gruppo.

3) Aspetti paranoici di personalità: quando il dirigente tende ad essere eccessivamente sospettoso esercita un controllo sadico e proietta la propria rabbia sullo staff; è portato a vedere mancanza di rispetto anche in gesti assolutamente naturali; ciò può comportare nei membri del gruppo la paralisi dei comportamenti per il timore di ingenerare sospetti nel capo.

4) Aspetti narcisistici di personalità: di tutte le patologie caratteriali che possono mettere a rischio le istituzioni, i tratti narcisistici di personalità sono forse i più pericolosi, riferendosi ad individui dalle relazioni interpersonali eccessivamente auto-riferite e auto-centrate, in cui grandiosità e sopravvalutazione di sé si uniscono ai sentimenti di inferiorità, che sono eccessivamente dipendenti dall'ammirazione esterna, emotivamente poco profondi, intensamente insidiosi, insieme sprezzanti e profittatori nelle relazioni con gli altri. Spesso sono persone di grande intelligenza, grandi lavoratori, molto dotati nel loro campo, ma il narcisismo annulla la loro potenziale creatività all'interno dell'organizzazione. E' soprattutto la predominanza dell'invidia, conscia e inconscia, ad avere le conseguenze più deleterie sulle relazioni con il personale. L'incapacità del leader narcisista di giudicare le persone a livello profondo è una conseguenza della patologia delle sue relazioni oggettuali interiorizzate; essa deriva sia dalla tendenza delle personalità narcisistiche a stabilire relazioni oggettuali parziali anziché totali sia dalla mancanza di coinvolgimento emotivo nei valori professionali e nei sistemi valore in genere; ne deriva che il leader narcisista è circondato da persone simili a lui, persone che hanno altri gravi disturbi del comportamento o che sfruttano cinicamente i suoi bisogni psicologici.

B) LO STILE DI DIREZIONE

Partiamo dalla classificazione dei diversi stili di direzione riportata nel libro di Zanetti e collaboratori "Il Medico ed il Management", che descrive:

- Lo stile autoritario: un leader forte decide senza consultare altri, fissa gli obiettivi e le strategie da seguire per raggiungerli, commina punizione e decide i premi; comunica poco ed impone sempre il suo punto di vista
- Lo stile visionario: il leader vede più lontano degli altri, pretende che tutti lo seguano verso orizzonti nuovi e sulla base di una fiducia illimitata nella capacità del leader di prefigurare i nuovi scenari

- Lo stile affiliativo: il leader pone le persone e la relazione al primo posto: il suo principale obiettivo è coinvolgere i collaboratori e creare un clima lavorativo positivo, anche a scapito dell'efficacia e dell'efficienza; la capacità d'ascolto del leader è molto elevata e favorisce la percezione anche delle voci più flebili e degli individui più timidi

- Lo stile pragmatico: definiscono standard di performance e mettono sotto pressione se stessi ed i collaboratori affinché venga rispettata la tabella di marcia stabilita, senza troppo porre le diverse capacità dei singoli in relazione alle prestazioni richieste; spesso sono molto critici, favorendo l'instaurarsi di un clima di lavoro caratterizzato da grande tensione

- Lo stile supportivo: il leader tende a valorizzare le persone più capaci e più responsabili, spingendole a muoversi con una notevole autonomia ed intervenendo più per creare una cultura che non per insegnare specifiche abilità; i leader devono essere capaci di leggere le persone, di motivarle, di unirle insieme per farle crescere.

In realtà riteniamo che tutti questi stili debbano essere conosciuti ed utilizzati nelle diverse situazioni che si vengono a creare, per cui un buon leader deve essere capace di adottare, nelle situazioni di crisi, uno degli stili sopra descritti, ma che lo stile "ordinario" di gestione di un gruppo di lavoro, soprattutto in Sanità, sia quello classificato "democratico" che vorremmo ridefinire "democratico e trasparente". Dice Zanetti "Le abilità relazionali riguardano la capacità di comprendere, di motivare e di comunicare con gli altri: si riassumono nella capacità di influire nella rappresentazione che gli altri hanno della realtà o, in altri termini, nel loro spazio di percezione, nello stabilire un rapporto con loro e nel guidarli a riconoscere i problemi e gli obiettivi in gioco"; in altri termini proprio la capacità di creare delle alleanze, anche all'interno del gruppo, per poter affrontare i singoli problemi, è la principale caratteristica che viene richiesta ad ogni leader; poi è utile che le persone realmente impegnate a svolgere un certo lavoro partecipino al processo decisionale, ma quando le decisioni vengono prese esclusivamente su base politica anziché su base funzionale, l'intera struttura gestionale può risultare alterata; il leader deve saper ascoltare tutti, ma deve decidere autonomamente; naturalmente anche l'eccesso opposto è deleterio: l'esclusione dei componenti del gruppo da ogni occasione di confronto o di proposta impedisce di fatto al gruppo di evolvere e priva il

leader di un importante potenziale di idee. Una gestione coerentemente democratica implica la discussione aperta sulle questioni di interesse generale e la certezza per tutti i livelli della gerarchia di aver diritto a comunicare in modo chiaro e aperto e la distribuzione dei compiti su una base di funzionalità. D'altro canto è molto rischioso sottovalutare il valore della comunicazione nella gestione di un gruppo, in quanto non esiste la "non comunicazione"; illuminante in merito è un'altra fondamentale osservazione di Northcote Parkinson "Il vuoto creato dal fallimento nella comunicazione sarà presto colmato da pettegolezzi, travisamenti, assurdità e veleno".

Il modo come un gruppo prende le sue decisioni dice molte cose sui valori espliciti a cui vuole ispirarsi. In linea di principio un'organizzazione democratica dovrebbe istituire processi decisionali di tipo assembleare, ossia con ampia partecipazione da parte di tutti i membri dell'organizzazione. Sfortunatamente, di solito, gli sforzi tendono a disperdersi in un dibattito senza fine che spesso termina con un nulla di fatto.

Quando una decisione emerge spesso non è solida perché:

- non sostenuta da sufficiente autorità e quindi suscettibile di essere disattesa;
 - può essere una ratifica di decisioni già prese;
 - è formulata in termini generici, allo scopo di guadagnare l'unanimità e una coesione fittizia;
 - può dipendere dal fenomeno della "diffusione della responsabilità", che porta il gruppo a dire "sì" senza che i membri si sentano coinvolti nel processo decisionale. Questo detto, si può concludere che non può esistere democrazia senza leadership: la visibilità della leadership e la chiarezza della struttura dell'autorità sono l'unico modo per governare un gruppo di lavoro evitando gli opposti pericoli dell'autoritarismo e della demagogia.
- D'altronde gli strumenti propri della democrazia politica non è detto che si adattino a tutti i gruppi di lavoro. Il metodo della votazione, per esempio, può essere appropriato per scegliere una persona che rappresenti il gruppo, ma può rivelarsi un pessimo modo di prendere decisioni di natura più "clinica" come la dimissione di un paziente o la scelta dell'operatore di riferimento.

....continua

Sperimentazione clinica di fase I sulla SLA, la procedura è sicura

I risultati finali pubblicati su Stem Cells Translational Medicine

È stato pubblicato sulla rivista scientifica internazionale Stem Cells Translational Medicine l'articolo conclusivo della sperimentazione clinica di fase I sui malati di Sclerosi laterale Amiotrofica "Results from Phase I Clinical Trial with Intraspinal Injection of Neural Stem Cells in Amyotrophic Lateral Sclerosis:

A Long-Term Outcome" (1).

triennio 2012-2015 diciotto pazienti con una diagnosi definitiva di SLA che hanno ricevuto trapianti multipli (da 3 a 6) di cellule staminali neurali umane nel midollo spinale lombare o cervicale.

I pazienti sono stati monitorati prima e dopo trapianto con valutazione clinica, psicologica, neuroradiologica e neurofisiologica dagli staff

malattia a causa del trattamento. Il trapianto di staminali neurali umane è una procedura sicura

I risultati – pubblicati dal gruppo coordinato da Letizia Mazzini, neurologa Responsabile del Centro Sclerosi laterale amiotrofica (SLA) dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Novara e da Angelo Vescovi, direttore scientifico dell'IRCCS



Nessun evento avverso serio a causa del trattamento

L'obiettivo principale di questa fase della sperimentazione, come descritto nell'articolo, è stato valutare la fattibilità e la sicurezza dei trapianti di cellule staminali cerebrali umane (hNSC) nel midollo spinale di pazienti affetti da sclerosi laterale amiotrofica (SLA), patologia neurodegenerativa letale ed incurabile.

Sono stati arruolati e trattati nel

clinici dell'ospedale Maggiore della Carità di Novara, dell'ospedale Santa Maria di Terni, Università di Padova e IRCCS Casa Sollievo Sofferenza di San Giovanni Rotondo che hanno partecipato alla sperimentazione clinica.

La valutazione clinica post trapianto eseguita fino a 5 anni dopo l'intervento, ha evidenziato come in nessuno dei pazienti reclutati si siano manifestati eventi avversi seri o aumento della progressione della

Casa Sollievo della Sofferenza di San Giovanni – vanno ad integrare e completare quelli già pubblicati nel 2015 (2) sui primi sei pazienti trattati e dimostrano che il trapianto di cellule staminali neurali umane è una procedura sicura sui pazienti, osservati anche a lungo termine.

Questo studio è il primo esempio in Europa di trapianto chirurgico di un vero farmaco cellulare – il quale permette di trapiantare sempre le

medesime cellule in tutti i pazienti con effetti riproducibili – a base di staminali neurali, altamente standardizzato e prodotto in regime farmaceutico di Good Clinical Practice, in grado pertanto di rispettare i criteri di sterilità e sicurezza imposte dagli enti di controllo Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ed Agenzia Europea del farmaco (EMA).

Dimostrata la sicurezza del farmaco cellulare e della complessa procedura chirurgica che ha visto impegnati a vario titolo neurochirurghi italiani ed americani, l'articolo pubblicato sulla rivista *Stem Cells Translational Medicine* evidenzia come i dati riguardanti i potenziali effetti terapeutici delle cellule staminali

fermano anche come sia effettivamente possibile derivare un numero illimitato di staminali cerebrali di grado clinico da un singolo caso di morte naturale in utero.

Ciò avviene utilizzando le stesse procedure di prelievo approvate per la donazione d'organo per trapianti.

È quindi ora disponibile una tecnica per il trapianto di staminali cerebrali in malattie neurologiche la quale evita l'uso di cellule da aborto terapeutico garantendo un numero di trapianti virtualmente illimitato e altamente riproducibile.

Rimangono aperte molte sfide che le prossime sperimentazioni di fase II permetteranno di affrontare qua

e con il sostegno di un importante finanziamento di Assicurazioni Generali spa.

I ricercatori ringraziano inoltre: Fondazione Cellule Staminali di Terni, Fondazione Stefano Borgonovo Onlus, Associazione Pro Roberto, Fondazione Milan, Fondazione Casa di Risparmio di Terni e Narni.

Approfondimenti

Entrambi gli articoli citati nelle note, e indicati qui sotto, sono disponibili sulle piattaforme scientifiche in forma "open access" e pertanto sono accessibili a tutti.

1) *Stem Cells Translational Medi-*



neurali umane impiegate nella SLA siano estremamente incoraggianti nel sostenere futuri studi clinici di fase II in cui sarà valutato l'effetto di un numero sempre maggiore di impianti (fino a 20) di cellule staminali cerebrali, alla ricerca di una dose ottimale ed eventuali effetti terapeutici significativi.

Una tecnica che evita l'uso di cellule da aborto terapeutico

Le conclusioni dell'articolo con-



li, per esempio, la quantificazione della sopravvivenza delle cellule dopo il trapianto e la loro immunogenicità, o la sempre più appropriata definizione dei criteri di selezione dei pazienti.

Chi ha contribuito alla sperimentazione

La sperimentazione clinica di fase I sulla SLA è stata possibile grazie al contributo di Revert onlus, IRC-CS Casa Sollievo della Sofferenza



cine 2019 May 18. doi: 10.1002/sctm.18-0154. "Results from Phase I Clinical Trial with Intraspinal Injection of Neural Stem Cells in Amyotrophic Lateral Sclerosis: A Long-Term Outcome

2) Journal Translational Medicine 2015 Jan 27;13:17. doi: 10.1186/s12967-014-0371-2. "Human neural stem cell transplantation in ALS: initial results from a phase I trial." Mazzini et Al.

Anziani e salute: il team multiprofessionale del Miulli per la cura dei pazienti più fragili

Tempestività ed efficacia dell'intervento

**COLLABORAZIONI
INTERPROFESSIONALI
E OPPORTUNITÀ
per la Puglia**

di Giuseppe Baldassarre

Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Geriatria, Ospedale "F. Miulli" di Acquaviva delle Fonti

Si vive sempre più a lungo in tutto il mondo e l'Italia è uno dei Paesi a più alta longevità. Di conseguenza, il numero degli anziani cresce progressivamente, specie nella fascia degli ultraottantenni. Con l'avanzare dell'età aumentano purtroppo le malattie cronico-degenerative e si incrementa il rischio di compromis-

in questi casi è fondamentale, non solo per il recupero, per quanto possibile, della salute e del benessere, ma anche per la prevenzione o la riduzione della disabilità. Date le strette interrelazioni dei problemi clinici con aspetti neuropsicologici, funzionali e sociali, al Miulli l'intervento vero e proprio è preceduto e accompagnato dalla valutazione multidimensionale geriatrica, che consente di definire in modo analitico problemi, risorse, obiettivi, modalità e priorità di azione. La valutazione e gli interventi conseguenti sono affidati a un gruppo

- **Specialista geriatra**
- **Infermiere esperto in geriatria**
- **Assistente sociale**
- **Fisioterapista**
- **Logopedista e terapeuta occupazionale**

Il paziente anziano fragile è posto in tal modo al centro di un'azione coordinata, che non si limita alla cura in ospedale, ma che ha l'obiettivo di consentire, dopo la dimissione, il reinserimento nel contesto familiare. Ove, per varie circostanze, il ritorno dell'anziano fragile al proprio



sione dell'autosufficienza. Contestualmente si indebolisce sempre di più la rete assistenziale imperniata tradizionalmente sulla famiglia. L'arrivo di una patologia acuta e/o dello scompenso di malattie croniche può far precipitare la situazione e rendere necessario il ricovero dell'anziano fragile in Ospedale.

Si tratta solitamente di persone ultra-settantacinquenni affette da patologie multiple concomitanti, fragili, ad elevata complessità e instabilità clinica e ad alto rischio di perdita dell'autonomia. La tempestività e l'efficacia dell'intervento

multiprofessionale coordinato dallo specialista geriatra.

Valutazione multidimensionale geriatrica

- **Problemi fisici**
- **Problemi neuropsicologici**
- **Problemi funzionali**
- **Problemi sociali**

Composizione dell'equipe multiprofessionale geriatrica (Unità valutativa geriatrica)

domicilio si renda impossibile, l'unità di valutazione geriatrica del Miulli, d'intesa con gli operatori dell'assistenza territoriale, predispone l'accesso a servizi a carattere residenziale o semiresidenziale, come day service, RSSA, RSA, strutture a carattere riabilitativo e hospice. Il reparto di Geriatria dell'Ospedale Miulli, dotato di personale ad alta specializzazione e collegato a rete con i servizi geriatrici extraospedalieri, garantisce dunque agli anziani fragili assistenza e cure adeguate, così da fornire supporto all'opera spesso ardua dei loro familiari.

Ospedale Miulli: la dialisi domiciliare integrata come risposta ai bisogni dei pazienti più fragili

Un adeguato training e un attento monitoraggio

**COLLABORAZIONI
INTERPROFESSIONALI
E OPPORTUNITÀ
per la Puglia****di Carlo Lomonte**

Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Nefrologia e Dialisi dell'Ospedale "F. Miulli" di Acquaviva delle Fonti

Scegliere la modalità ottimale di trattamento dialitico, sulla base delle necessità del paziente e delle considerazioni economiche, è tra gli scopi principali della pratica nefrologica quotidiana. In generale esiste

La persona che ha bisogno di una terapia sostitutiva della funzione renale, deve essere correttamente informata sulle diverse modalità di trattamento, quali il trapianto di rene pre-emptive da donatore cadavere o da vivente, la dialisi ospedaliera in centro o in assistenza decentrata, la dialisi peritoneale e la dialisi domiciliare. Se la scelta ricade sulla peritoneale, il paziente può essere inserito in un programma di dialisi domiciliare integrata; iniziare cioè con la dialisi perito-

della collaborazione multidisciplinare di altri specialisti, quali il chirurgo vascolare o generale e il radiologo interventista.

L'Unità Operativa di Nefrologia e Dialisi comprende un'unità di degenza con 18 posti letto dedicati alla nefrologia clinica e interventistica;

l'ambulatorio di emodialisi con 24 posti tecnici, che serve circa 96 pazienti; il Centro



una carente offerta di terapie dialitiche differenti dalla emodialisi ospedaliera, quali la dialisi peritoneale e la emodialisi domiciliare, particolarmente adatte in determinate categorie di pazienti, specie gli anziani con gravi comorbidità. A tal proposito, dal gennaio 2019 l'Ospedale Miulli ha deciso di ampliare l'offerta assistenziale avviando un programma di dialisi peritoneale e, più in generale, di dialisi domiciliare integrata, rispondendo così ai bisogni di pazienti e caregivers. Il nefrologo rimane un riferimento costante per l'assistenza integrata e coordinata del paziente nefropatico in ospedale.

neale e successivamente, se vi è la necessità, passare all'emodialisi, rimanendo al proprio domicilio. Ciò implica un adeguato training e un attento monitoraggio, oggi possibile anche da remoto grazie alla tele-medicina. Oltre alla nefrologia clinica, la nostra Unità Operativa svolge un'attività di nefrologia interventistica, con la pianificazione e l'allestimento dell'accesso vascolare, il monitoraggio e sorveglianza ecografia delle fistole, il posizionamento di cateteri venosi centrali e dei cateteri peritoneali, l'esecuzione di biopsie renali. Tutta l'attività viene svolta all'interno dell'equipe, avvalendosi anche

di Assistenza Decentrata di Castellaneta, con 12 posti tecnici, che segue 44 pazienti. Sono disponibili anche 8 postazioni dialitiche mobili per le dialisi bed-side nei pazienti acuti in area critica. Complessivamente, ogni anno vengono effettuati oltre 20.000 trattamenti emodialitici e allestiti circa 250 accessi vascolari.

Viene svolta anche un'intensa attività ambulatoriale con visite presso i poliambulatori dell'ospedale, dove vengono seguiti pazienti con patologie glomerulari, malattia renale cronica, ipertensione arteriosa e trapianto di rene.

Con la nuova Tac di ultima generazione all'avanguardia nella diagnostica per immagini

Meno radiazioni e liquidi di contrasto, maggiori possibilità diagnostiche di alta specialit

L'IRCCS "Saverio de Bellis" di Castellana sempre più all'avanguardia per dalle dotazioni tecnologiche. Ultimo tassello della crescita è l'acquisizione di una Tac di ultimissima generazione, che pone l'Ente come centro di riferimento nel territorio per la diagnostica per immagini per esami di II livello.

La nuova apparecchiatura TC 128 strati dislocata presso la UO di Radiologia,

dello stato dell'arte per la Diagnostica per Immagini, consente di eseguire esami con tempi di esecuzione decisamente più rapidi ma soprattutto con risparmio della dose radiante grazie ai più recenti sistemi hardware e software, che ottimizzano i parametri di acquisizione in base alla corporatura del paziente, senza perdita di qualità dell'imaging.

Le caratteristiche dell'apparecchiatura

TC consentono inoltre l'utilizzo di un minor quantitativo di mezzo di contrasto iniettato, aumentano il dettaglio anatomico ed incrementano le possibilità diagnostiche di alta specialità già effettuate presso l'Istituto.

Le consolle di ricostruzione di supporto al tomografo consentono, associate a un sistema portal multiclient, di poter effettuare analisi qualitative e quantitati-



infatti, si pone nell'ambito della manovra di potenziamento tecnologico attuata dalla nuova amministrazione guidata dal Direttore generale Tommaso A. Stallone, cofinanziata attraverso i Fondi Europei FSER.

La nuova tecnologia, ai massimi livelli



ve ultra-specialistiche, integrando anche immagini provenienti da altre fonti quali Risonanza Magnetica o immagini PET, per aiutare il medico radiologo a eseguire una interpretazione più precisa ed elaborare una refertazione più dettagliata ai fini clinici.

La centralizzazione degli acquisti non è equa, non rappresenta una sanità moderna e appropriata

Semplificare il quadro regolatorio e rimuovere le barriere allo sviluppo delle Micro e Pmi

Il Presidente A.F.O.R.P. Giuseppe Marchitelli, sulle difficoltà che attraversano le piccole e medie imprese che operano in sanità, relativamente alla centralizzazione degli acquisti, dichiara: "La centralizzazione degli acquisti con i mezzi della P.A. non sembra abbia dato risultati soddisfacenti. Non è equa, non riesce a rappresentare una sanità moderna e soprattutto appropriata".

Conclude Marchitelli: "Cose dette e ripetute".



cleari, resta il Codice Appalti. E' sancita una costante impossibilità di partecipazione alle Micro e PMI a diversi eventi competitivi. Cito il caso più ovvio: il

Insiste il Presidente A.F.O.R.P.: "Continuiamo a ripetere che nelle gare di fornitura vanno salvaguardati elementi come la qualità del prodotto, il tessuto delle imprese coinvolte e l'innovazione tecnologica. Stiamo percorrendo l'ultimo miglio, poi le imprese del territorio non saranno più in grado di garantire posti di lavoro e soprattutto investimenti".

Conclude Marchitelli: "Noi fornitori



te! Eppure, dopo circa sei anni, è ancora evidente la carenza di una strategia organizzativa efficiente soprattutto a livello nazionale. Certo che inevitabilmente ricade anche su quella regionale. E' indispensabile confrontarsi con professionalità esperte, di alto profilo specialistico, che abbiano conoscenze gestionali ed economiche".

Continua il Presidente A.F.O.R.P.: "Quali sono i Governi che hanno attuato le direttive europee a sostegno delle Micro piccole e medie imprese? Il nucleo, come per i reattori nu-

requisito minimo indispensabile è unicamente finanziario e non certamente riferibile alla certificazione di una offerta qualitativa. Con questo limite, le Micro e PMI sono tagliate fuori. Continuano ad essere ignorate le direttive Europee sulle iniziative a nostro sostegno. Lo Small Business Act appunto! L'obiettivo primario rimane quello di stabilire il principio "pensa prima in piccolo" ("think small first"), quando si introducono nuove normative, in modo da semplificare il quadro regolatorio e rimuovere le barriere allo sviluppo delle Micro e Pmi".

ospitalieri sappiamo che le gare al ribasso riducono il livello di qualità dei prodotti e quindi l'efficacia della prestazione sanitaria. Sappiamo anche che non è solo una questione di impresa. E' salute soprattutto quando si garantisce la qualità delle prestazioni per i pazienti. Anche i cittadini sono consapevoli che non si può standardizzare la salute. Il cittadino/paziente è il primo che realizza cosa accade in sanità oggi.

È arrivato il tempo delle azioni. Basta con le parole".

L'ordine elettronico per la sanità

NSO viene usato per lo scambio di documenti digitali

(NSO) è 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 a beni al 1° febbraio 2020 e per i servizi al 1° gennaio 2021. È stato, dunque, posticipato l'entrata in vigore per le aziende del Servizio Sanitario Nazionale l'obbligo di inviare esclusivamente in via telematica, attraverso questo sistema gestionale, i documenti attestanti gli ordini per l'acquisto di beni o servizi e la loro esecuzione. Una misura, quella dell'ordine elettronico per la sanità, di cui si parla già dall'anno scorso, pensata come un passo in avanti nel processo di dematerializzazione dei processi pubblici.

NSO - Nodo Smistamento Ordini: che cos'è

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. Una data che vale solo per le aziende del Servizio Sanitario Nazionale, i loro intermediari e i loro fornitori. Il Decreto legge che introduce l'NSO pone anche i parametri per il suo utilizzo, rimandando per le specifiche tecniche alle linee guida della Ragioneria di Stato, che sono state pubblicate il 15 marzo 2019 e rilasciate nella

loro versione completa il 9 maggio dello stesso anno.

NSO: a cosa serve

La definizione di legge come anticipato precisa che il sistema gestionale NSO viene usato per lo scambio di documenti digitali attestanti gli ordini e la loro esecuzione, scambio che avviene tra le aziende pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale e le aziende loro fornitrici. Per fare un esempio dopo la pubblicazione di una gara d'appalto da parte di un ospedale che necessita di un rifornimento di garze o di un servizio di consulenza sul GDPR, la consultazione dei bandi sul Mepada parte delle aziende private, la dimostrazione di interesse delle stesse, e infine la scelta, ovvero le fasi principali del processo di public procurement, i documenti relativi agli

Per garantire ulteriormente l'utilizzo di tale sistema, il DL 7 dicembre 2018 precisa anche che le fatture relative agli ordini d'acquisto non potranno essere liquidate se non è stata rispettata la nuova procedura con il sistema gestionale del Ministero dell'economia e delle finanze.

NSO: come funziona

Così come il Sistema di interscambio della fattura elettronica gestito dall'Agenzia delle entrate accetta file esclusivamente in formato XML, allo stesso modo il Nodo Smistamento Ordini accetterà solo i documenti in formato UBL XML. Si tratta di uno standard internazionale per la creazione di documenti digitali. Il documento che sarà trasmesso tramite Nodo Smistamento Ordini è il file in UBL XML che contiene i dati utili per l'ordine. Come riportato nelle Linee Guida del MEF, nel documento sono presenti per esempio indicazioni su tipologia e quantità dei prodotti o dei servizi acquistati, oltre a prezzi e tempistiche. Il documento viene abbinato a una "busta di trasmissione", un file che riporta le indicazioni su mittente e destinatario. Entrambi i file sono inclusi in un "messaggio". Dopo aver creato il messaggio nel modo corretto senza tralasciare alcun dato, si procederà a inviarlo al Nodo Smistamento Ordini. I canali di comunicazione sono gli stessi della fatturazione elettronica, in particolare va evidenziato che in caso di utilizzo della PEC, il documento va allegato a un messaggio che sarà inviato all'indirizzo nso@pec.sogei.it. Quattro tipi di ordine. Va precisato che l'ordine, cioè il documento che contiene tutte le informazioni e che viene smistato dall'NSO, può essere di quattro tipologie diverse. L'ordine viene emesso dal cliente, cioè l'azienda pubblica del Servizio Sanitario Nazionale, verso il fornitore. L'ordine pre-concordato invece è il contrario, cioè viene inviato dal fornitore alla pubblica amministrazione. Vi sono poi altri due tipi di ordine, chiamati risposta e ordine di riscontro. Il primo permette alla pubblica amministrazione di accettare, rifiutare o modificare l'ordine inviato dal cliente. Il secondo invece consente alla pubblica amministrazione di confermare, declinare o sostituire risposte con modifiche o ordini concordati inviati dalle aziende fornitrici.

Fonte: agendadigitale



ordini non potranno più essere scambiati con le modalità tradizionali ma obbligatoriamente dovranno transitare dall'NSO. In sostanza, per spiegare i compiti relativi al Nodo Smistamento Ordini si può pensare a ciò che compete lo SDI: la funzione è praticamente la stessa, quella cioè di un postino virtuale che smista e consegna, dopo attente verifiche, il documento al corretto destinatario. La legge prevede in effetti che l'NSO si occupi, oltre che di gestire proprio lo scambio di tali documenti come visto, anche di controllare che siano corretti in ogni loro dettaglio, dati del pagamento compresi. Nodo Smistamento Ordini, a chi serve. L'NSO - Nodo Smistamento Ordini diventa dal 1 ottobre 2019 indispensabile per tutte le imprese che operano nel settore sanitario con aziende pubbliche. La legge vieta, a partire da quel momento, di servirsi dei precedenti canali di trasmissione dei documenti d'ordine.

Porta spalancata alle innovazioni robotiche

Apprendere sempre per dare il miglior servizio

La BIOMED 3 s.r.l. nasce nel 1992 ben 27 anni fa portando con sé l'esperienza maturata nell'ambito della diagnostica per immagini e della chirurgia tradizionale.

Quel tempo fu un tempo utile per creare i presupposti conoscitivi che avrebbero dato alla nostra azienda la consapevolezza che la chirurgia sarebbe passata dalle metodiche tradizionali all'approccio laparoscopico.

consapevolezza che la "serietà", la "costanza" e la "passione" per il proprio lavoro ti permettono di andare avanti al di là dei cambiamenti gestionali, attuativi e di politica economica.

I nostri ragazzi sono diventati uomini e le nostre ragazze mamme e la scuola il nostro terreno di reclutamento senza mai chiedere se fosse giusto investire così tanto.

Abbiamo investito in formazione e infor-

la tecnologia passare dall'analogico al digitale e da quel puntino su un monitor a vedere un cuore in alta definizione che batte e dalla chirurgia tradizionale eseguita a cielo aperto alla chirurgia eseguita con l'ausilio di ottiche, monitor e telecamere 4 K, tutto ad alta definizione.

Oggi la porta di un'altra era è stata spalancata grazie alle nuove innovazioni robotiche e noi condividiamo questo



Ringraziamo il prof. Semm Wisap con le sue lezioni sulle tecniche chirurgiche con l'approfondimento tecnologico e l'ing. Trono con i suoi seminari sull'applicazione degli ultrasuoni in ambito medico.

Questi uomini maestri con il loro fare ci hanno educato ad essere curiosi, attenti e qualche volta dubitativi.

Tuttora ogni corso di aggiornamento è un appuntamento al quale non mancare e la novità è "apprendere sempre" per dare il miglior "servizio".

Il tempo è passato e alla luce di continui cambiamenti noi siamo cresciuti sull'esperienza con la

mazione senza mai essere avari di passare il sapere e nel tempo abbiamo visto

percorso con l'umiltà di chi vuole crescere con la "robotica chirurgica laparoscopica", oltre alla navigazione microscopica con l'ausilio della fusione di immagine e tutto con movimento strumentale a distanza.

Grazie ai nostri collaboratori, a chi c'è e a chi è cresciuto tanto da coprire ruoli in multinazionali, grazie alle istituzioni e alla nostra terra.

Avremmo dovuto per interesse aziendale elencare i nostri brand, ma abbiamo deciso di raccontare la nostra storia, quella di un associato AFORP, convinti che il territorio cresce con la consapevolezza e che la salute è un bene di tutti.





Campagna nuovi Associati 2020

Per gli Imprenditori del Servizio Sanitario Regionale

Con A.F.O.R.P. 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.PeL. (Associazione Economisti 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





GLI ASSOCIATI DELLA RETE AFORP

Seguici anche su:
www.aforp.it





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**