



*Regione Puglia
Azienda U.S.L. FG/1
Via Castiglione ,8 71016 - San Severo
C.F.- P.Iva 0208200714*

***Piano Attuativo Locale
AUSL FG/1
Documento di Programmazione
Triennio 2006 - 2008***

I N D I C E

▪ CAP. I - IL CONTESTO (Territorio, popolazione e bisogni)	pag. 4
I.1 Descrizione generale dell'Azienda	pag. 4
I.1.1 Aspetti geografici	pag. 10
I.1.2 Viabilità e trasporti	pag. 10
I.1.3 Tipo di località abitate (centri e nuclei abitati)	pag. 13
I.2 I Distretti	pag. 15
I.2.1 Analisi demografica dei comuni dell'AUSL FG/1	pag. 20
I.2.1.1. Andamento demografico anni 1966-2004	pag. 28
I.2.1.2 Suddivisione della popolazione per fasce d'età	pag. 31
I.3 Analisi dei bisogni	pag. 36
I.3.1 Attuale domanda di ricovero	pag. 37
I.3.2 Cause principali di ricovero	pag. 39
I.3.3 Malattie di particolare rilevanza sociale	pag. 41
I.3.3.1 Malattie cardiovascolari	pag. 41
I.3.3.2 Malattie cerebrovascolari	pag. 42
I.3.3.3 Disordini cognitivi e del comportamento	pag. 43
I.3.3.4 Tumori	pag. 44
I.3.3.5 Diabete	pag. 45
I.3.3.6 Malattie allergiche e del sistema immunitario	pag. 47
▪ CAP. II - IL METODO E GLI STRUMENTI	pag. 48
II.1 Dalla programmazione alla riorganizzazione delle attività	pag. 48
II.1.1. La programmazione delle attività	pag. 48
II.1.2 Gli strumenti operativi principali	pag. 50
II.1.2.1 La pianificazione dell'organizzazione	pag. 50
II.1.2.2 La pianificazione delle attività assistenziali	pag. 52
II.1.3 Il sistema della qualità	pag. 59
II.1.3.1 La tecnica di miglioramento continuo della qualità	pag. 63
II.1.4 Principi di organizzazione per L.E.A.	pag. 66
II.1.4.1 Prevenzione negli ambienti di vita e Dip.ti territoriali	pag. 68
II.1.4.2 L'organizzazione distrettuale	pag. 70
II.1.4.3 La funzione ospedaliera unica	pag. 77
II.1.5 L'organizzazione dipartimentale delle attività	pag. 84
II.1.6 Tempi e liste d'attesa	pag. 87
II.1.7 L'educazione ed il consumo dei farmaci	pag. 90
II.1.8 Il sistema direzionale	pag. 91
II.1.9 Il sistema della comunicazione e della partecipazione	pag. 95
II.9.1 La comunicazione esterna e Carta dei Servizi	pag. 96
II.9.2 Relazioni con il pubblico - Ufficio stampa	pag. 97
II.1.9.3 La comunicazione interna	pag.100
II.1.9.4 La partecipazione	pag.101
II.1.10 La Formazione	pag.103
II.1.10.1 Formazione – Aggiornamento ECM	pag.104

▪ CAP. III – OBIETTIVI, AZIONI ED INTERVENTI NELLE ATTIVITA' GENERALI, DI ASSISTENZA ED IN QUELLE DI SUPPORTO	pag.107
III.1 Stato attuale e riequilibrio economico dell'Azienda	pag.107
III.2 Obiettivi, azioni ed interventi	pag.107
III.2.1 Schede di obiettivi, azioni, interventi ed indicatori	pag.110

CAP. I – IL CONTESTO

TERRITORIO, POPOLAZIONE E BISOGNI

I.1 DESCRIZIONE GENERALE DELL'AZIENDA

L'Azienda Unità Sanitaria Locale Foggia 1 di San Severo occupa la parte Nord della Provincia di Foggia e della Regione Puglia. I limiti territoriali dell'Azienda sono definiti dal litoraneo costiero adriatico e, per la parte non costiera, sono comuni con le Aziende Usl Fg/2 e Fg/3 e con la Zona Sanitaria 4, di Termoli, dell'Azienda Sanitaria Unica Molisana.

L'Ausl Fg/1 è stata costituita nel 1995 accorpando la quasi totalità dei Comuni e del territorio delle ex Unità Sanitarie Locali di Torremaggiore (Usl Fg/1), San Severo (Usl Fg/2), San Giovanni Rotondo (Usl Fg/3), Vieste (Usl Fg/4); è composta attualmente da 20 Comuni suddivisi in 3 distretti sociosanitari.

Al 1° gennaio 2005 la popolazione dell'Ausl risulta essere di 215.928 abitanti, di cui 105.723 maschi (pari al 49,0%) e 110.205 femmine (pari al 51,0%); i nuclei familiari sono 76.506, il numero medio di componenti per famiglia è 2,8. La superficie totale dell'Ausl è di 2.644,440 kmq, con una densità pari a 82 abitanti per kmq.

Popolazione residente al 1 gennaio 2005	Comuni	Distretti	Superficie totale in kmq	Abitanti per kmq
215.928	20	3	2.644,440	82

La media della popolosità è di 10.796 abitanti per Comune, compresa tra i 413 abitanti delle Isole Tremiti ed i 55.717 abitanti di San Severo.

La densità abitativa media nel territorio dell'Asl Fg/1 (82 ab./kmq), compresa tra i 25 abitanti/kmq di Rignano Garganico ed i 278 abitanti/kmq di Rodi Garganico, è bassa rispetto alla media nazionale (189 ab./kmq), alla media del Sud Italia (190 ab./kmq), della Regione Puglia (208 ab./kmq) e della Provincia di Foggia (96 ab./kmq) [Tab. 1-7].

Tab.1: Popolazione suddivisa per Comune, per sesso, numero famiglie e numero medio di componenti per famiglia

Comuni	Popolazione	Maschi	Femmine	Famiglie	Numero medio di componenti per famiglia
Apricena	13.664	6.726	6.938	4.936	2,8
Cagnano Varano	8.518	4.256	4.262	2.987	2,9
Carpino	4.580	2.240	2.340	1.775	2,6
Chieuti	1.768	884	884	670	2,6
Ischitella	4.478	2.173	2.305	1.843	2,4
Isole tremiti	413	236	177	199	2,1
Lesina	6.263	3.106	3.157	2.380	2,6
Peschici	4.317	2.162	2.155	1.519	2,8
Poggio Imperiale	2.842	1.373	1.469	1.153	2,5
Rignano Garganico	2.236	1.088	1.148	904	2,5
Rodi Garganico	3.690	1.827	1.863	1.492	2,5
San Giovanni Rotondo	26.469	12.891	13.578	9.087	2,9
San Marco in Lamis	15.286	7.425	7.861	4.999	3,1
San Nicandro Garganico	16.936	8.219	8.717	6.050	2,8
San Paolo di Civitate	6.015	2.963	3.052	2.099	2,9
San Severo	55.717	27.268	28.449	19.329	2,9
Serracapriola	4.140	1.971	2.169	1.361	3
Torremaggiore	16.979	8.300	8.679	6.180	2,7
Vico del Gargano	8.017	3.891	4.126	2.921	2,7
Vieste	13.600	6.724	6.876	4.622	2,9
Ausl Fg/1	215.928	105.723	110.205	76.506	2,8

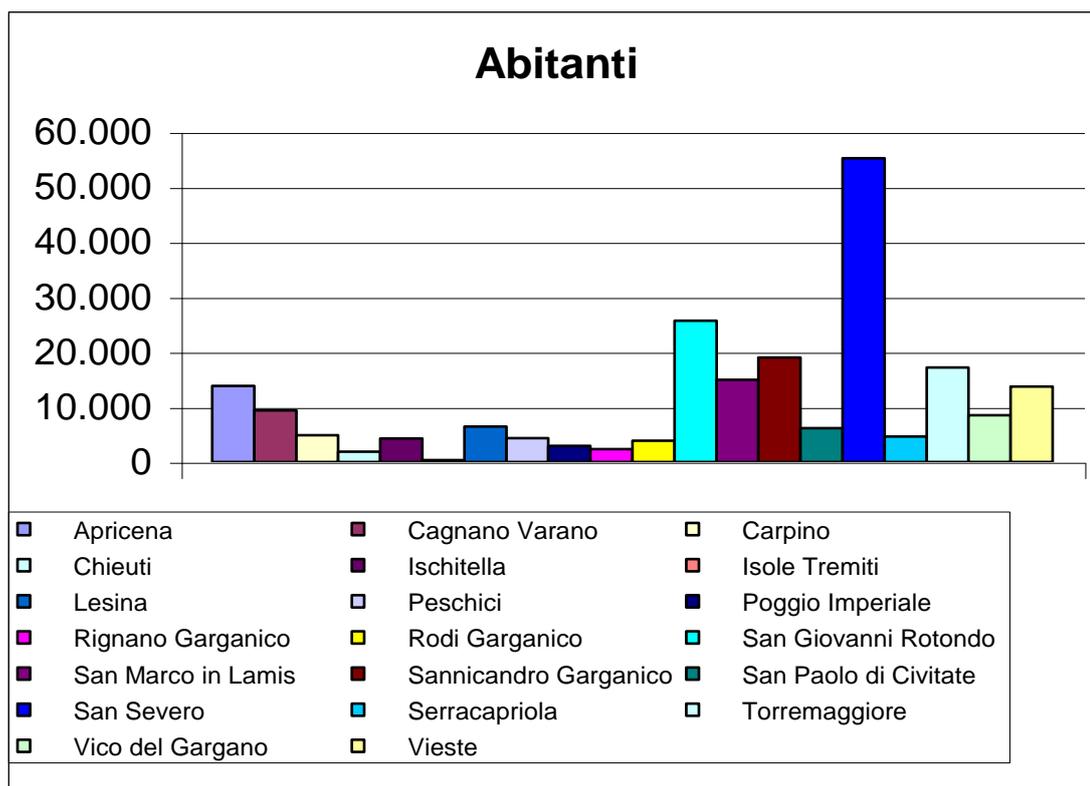
- Famiglia: insieme di persone legate da vincolo di matrimonio, parentela, affinità, adozione, tutela o da vincoli affettivi, coabitanti ed aventi dimora abituale nello stesso Comune (anche se non sono ancora iscritte nell'Anagrafe della popolazione del Comune medesimo).

Tab. 2: I Comuni dell'Ausl Fg/1 (Popolazione, Superficie in kmq, Abitanti/kmq, Altitudine)

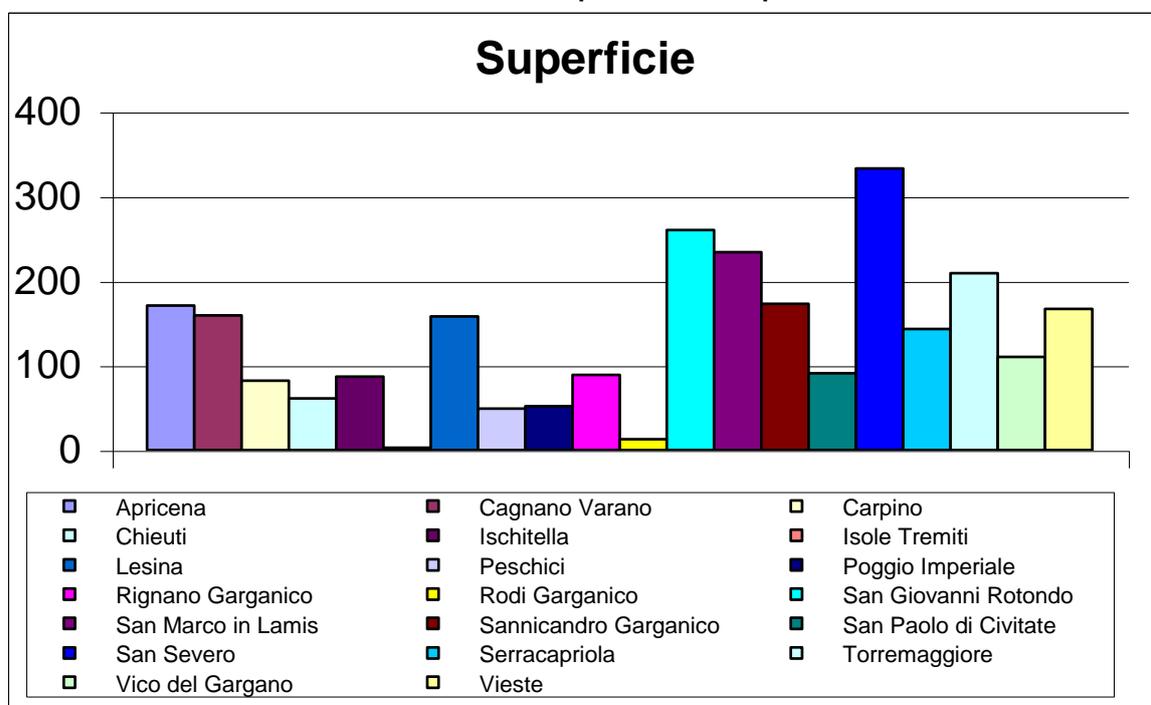
Comuni	Popolazione	Superficie in kmq	Abitanti/kmq	Altitudine
Apricena	13.664	171,45	80	73
Cagnano Varano	8.518	158,75	54	165
Carpino	4.580	82,50	56	147
Chieuti	1.768	60,61	29	221
Ischitella	4.478	87,35	51	310
Isole Tremiti	413	3,06	135	70
Lesina	6.263	158,44	40	5
Peschici	4.317	48,91	88	90
Poggio Imperiale	2.842	52,38	54	73
Rignano Garganico	2.236	88,93	25	590
Rodi Garganico	3.690	13,28	278	42
San Giovanni Rotondo	26.469	259,59	102	566
San Marco in Lamis	15.286	233,56	65	550
San Nicandro Garganico	16.936	172,63	98	224
San Paolo di Civitate	6.015	90,69	66	187
San Severo	55.717	333,15	167	86
Serracapriola	4.140	142,79	29	270
Torremaggiore	16.979	208,55	81	169
Vico del Gargano	8.017	110,48	73	445
Vieste	13.600	167,34	81	43
Ausl Fg/1	215.928	2.644,44	82	216 (media)

- L'altitudine è calcolata in metri sul livello del mare ed è riferita al principale luogo di raccolta della popolazione, di norma la piazza del municipio o della chiesa parrocchiale principale o del mercato.
- La media dell'altitudine indicata per l'Ausl ha ovviamente valore puramente indicativo.

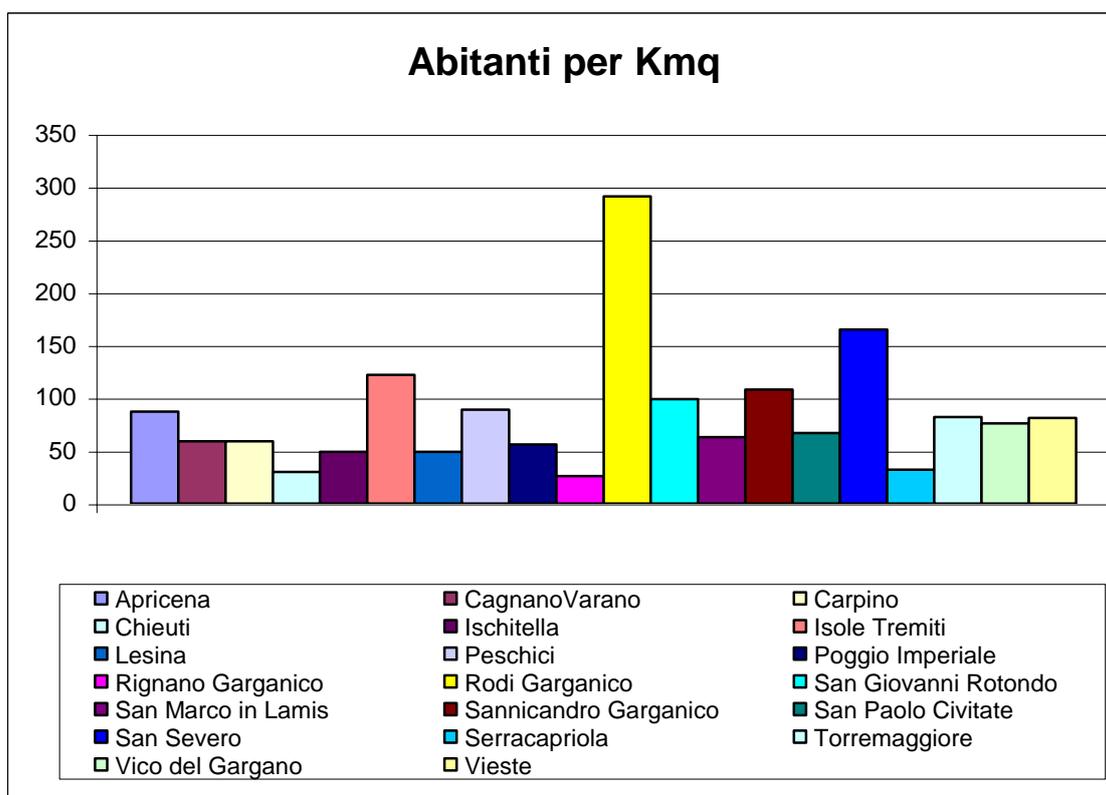
Tab. 3: Abitanti



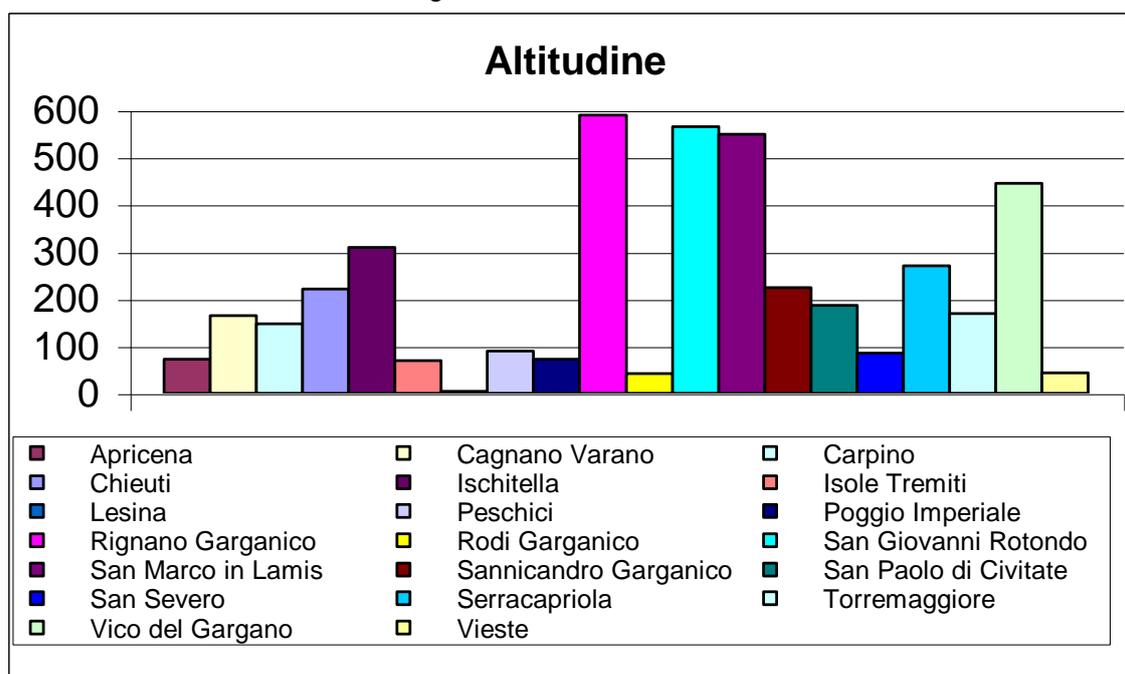
Tab. 4: Superficie in Km²



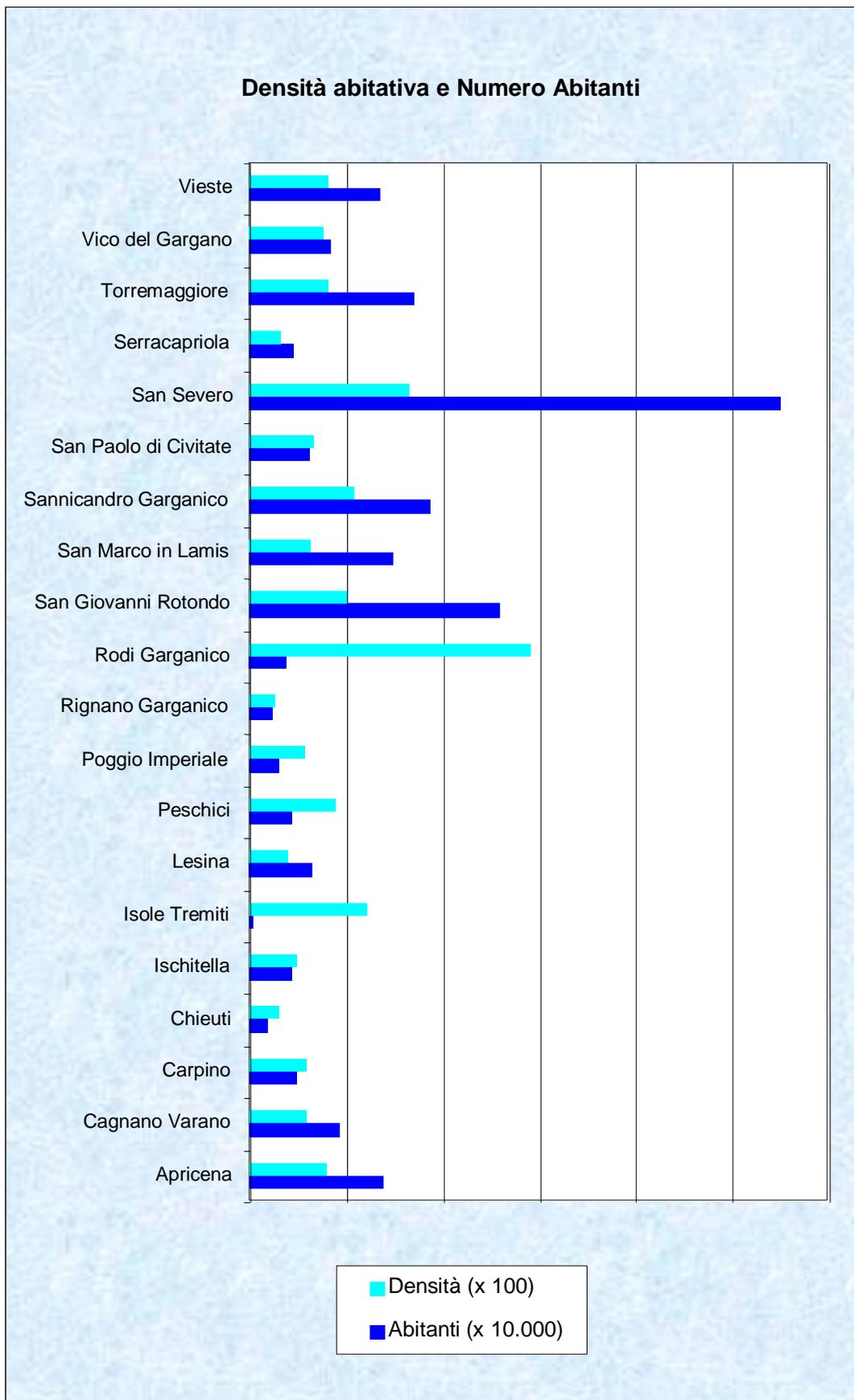
Tab. 5: Abitanti per Km²



Tab. 6: Altitudine Comuni Ausl Fg/1 in metri s.l.m.



Tab. 7: Densità abitativa e numero abitanti per Comune



I.1.1 ASPETTI GEOGRAFICI

Il territorio dell'Ausl Fg/1 occupa parte della subregione del Gargano (14 Comuni: Apricena, Cagnano Varano, Carpino, Ischitella, Lesina, Peschici, Poggio Imperiale, Rignano Garganico, Rodi Garganico, San Giovanni Rotondo, San Marco in Lamis, San Nicandro Garganico, Vico del Gargano, Vieste), e parte della subregione del Tavoliere (5 Comuni: Chieuti, San Paolo di Civitate, San Severo, Serracapriola, Torremaggiore); l'arcipelago delle Isole Tremiti geograficamente è classificato nella subregione del Gargano.

Il territorio dell'Asl si presenta per lo più pianeggiante e collinare, con alcune zone considerate montuose; in effetti nel territorio del Comune di San Giovanni Rotondo sono localizzati cinque tra i maggiori rilievi della Regione Puglia [Monte Calvo (1.065 m s.l.m.), Monte Nero (1.014 m s.l.m.), Monte Castellana (985 m s.l.m.), Monte Calvello (949 m s.l.m.), Coppa Romitorio (948 m s.l.m.)].

Il territorio dell'Asl è attraversato da due corsi d'acqua di bassa portata: il fiume Fortore ed il torrente Candelarò, nei quali confluiscono vari corsi d'acqua minori (i torrenti Staina, Radicosa, Rovello). Vi sono inoltre due laghi, il lago di Lesina, lungo circa 22 km ed esteso per circa 51 kmq, ed il lago di Varano, lungo circa 10 km ed esteso per circa 60 kmq (quest'ultimo, per estensione, è il settimo dei laghi italiani). Ambedue i laghi sono salmastri, situati a poca distanza dalla costa e sono separati tra loro da una piccola asperità, il cosiddetto Monte Elio (260 metri s.l.m.).

Molto esteso è lo sviluppo costiero; a Marina di Chieuti e di Lesina e lungo le coste del promontorio del Gargano fino a Vieste, sono localizzati numerosi insediamenti turistici di tipo sia alberghiero (alberghi, locande, pensioni) sia extraalberghiero (campeggi, villaggi turistici) che durante il periodo estivo causano un aumento esponenziale della popolazione. Particolarmente nella stagione estiva, l'arcipelago delle Isole Tremiti, formato dalle isole di San Domino, San Nicola, Capraia e dallo scoglio di Cretaccio, è meta giornaliera di moltissimi turisti.

I.1.2 VIABILITÀ E TRASPORTI

Il territorio dell'Ausl è servito dalla autostrada A14, con caselli di svincolo a San Severo e Poggio Imperiale. Altre principali strade di collegamento sono la strada statale Adriatica (SS16), che segue la direttiva Termoli-San Severo-Foggia e la superstrada veloce del Gargano, che ha migliorato nettamente la situazione viaria della maggior parte dei Comuni del Gargano; infatti, attualmente solo San Giovanni Rotondo, San Marco in Lamis, Rignano Garganico, Vieste e Peschici non sono direttamente serviti da una rete viaria a scorrimento veloce. Il territorio dell'Ausl è servito dalle Ferrovie dello Stato, secondo la direttiva Milano-Bologna-Pescara-Foggia-Bari, con scalo principale a San Severo, e scali minori a Chieuti-Serracapriola, Ripalta, Lesina, Poggio Imperiale, Apricena, Rignano Garganico. Altri collegamenti ferroviari sono assicurati dalle Ferrovie del Gargano, ente regionale; tale ultimo servizio collega San Severo e le stazioni di San

Matteo, San Marco in Lamis, Apricena, San Nicandro Garganico, Capoiale, San Giacomo di Varano, Cagnano Varano, Carpino, Ischitella, Rodi Garganico, Vico del Gargano-San Menaio, Peschici, con Foggia e Bari.

Tutti i Comuni dell'Ausl sono discretamente serviti da autolinee regionali.

Le Isole Tremiti sono collegate giornalmente tramite traghetto e aliscafo con il porto di Termoli e, tramite elicottero, con Foggia. Durante il periodo estivo oltre che con Termoli sono attivati altri collegamenti anche con i porti di Ortona, Rodi Garganico-Capoiale, Manfredonia.

Tabella 8

Ferrovie	Strade statali	Autostrade
<ul style="list-style-type: none">• Ferrovie dello Stato• Ferrovia Garganica	<ul style="list-style-type: none">• Statale 16• Superstrada Garganica	<ul style="list-style-type: none">• A14

Nella tabella 8 sono indicate le distanze chilometriche dei venti Comuni dell'Ausl Fg/1 dagli Ospedali della Provincia di Foggia e da quelli di Termoli e Larino.

Comuni	OSPEDALI										
	Cerignola	Foggia	Larino	Lucera	Manfredonia	Monte S. Angelo	San Giovanni Rotondo	San Marco in Lamis	San Severo	Termoli	Torremaggiore
Apricena	79	43	79	35	57	56	31	22	13	52	20
Cagnano Varano	117	80	105	73	54	56	31	41	50	78	58
Carpino	127	90	112	82	64	36	41	50	60	85	68
Chieuti	100	63	56	55	91	90	65	56	33	27	28
Ischitella	144	107	122	92	74	46	51	60	70	95	78
Isole Tremiti											
Lesina	94	57	67	49	71	71	46	37	27	40	35
Peschici	151	115	137	107	74	74	66	75	85	110	92
Poggio Imperiale	89	52	69	44	66	66	41	32	22	42	30
Rignano Garganico	97	61	112	53	48	41	17	7	31	85	38
Rodi Garganico	136	99	121	92	73	53	51	60	69	94	77
San Giovanni Rotondo	99	62	113	55	22	25	-	9	32	87	40
San Marco in Lamis	90	53	104	45	32	34	9	-	23	77	31
Sannicandro Garganico	94	57	90	49	53	56	31	22	27	63	35
San Paolo di Civitate	79	42	75	34	70	69	45	35	12	49	8
San Severo	67	30	81	22	58	57	32	23	-	54	8
Serracapriola	93	56	61	48	84	83	59	49	26	34	22
Torremaggiore	75	38	83	27	66	65	40	31	8	57	-
Vico del Gargano	143	106	127	99	80	43	58	67	76	101	84
Vieste	99	94	155	113	55	55	85	95	104	129	112

Tab. 8: Distanza in Km dei Comuni dell'Ausl Fg/1 dagli Ospedali della Provincia di Foggia e dagli Ospedali di Larino e di Termoli

Le distanze sono state calcolate in base alle strade normalmente utilizzate dai residenti

I.1.3 TIPO DI LOCALITÀ ABITATE (CENTRI E NUCLEI ABITATI)

Nei Comuni dell'Ausl Fg/1 non si registra una elevata dispersione abitativa della popolazione, che è suddivisa in 36 centri abitati ed in 29 nuclei abitati [Tab. 9].

Tab. 9: Centri e nuclei abitati

Comuni	Centri abitati	Nuclei abitati
Apricena	1	2
Cagnano Varano	2	0
Carpino	1	1
Chieuti	2	1
Ischitella	2	2
Isole Tremiti	2	0
Lesina	4	0
Peschici	4	5
Poggio Imperiale	1	0
Rignano Garganico	1	0
Rodi Garganico	3	0
San Giovanni Rotondo	1	0
San Marco in Lamis	3	2
San Nicandro Garganico	2	0
San Paolo di Civitate	1	0
San Severo	1	0
Serracapriola	1	0
Torremaggiore	1	0
Vico del Gargano	2	0
Vieste	1	16
Ausl Fg/1	36	29

° Censimento Generale della Popolazione, anno 2001

Definizioni

- Per *località abitata* si intende un'area più o meno vasta di territorio, conosciuta di norma con un nome proprio, sulla quale sono situate una o più case raggruppate o sparse. I tipi di località abitata considerate ai fini del Censimento sono: il centro abitato, il nucleo abitato, le case sparse.
- Per *centro abitato* si intende un aggregato di case contigue o vicine con interposte strade, piazze e simili, o comunque brevi soluzioni di continuità, caratterizzato dall'esistenza di servizi od esercizi pubblici (quali, ad esempio, una chiesa regolarmente officiata, una scuola, una stazione ferroviaria, tranviaria o automobilistica, un ufficio pubblico, una rivendita di generi di privativa, una farmacia od un dispensario farmaceutico, un negozio e simili) costituenti la condizione di una forma autonoma di vita sociale, e generalmente determinanti un luogo di raccolta ove sogliono concorrere anche gli abitanti dei luoghi vicini per ragioni di culto, istruzione, affari, approvvigionamento e simili, in modo da manifestare l'esistenza di una forma di vita sociale coordinata dal centro stesso.
- Per *nucleo abitato* si intende la località abitata, priva del luogo di raccolta che caratterizza il centro abitato, costituita da un gruppo di case continue o vicine, con almeno cinque famiglie e con interposte strade, sentieri, spiazzini, aie, piccoli orti, piccoli incolti e simili, purché l'intervallo tra casa e casa non superi una trentina di metri e sia in ogni modo inferiore a quello intercorrente tra il nucleo stesso e la più vicina delle case manifestamente sparse.
- Per *case sparse* si intendono quelle disseminate nel territorio comunale a distanza tale tra loro da non poter costituire nemmeno un nucleo abitato.

I.2 I DISTRETTI

I 20 Comuni che costituiscono l'Ausl Fg/1 attualmente sono suddivisi in 3 distretti:

- **Distretto 1**, con sede a San Severo, comprende i comuni di Apricena, Chieuti, Lesina, Poggio Imperiale, San Paolo di Civitate, San Severo, Serracapriola, Torremaggiore, per un totale di 107.388 residenti;
- **Distretto 2**, con sede a San Marco in Lamis, comprende i comuni di Rignano Garganico, San Giovanni Rotondo, San Marco in Lamis, San Nicandro Garganico, per un totale di 60.927 residenti;
- **Distretto 3**, con sede a Vico del Gargano, comprende i comuni di Cagnano Varano, Carpino, Ischitella, Isole Tremiti, Peschici, Rodi Garganico, Vico del Gargano, Vieste per un totale di 47.613 residenti.

La popolosità media dei distretti è di 71.976 abitanti, compresa tra i 47.613 abitanti del distretto 3 ed i 107.388 abitanti del distretto 1. L'estensione territoriale media dei distretti è di 881,48 kmq, compresa tra i 671,67 kmq del distretto 3 ed i 1.218,06 kmq del distretto 1. Il rapporto tra abitanti e superficie varia tra i 71 abitanti/kmq del distretto 3 e gli 88 abitanti/kmq del distretto 1 [10-15].

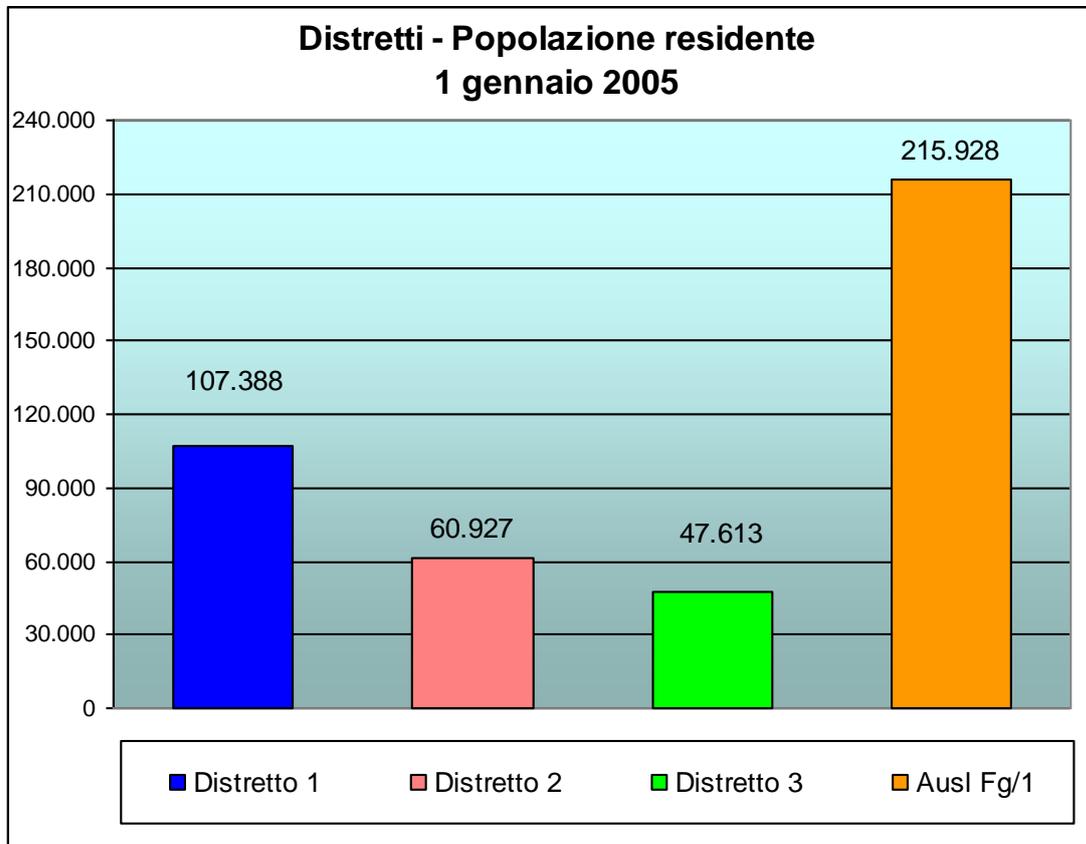
Tab. 10: I Distretti dell'Ausl Fg/1

Distretti	Comuni	Abitanti
Distretto 1 San Severo	Apricena	13.664
	Chieuti	1.768
	Lesina	6.263
	Poggio Imperiale	2.842
	San Paolo di Civitate	6.015
	San Severo	55.717
	Serracapriola	4.140
	Torremaggiore	16.979
	Totale	107.388
Distretto 2 San Marco in Lamis	Rignano Garganico	2.236
	San Giovanni Rotondo	26.469
	San Marco in Lamis	15.286
	San Nicandro Garganico	16.936
	Totale	60.927
Distretto 3 Vico del Gargano	Cagnano Varano	8.518
	Carpino	4.580
	Ischitella	4.478
	Isole tremiti	413
	Peschici	4.317
	Rodi Garganico	3.690
	Vico del Gargano	8.017
	Vieste	13.600
	Totale	47.613
Ausl Fg/1		215.928

Tab. 11: I Distretti. Popolazione suddivisa per sesso, numero famiglie, numero di componenti per famiglia

Distretti	Popolazione residente al 1 gennaio 2005	Maschi	Femmine	Numero famiglie	Numero di componenti per famiglia
Distretto 1	107.388	52.591	54.797	38.108	2,8
Distretto 2	60.927	29.623	31.304	21.040	2,9
Distretto 3	47.613	23.509	24.104	17.358	2,7
Ausl Fg/1	215.928	105.723	110.205	76.506	2,8

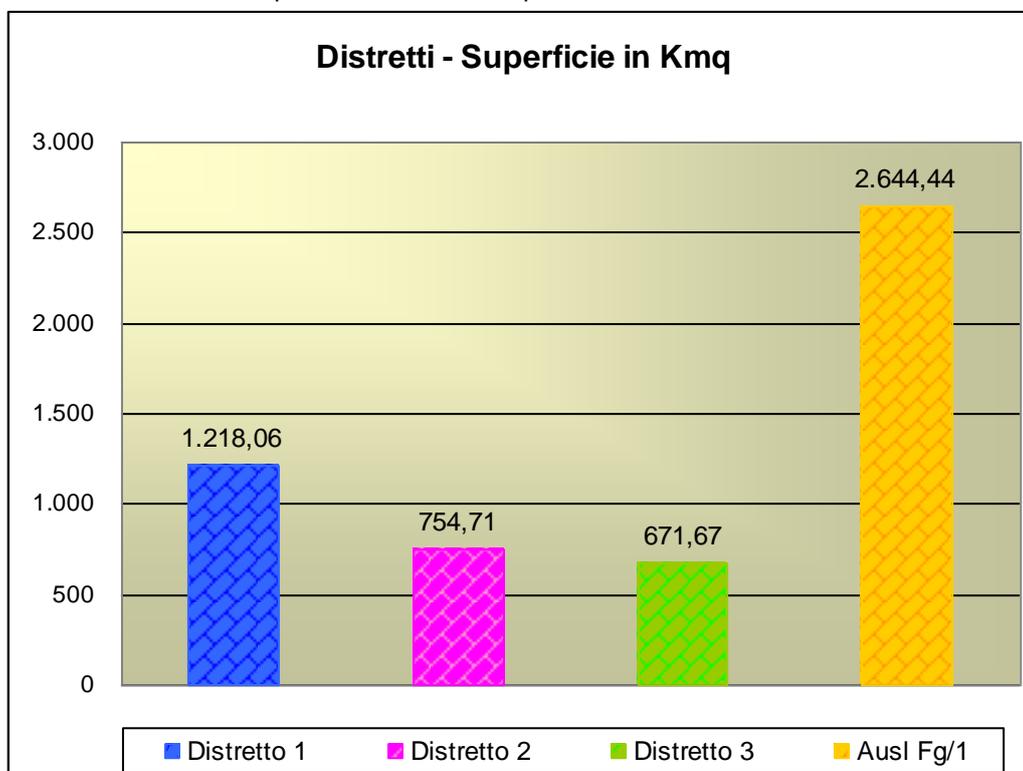
Tab. 12: I Distretti - Numero abitanti



Tab.13: I Distretti - Popolazione, superficie, abitanti/kmq

Distretti	Popolazione residente al 1 gennaio 2005	Superficie totale in kmq	Abitanti/kmq
Distretto 1	107.388	1.218,06	88
Distretto 2	60.927	754,71	81
Distretto 3	47.613	671,67	71
Ausl Fg/1	215.928	2.644,44	82

Tab. 14: I Distretti - Superficie in chilometri quadrati



Tab. 15: Distretti, centri e nuclei abitati

Distretto	Comuni	Centri abitati	Nuclei abitati
Distretto 1 San Severo	Apricena	1	2
	Chieuti	2	1
	Lesina	4	0
	Poggio Imperiale	1	0
	San Paolo di Civitate	1	0
	San Severo	1	0
	Serracapriola	1	0
	Torremaggiore	1	0
	Totale	12	3
Distretto 2 San Marco in Lamis	Rignano Garganico	1	0
	San Giovanni Rotondo	1	0
	San Marco in Lamis	3	2
	San Nicandro Garganico	2	0
	Totale	7	2
Distretto 3 Vico del Gargano	Cagnano Varano	2	0
	Carpino	1	1
	Ischitella	2	2
	Isole Tremiti	2	0
	Peschici	4	5
	Rodi Garganico	3	0
	Vico del Gargano	2	0
	Vieste	1	16
	Totale	17	24
Ausl Fg/1		36	29

° Censimento Generale della Popolazione, anno 2001

I.2.1 ANALISI DEMOGRAFICA DEI COMUNI DELL'AUSL FG/1

La variazione numerica della popolazione complessiva dell'Ausl Fg/1 dal 1901 al 1 gennaio 2005 è riportata graficamente nelle tabelle 16 e 17. Dal 1996 si osserva una graduale diminuzione del numero di abitanti nell'Ausl Fg/1.

Tab. 16: Popolazione Ausl Fg/1

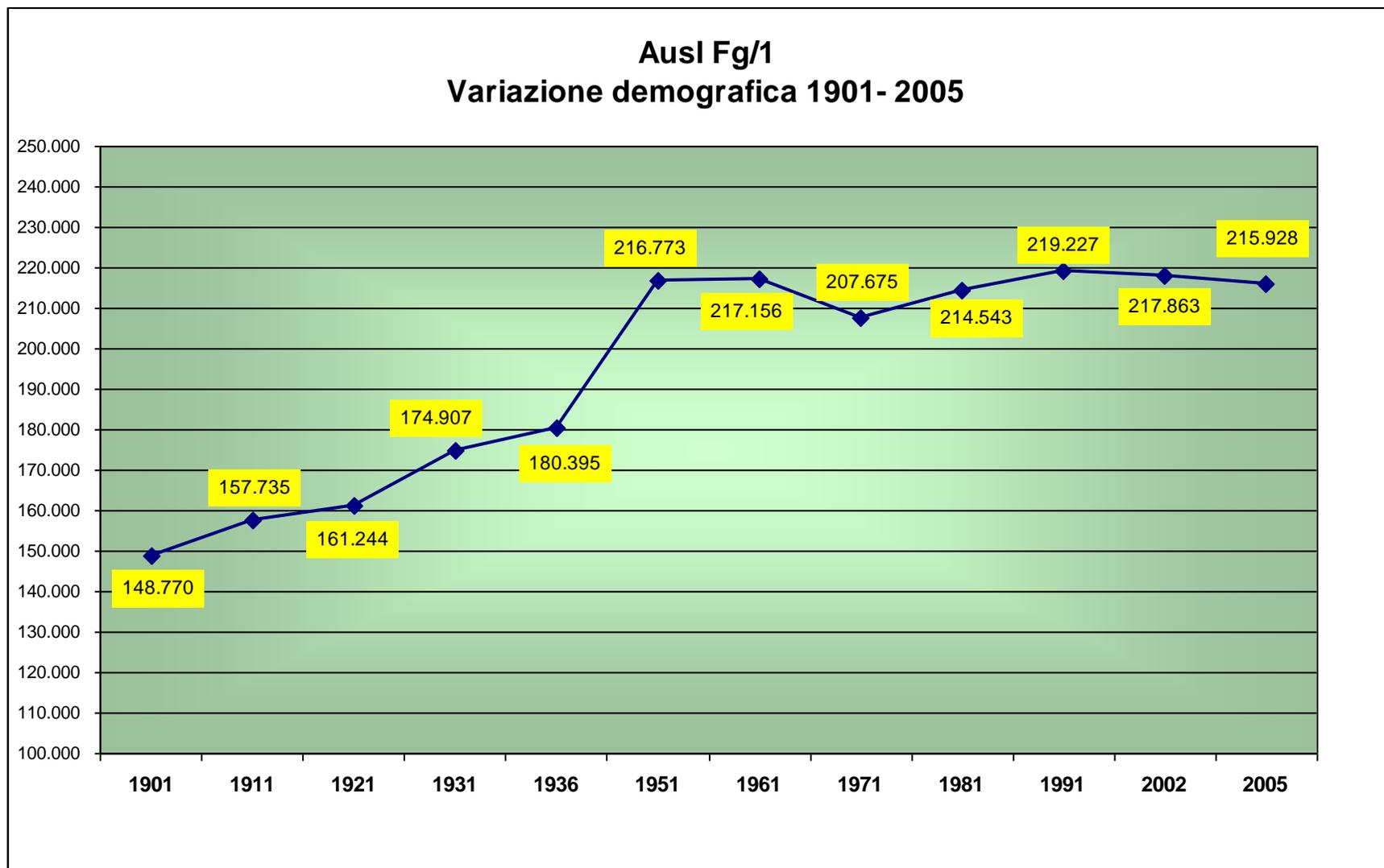
<i>Anno</i>	<i>Popolazione</i>
1901	148.770
1911	157.735
1921	161.244
1931	174.907
1936	180.395
1951	216.773
1961	217.156
1971	207.675
1981	214.543
1991	219.227
1996	220.792
1997	220.739
1998	220.091
1999	219.574
2000	218.583
2001	218.037
2002	217.863
2003	217.336
2004	216.781
2005	215.928

(dal Censimento 1901 al 1 gennaio 2005)

Dal 1901 al 1991: Abitanti alla data di svolgimento dei Censimenti

Dal 1996 al 2005: Abitanti al 1 gennaio

Tab. 17



Dal 1901 al 1991: Abitanti alla data di svolgimento dei Censimenti

Dal 2002 al 2005: Abitanti al 1 gennaio

In tabella 18 i Comuni dell'Asl sono classificati per ampiezza demografica con riferimento agli anni 1901, 1931, 1961, 1991, 2005.

Tab. 18: Classi di ampiezza demografica dei Comuni dell'Asl Fg/1

Classi di ampiezza demografica dei Comuni	1901		1931		1961		1991		2005	
	Num. Com.	Abitanti	Num. Com.	Abitanti.						
≤ 500			1	385	1	349	1	364	1	413
501-1.000	1	817								
1.001-2.000	1	1.963	1	1.854			1	1.886	1	1.768
2.001-3.000	3	6.921	1	2.441	1	2.560	1	2.413	2	5.078
3.001-4.000	2	7.296	3	10.372	1	3.328	2	7.213	1	3.690
4.001-5.000	1	4.534			3	12.908	3	13.429	4	17.515
5.001-10.000	8	59.204	7	43.292	7	50.056	5	35.337	4	28.813
10.001-15.000	2	21.954	5	60.736	2	25.684	2	26.971	2	27.264
15.001-20.000	1	17.531	1	19.342	3	53.602	3	52.151	3	49.201
20.001-30.000	1	28.550			1	20.226	1	24.378	1	26.469
30.001-40.000			1	36.485						
40.001-50.000					1	48.443				
50.001-60.000							1	55.085	1	55.717
Totale	20	148.770	20	174.907	20	217.156	20	219.227	20	215.928

Num. Com.: Numero Comuni

In un anno (dal 1 gennaio 2004 al 1 gennaio 2005) il numero di abitanti dell'Ausl Fg/1 è diminuito di 853 unità (valore assoluto), -0,39% (valore percentuale). Il Comune di Apricena presenta il maggiore incremento di abitanti (+37, pari a +0,27%); nel Comune di San Nicandro Garganico si è verificato il maggiore decremento -451 unità (valore assoluto), -2,59% (valore percentuale) [Tab. 19].

Nell'Ausl Fg/1 il saldo anagrafico è stato di -853, dovuto al saldo naturale positivo (+465) ed al saldo migratorio negativo (-1.318). In termini assoluti, il miglior valore come saldo anagrafico si è verificato ad Apricena (+37), il peggiore a San Nicandro Garganico

(-451); il miglior valore come saldo naturale si è verificato a San Severo (+245), il peggiore a San Nicandro Garganico (-30), mentre Rodi Garganico presenta il miglior valore di saldo migratorio (+2), San Nicandro Garganico il peggiore (-421) [Tab. 20].

Tab. 19: Ausl Fg/1, Popolazione 1 gennaio 2004 – 1 gennaio 2005
(differenza in valore assoluto e %)

Comuni	2004	2005	Differenza	
			v.a.	%
Apricena	13.627	13.664	37	0,27
Cagnano Varano	8.581	8.518	-63	-0,73
Carpino	4.642	4.580	-62	-1,34
Chieuti	1.783	1.768	-15	-0,84
Ischitella	4.525	4.478	-47	-1,04
Isole Tremiti	420	413	-7	-1,67
Lesina	6.272	6.263	-9	-0,14
Peschici	4.314	4.317	3	0,07
Poggio Imperiale	2.853	2.842	-11	-0,39
Rignano Garganico	2.258	2.236	-22	-0,97
Rodi Garganico	3.702	3.690	-12	-0,32
San Giovanni Rotondo	26.437	26.469	32	0,12
San Marco in Lamis	15.477	15.286	-191	-1,23
San Nicandro Garganico	17.387	16.936	-451	-2,59
San Paolo di Civitate	6.072	6.015	-57	-0,94
San Severo	55.700	55.717	17	0,03
Serracapriola	4.177	4.140	-37	-0,89
Torremaggiore	16.956	16.979	23	0,14
Vico del Gargano	8.032	8.017	-15	-0,19
Vieste	13.566	13.600	34	0,25
Ausl Fg/1	216.781	215.928	-853	-0,39

Tab. 20: Anno 2004, Saldo naturale, saldo migratorio, saldo anagrafico

Comuni	1.1.2004	Saldo naturale	Saldo migratorio	Saldo anagrafico	31.12.2004
Apricena	13.627	62	-25	37	13.664
Cagnano Varano	8.581	8	-71	-63	8.518
Carpino	4.642	-17	-45	-62	4.580
Chieuti	1.783	-9	-6	-15	1.768
Ischitella	4.525	-25	-22	-47	4.478
Isole Tremiti	420	-2	-5	-7	413
Lesina	6.272	-2	-7	-9	6.263
Peschici	4.314	4	-1	3	4.317
Poggio Imperiale	2.853	-4	-7	-11	2.842
Rignano Garganico	2.258	-11	-11	-22	2.236
Rodi Garganico	3.702	-14	2	-12	3.690
San Giovanni Rotondo	26.437	125	-93	32	26.469
San Marco in Lamis	15.477	52	-243	-191	15.286
San Nicandro Garganico	17.387	-30	-421	-451	16.936
San Paolo di Civitate	6.072	7	-64	-57	6.015
San Severo	55.700	245	-228	17	55.717
Serracapriola	4.177	-17	-20	-37	4.140
Torremaggiore	16.956	49	-26	23	16.979
Vico del Gargano	8.032	-4	-11	-15	8.017
Vieste	13.566	48	-14	34	13.600
Ausl Fg/1	216.781	465	-1.318	-853	215.928

In blu il valore più alto, in rosso il valore più basso

Nel periodo di osservazione, nell'Ausl Fg/1 il tasso di natalità è stato di 10,6 nati vivi per 1.000 abitanti, il tasso di mortalità di 8,5 decessi per 1.000 abitanti, il tasso di crescita naturale (TN – TM) è stato pari a 2,1.

Nell'anno 2004 Apricena presenta il più alto tasso di natalità (12,1), Chieuti quello più basso (5,7); Serracapriola ha registrato il più alto tasso di mortalità (13,5), San Giovanni

Rotondo quello più basso (6,5); il più alto tasso di crescita naturale si è registrato a San Giovanni Rotondo (4,8), il più basso ad Ischitella (-5,6) [Tab. 21].

Tab. 21: Anno 2004, Tasso di Natalità, Tasso di Mortalità, Tasso di Crescita Naturale

Comuni	Nati	Tasso di Natalità	Morti	Tasso di Mortalità	Tasso di Crescita Naturale
Apricena	165	12,1	103	7,5	4,6
Cagnano Varano	81	9,5	73	8,6	0,9
Carpino	31	6,8	48	10,5	-3,7
Chieuti	10	5,7	19	10,7	-5
Ischitella	35	7,8	60	13,4	-5,6
Isole Tremiti	3	7,3	5	12,1	-4,8
Lesina	60	9,6	62	9,9	-0,3
Peschici	42	9,7	38	8,8	0,9
Poggio Imperiale	22	7,7	26	9,1	-1,4
Rignano Garganico	16	7,2	27	12,1	-4,9
Rodi Garganico	34	9,2	48	13,0	-3,8
San Giovanni Rotondo	296	11,2	171	6,5	4,7
San Marco in Lamis	177	11,6	125	8,2	3,4
San Nicandro Garganico	154	9,1	184	10,9	-1,8
San Paolo di Civitate	55	9,1	48	8,0	1,1
San Severo	665	11,9	420	7,5	4,4
Serracapriola	39	9,4	56	13,5	-4,1
Torremaggiore	181	10,7	132	7,8	2,9
Vico del Gargano	85	10,6	89	11,1	-0,5
Vieste	148	10,9	100	7,4	3,5
Ausl Fg/1	2.299	10,6	1.834	8,5	2,1

In blu il valore più alto, in rosso il valore più basso

Nella tabella 22 sono riportati, come utile confronto con i dati dei singoli Comuni e dell'Ausl Fg/1, il tasso di natalità, il tasso di mortalità ed il tasso di crescita naturale della

popolazione italiana totale e di quella delle ripartizioni geografiche (Italia Nord Occidentale, Nord Orientale, Centrale, Meridionale, Insulare), della popolazione della Regione Puglia, della Provincia di Foggia, della Città di Foggia.

Tab. 22: Confronto di Tassi di Natalità, di Mortalità, di Crescita Naturale

	Tasso di Natalità	Tasso di Mortalità	Tasso di Crescita Naturale
Italia	9,7	9,4	0,3
Italia Nord Occidentale	9,4	9,8	-0,5
Italia Nord Orientale	9,7	9,9	-0,2
Italia Centrale	9,4	10,1	-0,7
Italia Meridionale	10,2	9,3	1,9
Italia Insulare	9,7	8,7	1,0
Regione Puglia	10,0	7,7	2,3
Provincia di Foggia	10,6	8,0	2,6
Città di Foggia	10,3	7,5	2,8
Ausl Fg/1	10,6	8,5	2,1
Apricena	12,1	7,5	4,6
Cagnano Varano	9,5	8,6	0,9
Carpino	6,8	10,5	-3,7
Chieuti	5,7	10,7	-5
Ischitella	7,8	13,4	-5,6
Isole Tremiti	7,3	12,1	-4,8
Lesina	9,6	9,9	-0,3
Peschici	9,7	8,8	0,9
Poggio Imperiale	7,7	9,1	-1,4
Rignano Garganico	7,2	12,1	-4,9
Rodi Garganico	9,2	13,0	-3,8
San Giovanni Rotondo	11,2	6,5	4,7
San Marco in Lamis	11,6	8,2	3,4
San Nicandro Garganico	9,1	10,9	-1,8
San Paolo di Civitate	9,1	8,0	1,1
San Severo	11,9	7,5	4,4
Serracapriola	9,4	13,5	-4,1
Torremaggiore	10,7	7,8	2,9
Vico del Gargano	10,6	11,1	-0,5
Vieste	10,9	7,4	3,5

Nelle tabelle da 23 a 25, è riportato il numero di abitanti nei tre Distretti in cui è suddiviso il territorio dell'Ausl Fg/1.

Distretto 1, San Severo

Popolazione 1 gennaio 2004 - 1 gennaio 2005

Tab. 23 Differenza (valore assoluto e %)

Comuni	2004	2005	Differenza	
			v.a.	%
Apricena	13.627	13.664	37	0,27
Chieuti	1.783	1.768	-15	-0,84
Lesina	6.272	6.263	-9	-0,14
Poggio Imperiale	2.853	2.842	-11	-0,39
San Paolo di Civitate	6.072	6.015	-57	-0,94
San Severo	55.700	55.717	17	0,03
Serracapriola	4.177	4.140	-37	-0,89
Torremaggiore	16.956	16.979	23	0,14
Distretto	107.440	107.388	-52	-0,05

Distretto 2, San Marco in Lamis

Popolazione 1 gennaio 2004 - 1 gennaio 2005

Tab. 24 Differenza (valore assoluto e %)

Comuni	2004	2005	Differenza	
			v.a.	%
Rignano Garganico	2.258	2.236	-22	-0,97
San Giovanni Rotondo	26.437	26.469	32	0,12
San Marco in Lamis	15.477	15.286	-191	-1,23
San Nicandro Garganico	17.387	16.936	-451	-2,59
Distretto	61.559	60.927	-632	-1,03

Distretto 3, Vico del Gargano
 Popolazione 1 gennaio 2004 - 1 gennaio 2005
 Differenza (valore assoluto e %)

Tab. 25

Comuni	2004	2005	Differenza	
			v.a.	%
Cagnano Varano	8.581	8.518	-63	-0,73
Carpino	4.642	4.580	-62	-1,34
Ischitella	4.525	4.478	-47	-1,04
Isole Tremiti	420	413	-7	-1,67
Peschici	4.314	4.317	3	0,07
Rodi Garganico	3.702	3.690	-12	-0,32
Vico del Gargano	8.032	8.017	-15	-0,19
Vieste	13.566	13.600	34	0,25
Distretto	47.782	47.613	-169	-0,35

I.2.1.1 ANDAMENTO DEMOGRAFICO ANNI 1996-2004

Relativamente all'Ausl Fg/1 ed ai venti Comuni che la costituiscono nella tabella 23 sono stati calcolati il tasso medio di natalità, il tasso grezzo medio di mortalità, il tasso medio di crescita naturale nel periodo 1996-2004 (nove anni). Nel periodo esaminato nell'Ausl Fg/1 il tasso di natalità è stato di 11,4 nati per 1.000 abitanti, il tasso di mortalità è stato di 8,7 morti per 1.000 abitanti, il tasso di crescita naturale è pari a 2,7. San Marco in Lamis presenta il miglior tasso di natalità (12,6 nati per 1.000 abitanti), le Isole Tremiti quello peggiore (3,8 nati per 1.000 abitanti); a Serracapriola si rileva il più elevato tasso grezzo di mortalità (15,3 morti per 1.000 abitanti), quello più basso a San Giovanni Rotondo (6,5 morti per 1.000 abitanti). Nel periodo 1996-2004 nell'Ausl Fg/1 il tasso di immigrazione è stato di 13,6 immigrati per 1.000 abitanti, più elevato è stato il tasso di emigrazione (19,0 emigrati per 1.000 abitanti) [Tab. 26,27].

Tab. 26: Anni 1996-2004, Tasso di Natalità, Tasso di Mortalità, Tasso di Crescita Naturale

Comuni	Nati	Tasso di Natalità	Morti	Tasso di Mortalità	Tasso di Crescita Naturale
Apricena	1.362	11,0	979	7,9	3,1
Cagnano Varano	872	10,7	629	7,7	3,0
Carpino	385	9,0	502	11,7	-2,7
Chieuti	158	9,7	202	12,3	-2,7
Ischitella	399	10,1	448	11,3	-1,2
Isole Tremiti	13	3,8	24	7,0	-3,2
Lesina	594	10,3	494	8,6	1,7
Peschici	414	10,6	359	9,2	1,4
Poggio Imperiale	240	9,1	270	10,3	-1,1
Rignano Garganico	215	10,3	225	10,8	-0,5
Rodi Garganico	328	9,6	380	11,1	-1,5
San Giovanni Rotondo	2.849	12,2	1.515	6,5	5,7
San Marco in Lamis	1.725	12,6	1.304	9,5	3,1
San Nicandro Garganico	1.708	10,4	1.609	9,8	0,6
San Paolo di Civitate	630	11,5	536	9,7	1,7
San Severo	6.119	12,3	3.973	8,0	4,3
Serracapriola	357	8,9	616	15,3	-6,4
Torremaggiore	1.878	12,2	1.336	8,7	3,5
Vico del Gargano	735	9,8	793	10,6	-0,8
Vieste	1.403	11,5	971	7,9	3,5
Ausl Fg/1	22.384	11,4	17.165	8,7	2,7

Tab. 27: Anni 1996 – 2004, Tasso di immigrazione, Tasso di emigrazione

Comuni	Immigrati	Tasso di immigrazione (T.I.)	Emigrati	Tasso di emigrazione (T.E.)	T.I.- T.E.
Apricena	1.750	14,2	2.223	18,0	-3,8
Cagnano Varano	821	10,1	1.146	14,1	-4,0
Carpino	786	18,3	919	21,4	-3,1
Chieuti	355	21,7	459	28,1	-6,4
Ischitella	820	20,7	883	22,3	-1,6
Isole Tremiti	216	62,8	164	47,7	15,1
Lesina	1.153	20,0	1.542	26,8	-6,8
Peschici	605	15,5	728	18,6	-3,1
Poggio Imperiale	751	28,6	963	36,7	-8,1
Rignano Garganico	334	16,1	460	22,1	-6,1
Rodi Garganico	762	22,2	948	27,6	-5,4
San Giovanni Rotondo	3.104	13,3	3.368	14,4	-1,1
San Marco in Lamis	1.413	10,3	2.486	18,2	-7,8
San Nicandro Garganico	2.002	12,2	4.541	27,6	-15,5
San Paolo di Civitate	927	16,8	1.179	21,4	-4,6
San Severo	5.190	10,4	7.935	15,9	-5,5
Serracapriola	612	15,2	982	24,4	-9,2
Torremaggiore	1.773	11,5	2.631	17,1	-5,6
Vico del Gargano	1.464	19,6	1.619	21,7	-2,1
Vieste	1.807	14,8	2.169	17,7	-3,0
Ausl Fg/1	26.645	13,6	37.345	19,0	-5,4

I.2.1.2 SUDDIVISIONE DELLA POPOLAZIONE PER FASCE DI ETÀ

Nel periodo dal 20 ottobre 1991 al 1 gennaio 2004, l'analisi della popolazione, suddivisa per fasce di età, evidenzia una notevole presenza di ultrasessantacinquenni ed ultrasettantacinquenni, ed una contrazione delle fasce giovanili. L'età media della popolazione dell'Ausl Fg/1 al 1 gennaio 2004 è pari a 38 anni e 9 mesi.

Rispetto all'anno 1991 (alla data del 20 ottobre 1991, 13° Censimento), i valori al 1 gennaio 2004 degli indici di senilità, di vecchiaia, di carico sociale, di dipendenza degli anziani, del tasso di natalità, del numero di anziani per un bambino, confermano il costante invecchiamento della popolazione.

Nel 1991 gli abitanti con 65 anni ed oltre rappresentavano il 13,4% della popolazione totale dell'Ausl Fg/1, mentre quelli con età pari o maggiore di 75 anni erano il 6,1%; al 1 gennaio 2004 gli abitanti con 65 anni ed oltre sono il 16,9% della popolazione totale dell'Ausl Fg/1 (+3,5%), mentre quelli con età pari o maggiore di 75 anni sono il 7,8% (+1,7%). Nel periodo in esame (20 ottobre 1991 – 1 gennaio 2004) contestualmente all'aumento della popolazione anziana si è verificata la diminuzione del numero di abitanti in età minore di 14 anni; infatti, mentre nel 1991 gli abitanti con età under 14 anni erano il 19,6% della popolazione totale, al 1 gennaio 2004 sono il 16,3% (-3,3%). La fascia intermedia di età (14-64 anni) è globalmente invariata tra il 1991 ed il 2004 (-0,2%); però scomponendo ulteriormente tale fascia si evidenzia che, rispetto al 1991, al 1 gennaio 2004 è notevolmente diminuita la fascia di età da 15 a 24 anni (-4,9%), mentre sono aumentate le fasce successive, da 25 a 64 anni (+5,1% complessivamente) [Tab. 28-34].

Tab. 28: Popolazione dell'Ausl Fg/1 suddivisa per fasce di età
(Valore % e differenza anni 1991 – 2004)

Età (anni)	1991 #	2004 *	±
< 14	19,6	16,3	- 3,3
14-64	67,0	66,8	- 0,2
≥ 65	13,4	16,9	+ 3,5

13° Censimento Generale della Popolazione e delle abitazioni, 20 ottobre 1991

* 1 gennaio 2004

Tab. 29: Popolazione dell'Ausl Fg/1 suddivisa per fasce di età
(Valore % anni 1991 – 2004)

Età (anni)	1991 #	2000 *	2001 *	2002 *	2003 *	2004 *
< 14	19,6	17,2	17,2	16,8	16,5	16,3
14-64	67,0	67,1	66,8	66,9	66,8	66,8
≥ 65	13,4	15,7	16,0	16,3	16,7	16,9

13° Censimento Generale della Popolazione e delle abitazioni, 20 ottobre 1991

* 1 gennaio 2000, 2001, 2002, 2003, 2004

Tab. 30: Abitanti dell'Ausl Fg/1 con età ≥ 75 anni
(Valore % anni 1991 – 2004)

Età (anni)	1991 #	2000 *	2001 *	2002 *	2003 *	2004 *
≥ 75	6,1	6,8	7,0	7,3	7,6	7,8

13° Censimento Generale della Popolazione e delle abitazioni, 20 ottobre 1991

* 1 gennaio 2000, 2001, 2002, 2003, 2004

Tab. 31: Popolazione dell'Ausl Fg/1 suddivisa per fasce di età
(Valore % e differenza anni 1991 – 2004)

Età (anni)	1991 #	2004 *	±
< 5	6,6	5,4	-1,2
5-9	6,7	5,7	-1
10-14	7,9	6,4	-1,5
15-24	18,3	13,4	-4,9
25-34	14,8	15,3	+0,5
35-44	12,0	14,6	+2,6
45-54	10,4	11,7	+1,3
55-64	9,9	10,6	+0,7
65-74	7,3	9,1	+1,8
≥ 75	6,1	7,8	+1,7

13° Censimento Generale della Popolazione e delle abitazioni, 20 ottobre 1991
* 1 gennaio 2004

Tab. 32: Popolazione dell'Ausl Fg/1 suddivisa per fasce di età
(Valore % anni 1991 - 2000 - 2001 - 2002 - 2003 - 2004)

Età (anni)	1991 #	2000 *	2001 *	2002 *	2003 *	2004 *
< 5	6,6	5,7	5,7	5,6	5,5	5,4
5-9	6,7	6,4	6,2	6,0	5,8	5,7
10-14	7,9	6,4	6,5	6,4	6,5	6,4
15-24	18,3	14,9	14,4	14,1	13,7	13,4
25-34	14,8	16,1	15,8	15,6	15,4	15,3
35-44	12,0	13,4	13,7	14,0	14,3	14,6
45-54	10,4	11,5	11,7	11,8	11,8	11,7
55-64	9,9	10,0	10,0	10,2	10,3	10,6
65-74	7,3	8,8	9,0	9,0	9,1	9,1
≥ 75	6,1	6,8	7,0	7,3	7,6	7,8

13° Censimento Generale della Popolazione e delle abitazioni, 20 ottobre 1991
* 1 gennaio 2000, 2001, 2002, 2003, 2004

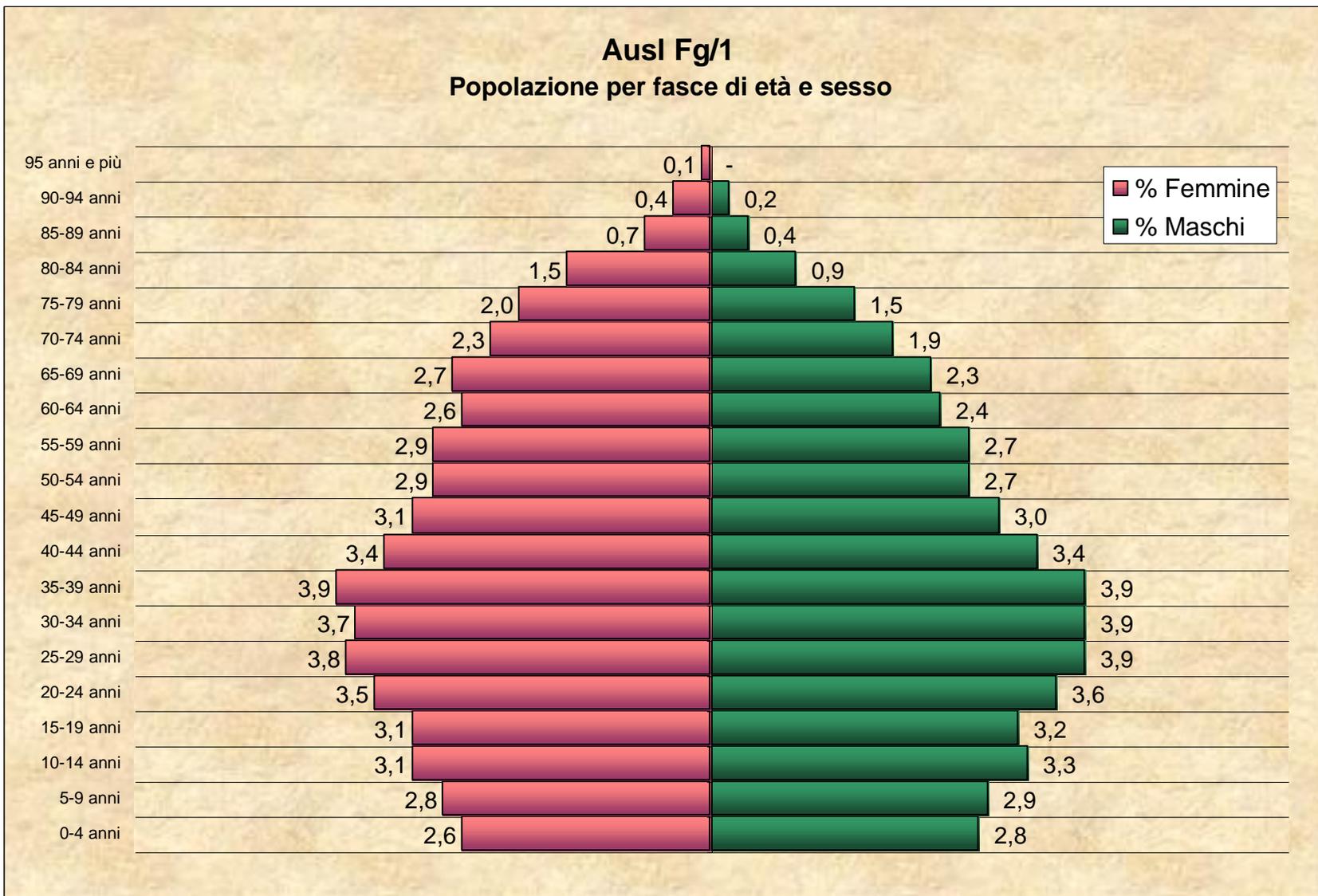
Tab. 33: Indice di vecchiaia, di senilità, di carico sociale, di dipendenza degli anziani, numero di anziani per un bambino

Parametro	1991	2004	±
Indice di vecchiaia	68,5	104,0	+35,5
Indice di senilità	13,4	16,9	+ 3,5
Indice di carico sociale	49,3	49,7	+ 0,4
Indice di dipendenza degli anziani	20,0	25,3	+ 5,3
Anziani per un bambino	1,7	2,6	+ 0,9

Complessivamente la popolazione dell'Ausl Fg/1:

- non è ancora definibile in termini assoluti “a crescita zero” (numero delle nascite uguale al numero dei decessi), ma la natalità è bassa;
- l'emigrazione è maggiore rispetto all'immigrazione;
- l'emigrazione riguarda la popolazione giovane, l'immigrazione quella anziana;
- il saldo del movimento migratorio è negativo;
- il saldo del movimento naturale è positivo, ma comunque insufficiente a pareggiare il saldo migratorio negativo;
- il saldo del movimento anagrafico è negativo;
- la componente anziana della popolazione aumenta costantemente;
- la popolazione totale dell'Ausl diminuisce.

Tab: 34



I.3 ANALISI DEI BISOGNI

L'analisi della relazione tra domanda ed offerta è basilare per la individuazione degli obiettivi da prefissare. Attualmente è possibile individuare con precisione le principali cause di ricovero della popolazione dell'Ausl Fg/1.

Uno studio effettuato negli anni scorsi nell'Ausl Fg/1, basato sull'analisi delle esenzioni ticket, evidenziò le seguenti come le più frequenti patologie nella popolazione dell'Ausl Fg/1:

- patologie dell'apparato cardiovascolare
- diabete mellito
- neoplasie
- malattie epatiche
- patologie del sistema nervoso
- malattie renali
- patologie dell'apparato respiratorio.

Le malattie cardio e cerebrovascolari, i tumori, il diabete mellito, le malattie epatiche sono incluse tra le principali patologie che il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, "Un patto di solidarietà per la salute", il Piano Sanitario Nazionale per il triennio 2003-2005, e il Piano Sanitario 2002-2004 della Regione Puglia, propongono di contrastare in quanto causa delle più frequenti situazioni patologiche che colpiscono la popolazione italiana e che provocano il maggior carico di decessi e di disabilità o malattia prevenibili attraverso interventi di prevenzione primaria e/o secondaria.

I.3.1 ATTUALE DOMANDA DI RICOVERO

Dal 1996 al 2004 si sono verificati 376.559 ricoveri, sia ordinari sia in day hospital, di cittadini residenti nei venti Comuni dell'Ausl Fg/1, con una media annua di 53.794 ricoveri. Nel periodo esaminato il tasso medio di ospedalizzazione (numero ricoveri per 1.000 abitanti) è stato di 247,1 ricoveri/1.000 abitanti, con valore minimo 224,6 nell'anno 2003 e valore massimo 263,7 nell'anno 2000. Nell'anno 2004 il tasso di ospedalizzazione è stato di 233,5 ricoveri per 1.000 abitanti (Tab. 35).

Tab. 35:Tasso di ospedalizzazione nei Comuni dell'Ausl Fg/1, anni 1998-2004

Comune	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Media
Apricena	225,3	232,7	242,1	243,4	223,4	201,5	204,1	224,7
Cagnano Varano	203,2	191,4	198,4	195,7	195,9	200,6	208,4	199,0
Carpino	237,5	259,9	237,1	220,9	243,2	236,3	245,4	240,1
Chiesti	243,8	281,2	270,7	235,1	231,5	241,2	233,0	248,2
Ischitella	222,4	213,4	227,5	227,0	218,8	229,0	243,6	226,0
Isole Tremiti	119,4	150,1	163,9	159,5	203,0	154,8	174,3	161,1
Lesina	228,6	241,7	246,1	245,5	227,1	197,1	240,3	232,4
Peschici	230,7	231,5	233,7	234,7	200,3	218,6	230,0	225,7
Poggio Imperiale	231,8	244,8	228,1	230,4	200,1	208,9	193,2	219,8
Rignano Garganico	325,9	313,2	312,2	333,6	300,8	294,1	279,5	308,7
Rodi Garganico	203,9	217,5	218,2	217,4	203,0	174,2	210,0	206,5
San Giovanni Rotondo	265,5	263,9	259,3	236,3	232,4	238,3	249,5	249,2
San Marco in Lamis	282,5	299,1	309,6	280,6	262,3	240,7	235,7	272,6
San Nicandro Garganico	238,6	237,3	247,1	239,8	222,2	214,8	225,0	232,4
San Paolo di Civitate	267,1	275,8	265,2	277,8	248,0	236,5	238,7	258,5
San Severo	296,9	300,5	308,4	275,1	259,8	238,2	245,7	274,8
Serracapriola	260,7	254,1	244,6	265,1	270,7	254,2	250,5	257,1
Torremaggiore	302,0	295,4	292,5	292,0	279,1	242,6	259,7	280,5
Vico del Gargano	217,8	214,3	207,6	200,2	191,4	194,2	200,4	203,9
Vieste	185,9	198,0	187,5	177,7	171,8	170,8	185,4	182,5
Ausl Fg/1	258,4	261,7	263,7	249,9	237,2	224,6	233,5	247,1

Nel periodo 1998/2004 nelle strutture ospedaliere dell'Ausl Fg/1 i ricoveri sono stati 142.126 (37,7%), in altre strutture ospedaliere pubbliche e private della Regione Puglia i ricoveri sono stati 184.321 (49,0%), nelle strutture extraregionali 50.112 (13,3%), [Tab. 36].

Tab. 36: % ricoveri di residenti nell'Ausl Fg/1 in strutture aziendali e non, anni 1998-2004

Comune	Presidi ospedalieri Asl Fg/1	Casa Sollievo Sofferenza San Giovanni Rotondo	Ospedali Riuniti Foggia	Altri Ospedali e Case di cura Regione Puglia	Presidi Ospedalieri e Case di cura extraregionali
Apricena	48,5	21,6	10,0	4,5	15,4
Cagnano Varano	11,7	66,5	5,7	2,3	13,8
Carpino	13,8	65,4	7,7	3,1	9,9
Chiesti	14,3	9,9	4,7	1,6	69,5
Ischitella	26,9	39,5	12,3	7,2	14,1
Isole Tremiti	2,3	7,3	7,8	13,7	68,9
Lesina	29,6	16,7	11,9	3,5	38,4
Peschici	20,4	41,5	14,1	10,7	13,3
Poggio Imperiale	37,4	19,6	8,2	5,5	29,3
Rignano Garganico	33,0	52,1	4,6	3,2	7,1
Rodi Garganico	23,4	39,4	14,4	7,3	15,5
San Giovanni Rotondo	2,5	89,0	2,1	2,2	4,3
San Marco in Lamis	49,5	40,0	3,8	1,4	5,3
San Nicandro Garganico	45,9	30,2	9,3	3,3	11,3
San Paolo di Civitate	46,1	19,3	8,9	9,0	16,8
San Severo	56,7	17,7	7,7	6,3	11,7
Serracapriola	19,5	16,1	5,7	2,8	55,9
Torremaggiore	52,0	14,1	11,2	10,7	11,9
Vico del Gargano	33,7	32,9	12,6	7,1	13,7
Vieste	2,2	54,0	12,7	17,6	13,5
Asl Fg/1	37,7	35,2	7,9	5,8	13,4

Negli ultimi anni, in media, il numero dei ricoveri di residenti nei Comuni dell'Ausl Fg/1 nelle strutture aziendali ha rappresentato circa il 38% del totale, nelle strutture non aziendali intraregionali ed extraregionali circa il 62%.

Relativamente agli importi, quelli realizzati nelle strutture aziendali hanno rappresentato circa il 30% del totale, invece quelli realizzati nelle strutture non aziendali intraregionali ed extraregionali circa il 70%.

I.3.2 CAUSE PRINCIPALI DI RICOVERO

Nella tabella seguente (Tab. 37) sono elencati i ricoveri avvenuti in 4 anni (2000-2003) suddivisi per MDC. La principale causa di ricovero è dovuta alle “Malattie e disturbi dell’apparato cardiocircolatorio”, che ogni anno rappresentano circa il 13% dei ricoveri totali (nella popolazione al di sopra di 45 anni rappresentano il 19,1%, negli ultrasessantacinquenni il 20,6%).

Tab. 37: ricoveri avvenuti in 4 anni (2000-2003) suddivisi per MDC.

Ricoveri 2000-2003	N. Ricoveri	%
Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	27.235	12,8
Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	21.911	10,3
Malattie e disturbi dell'apparato digerente	19.667	9,3
Gravidanza, parto e puerperio	18.599	8,8
Malattie e disturbi del sistema nervoso	13.442	6,3
Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	10.718	5,1
Malattie e disturbi dell'occhio	10.515	5,0
Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	10.153	4,8
Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	9.721	4,6
Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	9.365	4,4
Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	9.333	4,4
Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	9.304	4,4
Malattie e disturbi del periodo neonatale	8.172	3,9
Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	8.006	3,8
Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	6.658	3,1
Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	3.399	1,6
Malattie e disturbi mentali	3.378	1,6
Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	2.960	1,4
Malattie e disturbi sangue, organi emopoietici e sistema immunitario	2.906	1,4
Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	1.462	0,7
Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	1.434	0,7
DRG non classificati	1.070	0,5
Abuso di alcool/droghe e disturbi mentali organici indotti	482	0,2
Infezioni da H.I.V.	450	0,2
Traumatismi multipli rilevanti	181	0,1
Ustioni	161	0,1
Ricoveri non classificabili (accompagnatore sano)	1.496	0,7
Totale complessivo	212.178	100,0

Nella tabella 38 sono elencati i ricoveri avvenuti in 4 anni (2000-2003) suddivisi per MDC; i ricoveri sono inoltre stati suddivisi in tre grandi aggregazioni secondo se avvenuti nei Presidi Ospedalieri dell’Ausl Fg/1, in

altri Presidi Ospedalieri o Case di cura dell'Ausl Fg/1, in Presidi Ospedalieri o Case di cura extraregionali.

Tab. 38) Ricoveri avvenuti in 4 anni (2000 – 2003) suddivisi per MDC

Ricoveri 2000-2003	P.O. Ausl Fg/1	%	Altri P.O. Regione Puglia	%	Extra regionale	%	Ricoveri totali
Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	12.134	44,6	11.238	41,3	3.863	14,2	27.235
Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	8.398	38,3	8.315	37,9	5.198	23,7	21.911
Malattie e disturbi dell'apparato digerente	10.999	55,9	6.877	35,0	1.791	9,1	19.667
Gravidanza, parto e puerperio	8.263	44,4	8.641	46,5	1.695	9,1	18.599
Malattie e disturbi del sistema nervoso	3.182	23,7	8.100	60,3	2.160	16,1	13.442
Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	4.175	39,0	5.376	50,2	1.167	10,9	10.718
Malattie e disturbi dell'occhio	4.624	44,0	4.125	39,2	1.766	16,8	10.515
Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	4.055	39,9	4.995	49,2	1.103	10,9	10.153
Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	3.724	38,3	5.022	51,7	975	10,0	9.721
Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	2.660	28,4	5.569	59,5	1.136	12,1	9.365
Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	735	7,9	7.461	79,9	1.137	12,2	9.333
Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	3.409	36,6	4.834	52,0	1.061	11,4	9.304
Malattie e disturbi del periodo neonatale	4.041	49,4	3.520	43,1	611	7,5	8.172
Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	3.130	39,1	3.907	48,8	969	12,1	8.006
Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	2.498	37,5	3.306	49,7	854	12,8	6.658
Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	1.255	36,9	1.634	48,1	510	15,0	3.399
Malattie e disturbi mentali	1.419	42,0	1.137	33,7	822	24,3	3.378
Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	642	21,7	1.643	55,5	675	22,8	2.960
Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	662	22,8	2.021	69,5	223	7,7	2.906
Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	694	47,5	545	37,3	223	15,3	1.462
Malattie infettive e parassitarie (sistemiche o di sedi non specificate)	554	38,6	778	54,3	102	7,1	1.434
DRG non classificati	558	52,1	340	31,8	172	16,1	1.070
Abuso di alcool/droghe e disturbi mentali organici indotti	285	59,1	122	25,3	75	15,6	482
Infezioni da H.I.V.	0	0,0	387	86,0	63	14,0	450
Traumatismi multipli rilevanti	38	21,0	123	68,0	20	11,0	181
Ustioni	46	28,6	101	62,7	14	8,7	161
Ricoveri non classificabili (accompagnatore sano)	0	0,0	1.489	99,5	7	0,5	1.496
Totale complessivo	82.180	38,7	101.606	47,9	28392	13,4	212.178

I.3.3 MALATTIE DI PARTICOLARE RILEVANZA SOCIALE

I.3.3.1 MALATTIE CARDIOVASCOLARI

La mortalità per cause riconducibili alle Malattie del sistema circolatorio è circa il 43% e rappresenta la prima causa di morte nella popolazione generale. Suddividendo per fasce di età, le malattie del sistema cardiocircolatorio rappresentano la prima causa di morte in termini assoluti nella popolazione con età pari o superiore a 65 anni; nella classe di età 45-64 anni sono la seconda causa di morte dopo i tumori, mentre nella fascia di età 15-44 anni rappresentano l'11-12% delle cause di decesso.

Nell'Ausl Fg/1 i ricoveri per malattie cardiovascolari rappresentano circa il 13% (nella popolazione al di sopra di 45 anni sono il 19,1%, negli ultrasessantacinquenni il 20,6%). E' in corso il monitoraggio dei nuovi casi di infarto acuto del miocardio che si sono verificati nella popolazione dell'Ausl Fg/1 dal 1998 al 2004. Inoltre rappresenta una notevole problematica per l'Ausl Fg/1 il numero di ricoveri (600-800) che ogni anno sono di competenza dell'area di chirurgia vascolare.

Le malattie cardiovascolari hanno una eziologia multifattoriale e la coesistenza di più fattori aumenta il rischio di esito infausto della malattia. I fattori di rischio modificabili possono essere favorevolmente influenzati mediante azioni dirette alla variazione dello stile di vita e delle abitudini alimentari, ricorrendo, ove necessario, ad adeguati trattamenti terapeutici. Nella popolazione con età compresa tra 35 e 69 anni (nell'Ausl Fg/1 circa 91.000 abitanti), secondo l'I.S.S. il 26% degli uomini ed il 35% delle donne è iperteso (pressione arteriosa uguale o superiore a 160/95 mmHg oppure sotto trattamento specifico); il 16% degli uomini ed il 9% delle donne è in una condizione a rischio (PA sistolica 140-159 mmHg, PA diastolica 90-95 mmHg); nella fascia di età indicata (35-69 anni) il 18% degli uomini ed il 16%

delle donne ha ipercolesterolemia (≥ 240 mg/dl), mentre il 33% degli uomini ed il 25% delle donne è in condizione di rischio (valore colesterolemia tra 200-239 mg/dl); il 49% degli uomini ed il 63% delle donne non svolge alcuna attività sportiva durante il tempo libero; il 33% degli uomini fuma circa 20 sigarette/die, il 17% delle donne fuma in media 12 sigarette/die; il 16% degli uomini ed il 34% delle donne è obeso; l'8% degli uomini ed il 9% delle donne è diabetico, mentre il 7% degli uomini ed il 5% delle donne è in condizione di rischio per il diabete.

In sintonia con i Piani Sanitari Regionale e Nazionale, gli obiettivi dell'Ausl sono di contrastare le malattie cardiovascolari tramite azioni di:

- promozione di programmi di educazione sanitaria finalizzati alla eliminazione o riduzione dell'abitudine al fumo, nonché alla riduzione del sovrappeso e dell'obesità attraverso un'adeguata attività fisica ed una sana alimentazione;
- individuazione ed attuazione di percorsi diagnostico-terapeutici per il trattamento di ipertensione, ipercolesterolemia, diabete;
- sviluppo della riabilitazione cardiologica anche attraverso l'individuazione ed l'attuazione di linee guida che garantiscano l'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle prestazioni da erogare.

I.3.3.2 MALATTIE CEREBROVASCOLARI

L'ictus è la terza causa di morte dopo le malattie cardiovascolari e le neoplasie ed è causa, nel 35-40% dei pazienti, di grave invalidità residua. In Puglia si verificano ogni anno circa 8.000 nuovi ictus, nell'Ausl Fg/1 si verificano in media 400 nuovi casi di ictus per anno. Ad incidenza costante, correlata anche con il progressivo invecchiamento della popolazione, è stimabile che entro il 2008 vi sarà un incremento dei casi di ictus di circa il

25-30% (nell'Ausl Fg/1 sono prevedibili 450-550 nuovi casi per anno). L'ictus cerebrale è una delle patologie più onerose sia in termini di qualità della vita per il paziente e la famiglia sia in termini di costi per la società. Nell'assistenza di un caso di ictus, la spesa ospedaliera per la fase acuta incide solo per il 20% dei costi totali.

Per contrastare le malattie cerebrovascolari occorre promuovere interventi mirati di prevenzione, di cura per la fase acuta e postacuta di malattia e di riabilitazione.

I.3.3.3 DISORDINI COGNITIVI E DEL COMPORTAMENTO

La Demenza è una malattia cronica invalidante, caratterizzata dal diffuso deterioramento delle funzioni cognitive. Le due più frequenti cause di demenza sono la Malattia di Alzheimer (50-70% dei casi) e la Demenza Vascolare (10-20%); a queste, che sono da considerarsi demenze degenerative irreversibili, occorre considerare anche alcune condizioni dementigine secondarie (1-10%), potenzialmente reversibili, su base metabolica, strutturali ed infettive, che devono essere prontamente riconosciute e trattate per impedire la progressione del deficit cognitivo. La Demenza, nelle sue varie forme, è in continuo aumento a causa dell'invecchiamento della popolazione. La prevalenza della demenza è stimata essere tra il 5-10% nei soggetti età ≥ 65 anni, e tra il 30-40% nei soggetti con età ≥ 85 anni. L'attesa nell'Ausl Fg/1 è di 1800-3600 nei soggetti con età ≥ 65 anni e di 1100-1500 considerando i soggetti con età ≥ 85 anni.

I Disordini del Movimento (il particolare morbo di Parkinson, Tremore essenziale e Distonie, Sindromi con spasticità ed incoordinazione motoria) sono un gruppo di patologie ad alta incidenza destinate ad aumentare a

causa del progressivo invecchiamento della popolazione. La prevalenza stimata nell'Ausl Fg/1 è di 120-500 casi di morbo di Parkinson e di circa 110 casi di Distonia.

La Sclerosi Multipla è la causa più frequente di invalidità con spasticità, ad esordio giovanile. Nell'Ausl Fg/1 la prevalenza stimata è di 175-200 casi, mentre l'incidenza attesa è di 4-6 nuovi casi per anno. Metà dei pazienti affetti da sclerosi multipla dopo dieci anni di malattia non è autonoma.

Patologie come Demenza, Disordini del Movimento, Sclerosi Multipla impongono l'adozione di percorsi diagnostici e terapeutici specifici per la fase acuta, mentre, per la fase cronica, occorre una efficiente rete che permetta l'integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale ed il coordinamento dei livelli di assistenza sociale e sanitaria.

1.3.3.4 TUMORI

Dall'inizio della seconda metà del secolo scorso i tumori rappresentano una delle maggiori cause di morte nel mondo. Ogni anno nel mondo si ammalano di tumore maligno circa 8 milioni di persone. Secondo le stime della World Health Organization (WHO) tale cifra tenderà nei prossimi anni ad aumentare a causa anche dell'incremento demografico, dell'allungamento della vita, del miglioramento delle condizioni sanitarie che ha ridotto la frequenza di altre malattie mortali (infezioni, malnutrizioni, eccetera). I tumori colpiscono ogni fascia di età, ma si manifestano più frequentemente con l'avanzare degli anni. Alcune malattie neoplastiche hanno incidenza e prevalenza geografica a causa di fattori ambientali: clima, virus o altri agenti patogeni, stili di vita e particolari attività lavorative.

In Puglia la mortalità per tumori è di circa il 26%; i tumori sono la seconda causa di morte dopo le malattie cardiovascolari nella popolazione generale,

la prima nella fascia di età tra i 45-64 anni. Nell'Ausl Fg/1 è in corso il monitoraggio dei nuovi casi di tumori maligni verificatisi nella popolazione dal 1998 al 2004. Ogni anno tra i residenti nell'Ausl Fg/1 si verificano oltre 1.000 nuovi casi di tumore; ogni anno oltre duemila residenti nell'Ausl Fg/1 sono costretti ad uno o più ricoveri per una patologia neoplastica.

La situazione attualmente evidenziata sembra sovrapponibile alle medie di popolazioni con caratteristiche generali simili. La lotta ai tumori dovrà necessariamente prevedere azioni preventive di:

- promozione di programmi di educazione sanitaria finalizzati alla favorevole modificazione degli stili di vita (abolizione/riduzione del fumo, riduzione del consumo di alcol entro limiti accettabili) e delle abitudini alimentari;
- prevenzione nell'ambito della esposizione a rischio in ambiente di lavoro;
- attuazione dei programmi di screening e delle linee guida per l'approfondimento diagnostico.

I.3.3.5 DIABETE

Il diabete mellito è la più diffusa ed importante malattia metabolica presente in Italia e nel mondo occidentale, e , con le sue complicanze, rappresenta uno dei maggiori problemi sanitari; la sua prevalenza è in continuo aumento. Le due principali forme di diabete sono il tipo 1 (prevalentemente dell'età infantile-giovanile), ed il tipo 2 (caratteristico dell'età adulta-senile); quest'ultimo si associa spessissimo ad altre condizioni come obesità, ipertensione, dislipidemia, che concorrono a definire la cosiddetta "sindrome metabolica". L'aumento della frequenza del diabete, in particolare del tipo 2, è legato anche alle variazioni degli stili di vita

(soprattutto alimentari), all'aumento della sedentarietà, all'allungamento della vita media. In Italia la cura del diabete assorbe circa il 7% della spesa sanitaria complessiva; la maggior parte di essa è legata alla cura delle complicanze. Infatti il vero e principale costo, umano ed economico, del diabete mellito è rappresentato attualmente dalle complicanze tardive (coronariche e cerebrovascolari, oculari, renali, neuropatie e vasculopatie periferiche). Soprattutto nel diabete di tipo 2 le complicanze coronariche e cerebrovascolari rappresentano la prima causa di morte e di ricovero per la popolazione diabetica. La mortalità per eventi cardiovascolari nel diabete è nettamente aumentata. La retinopatia diabetica è la prima causa di ipovisione o di cecità in età lavorativa. Il diabete è la prima causa di insufficienza renale terminale con necessità di dialisi. Nel diabetico le lesioni periferiche neurologiche e vascolari rappresentano una rilevante causa di morbilità e di ricovero.

Uno studio di prevalenza effettuato nel 2002 aveva permesso di individuare circa 7.000 pazienti diabetici tra i residenti nell'Ausl Fg/1. Il diabete rappresenta la principale causa di retinopatia, insufficienza renale cronica e di cardiopatia ischemica. Nel mondo, in Italia ed in Puglia, il numero dei pazienti affetti da diabete mellito è in continua crescita.

Attualmente nella popolazione dell'Ausl Fg/1 è stimabile che il numero di diabetici possa essere compreso tra 9.000-12.000.

Occorre attuare programmi di educazione alla salute ed informazione sanitaria ed occorre intraprendere azioni per la corretta gestione terapeutica e la prevenzione delle complicanze.

I.3.3.6 MALATTIE ALLERGICHE E DEL SISTEMA IMMUNITARIO

Le Malattie allergiche e del Sistema Immunitario sono in continuo aumento. E' ipotizzabile che in Puglia circa 700.000-1.000.000 abitanti possano essere affetti da una forma, più o meno severa di malattia immunoallergica, con costi sociali, in termini di assistenza diretta ed indiretta, che sono da considerarsi inferiori solo a quelli dei tumori e delle malattie cardiovascolari. Nell'Ausl Fg/1 l'ipotesi attesa è di 38.000-55.000 pazienti affetti da una qualsiasi forma di malattia immunoallergica.

CAP. II

IL METODO E GLI STRUMENTI

II.1 DALLA PROGRAMMAZIONE ALLA RIORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITA'

L'introduzione di principi e di criteri di razionalità degli interventi a tutela della salute, l'obbligo di esercitare le azioni di tutela applicando norme di diritto privato e la necessità di renderne la realizzazione economicamente compatibile con le risorse disponibili, non fa venir meno la collocazione dell'attività dell'Azienda nel novero di quelle proprie delle Amministrazioni pubbliche, con connesso obbligo di osservanza di altri principi cardine: di prevalenza del fine pubblico, di trasparenza, imparzialità e legalità nell'attività gestionale.

Nel rispetto di tali principi e criteri, si vuole realizzare, attraverso una effettiva partecipazione delle Comunità interessate e degli Organismi di rappresentanza degli Utenti, la progettazione o programmazione delle attività aziendali di tutela della salute, nonché la riorganizzazione dei processi assistenziali e del contesto operativo deputati a renderli, con garanzia della eticità delle funzioni corrispondenti e di equità ed universalità di accesso ai servizi e prestazioni essenziali di assistenza sia sanitaria e sia, per la competente parte di integrazione, di interesse sociale.

La necessità di coniugare obiettivi di tutela della salute e di compatibilità economica dell'azione complessiva, determina l'obbligo che quest' ultima sia oggetto di puntuale programmazione. Da ciò deriva che la programmazione sia realizzata in un nuovo contesto di organizzazione dove la visione per "settori di competenza" venga sostituita da una che privilegi le attività con particolare attenzione ai relativi risultati ed esiti. Ciò per far sì che "la visibilità" sia solo conseguenza di azioni positive concrete, spostando, così, l'interesse dalla cultura "dell'apparire" a quella "dell'essere".

II.1.1 LA PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITA'

Nei dieci anni precedenti, la gestione dell'Azienda non è stata mai sostenuta da una effettiva programmazione triennale, e neanche annuale, delle attività, ossia non è stato mai predisposto e concertato

(con i soggetti rappresentativi delle Comunità Locali e degli Utenti), né approvato, un Piano Attuativo Locale (P.A.L.) della programmazione statale e regionale di tutela della salute.

La programmazione è strumento essenziale per capire qual è lo stato di bisogno, cosa e come si deve fare per soddisfarlo nel massimo interesse degli utenti e dell'Azienda.

Non a caso, la prima parte del presente Piano contiene un' analisi del contesto generale interessato, con riferimento:

- √ al Territorio,
- √ alla composizione della popolazione,
- √ ai bisogni di salute di questa, determinabili dalle analisi epidemiologico-statistiche.

La programmazione contenuta nel presente P.A.L. trae fonte dai vincoli, indirizzi ed obiettivi delle fonti di programmazione sovraordinate all'Azienda e progetta una coerente serie di azioni, positive e possibili, per conseguirle, oltre a definire i corrispondenti "indicatori" per la verifica dei risultati.

Gli obiettivi e le azioni del Piano sono anche sintetizzati in apposite matrici operative che vengono utilizzate quale strumento snello di supporto al generale processo di pianificazione (o programmazione) e controllo direzionale, da "effettivamente" attivare nell'Azienda. Nel corso del periodo di riferimento ed in occasione dell'attivazione del processo di budget, saranno definiti i premi di azione positive già richiamate, per sintesi.

Il periodo di riferimento del presente Piano è il triennio 2006-2008, ma, dallo stesso, è anche desunto il programma annuale delle attività ed azioni.

Coerenti con gli obiettivi di realizzazione di queste, saranno formati (nella stesura definitiva o "di assestamento", anche a seguito dell'intervento del prossimo Documento di Indirizzo Economico e Funzionale che la Giunta regionale emanerà), sia il bilancio pluriennale, sia quello annuale (2006) economico preventivo.

Per la data di effettiva definizione dei bilanci aziendali saranno già pronti ed operativi i Piani Territoriali di Attività (P.T. A.) riguardanti i singoli Distretti sanitario-sociali dell'Azienda, che dovranno prevedere le azioni di coerenza necessarie per l'applicazione dei Piani di Zona utili alla integrazione sanitario-sociale, già definiti, pur in assenza dei presupposti (per l'Azienda) Piani Territoriali di Attività.

Notevole interesse viene dato alle relazioni operative con l'Università degli Studi di Foggia, sia per gli aspetti della formazione degli operatori e sia per possibili integrazioni di interesse assistenziale. Ulteriore interesse

di integrazione e collaborazione è previsto con l'IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" e con altri soggetti, pubblici e privati, costituenti punti di "offerta" di attività di assistenza sanitaria.

Con questi l'Azienda intende promuovere intese, accordi e contatti che non possono prescindere dall'aspettativa di garanzia di prestazioni di buona qualità tecnico-professionale, ma anche di agevolazioni e facilitazioni di accesso e di ospitalità degli Utenti residenti nell'ambito territoriale dell'Azienda, presupposti che la Direzione Generale ritiene elementi essenziali di una esigenza "qualità totale" non inferiore a quella che dovranno garantire, per prime, le articolazioni di attività a gestione diretta dell'Azienda stessa.

A tali fini uno degli strumenti di monitoraggio sarà l'attività istituzionale della struttura aziendale di verifica dell'appropriatezza dei ricoveri, nonché quelle dei sistemi di controllo direzionale e di monitoraggio continuo della qualità, nonché della Struttura statistico-epidemiologica.

I Piani aziendali sono definiti dopo aver realizzato la partecipazione delle (ed alle...) istituzioni locali (Comuni), delle Organizzazioni di Tutela e di rappresentanza (in sanità) degli Utenti, delle Associazioni ed Organizzazioni del Volontariato e delle Organizzazioni Sindacali degli Operatori, nonché del Collegio Sindacale dell'Azienda.

Il processo di formazione dei Piani contempla la preventiva e diretta azione propositiva dei Direttori e dei Responsabili di attività dell'Azienda, prima ancora che i piani stessi assumano la forma di "proposta", oggetto della fase di "partecipazione" richiamata nel precedente accapo.

II.1.2 GLI STRUMENTI OPERATIVI PRINCIPALI

II.1.2.1 LA PIANIFICAZIONE DELL'ORGANIZZAZIONE

Perché sia effettiva l'aspettativa dei migliori esiti possibili, rivenibili dalla programmazione aziendale, è necessario ripensare la complessiva architettura organizzativa aziendale, nonché la connessa articolazione degli "uffici" dirigenziali e delle responsabilità di attività ed azioni. Ma, prima della progettazione fisica del sistema di organizzazione, occorre ripensare anche il modello organizzativo in atto.

Allo stato, il modello di organizzazione utilizzato dall'Azienda USL Fg/1 è un ibrido che si compone della coesistenza di due forme classiche (ma,

ormai, sorpassate) di organizzazione del lavoro: il cosiddetto modello Tayloristico ed il modello Weberiano. Al primo è possibile far afferire la esistenza di tutta una serie di atti generali e disposizioni interne, anche nelle forme di regolamenti, di particolareggiate discipline di attività, che sono stati assunti dalla Direzione aziendale con l'obiettivo di ottenere la migliore performance tecnico-professionale, nelle attività, solo attraverso l'applicazione di tali rigide regole operative, che, però, limitano la possibilità di valutazioni critiche da parte degli operatori. La maggiore frequenza o presenza di tale modello è riscontrabile nella organizzazione delle attività di gestione amministrativa.

Più frequente è, invece, la utilizzazione (riscontrata) di un modello di tipo Weberiano nelle strutture sanitarie, molte delle quali hanno basato l'organizzazione interna, oltre che sulla rigida osservanza di linee guida, anche su una gerarchia piramidale forte dei ruoli, con verosimile finalità di massimizzare la efficienza interna: obiettivo non utile se non è finalizzato a realizzare un completo intervento di azioni che si avvalgano dell'apporto integrato di tutte le professionalità interessate, a garanzia della migliore qualità totale possibile.

E', però, vero che, in alcuni casi (sia a livello di articolazioni ospedaliere e sia a livello di organizzazioni sanitarie territoriali), è riscontrabile una significativa maturità di innovazione organizzativa delle attività di assistenza, che ha privilegiato l'elevazione del livello di specifica competenza professionale degli operatori dell'articolazione operativa, ma che ha, anche, favorito e ricercato una relazione ed una integrazione di azioni con le altre articolazioni aziendali, anche territoriali, che hanno assunto un ruolo di intervento, preventivo o successivo, in ordine al problema trattato: hanno rivolto, cioè, il proprio interesse solo all'intero processo operativo (nei casi rilevati di assistenza sanitaria) relazionandosi e condividendo i problemi di salute degli Utenti con gli altri operatori sanitari del territorio.

La Direzione Generale dell'Azienda vuole privilegiare ed applicare quest'ultimo modello di finalizzazione dell'organizzazione all'intero processo operativo (organizzazione che privilegia l'attività e gli esiti di questa) e non, invece, un modello che prospetta una organizzazione che fonda l'interesse sul miglior risultato conseguibile dallo specifico settore operativo (organizzazione "settoriale"), non utile per affrontare, come si è detto, globalmente i problemi ed i bisogni di salute di una moltitudine di persone, quale è la popolazione, stabile ed occasionale (vacanziera, etc...), dell'ambito territoriale della Azienda USL FG/1.

La scelta operata è, quindi, verso una organizzazione per "processi operativi", ossia per azioni complete, anche se, per il tempo necessario

all'acquisizione della "cultura" gestionale innovanda, sarà necessario procedere con gradualità, portando ad esempio anche i risultati (migliori) raggiunti da quelle articolazioni operative e servizi aziendali che già si sono avviate (invero, per autonoma scelta dei corrispondenti Direttori o Responsabili di attività) verso il nuovo modello, assegnando a questi anche una funzione di "facilitatori" della diffusione di tale cultura della innovazione.

La riprogettazione dell'organizzazione aziendale e dell'articolazione delle "responsabilità" operative sarà, infine, funzionale alla applicazione dei piani di attività e di intervento contenuti nel presente P.A.L., a tali fini utilizzando anche gli strumenti e le occasioni offerte dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro del personale dipendente e del personale non a rapporto di impiego, quali i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali, attori dei processi di cure primarie e (com'è per i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta) di governo principale dei problemi di salute dei singoli Utenti.

II.1.2.2 LA PIANIFICAZIONE DELLE ATTIVITA' ASSISTENZIALI

Orientare (e spostare) l'organizzazione fisica, dall'interesse al risultato della sola struttura operativa, verso quello privilegiante i processi operativi (attività ed azioni) realizzati, consente l'applicazione anche di un diverso e (per il contesto dell'Azienda USL Fg1) nuovo modello operativo, che aggiunge alla gestione clinica dei problemi di salute, anche la responsabilità di guidare i diversi interventi di tutte le strutture sanitarie coinvolte, integrandoli verso il miglior risultato esprimibile dalla complessiva organizzazione aziendale, gestendo, così, l'intero processo ("modello divisionale" dell'organizzazione) finalizzato al bisogno di salute da soddisfare.

Il modello operativo che si intende realizzare è composto da un insieme di Percorsi Aziendali di Cura ed Assistenza (P.A.C.A.), progettati, approvati ed applicati come strumenti operativi di riferimento per classi e tipi di patologie: ad elevata incidenza numerica (frequenza), ovvero a grado elevato di impegno assistenziale unitario, oppure che si riferiscono a fasce di età e di Utenti a particolare rischio di morbilità, etc..

Dei P.A.C.A. approvati sarà formata una apposita banca di processi e di dati, che saranno resi disponibili alla conoscenza di tutti attraverso il "portale aziendale della comunicazione".

Funzionali e propedeutici alla realizzazione degli interventi nei P.A.C.A. sono la progettazione e la condivisione dei “protocolli diagnostico-terapeutici” e dei “percorsi diagnostico-terapeutici”.

I protocolli diagnostico-terapeutici sono delle indicazioni di comportamento alle quali gli operatori sanitari possono far riferimento (e, quindi, sono soggetti ad una valutazione critica, caso per caso), tenendo, cioè conto che ogni problema di salute ha una sua particolarità.

La Direzione Generale dell’Azienda USL FG/1 ritiene di rilievo strategico la piena collaborazione di tutti gli operatori e, pertanto, conferisce ruolo di puntuale direttiva, rivolta a tutti gli attori di processo, alla necessità di pervenire alla concertazione e condivisione di protocolli terapeutici unici. Questi devono essere il frutto di scelte congiunte sulle migliori pratiche clinico-diagnostiche e di trattamento erogabili dal “sistema” aziendale e predisposti da commissioni composte da:

- ✓ medici di medicina generale (o pediatri di libera scelta, quando occorra),
- ✓ specialisti sanitari e medici ambulatoriali, ospedalieri e medici specialisti dei servizi diagnostici interessati,
- ✓ operatori delle professioni infermieristiche e tecnico-sanitarie, ciascuno secondo la specifica competenza,
- ✓ farmacisti dipendenti dell’Azienda.

L’obiettivo è di garantire che a qualsiasi livello di intervento ed in qualsiasi parte del territorio dell’Azienda, ogni operatore sanitario affronti il problema di salute secondo quanto già concordato, condiviso ed espresso con un linguaggio unico ed omogeneo per tutta l’Azienda. Il “linguaggio” da utilizzare deve essere il “migliore esprimibile”, nel periodo interessato, dalla complessiva organizzazione.

Il percorso diagnostico terapeutico è una parte dell’intero percorso di cura e di assistenza ed ha un ruolo significativo in quest’ ultimo, in quanto è il risultato di un sub-processo di organizzazione delle attività e delle prestazioni sanitarie necessarie per risolvere uno stadio del problema di salute assunto “in carico”. Esso è tanto significativo che può richiedere la integrazione di interventi di più operatori e servizi assistenziali.

Per diverso aspetto, il percorso diagnostico-terapeutico può riferirsi ai gradi di intervento realizzabili in uno stesso livello (per esempio, l’Ospedale), pur se implicanti integrazioni di attività anche di diversi livelli di assistenza (per es. partecipazione del medico di medicina generale nel percorso di assistenza ospedaliera).

Si conferma che, sia i protocolli e sia i percorsi diagnostico-terapeutici devono essere progettati ed intesi come “strumenti operativi” di riferimento, essendo rimessa alla valutazione responsabile degli operatori

la necessità di operare “scostamenti” da quelli tipo (in relazione a specificità del caso), purché siano quelli più appropriati, secondo i dettami delle conoscenze scientifiche di cura e di assistenza.

L’indirizzo operativo che la Direzione Generale dell’Azienda USL FG/1 vuole rendere è che, se la pratica clinica da applicare è derivata da apposite linee guida delle società scientifiche di ogni singola disciplina e, in maniera più adeguata, dai protocolli concertati e condivisi dagli attori di processo, il percorso diagnostico terapeutico ci dice anche come deve comportarsi la parte interessata di organizzazione aziendale, nel caso specifico e nell’ambito delle possibilità di intervento che essa può offrire.

In questo senso la progettazione (concertazione e condivisione) del percorso diagnostico terapeutico, a cui si fa riferimento, deve intendersi come lo sviluppo degli interventi essenziali di cura della patologia e delle possibili complicanze della stessa, insieme alla definizione temporale delle attività necessarie, dei luoghi in cui devono essere rese e degli operatori chiamati a renderle: lo strumento da progettare deve essere utile per definire cosa si fa durante il percorso, chi lo fa, come, dove e quando farlo.

Invero, raramente un qualsiasi problema di salute può essere risolto con l’intervento di un solo livello essenziale di assistenza, inteso come area di offerta: ordinariamente, il primo livello interessato è quello di assistenza territoriale (salve, eventualmente, le emergenze-urgenze) e cioè, la prima assunzione in carico del problema di salute è del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta; eventualmente, può passare a quello specialistico o polispecialistico territoriale, oppure al livello di assistenza ospedaliera, ma, sempre, il “case” deve ritornare all’attenzione del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, che hanno stabilmente in “carico” la salute del Cittadino interessato.

E’ così che il problema di salute richiede l’integrazione di più livelli essenziali di assistenza, ovvero, di più gradi di intervento: in ognuno di questi potrebbe, però, progettarsi ed applicare un continuum di percorso diagnostico-terapeutico, cioè di utilizzo anche gli esiti del propedeutico percorso già seguito dal paziente. Non solo, ma i livelli di intervento necessari potrebbero non essere presenti nella Azienda USL Fg/1 e la direttiva della Direzione Generale è che, in questi casi, devono essere individuati a monte, eventualmente contrattati e disciplinati, appositi rapporti o relazioni con i centri di offerta esterni verso i quali “orientare” il paziente.

Secondo quanto previsto dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale, la scelta operativa è quella di integrare i percorsi diagnostico-terapeutici con tutti i possibili soggetti erogatori e di rendere sequenziali gli interventi nell'ambito di quello generale ed unitario che si muove intorno al problema di salute, tanto da presentarsi come un percorso aziendale o interaziendale di cura ed assistenza.

La direttiva di progettare ed applicare i Percorsi Aziendali di Cura ed Assistenza (P.A.C.A.) non corrisponde soltanto a criteri di razionalizzazione degli interventi sanitari e, quindi, ad obiettivi di maggiore economicità, ma, soprattutto, ai principi e codici etici, di garanzia della salute dei Cittadini, fatti già propri dalla programmazione statale e regionale e, quindi, da quella aziendale.

Il P.A.C.A. è un modello operativo che, nel prossimo triennio, deve essere prima sperimentato e poi applicato a regime e deve guidare la gestione del problema di salute di pazienti che presentano una stessa tipologia di malattia.

Il vantaggio per l'interesse pubblico che la Direzione Generale dell'Azienda USL Fg1 attende nell'applicazione di percorsi assistenziali è di migliorare continuamente attività ed azioni, utilizzando uno strumento gestibile dinamicamente e che consenta di mirare a risultati ottenibili dalla applicazione di una metodologia condivisa di lavoro programmato ed integrato.

La responsabilità di un percorso individuale assistenziale deve essere affidata all'operatore sanitario che più di ogni altro ha ruolo determinante nel processo. Invero (e come si è già detto), il primo contatto della Persona ammalata è con il proprio medico di medicina generale, che approccia il problema secondo le sue possibilità di intervento e può risolverlo direttamente o può avviare il Paziente presso un livello di intervento che dispone di maggiori possibilità diagnostico-terapeutiche, seguendola durante questa transizione.

Tale secondo livello può essere costituito da Strutture specialistiche o polispecialistiche territoriali: il problema di salute può essere positivamente risolto ed il Paziente può essere rinvio alla attenzione del medico di medicina generale, che lo ha sempre in carico, oppure può essere avviato al livello successivo per il trattamento (eventuale) di competenza. Questo livello può essere (per esempio) quello ospedaliero: anche qui il problema può essere risolto positivamente, allora il Paziente torna all'attenzione del proprio medico di medicina generale (che deve rimanere in relazione con i medici ospedalieri), oppure può non risolversi (con la conseguenza che il Paziente potrebbe non essere sopravvissuto) o, ancora, il problema di salute potrebbe essere stato risolto per una

parte e potrebbe essere necessario avviare il Paziente ad un trattamento riabilitativo o di cure per stati di cronicità. Anche in quest'ultimo caso la decisione viene presa d'intesa, tra medico di medicina generale, medici ospedalieri e medici o dirigenti sanitari del centro di riabilitazione o per trattamenti a stati di cronicità. Dopo questo livello di intervento assistenziale, il Paziente ritorna al medico di medicina generale che ha avviato il percorso.

Insomma, il sistema attribuisce la continuità del carico del Paziente al suo medico di medicina generale, che lo segue durante tutto il percorso di cura ed assistenza, ed a cui il Paziente stesso ritorna dopo il completamento del ciclo di trattamento.

La funzione che il medico di medicina generale (o il pediatra di libera scelta) assume per il proprio assistito, è quella classica del "case manager".

E' chiaro che non è detto che il Paziente debba seguire tutte le tappe del percorso, in quanto, o direttamente il medico di medicina generale, o uno dei livelli di intervento intermedi del ciclo (reinvestendo la "assunzione in carico" del medico di medicina generale, ossia la informazione e il consenso di questi) possono propendere di avviarlo direttamente al livello ritenuto più appropriato per il caso (ad esempio, direttamente ad un ospedale, oppure ad un centro di riabilitazione, se questo non è direttamente usufruibile nella stessa struttura che sta realizzando il proprio percorso diagnostico-terapeutico).

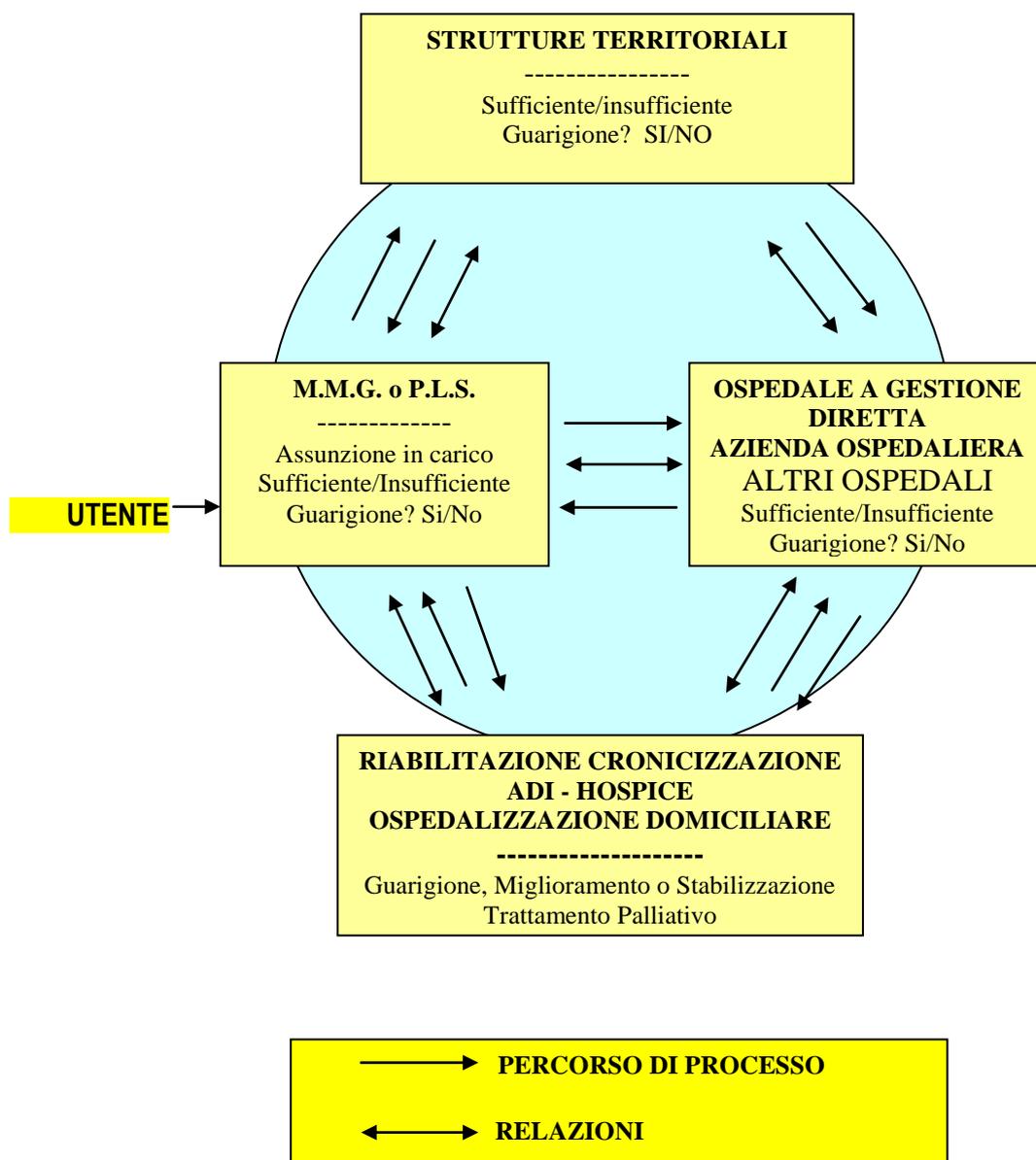
Il processo che si applica consente di raggiungere, al meglio possibile, più di un risultato:

1. agevola l'Utente, orientandolo verso il trattamento più appropriato per la soluzione del problema di salute;
2. evita duplicazioni di interventi dello stesso tipo, elimina quelli inutili o superflui, sia diagnostici e sia terapeutici, con gli effetti di:
 - ✓ limitare i "rischi" connessi alla "moltiplicazione" ingiustificata di indagini diagnostiche;
 - ✓ garantire massima appropriatezza alle prescrizioni terapeutiche, contribuendo, così alla politica di riduzione dei tempi di attesa ed alla riduzione dei costi di intervento e favorendo, altresì, le politiche di reinvestimento di conseguenti economie o, perlomeno, di più oculata allocazione di risorse (maggiore efficacia allocativa di queste);
3. consente al "sistema" aziendale di non perdere "traccia" del

Paziente e, più ancora, di avere il monitoraggio degli “esiti” dei complessivi interventi applicati intorno al problema di salute trattato.

Nel grafico che segue sono rappresentate le sequenze o le fasi di un percorso di cura ed assistenza, con la evidenziazione degli effetti degli esiti di trattamento (non viene, ovviamente rappresentato l'effetto del decesso del paziente).

PERCORSO DI CURA E DI ASSISTENZA



Le relazioni e le azioni che nel sistema aziendale si realizzano sono, per il percorso di cura ed assistenza, sia di interesse progettuale (a monte), sia di tipo applicativo-gestionale.

Quelle del primo tipo, oltre alla concertazione e alla condivisione dei protocolli e dei percorsi diagnostico-terapeutici, riguardano anche la partecipazione degli attori di processo:

- nella formazione di prontuari terapeutici (farmaci) e dei dispositivi medico-chirurgici;
- alla definizione di metodiche e di stili della “comunicazione” con i Pazienti e con i loro familiari.

In fase di applicazione e gestione del processo, i soggetti attori applicano tutte le tecniche e scelte necessarie alla realizzazione del principio della condivisione del trattamento e del problema di salute affidato (in carico) a loro, secondo le migliori conoscenze ottenibili con le evidenze scientifiche ed in possesso del gruppo di operatori.

Tutte le fasi di processo sono oggetto di continuo monitoraggio e verifica, al fine di valutare ogni ipotesi di cambiamento finalizzato al miglioramento continuo della qualità totale del processo stesso e, soprattutto, degli esiti di salute fatti conseguire.

I percorsi aziendali di cura ed assistenza, come si è già precisato, oltre che poter essere distinti secondo la frequenza o il grado di impegno della malattia da trattare, sono ovviamente da considerarsi come “riferimento” per gli operatori o attori di processo. Gli scostamenti che dovessero essere necessari in corso di applicazione possono significare o nuovi comportamenti connessi a sopravvenute complicanze cliniche, oppure “opportunità” di intervenire per migliorare.

Il governo clinico-gestionale della classe di malattia, pertanto, lo detiene il Gruppo dei professionisti (o delle professionalità) attori del processo. Il Gruppo Operativo di Processo (G.O.P.) svolge la funzione di “disease management” ed è coordinato da un Direttore o da un responsabile di processo, appositamente incaricato dalla Direzione Generale dell’Azienda.

Dovendosi raggiungere risultati di condivisione nella progettazione di protocolli e percorsi, il Gruppo deve operare in modo da garantire la evidenziazione e l’esame della opinione di tutti i partecipanti (categorie di professionisti, attori di processo) e la tecnica che la Direzione Generale dell’Azienda suggerisce è quella (molto semplice) dei “gruppi nominali”; essa si realizza con le seguenti modalità:

- a) posto l’argomento, ognuno può rendere una proposta, sia per gli aspetti clinico- scientifici e sia per gli aspetti gestionali;

- b) riunite le proposte, il Gruppo valuta le stesse e procede, attraverso una selezione (per eliminazione in successione continua, di quelle ritenute meno complete o valide), alla scelta della soluzione migliore, che può anche essere composta dalla integrazione di elementi contenuti in più di una delle proposte presentate;
- c) la soluzione definitiva rappresenta, effettivamente, il frutto della partecipazione di tutti e risulta patrimonio assistenziale/gestionale di tutto il Gruppo e, quindi, unanimemente condivisa.

La Direzione Generale dell'Azienda opererà per ricercare ogni forma di facilitazione della piena e leale collaborazione con, e all'interno, di ciascun gruppo.

L'insieme dei protocolli e dei percorsi definiti diventa patrimonio, scientifico e gestionale che la Direzione Generale, continuamente, rende disponibili ad Operatori ed Utenti, attraverso la costituzione della citata banca dei dati e dei processi operativi e la realizzazione di una rete (informatica) di comunicazione a cui possono avere accesso gli operatori interessati (attori di processo), con tutte le garanzie di tutela della privacy degli Assistiti.

II.1.3 IL SISTEMA DELLA QUALITA'

E' finalizzato a garantire sicurezza, trasparenza e tutela all'utenza interna ed esterna in riferimento alla buona organizzazione ed alla sicurezza delle Strutture aziendali e dei processi che vi si svolgono. La sua realizzazione consentirà anche di dare spazio a metodologie e tecniche di valutazione/miglioramento di varia origine e natura, ivi comprese quelle tipicamente professionali.

Sono obiettivi di rilievo per la Direzione Generale:

- ✓ facilitare e migliorare l'erogazione delle prestazioni nei Percorsi Aziendali di Cura e di Assistenza (P.A.C.A) mediante la predisposizione, il mantenimento e la verifica dei processi;
- ✓ garantire l'attenzione dell'Azienda nel suo complesso all'utenza, alla sua soddisfazione e al risultato finale dell'assistenza anche attraverso il miglioramento continuo delle pratiche cliniche e diagnostiche;
- ✓ garantire una gestione nel rispetto di principi di legalità e di sicurezza dell'ambiente in cui vengono erogate le cure.

Le linee guida da utilizzare (per tutte le articolazioni aziendali) per intraprendere il cammino che porterà gradualmente a gestire "in qualità" i

processi erogativi (gli schemi e le Check list di verifica saranno proposti a cura del responsabile aziendale per la qualità) riguarderanno:

1. La Politica – Ogni articolazione deve proporre, in un documento/piano di azioni (predisposti con il contributo del personale direttamente coinvolto, delle indicazioni provenienti da associazioni/comitati dei cittadini, dei suggerimenti raccolti direttamente dagli utenti), gli obiettivi che intende raggiungere (ivi compresa la identificazione delle responsabilità per la loro attuazione), sia per quanto concerne la propria evoluzione organizzativa e sia per la qualità delle prestazioni e dei servizi da erogare, in linea con la legislazione vigente e con gli indirizzi della Direzione Aziendale (PAL – PTA – Obiettivi generali ecc...). Gli obiettivi specifici devono tenere in considerazione i seguenti elementi:

- ✓ La valutazione dei bisogni e della domanda;
- ✓ Il soddisfacimento dell'utenza in conformità alla priorità dei bisogni, alle norme, all'etica professionale, alle possibilità aziendali (compossibilità nel senso del massimo interesse del cittadino e, nel contempo, dell'Azienda);
- ✓ Il continuo miglioramento delle attività;
- ✓ L'attenzione ai requisiti dell'ambiente di vita e di lavoro;
- ✓ L'efficacia e l'efficienza nelle prestazioni erogate.

I risultati degli obiettivi dovranno essere: misurabili, assoggettati a scadenze, essere articolati nel tempo, diffusi a tutto il personale e sottoposti a valutazione periodica.

2. La Pianificazione – Per garantire il conseguimento degli obiettivi le Direzioni di articolazioni e di attività dovranno esplicitare nel documento la propria organizzazione interna ed il piano delle attività:

- ✓ Organigramma con annessa definizione delle responsabilità relative alle diverse funzioni;
- ✓ tipologia e volume delle attività previste con il relativo piano organizzativo, individuando esplicitamente anche i processi operativi e le risorse con cui si vuole (si può) realizzare il servizio, ossia: le fasi con cui si sviluppano le attività (coerenti con la prassi operativa dell'Azienda); le specifiche procedure da applicare, il metodo, le scadenze e gli strumenti (indicatori) per misurare il grado di raggiungimento degli obiettivi specifici;

- ✓ definizione del numero e della tipologia delle diverse figure professionali da utilizzare, delle risorse materiali e strumentali;
 - ✓ metodologia di informazione/coinvolgimento del personale della Struttura circa la pianificazione, avendo particolare cura di rendere disponibili le informazioni dove servono per favorire l'integrazione multidisciplinare e dei servizi (finalizzata alla realizzazione dei P.A.C.A. e dell'assistenza globale alle persone).
3. Le Attrezzature – L'individuazione e la gestione delle attrezzature (apparecchiature biomediche, informatiche, altre attrezzature rilevanti) ha un impatto qualitativo forte sulla qualità dei servizi da erogare, pertanto i Direttori di Struttura dovranno provvedere a:
- ✓ Definire in modo documentato la programmazione degli acquisti tenendo conto dei reali bisogni, dell'evoluzione delle tipologie dei servizi, dell'obsolescenza, della coerenza con il piano di attività della struttura, dei benefici attesi in funzione dei costi da sostenere, dell'efficienza dell'apparecchiatura (es. è impensabile acquistare una sofisticata attrezzatura per farla funzionare solo poche ore al giorno).
 - ✓ Definire le necessità di addestramento del personale all'utilizzo delle attrezzature
 - ✓ Definire i livelli di utilizzo, i programmi relativi alle problematiche di sicurezza che la nuova acquisizione introduce, la pianificazione della manutenzione
 - ✓ Inventariare dinamicamente le apparecchiature in modo da permetterne la rintracciabilità.
4. Il Sistema Informativo/informatizzato – Garantisce l'evidenza oggettiva della struttura organizzativa e tecnica. Esso dovrà essere in grado di garantire adeguate informazioni alla popolazione ed efficaci relazioni fra i diversi attori sociali e sanitari che costituiscono il "Sistema di rete", ma anche di sviluppare una condivisione di significati fra operatori, fra questi e gli utenti con le loro famiglie, coinvolgendoli in un'azione comune di promozione e di tutela della salute. Inoltre, il processo di formulazione del S.I., evidentemente, rappresenterà un'opportunità per definire e ridefinire il prodotto del Servizio, un'occasione per negoziare un patto

organizzativo e per concordare obiettivi, strumenti e modalità operative per attuare le verifiche, strumenti e modalità operative per informare e coinvolgere l'utenza.

Il Sistema Informativo (in quanto "processo comunicativo") dovrà, innanzitutto, gestire le informazioni, all'esterno e all'interno (documenti e dati), in modo ciclico, programmato e verificato attraverso:

- ✓ La gestione, il controllo, la distribuzione e la conservazione della documentazione relativamente alle specifiche attività, dalla esplicitazione chiara degli obiettivi al piano delle attività, alle linee guida e protocolli (organizzativi e clinici), ai dati di attività, ai risultati delle verifiche, ai piani di miglioramento, ecc...;
 - ✓ la gestione dei dati finalizzata alla raccolta, elaborazione ed archiviazione dei dati di processo e di esiti, per sostanziare la ridefinizione degli obiettivi della struttura, fornire il ritorno informativo necessario per le valutazioni di competenza, rispondere al debito informativo verso la Direzione Generale e la Regione.
5. Le Buone Pratiche – rappresentano strumenti con cui le Strutture danno visibilità, al loro interno, a quanto è stato pianificato in termini di responsabilità e di modalità operative finalizzate al corretto svolgimento delle attività. Pertanto, ogni Direttore di attività dovrà presidiare i processi e le attività stesse, in modo da rendere trasparenti e condivisi i modelli operativi, documentando chiaramente "*chi fa cosa e come*".
6. La Verifica dei risultati - dovrà essere pianificata e documentata la verifica (individuando chi, come e quando e a fronte di dati e di informazioni oggettive) di:
- ✓ Conoscenza e condivisione di politiche ed obiettivi
 - ✓ Raggiungimento degli obiettivi pianificati
 - ✓ Applicazione delle modalità operative previste
 - ✓ Adeguatezza delle risorse
 - ✓ Livello di soddisfazione dell'utenza
 - ✓ Livello di soddisfazione del personale.
7. Il Miglioramento – si riferisce alla pianificazione, da parte di ogni Struttura, di azioni (progetti di miglioramento) per accrescere l'efficacia e l'efficienza delle attività e dei processi apportando benefici ulteriori alla struttura stessa ed ai suoi utenti. La pianificazione sarà effettuata dai dati emersi dalla verifica dei risultati, nonché dalle informazioni raccolte dal

personale e dagli utenti. Per incoraggiare le condizioni di miglioramento è richiesto uno stile di direzione che sia di aiuto a:

- ✓ Promuovere i valori, gli atteggiamenti ed i comportamenti che stimolano il miglioramento
- ✓ Definire chiari traguardi di miglioramento
- ✓ Incoraggiare una comunicazione efficace e il lavoro di gruppo
- ✓ Riconoscere i successi ed i risultati ottenuti (incentivi)
- ✓ Formare e addestrare per il miglioramento.

Quanto sopra nella considerazione che la qualità dei servizi erogati è determinata dalla soddisfazione degli utenti che la utilizzano ed è conseguenza dell'efficacia e dell'efficienza dei processi che l' hanno generata e la supportano. Così essa non può che essere a vantaggio degli utenti, della struttura e dei suoi operatori.

II.1.3.1 LA TECNICA DI MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITA'

Direttiva generale da applicarsi alla gestione e allo sviluppo di tutti i processi operativi, è la tecnica di miglioramento continuo della qualità secondo il ciclo rappresentato dalla "ruota" di Deming, che ha trovato applicazione diffusa nella progettazione di modelli di organizzazione e di analisi della qualità.

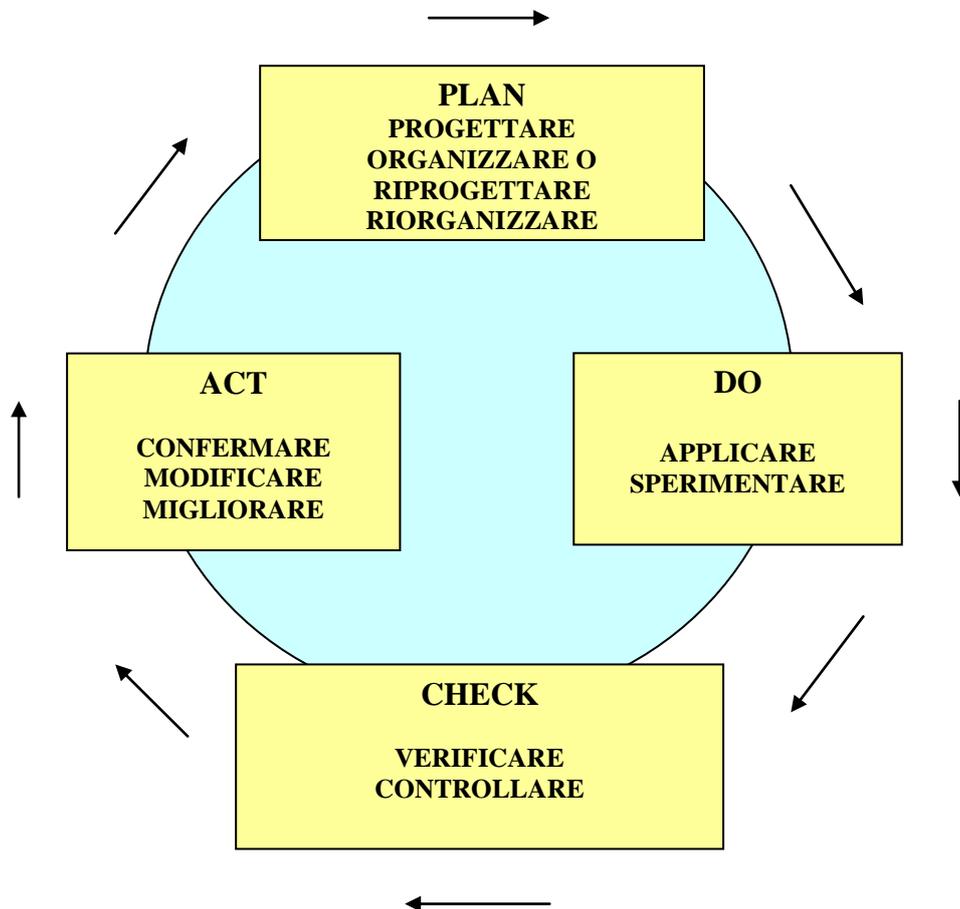
Nella pratica applicazione, la metodica fonda su una serie di interventi coincidenti con il ciclo di processo, che, dopo il completamento, si ripete, per confermare i buoni risultati o per introdurre le azioni migliorative suggerite dall'ultima analisi compiuta. Successivamente si riprogrammano gli obiettivi, le azioni applicative e gli indicatori di verifica dei risultati attesi.

Il modello contempla le seguenti fasi:

- Progettazione del processo operativo e degli obiettivi, con la determinazione delle azioni da rendere e degli indicatori utili alla verifica della performance dei risultati (PLAN);
- Applicazione del processo progettato (DO);
- Verifica dei risultati conseguiti (CHECK);
- Conferma o modifica del processo, anche attraverso l' introduzione di significati correttivi (ACT).

Il ciclo PDCA (PLAN, DO, CHECK, ACT), o ruota di Deming, è così rappresentabile:

CICLO P.D.C.A. O RUOTA DI DEMING



La descritta tecnica monitorizza le sequenze spaziali e temporali che interessano il processo, consentendo, attraverso l'osservazione diretta di coloro che vigilano sugli effetti del rinnovato modello delle attività e dell'organizzazione (cioè, prima di tutti, gli operatori o attori dei processi sotto osservazione), l'individuazione della validità delle pratiche applicate, oppure degli scostamenti dal processo progettato (modello di riferimento), delle scelte da operare per la convalida o per la modifica del processo,

oppure per la eliminazione degli aspetti negativi che possono aver provocato rallentamenti e duplicazioni di attività od interventi.

Dal risultato della verifica e dal ripensamento delle azioni da applicare, si riprogetta il Piano di interventi.

Il continuo “ripensamento” del modello, già applicato, migliora lo stesso e sempre più lo adatta alle nuove esigenze dell’attività da garantire, con evidente percezione, da parte dell’Utente, di un crescendo di più elevata qualità dell’esito finale: effetto della logica di “catena del valore”, che (per esempio) nel caso di miglioramento di un percorso di cura ed assistenza, sarà facilmente e favorevolmente accettato da chi ne è destinatario.

Gli indicatori o parametri da individuare, contestualmente alla fase di programmazione (PLAN), devono essere coerenti con gli obiettivi di incremento di “valore dell’assistenza” ed essere riferiti ad attività anche integrate e progettate con riferimento ai tempi di rendimento ed alle risorse assegnate, nonché confrontabili con i risultati di eventuali altre esperienze, realizzate anche in ambito extraaziendale.

L’organizzazione delle attività deve, pertanto, essere “misurata” in maniera coerente con le valutazioni da applicare ai processi operativi di assistenza e cura che devono essere supportati come finalità predefinita.

Il metodo può essere applicato per il miglioramento della qualità tecnica, nonché di quella organizzativa delle attività, piuttosto che della qualità alberghiera o per migliorare il livello di accesso o di fruibilità delle prestazioni cura ed assistenza, anche sulla base del grado di soddisfazione percepita dagli utenti, misurabile attraverso gli indicatori della metodologia di audit civico che la Direzione Aziendale vuole che venga applicata a regime continuativo ai fini della partecipazione attiva della cittadinanza, sia alla fruizione e sia alla valutazione del migliore livello possibile di qualità totale delle stesse attività di cura ed assistenza.

L’applicazione delle descritte tecniche di miglioramento continuo della qualità totale viene posta come direttiva vincolante della Direzione generale dell’Azienda, perché considerata veicolo certo per riacquisire la fiducia da parte degli utenti, elemento essenziale per il rilancio di “affidamento” cosciente, del loro problema di salute, al “Sistema” dell’Azienda USL FG/1.

II.1.4 PRINCIPI DI ORGANIZZAZIONE PER LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Nel presente P.A.L. sono previsti alcuni principi fondamentali dell'organizzazione aziendale, la cui progettazione complessiva viene affidata alla ridefinizione dell'Atto aziendale di organizzazione e funzionamento dell'Azienda.

La progettazione della programmazione aziendale deve garantire il massimo di integrazione negli interventi assistenziali inquadrabili nei vari livelli essenziali di assistenza, al fine di determinare coerenza, complementarietà e continuità dei processi erogativi di assistenza sanitaria e sociale ad elevato interesse sanitario.

Ovviamente, quando nel presente PAL si tratta di livelli essenziali di assistenza, si fa riferimento alle tre aree di offerta e cioè:

1. assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
2. assistenza distrettuale;
3. assistenza ospedaliera.

Le attività dei primi due livelli essenziali di assistenza vengono rese, prevalentemente, nel territorio (area fisica di offerta) dell'Azienda e sono quelle del Dipartimento di prevenzione, degli altri Dipartimenti territoriali (per le cure primarie per le dipendenze, per la salute mentale, per la riabilitazione, ecc...), nonché dei Distretti. Questi ultimi hanno, a loro volta, un territorio (parte di quello complessivo aziendale) in cui realizzano le proprie attività: nell'Azienda USL FG/1 sono previsti (dalla programmazione regionale) i tre distretti indicati nel capitolo I del presente P.A.L.

Il modello di organizzazione dipartimentale, che la Direzione Generale intende scegliere, fa riferimento alle relazioni/integrazioni ed aggregazioni di attività, e non, invece, aggregazioni di struttura: ciò in linea con l'obiettivo strategico di evoluzione culturale verso una organizzazione che sia funzionale alla realizzazione dei processi erogativi (o, anche, operativi) di attività, invece che al mantenimento delle "logiche di struttura", ovvero della compressione verticistica del mero "potere gestionale" per specialità.

Fatte queste premesse, è principio generale che il governo complessivo della salute dei cittadini (dell'ambito territoriale di riferimento) sia di competenza dei Distretti e che, i Dipartimenti territoriali forniscano "le prestazioni di prevenzione e cura riferite alla persona" direttamente ai Distretti, che esprimono la domanda in modo autonomo ed hanno il diretto controllo sulla "offerta" che i Dipartimenti territoriali devono rendere disponibile: questo principio costituisce Direttiva del Direttore Generale,

in quanto strumento strategico di organizzazione, necessario per realizzare sia i Piani Territoriali di Attività (P.T.A) e sia i Percorsi Aziendali di Cura ed Assistenza (P.A.C.A.).

II.1.4.1 PREVENZIONE NEGLI AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO E DIPARTIMENTI TERRITORIALI

Al livello di assistenza sanitaria “collettiva” negli ambienti di vita e di lavoro si riferiscono prevalentemente le attività del Dipartimento di prevenzione dell’Azienda, che si integrano con quelle degli altri Dipartimenti assistenziali sanitari del territorio e con quelle dei Distretti sanitario-sociali , nei cui Piani Territoriali di Attività (come già indicato) confluiscono tutte le prestazioni di prevenzione e cura riferite alla Persona.

L’Azienda, nel triennio 2006-2008, realizzerà le attività di prevenzione sui due aspetti classicamente definiti dalla legislazione e dalla programmazione dei livelli istituzionali sovraordinati e, particolarmente:

a) la prevenzione primaria.

Essa è affidata al dipartimento di prevenzione e riguarda gli interventi di educazione sanitaria in ordine agli stili di vita delle Persone, alla salubrità degli ambienti e degli alimenti, nonché le misure di prevenzione per tutti i rischi che possono determinare effetti nocivi sulla salute della Gente, in tutti gli ambienti di vita e di lavoro. Gli interventi devono essere programmati per l’intera Azienda e per ciascuno degli ambienti territoriali dei Distretti. All’interno del Dipartimento di prevenzione deve essere sostituita la cultura della “separazione” degli interventi, secondo i cosiddetti “servizi”, con quella di integrazione delle azioni, stabilita e contrattata a monte con la Direzione generale, su proposta dei Dirigenti del Dipartimento stesso da rendersi, ordinariamente, entro il mese di ottobre precedente l’anno o il periodo triennale di riferimento della programmazione. Dopo la contrattazione, con la Direzione generale, delle linee di attività e delle azioni necessarie (anche per la parte relativa alla possibile integrazione nei percorsi aziendali di cura ed assistenza diretti alle Persone), il Dipartimento di prevenzione deve contrattare, con i Direttori dei Distretti, le azioni da questi chieste per le Persone dell’ambito territoriale, nonché la modulazione ed organizzazione (sempre nello stesso ambito territoriale) degli interventi di prevenzione primaria, specie per quanto riguarda la concertazione sui “destinatari” delle azioni di educazione sanitaria e delle necessità di intervento, sia preventivo e sia di controllo, per la tutela della salubrità, della salute e delle condizioni di rischio negli ambienti di vita e di lavoro.

b) La prevenzione secondaria.

E' questa che ha un maggiore e più diretto collegamento con specifici problemi di salute delle Persone e deve essere garantita dal Dipartimento di prevenzione, nonché da altri Dipartimenti territoriali, attraverso proprie articolazioni organizzative di attività nei Distretti. Solo per esempio e per maggiore chiarezza, si precisa che il riferimento è a quelle attività di corretta educazione ed informazione, a fasce di popolazione a maggiore rischio, per alcuni tipi di malattia, di talché possa essere favorita la diffusione della cultura della prevenzione appropriata, partendo già dai singoli Utenti destinatari, tanto da favorire anche un agevolato, razionale ed appropriato accesso a particolari prestazioni, come quelle per la diagnosi precoce dei tumori, per le malattie cardiovascolari, per il diabete, per le malattie dell'età pediatrica e dell'età senile, ecc... Per questa attività di prevenzione secondaria, il Dipartimento di Prevenzione ed i Dipartimenti territoriali devono relazionare (ovvero integrare) le proprie attività non solo (e prioritariamente) con i Distretti sanitario-sociali, ma anche con il livello di assistenza ospedaliera, secondo programmi che la Direzione Generale dell'Azienda indicherà e promuoverà, sempre nell'ottica ed in funzione di riorganizzare, per processi assistenziali completi, le attività di tutela della salute.

Pertanto, con riferimento ai livelli essenziali di assistenza del territorio, la Direttiva che il Direttore Generale emana, nella fattispecie, è che il modello di organizzazione delle attività, per le relazioni tra quelle dei Dipartimenti territoriali (nonché del Dipartimento di Prevenzione) e quelle dei Distretti, deve improntarsi a ciò che, innanzi, è stato indicato come modello di tipo "divisionale", che cioè non considera affatto i limiti di "competenze o spettanze delle strutture", ma deve privilegiare esclusivamente le relazioni e le integrazioni delle azioni di queste, collocate in un "percorso o processo" predefinito, precontrattato e, soprattutto, condiviso tra quelli che abbiamo definito "attori di processo" ed, infine, approvato dalla Direzione generale, cui, in ogni caso, sono sempre riservate le funzioni di indirizzo e di controllo.

Per evitare confusioni terminologiche", la Direzione Generale chiarisce che la (generica) definizione "strutturale", data dalla legge per il Dipartimento di prevenzione, non fa riferimento (certamente) alla aggregazione fisica delle Strutture (e ciò è elementarmente dimostrato dal fatto che esse sono articolate e fisicamente distanziate nel territorio), ma alla "unitarietà" della funzione, che si realizza, appunto, con i principi di integrazione, di relazione operativa delle attività e delle azioni positive

(interventi) di pertinenza dei processi e dei percorsi mirati alla complessiva tutela della salute.

La specificazione dei Dipartimenti territoriali dell'Azienda ha carattere dinamico, dipendente anche dalla legislazione e programmazione nazionale e regionale, mentre è nello specifico allegato all'Atto aziendale di organizzazione e funzionamento che viene prevista in maniera certa la individuazione degli stessi.

Nel prossimo triennio saranno mantenuti quelli attivi nell'Azienda e particolarmente i due Dipartimenti per le "dipendenze", il Dipartimento per la salute mentale, il Dipartimento di riabilitazione, quello farmaceutico, oltre a quello (coordinamento) per la medicina (o cure) primarie e per la integrazione sanitario-sociale.

Anche per i Dipartimenti territoriali vale la Direttiva aziendale che essi sono depositari della realizzazione delle azioni positive connesse agli obiettivi che, nel periodo, vengono assegnati dalla Direzione Generale, mentre, per quanto concerne le prestazioni rivolte alla Persona, devono renderle previa concertazione con il Distretto sanitario-sociale di riferimento (residenza anagrafica o stabile domicilio) della persona stessa, anche per quanto riguarda l'attività di prevenzione primaria e di promozione della salute mentale, nonché per la prevenzione secondaria.

II.1.4.2 L'ORGANIZZAZIONE DISTRETTUALE

Nel modello organizzativo scelto dalla Direzione Generale trovano piena applicazione i principi già contenuti nella legislazione e nella programmazione statale e regionale. Secondo tali principi, è ai Distretti che viene affidata la competenza di governare (domandare, guidare-applicare, verificare e misurare gli esiti) i processi assistenziali sul territorio, con ciò confermandosi la necessità che anche l'organizzazione delle attività deve essere progettata e realizzata per processi (cioè, per garantire la realizzazione di percorsi assistenziali sanitario-sociali).

Tale modello costituisce scelta strategica della Direzione generale, perché, infatti, è nel corso dei processi completi che si analizzano i bisogni specifici, si applicano le migliori tecniche e/o metodiche "possibili" per risolvere i problemi di salute, si impiegano nel miglior modo possibile le risorse necessarie e disponibili, ma, soprattutto, si verificano gli esiti degli interventi e, quindi, si responsabilizza, effettivamente, l'intero

sottosistema delle cure primarie, per area territoriale e per bisogni assistenziali.

Lo strumento deve essere utile anche a misurare i costi che il processo sviluppa nel completo percorso e nelle parti di possibile gradualità dello stesso.

Attraverso un “miglioramento continuo” delle azioni di percorso si rende effettiva la possibilità di realizzare il principio del miglior governo possibile delle azioni mirate alla soddisfazione delle necessità espresse dalla popolazione del territorio, sia per gli aspetti di assistenza sanitaria e sia per quelli sociali correlabili ai primi: è questa l’aspettativa che la Direzione Generale vuole deporre nelle attività del Distretto.

A lume di tanto, viene attribuita al Distretto la funzione di principale laboratorio della progettazione organizzativa delle attività dell’Azienda, in linea con la specifica previsione, contenuta già nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, che ha identificato il Distretto come “... Centro di servizi e prestazioni dove la domanda di salute è affrontata in modo unitario e globale che meglio consente di governare i processi integrati fra istituzioni, gestendo unitariamente diverse fonti di risorse ...”. Tale funzione è ampliata, peraltro, dal vigente Piano Sanitario Nazionale (punto 2.7 “Promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e sociosanitari”), che evidenzia “... quanto sia importante il coordinamento degli interventi, e a tale scopo, individuare nel territorio soluzioni innovative, organizzative e gestionali per orientare diversamente la domanda di prestazioni Una linea che identifica il territorio quale soggetto attivo che intercetta il bisogno sanitario e si fa carico in modo unitario delle necessità sanitarie e socio-assistenziali dei Cittadini....” Sono proprio queste le fonti di riferimento del “sistema dei percorsi di cura ed assistenza” che l’Azienda applicherà.

E’ per questo che la Direzione Generale dell’Azienda assegna una funzione strategica al Distretto, riconfermando quanto già premesso e, cioè, il riconoscimento allo stesso delle competenze di analisi della domanda di salute, di governo delle offerte dei servizi e prestazioni e la possibilità di orientamento /destinazione della domanda stessa.

Nella Azienda USL FG/1, dunque, il Distretto deve essere il riferimento essenziale del Cittadino con riguardo al suo problema di salute, che deve trovare ogni possibile soluzione nell’ambito delle occasioni offerte da una mappa dei bisogni e delle risposte, a loro volta contemplati (progettati) nel Programma Territoriale di Attività (P.T.A.), a cui si deve accompagnare una altrettanto programmata integrazione di assistenza ospedaliera e degli altri centri di offerta disponibili.

Essenziale nella progettazione e gestione delle attività sanitarie necessarie per la popolazione del territorio è il coinvolgimento dei Medici di medicina generale, dei Pediatri di libera scelta, degli specialisti sanitari territoriali ed ospedalieri, degli altri professionisti sanitari, delle Organizzazioni dei Cittadini e del Volontariato in sanità, nonché degli Enti Locali per la integrazione degli interventi sociali con quelli a rilevanza sanitaria.

Nell'area di offerta distrettuale, ovvero nell'ambito della corrispondente rete, anche interdistrettuale, si realizza la prima parte di interventi assistenziali, partendo (nella generalità dei casi) proprio dagli "orientamenti" di cura individuati dal Medico di Medicina Generale o dal Pediatra di Libera Scelta.

Tenendo conto della metodologia operativa già evidenziata per i Percorsi Aziendali di Cura ed Assistenza (P.A.C.A.), il paziente è avviato al Percorso Diagnostico Terapeutico (P.D.T.) che il "gruppo" interdisciplinare e interprofessionale dei PACA ha preventivamente progettato, condiviso e sottoposto all'approvazione della Direzione Generale dell'azienda. Come si vedrà (a proposito del modello operativo delle attività), il PDT ha un'applicazione più puntuale nell'area di offerta ospedaliera, ma anche in quella territoriale (distrettuale) l'impiego di tale "strumento operativo" è scelto come "metodo" irrinunciabile, soprattutto perché:

- A. Il PDT di area di offerta è una parte del PACA ed è, pertanto, coerente con gli altri eventuali interventi necessari per risolvere quel particolare problema di salute;
- B. In ragione di tanto, si comprende come l'utilizzo di PDT, che sono comuni (condivisi) per quelli praticati in tutti i punti di offerta assistenziali (sanitario – sociali) dell'azienda, garantisce, l'appropriatezza tecnico-scientifica e gestionale degli stessi interventi;
- C. Conseguenze immediate sono:
 - C.1 L'applicazione delle migliori pratiche assistenziali che, (da tutti) nell'ambito dell'Azienda, sono state riconosciute e condivise secondo le effettive possibilità di intervento disponibili (appropriatezza e qualità professionale);
 - C.2 La certezza, per operatori ed utenti dell' utilizzo del punto di offerta più appropriato, conoscendone a monte l'estensione (o link) o il grado di impegno e le pratiche cliniche proprie del livello d'intervento scelto, stimolando, così (o, meglio, obbligando), l' organizzazione Aziendale a realizzare quanto è necessario per la completa informazione del paziente e per dotare ciascun

punto di offerta di quanto indispensabile alla realizzazione dell'intervento assistenziale di riferimento (garanzia dell'appropriatezza delle prestazioni e della qualità relazionale o di informazione ed alberghiera e degli immobili tecnico-strutturali, tecnico diagnostici);

C.3 La possibilità di rendere (nell'ambito del P.A.C.A.) sia "prestazioni complete" (intendendo, con queste, quelle che già risolvono completamente il problema di salute in carico) e sia "prestazioni intermedie" (intendendo quelle che sono riconosciute essenziali dai protocolli diagnostico-terapeutici previsti dal corrispondente P.A.C.A., ma che, pur non potendo risolvere completamente il problema di salute in carico, sono tuttavia necessarie, sia per anticipare gradi di accertamenti che in ogni caso dovrebbero essere effettuate in successivi livelli di intervento, per es. Ospedaliero, ecc..., sia per avere notizie cliniche più puntali ai fini del trattamento sanitario necessario, ovvero di un miglior indirizzo del paziente verso il successivo/ulteriore livello d'intervento. Il metodo è, altresì, utile per meglio distribuire nella rete di offerta le prestazioni necessarie, con la conseguenza che si velocizza il processo assistenziale, si riducono e/o si eliminano i tempi di attesa per le strutture di successivo approdo, si eliminano le "ripetizioni" di prestazioni e quindi, si rende il maggior prodotto assistenziale possibile all'utente, al minor costo, programmato (per l'Azienda).

Si favorisce, così, ancora di più, la possibilità per i MMG/PLS di seguire il percorso del proprio paziente nel trattamento di cura e di assistenza ad egli riservato (effettiva occasione di " governo" del problema di salute del proprio assistito).

E' solo applicando questi combinati modelli operativi (P.A.C.A. – Percorsi D.T - protocolli: da considerare sequenziati, in ordine inverso, od a ritroso, ognuno facente parte del processo operativo che lo precede), che può utilizzarsi, in maniera clinico-gestionale appropriata, un'unità di degenza territoriale (UDT o una qualsiasi altra articolazione d'offerta assistenziale poliambulatori, residenze protette), altrimenti questi ultimi sarebbero solo fonte di moltiplicazione di prestazioni (che non seguono una logica ed un unico protocollo) ordinate, da operatori, in prevalenza MMG/PLS, secondo le proprie convinzioni scientifico - gestionali di trattamento, che non si vogliono contestare, ma in ordine alle quali, per es., diventa

facile osservare che non sono state (perché l'organizzazione Aziendale non ha previsto e reso disponibile questa possibilità) oggetto di "confronto" con quelli di altri colleghi-operatori (come dire: "della porta accanto"), pur dovendo essere resi interventi nell'ambito della stessa articolazione di offerta assistenziale, ma, ancor più nell'ambito di un identico percorso di cura e assistenza.

Lo strumento operativo dei Protocolli e dei Percorsi condivisi diventa, così, strumento per garantire equità ed eticità di accesso e di fruizione delle occasioni di assistenza, disponibili nell'Azienda, per tutti i cittadini o utenti.

Definito il modello operativo come proposto nel presente P.A.L., risulta di minima utilità approfondire tanti sforzi per individuare il "nomen" o la definizione puntuale dell'articolazione strutturale organizzativa (ciò risponderebbe a visioni meramente "burocratiche" dell'organizzazione che non trovano accoglimento alcuno nel presente P.A.L.).

Certo è che, se l'obiettivo è quello di garantire la soddisfazione a livello territoriale del problema di salute nel suo complesso, a tali organizzazioni potrebbe anche assegnarsi una identificazione e collocazione come Centri Territoriali di Salute. Ciò solo perché sia chiaro che, all'interno degli stessi, i processi erogativi devono vedere impegnati tutti gli "attori di processo" "previsti nei P.A.C.A. e cioè, prima di tutti i MMG/PLS, ma anche gli specialisti ambulatoriali interni, i professionisti sanitari non medici, gli specialisti ospedalieri , i professionisti sanitari (medici e non) dei Dipartimenti Territoriali prima fra tutti del Dipartimento per le Cure Primarie, la cui costituzione e funzionamento sono ritenuti essenziali nell'organizzazione complessiva delle attività distrettuali Aziendali.

Ciò, proprio perché è irrinunciabile una regia degli interventi comuni, dei quali tutti i Distretti Sanitario-Sociali dell'Azienda devono beneficiarsi, salvaguardando, in ogni caso, l'autonomia operativa di questi che devono esprimere la domanda e regolare gli accessi e l'offerta necessaria in relazione ai bisogni di salute propri della popolazione e degli utenti della rispettiva area territoriale.

- C.4 Possono, così realizzarsi, al massimo possibile, i principi di equa distribuzione nel territorio delle occasioni di assistenza primaria ed essenziale, quindi garantire pari soddisfazione ai bisogni evitando altresì di ricorrere ad "organizzazioni astratte" (magari

mutuate da altre realtà territoriali, senza tener conto delle “diversità di contesto del bisogno” che le caratterizza), che possono significativamente comportare un mero “consumo” improduttivo, o non congruo, rispetto al bisogno, in una condizione generale di risorse limitate.

Un ulteriore risultato conseguibile dalla revisione della organizzazione è, come accennato, uno spostamento d’interesse e di azioni (cioè di cultura) da una visione di settorializzazione degli interventi (che prevederebbe una attenzione solo a quelli di competenza della struttura) ad una che privilegia le attività ovvero i processi operativi in cui queste si devono realizzare. Tanto è utile anche per rendere effettivo un obiettivo di metodo assistenziale che è certezza del presente P.A.L. e , cioè, fare in modo che in qualsiasi momento, in qualsiasi centro di offerta, da parte di tutti gli operatori dell’Azienda, di fronte allo stesso problema di salute, si parli lo stesso “linguaggio” assistenziale.

A livello di ciascun punto di offerta della rete Aziendale, cioè a fronte dello stesso problema di salute, deve essere fruibile una omogenea “ mappa d’interventi”, che preveda una descrizione dei luoghi, dei tempi, delle attività e la indicazione degli operatori chiamati a rendere gli interventi (integrati), talché, possa trovare soluzione l’equazione operativa secondo cui il metodo migliore è “conoscere di che cosa si tratta, di dove, di quando, di come e da parte di chi si deve fare quello che è necessario”.

Questo sistema comporta l’obbligo di tenere sotto monitoraggio continuo il processo e cioè il Percorso Diagnostico-Terapeutico, con la possibilità di verificarne gli esiti assistenziali, di effettuare tutte le migliorie necessarie, d’integrare gli interventi e, addirittura, di riprogettare tutto il P.D.T. al fine di renderlo coerente con le valutazioni effettuate su quello già applicato. Si attua, così, il sistema di “miglioramento continuo della qualità”, già richiamato e descritto in precedenza nel presente P.A.L., strumento per la realizzazione della migliore “catena del valore assistenziale”, esprimibile nella realtà Aziendale.

D. Consente o, comunque agevola, una valutazione anche economica delle attività assistenziali, utilizzando i dati di “consumo” dei processi applicati insieme agli altri fattori di costo, tanto che possa pervenirsi a definire:

D.1) Il costo finalizzato al percorso individuato per realizzare le

attività progettate;

- D.2) L'opportunità di pervenire, attraverso il miglioramento continuo dell'organizzazione del processo erogativo, ad una riprogettazione del percorso che possa significare, anche, un minor assorbimento di risorse;
- D.3) Le modalità per realizzare un confronto, dei costi complessivamente consumati nel processo di erogazione, con il sistema di tariffazione prevista per la remunerazione delle prestazioni ed attività assistenziali: in analogia (e nei limiti possibili) per quanto, per es., è previsto per il rimborso delle prestazioni alle Aziende Ospedaliere ed agli altri soggetti erogatori di prestazioni analoghe, remunerate a tariffa: in questo senso, si spiega, l'affermazione fatta all'inizio di questo paragrafo secondo la quale l'area in cui meglio si prospetta l'applicazione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici è quella della offerta Ospedaliera, sia perché è possibile applicare la graduazione spazio – temporale e di attività degli interventi e sia perché la valutazione economica (costi) di questi è possibile che venga confrontata con le tariffe riconosciute per DRG, ossia proprio per raggruppamenti di casi di attività e, quindi, di processi operativi.

Insomma, il metodo di organizzazione e di rendimento delle attività secondo processi operativi si identifica con quello di percorsi diagnostico-terapeutici. Esso è il viatico migliore per:

- progettare buone pratiche assistenziali,
- favorire il miglioramento continuo della qualità prestazionale e gestionale,
- consentire una giusta allocazione di risorse
- eliminare le strozzature o colli di bottiglia del sistema di tutela della salute (interventi sull'utilizzo delle "occasioni" di assistenza, sull'appropriatezza delle prescrizioni, sulla riduzione dei tempi di accesso anche attraverso il miglioramento della appropriatezza del ricorso alla diagnostica strumentale, ecc...), cioè, di rendere (come già detto) le migliori prestazioni possibili con il minimo impiego di risorse, rispetto a quelle consumabili nel corrente sistema di organizzazione.

Ancora una volta tutta l'organizzazione delle attività risulta inquadrabile nella progettazione dei Percorsi Aziendali di Cura ed Assistenza.

II.1.4.3 LA FUNZIONE OSPEDALIERA UNICA

Anche questa funzione, come già precisato nella prima parte del presente capitolo, deve essere relazionata e funzionale all'applicazione dei percorsi di cura ed assistenza.

Se questo è l'assunto di base, la Direzione Generale intende fare in modo che questi siano effettivamente realizzabili, sia attraverso le organizzazioni territoriali di attività previste dalla programmazione regionale e sia attraverso una parziale riconsiderazione della modulazione operativa delle "strutture" ospedaliere dei tre stabilimenti costituenti il Presidio ospedaliero unico dell'Azienda: insomma, nelle articolazioni degli ospedali (o stabilimenti ospedalieri) a gestione diretta della stessa Azienda devono essere previste tutte le principali attività che rendono effettivamente realizzabili i Percorsi di Cura e di Assistenza. Ciò non si contrappone alle funzioni di Aziende ospedaliere ed Ospedali costituiti in IRCCS, perché questi devono rendere prestazioni di elevato impegno tecnico – scientifico e non, invece, assorbire (per larga parte) la domanda che, più appropriatamente, rientra nelle attribuzioni di base e di medio livello di impegno, che sono istituzionalmente di competenza degli Ospedali a gestione diretta delle Aziende sanitarie territoriali.

Si parte dal convincimento che risulta opportuno modificare il modello che ha previsto:

- a) negli Ospedali minori di San Marco in Lamis e di Torremaggiore una caratterizzazione di area medica dei ricoveri per acuti. Alla luce dei risultati verificati, tale scelta deve essere modificata perché, il trattamento di un problema di salute è caratterizzato da una multidisciplinarietà di interventi e, soprattutto, dalla circostanza che nella realizzazione di un percorso deve garantirsi, nei punti della rete di offerta pubblica sanitaria, il maggior trattamento completo possibile.

Niente esclude, perciò, che, ove la struttura dell'organizzazione lo consenta, possano realizzarsi anche trattamenti chirurgici adeguati alla particolarità dell'organizzazione stessa;

- b) l'attivazione, per le attività chirurgiche di questi ospedali minori, solo della pratica di day surgery, senza previsione di una degenza ordinaria di area chirurgica, rende non completi i processi erogativi ed allontana l'utenza.

Bisogna, inoltre, tener conto che la pratica di interventi di day surgery può comportare frequentemente "rischi" da complicanze sopravvenute, che non possono essere affrontate con estemporanei "trasferimenti" degli Utenti, sia perché ancor più a rischio e sia perché verrebbe meno il principio su cui l'Utente deve fare affidamento,

secondo il quale, attorno al suo problema di salute, la organizzazione aziendale deve garantire condizioni di sicurezza nel luogo in cui le prestazioni sono rese.

- c) Infatti, il non garantire prestazioni complete, medico-chirurgiche, ha allontanato gli Utenti (del posto) dall'utilizzo delle strutture aziendali di offerta, con notevole "migrazione" o mobilità verso quelle di altre Aziende sanitarie, intra ed extraregionali: ciò, è stato effetto dell'elementare principio secondo il quale, se il Cittadino deve muoversi verso altro posto, lo fa scegliendo una realtà di offerta ospedaliera del miglior livello possibile. Ciò è dimostrato anche dalla verifica che non è diminuito il tasso di ospedalizzazione, quanto quello di "utilizzazione" delle Strutture ospedaliere pubbliche dell'Azienda. Ciò ha determinato un "drenaggio" di risorse e di attività senza che fosse consentita una adeguata possibilità per l'Azienda di limitarne gli effetti. Sono state, così, per le Strutture ospedaliere dell'Azienda, perse risorse a monte, ridotte le attività che pure già si rendevano in considerazione di adeguata appropriatezza e sicurezza per gli Utenti, con l'effetto di un ulteriore squilibrio tra disponibilità di offerta e domanda pervenuta o soddisfatta: basti pensare che la mobilità passiva presso strutture sanitarie della limitrofa regione Molise, ha superato la soglia annua di Euro 4.500.000,00
- d) Per altro aspetto, l'aver accentrato nello stabilimento ospedaliero di San Severo il compito di soddisfare l'intera domanda chirurgica generale con una eccessiva concentrazione di posti letto per degenza ordinaria, ha portato le seguenti conseguenze:
 - d.1 la circostanza che in detto stabilimento è affluita anche la maggior parte della domanda di attività chirurgica di impegno non elevato, ha, di fatto, impedito alla relativa struttura di rendere prestazioni chirurgiche di più elevata specializzazione, che sono a maggiore remunerazione (anche secondo una visione economica), a favore di Ospedali (pubblici e privati) esterni, con la ulteriore conseguenza di determinare un impedimento alla crescita specialistica, che, se ci fosse stata, avrebbe indotto anche la necessità di maggiori investimenti in tecnologie e professionalità per far fronte alla domanda attesa;
 - d.2 sotto l'aspetto della gestione delle disponibilità dei reparti operatori, si è determinato nello stabilimento ospedaliero di San Severo un inaccettabile "collo di bottiglia", conseguenza della insufficienza delle sole 4 sale operatorie (circa il 60% di quelle complessivamente disponibili negli stabilimenti Ospedalieri dell'Azienda) per far fronte

alla domanda chirurgica di Pazienti in degenza ordinaria, di tutte le specialità chirurgiche presenti;

- d.3 lo stabilimento ospedaliero di San Severo deve essere quello di riferimento, per tutta l'Azienda, innanzitutto per l'attività chirurgica di specializzazione e di elevata complessità; cioè deve essere l'Ospedale specialistico dove possono eseguirsi gran parte degli interventi chirurgici che attualmente determinano una mobilità passiva verso ospedali di altre Aziende.

Per questo, la Direzione Generale intende avvalersi anche della collaborazione/integrazione, sia dell'Università degli Studi di Foggia, sia di altre Università e sia di altri Ospedali di elevato rilievo scientifico-assistenziale. Ciò, a condizione che anche le prestazioni chirurgiche di "eccellenza" si eseguano nell'Azienda USL FG/1 (ovviamente tenendo conto di quanto è possibile eseguire in condizioni di appropriatezza e sicurezza.

- e) per correlato aspetto, le prestazioni di Day Surgery, nonché quelle chirurgiche di adeguato impegno e/o quelle che, comunque, possono essere eseguite (in ragione delle citate condizioni di sicurezza e di appropriatezza della organizzazione e delle dotazioni di risorse del luogo in cui devono essere rese) presso gli stabilimenti ospedalieri aziendali minori, devono essere "garantite" dalla presenza di posti letto di degenza ordinaria, organizzati in una "area di degenza chirurgica polivalente", la quale, in uno con la garanzia (primaria) di poter far fronte alle "complicanze" in corso (e/o postume) degli interventi in Day Surgery (condizioni di sicurezza), ha la finalità di rendere la maggior completezza possibile al trattamento (medico-chirurgico) delle patologie degli utenti ricoverati, oppure ospitati, nelle strutture dello stesso stabilimento ospedaliero (appropriatezza di continuità terapeutica). Tale riorganizzazione di attività consente di evitare che si determinino "incapienze di offerta" presso l'ospedale di San Severo (con la verificata conseguenza di favorire la mobilità passiva), realizzando, invece, uno sviluppo di attività che porti al massimo l'utilizzo delle risorse disponibili (appropriatezza ed efficacia allocativa delle risorse).

Invero, allo stato attuale, la situazione (che ci si propone di migliorare) è la seguente:

- presso lo Stabilimento Ospedaliero di San Marco in Lamis è disponibile un reparto operatorio con una sala operatoria di recente realizzazione e che, con alcuni miglioramenti (possibili) di

dotazioni, sarebbe in perfette condizioni di utilizzo ove si restituisse ordinariamente anche l'assistenza anestesiologicala;

- presso lo Stabilimento Ospedaliero di Torremaggiore è, altresì, disponibile un reparto operatorio completo, con due sale operatorie attrezzate e dotate di tutte le condizioni di sicurezza, compresa l'ordinaria assistenza anestesiologicala, pre – intra – postoperatoria. Questi due reparti operatori non sono utilizzati a pieno (eppure sono di recente e recentissima attivazione e perfettamente funzionabili), sono stati realizzati con investimenti pubblici appositi e devono essere oggetto di “manutenzione” e di aggiornamento tecnologico (perché in essi vengono comunque rese attività di Day Surgery). Orbene, questa si presenta, allo stato attuale, come una chiara condizione di “insufficiente utilizzo di risorse” e di “drenaggio di occasioni di assistenza”.

Senza pensare alla istituzione di “strutture operative” particolari (“carrozzoni” che in generale, ma ancor più in questi casi, non sarebbero utili), la soluzione da perseguire sarà quella della realizzazione, per ciascuno degli stabilimenti ospedalieri di S. Marco in L. e di Torremaggiore, di una area di degenza ordinaria chirurgica polivalente (senza incremento, ma con riconversione dei posti letto complessivi già attivati in ciascun stabilimento e “dimensionati in relazione alle condizioni di offerte esprimibili) che possa assolvere alle funzioni sopra specificate.

Anche attraverso modifiche degli investimenti di riconversione e di destinazione degli immobili, bisogna, inoltre, realizzare per gli stessi motivi di completezza (quelli possibili) di trattamento sanitario, anche nell'area del Gargano Nord, una articolazione di attività di chirurgia ambulatoriale protetta ed anche di Day Surgery, che può essere garantita da accessi programmati, prima di tutti dalla équipe chirurgica dello Stabilimento di San Marco in Lamis ed, ove necessario, anche di quelle degli altri due stabilimenti ospedalieri dell'Azienda. Ciò, peraltro, è valido (anche) in rispetto al principio, che è fondamento del presente PAL, secondo il quale è un dovere del sistema pubblico portare tutte le occasioni di assistenza sanitaria “possibili” nell'intero territorio aziendale.

Sempre con riguardo alle attività chirurgiche, bisogna tener conto che le necessità epidemiologiche, i dati di “fuga o di mobilità passiva”, nonché la necessità di garantire il completamento della terapia chirurgica alle attività di assistenza di area medica già attive e sviluppate, comporta la previsione di rendere, o di

ampliare l'offerta di chirurgia specialistica di urologia, oftalmologia, toracica e vascolare, la cui destinazione è quella (di ubicazione) presso l'intero Stabilimento Ospedaliero di San Severo (sia quello "vecchio" e sia quello di completamento o di nuova realizzazione), come pure, nell'ambito di quella generale e polivalente, è necessario prevedere un'attività di chirurgia oncologica, sempre al fine di garantire il massimo possibile di trattamento terapeutico integrato medico-chirurgico (completezza e continuità assistenziale).

- f) sempre al fine di "avvicinare" l'offerta pubblica agli utenti ed al territorio, nonché di favorire il decongestionamento da prestazioni e da attività di impegno non elevato dell'Ospedale di San Severo, e perché questo possa, invece, diventare sempre più centro di offerta specialistica e di prestazioni più complesse, si rende necessario prevedere, negli stabilimenti minori, aree di offerta polivalente a caratterizzazione medica, quale completamento di altra offerta di area medica già attiva negli stessi. Ma, tale iniziativa non sarebbe sufficiente, soprattutto in termini di garanzia di una possibile distribuzione equa di "occasioni di assistenza sanitaria" sul territorio.

La soluzione che si prospetta tiene conto della circostanza che, ad invarianza del numero di posti letto già attivi nelle Unità di Degenza Territoriali, è possibile destinare una parte (negli stessi presidi in cui sono già ospitate le UU.DD.TT.) ad attività di degenza medica polivalente, nella quale, oltre all'impegno diretto dei MMG, sia prevista l'integrazione dei Medici Specialisti Ambulatoriali interni, ma anche dei Medici Specialisti ospedalieri (degli Stabilimenti Ospedalieri minori in cui le UU.DD.TT. sono già organizzate ed anche degli Specialisti degli altri Stabilimenti Ospedalieri), mediante l'organizzazione di accessi programmati di questi ultimi. In ogni caso, in tutte le citate attività assistenziali in degenza, dovranno essere applicati i protocolli ed i percorsi interni diagnostico-terapeutici già progettati e concertati/condivisi (dagli stessi attori di processo) nei percorsi aziendali di cura e di assistenza di cui si è più puntualmente esaminato in precedenza.

- g) strategia essenziale di relazione dell'offerta ospedaliera nelle parti di percorso di cura ed assistenza interessanti il livello territoriale è la progettazione e la realizzazione della diretta partecipazione (ed integrazione) dei medici e degli altri professionisti sanitari ospedalieri

nelle attività svolte nei punti territoriali della rete di offerta del percorso.

A tali fini (riscoprendo una pratica già collaudata in passato e che ha ben funzionato in un determinato ambito dell'attuale territorio aziendale), con modalità ed accessi programmati finalizzati a "garantire" la uniformità di processi su tutto il territorio aziendale, i medici ed il personale infermieristico ospedalieri sono chiamati a collaborare con i MMG/PLS, gli specialisti ambulatoriali interni e con tutti gli altri professionisti sanitari, sempre nell'ambito dei percorsi diagnostico terapeutici predefiniti. Si realizzano, così, le possibilità di garantire la continuità assistenziale, attraverso il potenziamento dell'ospedalizzazione domiciliare, del servizio di assistenza domiciliare sanitaria (SAD) e socio-sanitario (ADI), delle cure intermedie, nonché la diretta ed integrata gestione di interventi adeguati per assicurare una selezione, a monte, delle necessità di ospedalizzazione (e, in caso di ospedalizzazione, di indirizzare l'assistito verso il punto di offerta ospedaliero più adeguato al suo problema di salute) e, quindi, di appropriatezza complessiva.

g) La realizzazione di tali modalità operative integrate e la conclamata necessità di realizzare il massimo possibile di completamento del processo assistenziale, comportano la previsione, nell'Ospedale Specialistico di San Severo, delle ulteriori attività assistenziali di:

- Neurochirurgia
- Neurologia
- Chirurgia Toracica
- Chirurgia Vascolare
- Otorinolaringoiatria
- Gastroenterologia
- Articolazioni aggregate a medicine interne per malattie del fegato, del ricambio e di endocrinologia.

Le attività assistenziali proposte non rispondono ad astratti standard, ma si configurano come risposte puntuali ad una domanda corrente ed in continuo incremento, nonché alla necessità di intercettare la mobilità passiva che, allo stato di organizzazione delle attività, si è attestata sopra il 75%. Ciò non costituisce una "scelta" o un apprezzamento, ma un effettivo "obbligo" dell'Azienda, ma soprattutto, un diritto della popolazione (del territorio dell'Azienda), che, per avere la possibilità di assistenza anche di base e di tipo a medio-alta valenza, è "costretta" a rivolgersi altrove, ma, quello che è peggio, anche a strutture di altre Regioni.

Il livello delle attività ospedaliere è parte, come già precisato, dei percorsi di cura ed assistenza e, quella ospedaliera, è l'organizzazione in cui più si adatta l'applicazione dei percorsi diagnostico-terapeutici per gli utenti ricoverati, in quanto è possibile progettare a monte le relazioni spazio, tempo, azioni ed attori che sono necessari prevedere nell'applicazione dei corrispondenti processi e perché è anche possibile confrontare i costi derivanti da questi con il sistema tariffario di "remunerazione".

Più che nel territorio, in ambiente ospedaliero, il sistema tariffario di valorizzazione economica delle attività assistenziali riporta l'attenzione alla considerazione che viene remunerato il prodotto completo (per D.R.G.) e, cioè l'attività finale, che si avvale, però, anche di prestazioni intermedie e di supporto (principio comune anche agli altri livelli essenziali di assistenza, del quale si tratterà più compiutamente in prosieguo a proposito del sistema di programmazione, controllo e contabilità direzionali), quali potrebbero essere le prestazioni sanitarie rese dalle articolazioni interne di attività, di diagnostica radiologica, di analisi chimico-cliniche, di farmacia, ecc., nonché quelli dei servizi generali dell'Azienda.

Appartiene ad un ritardo culturale di conoscenza dei sistemi di analisi di organizzazioni complesse considerare (finanche in quelle economiche dei risultati) il riferimento alla "Struttura operativa", perché considerare i dati delle complessive attività da queste rese (una analisi, cioè, limitata ai costi ed ai rendimenti della struttura) non ci darebbe nessun elemento per valutare quale dei processi (attività) realizzati sia improduttiva sotto l'aspetto economico, ovvero se sconta o sopporta diseconomie di altri processi (o attività) resi dalla stessa struttura: insomma non potremmo avere elementi per giudicare dove bisogna intervenire per migliorare l'efficienza e l'efficacia delle singole attività.

Misurare, anche per gli aspetti economici, l'allocazione puntuale delle risorse, porta ad una più economica utilizzazione delle stesse, con l'obiettivo, non solo di determinare l'equilibrio economico, ma anche e soprattutto di programmare una politica di investimento mirato a potenziare la qualità tecnica e totale, cioè di consentire lo sviluppo di nuove attività assistenziali con un potenziamento dell'offerta coerente con i bisogni e limitare il più possibile i fenomeni di migrazione sanitaria degli assistiti (mobilità sanitaria passiva o in uscita, verso altre Aziende, verso altri soggetti erogatori o, più ancora, verso altre Regioni).

L'organizzazione degli ospedali deve seguire il modello della dipartimentalizzazione, che, come si è accennato, non deve significare aggregazione di strutture, ma avere a riferimento, invece, l'aggregazione delle attività che queste rendono e che possono essere considerate come finalizzate al raggiungimento di un obiettivo unitario.

Tenendo conto di quanto già previsto a proposito delle obbligatorietà di realizzazione dei Percorsi Aziendali di Cura e di Assistenza (PACA), è facile considerare che le attività da integrare in un unitario processo assistenziale non possono limitarsi a quelle rendibili all'interno di ogni singolo stabilimento ospedaliero e neanche solo a quelli riferibili a tutti e tre gli stabilimenti dell' Azienda, ma, devono essere considerate le relazioni e le integrazioni di queste con (e nelle) le attività sanitario-sociali garantite dagli altri due livelli essenziali di assistenza (quello della prevenzione collettiva negli ambienti di vita e di lavoro e quello distrettuale, territoriale).

Proprio per questo è prevedibile che in molti casi l'estensione spaziale delle attività da aggregare nel modello dipartimentale sia di tipo extramurale.

II.1.5 L'ORGANIZZAZIONE DIPARTIMENTALE DELLE ATTIVITÀ

Tenendo fermo quanto già anticipato nei precedenti paragrafi, nell'Azienda USL FG/1 l'organizzazione dipartimentale costituisce modello ordinario di gestione e strumento operativo di aggregazione e di integrazione di:

- ✓ attività assistenziali, sanitarie e socio sanitarie, poiché accomuna risorse e conoscenze scientifiche, destinandole o finalizzandole ad ottenere il prodotto assistenziale più efficace possibile;
- ✓ di attività gestionali, tecnico-amministrative strategiche ed operative, poiché si realizza il supporto necessario a garantire l'organizzazione, la gestione ed il potenziamento operativo della parte (dipartimentale) di aggregazioni delle attività sanitarie; ciò sia per gli aspetti dei riflessi esterni di questa e sia per le necessità interne funzionali al sostenimento dei processi erogativi di assistenza per la tutela della salute.

Partendo da un' effettiva analisi e verifica dello stato dell'arte della organizzazione dipartimentale corrente (attuale) e nel rispetto delle relazioni sindacali e dei rapporti con le Organizzazioni di rappresentanza

degli utenti e del volontariato in sanità, sarà rivisto il modello dipartimentale dell'Azienda per renderlo coerente con il nuovo modello della organizzazione generale e con i nuovi metodi gestionali delle attività aziendali.

Preliminarmente, si procederà alla progettazione del Piano Aziendale dei Dipartimenti, articolato sia per le relazioni/integrazioni sanitario-sociali dei tre livelli essenziali di assistenza e sia per le attività strategiche ed operative di gestione tecnico-amministrativa. La prima delle due (articolazione di aggregazioni dipartimentali di attività sanitarie) sarà proposta dal Direttore Sanitario Aziendale, previa consultazione con le Direzioni operative di attività (nella prima fase: delle strutture) sanitario-sociali, mentre le proposte di articolazione-aggregazione di attività tecnico amministrative sarà formulata dal Direttore Amministrativo Aziendale.

Definite le proposte e garantite le relazioni sindacali, il progetto unitario di dipartimentalizzazione sarà avviato all'esame della Conferenza dei Sindaci dei Comuni dell'Azienda, al Collegio Sindacale dell'Azienda, alle Organizzazioni degli utenti e del Volontariato in sanità (come già accennato) e, poiché il sistema di relazioni potrebbe interessare i centri di didattica, di ricerca e (se ne dovessero ricorrere le condizioni) assistenziali, anche alla Facoltà di Medicina e Chirurgia (come, per esempio, nei casi di partecipazione a Dipartimenti interaziendali) della Università degli studi di Foggia per acquisirne preventivi pareri e suggerimenti migliorativi.

L'Azienda è già parte di un Dipartimento interaziendale per attività di assistenza in Nefrologia, Dialisi e trapianti di rene, ma ancor più promuoverà la realizzazione di altri Dipartimenti interaziendali perché anche attraverso questi modelli operativi possa garantirsi la copertura di quei bisogni assistenziali, che non possono essere garantiti dalla potenzialità di offerta aziendale, con misure e con modalità predefinite e precontrattate dagli Organi ed Organizzazioni di governo e di Direzione degli stessi Dipartimenti interaziendali, secondo quanto già stabilito dalla giunta regionale, con deliberazione (di questa) del 08.05.2001 n° 681, ovvero secondo quanto sarà ulteriormente (o diversamente) stabilito dalla stessa.

Le forme di aggregazioni/integrazione devono consentire:

- a) di costituire organizzazioni dipartimentali interessati dalla attività di strutture operative anche fisicamente distinte tra loro, come nel caso della dipartimentalizzazione di attività tra ospedali e territorio (dipartimenti transmurali) oppure della stessa dipartimentalizzazione interaziendale;

- b) di facilitare la disponibilità all'accettazione della nuova organizzazione da parte dei Dirigenti, salvaguardandone l'autonomia professionale/operativa ma finalizzandone le azioni verso obiettivi comuni;
- c) la possibilità di realizzare dipartimenti che aggregano le attività di competenza anche di Istituzioni diverse, come è , per esempio il Dipartimento per le cure primarie e per le funzioni sanitario-sociali, che interessa i tre Distretti Sanitario-sociali dell'Azienda e gli Enti locali dei corrispondenti ambiti territoriali;
- d) l'utilizzo comune, nei processi assistenziali aggregati ed integrati, di risorse sia fisiche e sia intellettuali, con la possibilità di condividere regole di comportamento assistenziale, etico, e (come già detto, nel caso di coinvolgimento della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli studi) di didattica e di ricerca.

L'avvio della nuova organizzazione dipartimentale Aziendale dovrà essere preceduta da una regolamentazione di principi comuni a tutti i Dipartimenti, da approvarsi in uno (come allegato) all'atto aziendale di organizzazione e funzionamento, che sarà ovviamente , oggetto anche esso di revisione e riapprovazione. La stessa regolamentazione, in armonia con le linee guida emanate dalla Regione, prevederà, per i Dipartimenti Aziendali, due livelli di direzione costituiti da:

- 1) Direttore di Dipartimento : a cui sono affidate le funzioni di direzione gestionale e dell'organizzazione del Dipartimento , mentre le direzioni delle azioni e delle attività restano imputate ai Direttori delle articolazioni (strutture od attività) aziendali interessate nel Dipartimento; i Direttori dei Dipartimenti sono componenti di diritto del Collegio di Direzione dell'Azienda.
- 2) Comitato di Dipartimento : organismo collegiale rappresentativo di tutte le strutture che aggregano le proprie attività e che ha funzioni di pianificazione interna delle stesse e di definizione di linee operative per la gestione delle medesime, tenendo conto di quanto previsto sia dai Percorsi diagnostico terapeutici e sia dai Percorsi Aziendali di Cura e di assistenza. Per i dipartimenti aggreganti attività gestionali tecnico-amministrative, parimenti, il Comitato di dipartimento definirà linee operative da applicarsi nei procedimenti, tenendo conto che devono conseguirsi risultati compiuti (completi) . Sarà compito dei processi direzionali (da attivare, ex novo, nell'Azienda) definire le modalità di allocazione delle risorse, di attribuzione degli obiettivi, di assegnazione delle azioni positive per realizzarli e degli indicatori di verifica per valutare gli esiti delle attività aggregate nei singoli Dipartimenti.

II.1.6 TEMPI E LISTE DI ATTESA

Quello della riduzione dei tempi (e delle liste) di attesa costituisce uno degli obiettivi prioritari della legislazione e programmazione, statale e regionale, rispondendo sia al principio etico di equità degli accessi alle occasioni di assistenza e sia a quello di qualità degli esiti di qualsiasi attività, azione e prestazione con riferimento all'appropriatezza anche temporale degli accessi stessi.

In tutte e due le finalità considerate, è convincimento della Direzione Generale dell'Azienda che il problema debba essere affrontato secondo una diversificazione, per priorità, di bisogno di assistenza sanitaria (diagnostico o terapeutico) e cioè attivare un metodo secondo il quale l'utente sia (anche attraverso una puntuale educazione svolta dal "sistema" Azienda e, prima di tutti, dai M.M.G. e P.L.S.) avviato ad una "attesa" che può prevedere anche tempi differenti di accesso, in relazione alle possibili conseguenze che, per il suo problema di salute, può avere un "ritardo od una accelerazione" del trattamento sanitario da egli atteso.

Uno degli strumenti principali di informazione sul metodo e di "educazione" degli utenti è costituito da apposito capitolo da prevedere nella Carta dei Servizi dell'Azienda.

Il modello che si vuole attivare fonda, cioè, sulla considerazione delle diverse priorità ed urgenze - gravità di intervento, connesse alle domande di prestazioni.

La gestione delle liste d'attesa già attivata nell'Azienda ha tenuto prevalentemente conto dell'ordine temporale (o cronologico) di prenotazione degli utenti e della formazione di una lista unica d'attesa.

Si considera subito che tale sistema, non solo risulta inappropriato perché non contiene nessun intervento che possa far diminuire il numero di accessi immediati, ma neanche "etico" in quanto potrebbe privilegiare (solo perché temporalmente prenotata prima) una prestazione non immediatamente necessaria (per esempio di routine in un processo di indagine preventiva periodica) ad una che sarebbe più urgente perché connessa a "dubbio" diagnostico per patologia di evidente gravità ovvero di follow up da realizzarsi secondo rigide cadenze, solo perché prenotata dopo della prima.

L'occasione per progettare il nuovo metodo è data proprio dal processo di formazione dei Percorsi di Cura ed Assistenza. E' nel corso delle scelte condivise (dai vari "gruppi di percorso") per la formazione dei protocolli e dei percorsi, che può raggiungersi l'intesa per disciplinare che (ai fini dei tempi d'attesa) i Centri Unici di Prenotazione, provvedano a formare più di una lista, in relazione alle citate priorità e gravità che sono

indicate dai medici prescrittori (almeno quelli dell'Azienda) secondo quanto concordato e condiviso proprio in occasione della progettazione e formazione di protocolli e percorsi diagnostico-terapeutici.

Il risultato che può ottenersi sarebbe comunque utile a soddisfare la domanda secondo il "grado" di bisogno e la nuova impostazione ha possibilità di successo dipendente, in larga parte, dall'efficacia e continuità dell'azione di "educazione" agli accessi alle prestazioni sanitarie, che i citati medici prescrittori realizzeranno nei confronti (verso) gli utenti.

Perché questa azione di "educazione" possa essere foriera di comportamenti consenzienti da parte degli utenti, è, anche, necessario definire, comunque, dei tempi massimi entro i quali rendere anche le prestazioni incluse nelle liste di "non urgenza e gravità" dei casi.

E' a questo punto che deve essere esaminata la possibilità di adeguare la "offerta" che l'intera rete aziendale può garantire. Di massima sono utilizzabili più soluzioni:

- a) assegnare ad una articolazione aziendale (preferibilmente per area territoriale) il compito di soddisfare le prestazioni "non urgenti" e non connesse a "gravità" di casi, mentre tutti gli altri punti di offerta (e, primi, quelli a maggiore dotazione di risorse) sono deputati a soddisfare le liste "di priorità" d'accesso;
- b) prevedere, per questo, il vincolo di "apertura di attività" (dei servizi) per non meno di dodici ore giornaliere continuative (secondo il bisogno effettivo), opportunamente articolando gli orari di lavoro del personale, tanto che si eviti una (non giustificabile) concentrazione di operatori in alcune ore diurne (per es. quelle mattutine) e si eliminino i "tempi morti o di non attività" effettiva;
- c) a tali ultimi fini, costituisce puntuale direttiva del Direttore Generale utilizzare al massimo l'impegno del personale, per cui, ove (ordinariamente, nello stesso ambito cittadino) fosse necessario, si dovrà procedere a diversa assegnazione, logistica e di presidio, di articolazione operativa e di personale, previo (ovviamente) rispetto delle relazioni sindacali, tenendo conto della qualificazione professionale di ciascun operatore. Deve tenersi, cioè, conto del fondamentale principio, costituente anche interesse pubblico, secondo il quale l'operato di ognuno deve essere funzionale al perseguimento degli obiettivi dell'Azienda, essendo altresì chiaro che l'assunzione di personale (salvo casi specifici) avviene nella funzione o qualifica o profilo e non nel "posto";
- d) solo dopo la verifica ed applicazione di tutti questi presupposti, ove vi siano necessità prestazionali residue, può essere attivato l'istituto di

“prestazioni aggiuntive” da richiedere agli operatori interessati, secondo quanto previsto dai CC.CC.NN.LL.: a questi ultimi fini, costituisce vincolo di comportamento, per tutte le articolazioni aziendali, il divieto di impiegare in prestazioni aggiuntive tutti quegli operatori (compresi i Direttori di struttura) che, nel normale orario di lavoro, non siano costantemente e direttamente (cioè con frequenza ordinaria individuale) impegnati a rendere prestazioni dello stesso tipo di quelli da rendere negli orari e/o quote (prestazionali) aggiuntivi. Quest’ultimo vincolo costituisce direttiva specifica del Direttore Generale, con tutte le conseguenze previste per legge e dai Contratti Collettivi di Lavoro: non esiste possibilità di alcuna deroga.

Utilizzando le occasioni offerte dall’applicazione dei Percorsi Aziendali di cura e di assistenza, individuando interventi di riorganizzazione delle attività e delle articolazioni operative aziendali ed adeguando anche le dotazioni di risorse complessivamente necessarie, in conclusione, si dovrà pervenire alla formazione di raggruppamenti per gradi di necessità e d’urgenza, attraverso i quali accogliere le prenotazioni e gestire le conseguenti liste d’attesa.

Poiché alla formazione delle lungaggini dei tempi di attesa possono contribuire anche quei casi in cui, ad accettata prenotazione, l’utente, senza preavvertire almeno 24 ore prima o senza giusto motivo, non si presenti per ricevere la prestazione chiesta, l’Azienda (con la stessa logica con cui è impegnata a rimborsare l’utente quando non sia stata in grado di garantirgli la prestazione già prenotata e questi sia stato costretto a rivolgersi ad altro soggetto erogatore della stessa) procederà ad avviare azioni di risarcimento (nel limite tariffario della prestazione) nei confronti degli utenti inadempienti, perché il comportamento di questi determina un ritardo (danno) nei confronti di altri utenti che non hanno potuto accedere a quelle prestazioni nel giorno considerato. Perché possa raggiungersi il risultato generale di soddisfo nel bisogno, la Direzione Generale emana l’indirizzo di associare, ai normali orari di lavoro degli operatori interessati, una quota di eventuali orari aggiuntivi (che saranno utilizzati solo in caso di effettiva necessità) e di accettare le prenotazioni di un numero ulteriore di utenti in corrispondenza delle prestazioni che possono essere resi negli orari aggiuntivi programmati.

La nuova metodologia di progettazione e gestione dei tempi e liste di attesa e, ovviamente, soggetta a miglioramento continuo della qualità, secondo la tecnica descritta nell’apposito, precedente, paragrafo del presente PAL.

II.1.7 L'EDUCAZIONE ED IL CONSUMO DEI FARMACI

Il consumo dei farmaci origina un notevole costo per l'Azienda (che pure è attestata ad un livello inferiore a quello medio unitario di obiettivo regionale), per cui devono essere implementate tutte le azioni possibili, perchè si determini una ulteriore regressione dei costi, nel limite di quelli effettivamente necessari.

Anche in questo campo, la metodica di organizzare le attività sanitarie nell'ambito di tutte le occasioni offerte dall'utilizzazione dei percorsi di cura ed assistenza è utile a favorire le azioni di condivisione, tra i tutti i medici prescrittori, degli stessi trattamenti terapeutici e facilita, quindi, anche la corrispondente educazione degli utenti, in una condizione di garanzia della massima appropriatezza (esprimibile dal "sistema") e di efficacia dei trattamenti terapeutici. Conseguentemente, anche il consumo di risorse (costi) tende ad essere " quello effettivamente necessario".

Perché tale circostanze si verifichino, è necessario l'impiego di altri strumenti ed interventi, previsti sia dal livello istituzionale regionale e sia da quello dell'Azienda.

In particolare, è attivo nell'Azienda un primo sistema di verifica delle prescrizioni, quali – quantitative farmaceutiche, dei medici di Medicina generale, dei Pediatri di libera scelta e degli altri medici prescrittori.

In aggiunta a quello regionale, la Direzione Generale dell'Azienda ha approvato altri due interventi di analisi e verifica sulla correttezza scientifica delle stesse prescrizioni e sulla distribuzione dei farmaci per dosi unitarie. Il primo intervento è, non solo di guida e supporto ai medici prescrittori, ma anche di diretto beneficio per gli utenti: infatti è finalizzato a verificare direttamente (per ogni singola prescrizione) eventuali effetti negativi della interazione di più farmaci ed è di ulteriore specializzazione rispetto a quello regionale; l'intervento ha interesse sia territoriale (soprattutto) e sia ospedaliero. La innovazione principale, ma che ha valenza fondamentale e non si limita ad interventi meramente burocratici, è che il sistema aggiunto dall'Azienda utilizza un software dedicato che gestisce in proprio, con applicazione di coerente professionalità, il quale consente di avere in tempo reale (e non quando il consumo è già stato realizzato) le eventuali negative o nocive interazioni tra farmaci. L'Azienda vuole estendere, attraverso la propria rete informatica, la disponibilità del sistema ai medici prescrittori, in maniera tale che quella realizzata dal proprio Dipartimento farmaceutico non assuma la funzione di un mero controllo (peraltro necessario), quanto, invece, una reale collaborazione con gli stessi medici prescrittori, lasciando ad essi la gestione degli strumenti idonei a migliorare la qualità totale e la

soddisfazione degli utenti. L'obiettivo del secondo intervento è quello che la struttura di Farmacia ospedaliera rifornisca quotidianamente la terapia di ogni singolo ricoverato, diminuendo drasticamente la quantità di farmaci "dispersi", ma soprattutto il rischio di errori di terapia e superando in tal modo lo stoccaggio in reparto delle multiconfezioni tradizionali ed i relativi problemi di gestione.

E' tuttavia prevista la fornitura di scorte minime di farmaci per far fronte alle urgenze ed ai cambi eventuali di terapia determinati da un'imprevista modifica dello stato di salute del singolo ricoverato. Il risparmio relativo atteso da questo intervento è previsto nella misura del 10% dei consumi medi attuali.

Oltre a questa iniziativa, la Direzione Generale ha già dato direttiva per la revisione del Prontuario Terapeutico Ospedaliero modificandone il riferimento verso un Prontuario Terapeutico aziendale, ricostituendo la apposita commissione in cui sono stati inseriti sia i rappresentanti dei Medici di Medicina generale, sia (per quanto di competenza) dei Pediatri di Libera scelta e sia degli specialisti ambulatoriali. La Commissione renderà nei prossimi mesi il nuovo Prontuario.

Analoga iniziativa è stata assunta, dalla Direzione Generale, per quanto riguarda il Prontuario dei dispositivi medico-chirurgici.

La combinazione delle azioni sopra indicate è finalizzata ad una significativa razionalizzazione della funzione farmaceutica, territoriale ed ospedaliera, ma soprattutto ad un miglioramento qualitativo certo dei trattamenti farmacologici da garantire agli utenti.

II.1.8 IL SISTEMA DIREZIONALE

Il presente P.A.L. della programmazione nazionale e regionale in materia sanitario-sociale rappresenta il presupposto fondamentale dei processi direzionali di attivarsi nell'Azienda USL FG/1.

Il Sistema Direzionale e' finalizzato a sviluppare il senso di appartenenza aziendale ed a rendere indirizzi e chiarezza operativa ai dirigenti delle strutture, ai programmi di attività delle articolazioni dell'Azienda in ordine a quello che si deve fare per realizzare le azioni, generali e specifiche, facendoli diventare i principali artefici della pianificazione delle attività, che essi stessi devono, poi, realizzare.

Mancando un precedente documento di programmazione aziendale, la Direzione Generale ha già chiesto a tutti i Direttori e Responsabili di attività una relazione sullo stato dell'arte di queste, sulle prospettive di sviluppo della domanda, sulle azioni proponibili per farvi fronte e sui risultati che si prospettano conseguibili, sulle potenzialità e carenze attuali rispetto al raggiungimento dei risultati attesi, nonché sulle risorse necessarie per conseguirli (con la evidenziazione, anche di quelle già disponibili e di quelle che, invece, dovrebbero essere integrate).

Questa è stata la impostazione direzionale propedeutica anche alla definizione del presente P.A.L., dei Piani Territoriali di Attività, dei Piani di Zona (almeno per quanto riguarda la parte di realizzazione implicante attività aziendali), nonché dei Piani di attività ospedaliera: tutti quanti questi "Piani" devono essere finalizzati anche alla realizzazione dei percorsi di Cura ed Assistenza dell'Azienda USL FG/1.

Funzionali a questi sono anche i Piani delle attività di supporto che definiscono e realizzano anche le risorse necessarie per il raggiungimento degli obiettivi generali aziendali e di quelli specifici dei P.A.C.A. attivati o attivabili nel periodo di riferimento. Come indicazione (non esaustiva) i principali piani di supporto sono costituiti da:

- programma triennale di fabbisogno di personale e piani annuali di assunzioni dello stesso;
- programma triennale e piani annuali dei lavori pubblici;
- programma triennale e piani annuali di fabbisogno di beni e di servizi;
- programmi triennali e piani annuali di investimenti in tecnologie ed attrezzature (non previste già nel programma di lavori pubblici).

Dalla riorganizzazione generale dell'Azienda si dovrà passare alla ridefinizione dell'architettura delle "responsabilità", a tali fini utilizzando sia gli strumenti resi disponibili dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro (CC.CC.NN.LL.) del personale (in rapporto di pubblico impiego e non), sia dai corrispondenti Contratti Integrativi Aziendali e sia dalla legislazione e programmazione, statale e regionale, vigenti e/o attive nel periodo di riferimento. Strumento corrispondente è la graduazione degli incarichi (o uffici) dirigenziali, da definire previo rispetto delle relazioni sindacali previste dagli stessi CC.CC.NN.LL., nonché dai contratti collettivi degli operatori sanitari in rapporto di "convenzionamento" (interno) con l'Azienda.

Completata l'articolazione delle "responsabilità" e la graduazione delle stesse, la Direzione Generale definirà anche il Piano Aziendale dei Centri di Funzione Essenziale (C. F. E.), dei Centri di Responsabilità (C. di R.) e dei Centri di Costo (C. di C.). Ai primi corrispondono i "Livelli

essenziali di assistenza” (e, pertanto, sono tre) ai quali afferiscono i risultati di tutte le attività realizzate e nei quali affluiscono i costi impiegati per renderle. I Centri di Funzione Essenziale costituiscono, pertanto, lo specchio dei risultati complessivi di governo della salute realizzati nell’Azienda in un determinato periodo di riferimento.

I Centri di Responsabilità costituiscono articolazioni operative e di attività ai quali si fa corrispondere la funzione gestionale e che, pertanto, sono posti sotto la diretta responsabilità dei Dirigenti: per ogni C. di R. va fatta l’assegnazione, appunto, di un “Responsabile”, tenuto conto, anche delle necessità che i CC. di RR. devono essere articolati in maniera corrispondente e/o coerente con il sistema di graduazione degli incarichi dirigenziali (e, quindi, degli “uffici” dirigenziali), per cui nel sistema direzionale aziendale sono previsti CC. di RR. di 1°, di 2°, di 3°, ecc... livello, a cui si fa corrispondere la responsabilità (o Direzione) di Distretti, Dipartimenti Territoriali, Presidio Ospedaliero (1° livello), piuttosto che degli altri Dipartimenti aggreganti attività (2° livello), oppure di strutture complesse o di programmi dipartimentali di attività, organizzati anche nella forma di strutture semplici a valenza dipartimentale (3° livello). Le ulteriori articolazioni interne di questi ultimi mantengono la stessa codifica del C. di R. al quale afferiscono, ma assumono una identificazione come Centri di Costo (C. di C.) ove siano ritenuti dalla Direzione Generale, interessanti per le analisi dei risultati, dei costi e dei rendimenti.

Cioè l’Azienda, nel suo complesso, viene considerata come un sistema unitario e principale, che ha come obiettivo il perseguimento di una mission ed il raggiungimento di obiettivi di attività e di risultati. Per questi, si articola in sottosistemi funzionali (livelli essenziali di assistenza) e sottosistemi operativi (attività delle diverse strutture o articolazioni operative).

Gli obiettivi sono identificati nel presente PAL e specializzati nei piani e programmi di attività, nei Piani Territoriali di Attività (PTA), nei Piani di Attività Ospedaliera (P.A.O.) e nei Piani (funzionali) dei Dipartimenti Territoriali (P.D.T.).

Agli obiettivi aziendali devono farsi corrispondere le azioni pianificabili dai Dirigenti (Direttori e/o Responsabili), le quali devono essere definite previa contrattazione con la Direzione Generale. Nella contrattazione devono essere specificati i risultati attesi, da misurare attraverso l’individuazione di indicatori o parametri di verifica prefissati e condivisi, (tra la Direzione Generale e i Dirigenti interessati), contemporaneamente o (meglio) contestualmente alla assegnazione di mezzi e di risorse necessari per la realizzazione delle stesse azioni.

Il processo che si realizza, così, è quello di budgeting, ossia della responsabilizzazione dei dirigenti stessi sul raggiungimento di risultati, sull'utilizzo di risorse o di fattori "della produzione", a mezzo dell'assegnazione di budget, di obiettivi, di beni, di servizi, di investimenti, ecc.... Il processo di budget si realizza annualmente (ordinariamente) prima del mese di gennaio dell'anno di riferimento, sulla base anche degli obiettivi generali e strategici che l'Azienda predefinisce, nel PAL o negli aggiornamenti annuali dello stesso, entro la fine dell'anno precedente e che vengono partecipati (assegnati) ai Dirigenti (Direttori e/o Responsabili) perché possano essere di temporaneo (o unico) riferimento sino alla definizione degli obiettivi specifici che avverrà con l'approvazione e condivisione del budget annuale della corrispondente articolazione strutturale e/o di attività.

Nell'Azienda è costituito un "Comitato di budget", formato dal Direttore Sanitario, dal Direttore Amm.vo, dal Direttore del Controllo Direzionale e di Gestione e da un rappresentante del Collegio di Direzione dell'Azienda.

Con quello di budgeting si avvia il "processo direzionale" che si articola in più fasi, che sono comunque, relazionate e finalizzate anche a consentire la verifica e la valutazione dei risultati delle attività e delle azioni, da parte dell'apposito organismo di controllo interno dell'Azienda che (non essendo influente il "nomen") i Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro del personale identificano con il Nucleo di Valutazione Aziendale.

I controlli interni sono resi attraverso analisi, preventive e successive, della performance conseguita, nelle attività rese dalle singole articolazioni aziendali e CC. di CC., che risulta essere anche parte essenziale dei risultati riferibili al Direttore o Responsabile del C.d.R. ovvero dei CC. Di CC. Interessati.

Le analisi misurano il livello di conseguimento degli stessi risultati in relazione agli indicatori di verifica fissati; alle scelte operative (di attività assistenziali e gestionali) effettuate ed al grado di consumo delle risorse umane, finanziarie e materiali (aspetto economico) in relazione ai risultati, procedendo anche attraverso l'esame degli scostamenti rispetto ai livelli attesi; alla eventuale presenza di elementi ostativi (ovvero di "condizionamenti esterni" e/o di cause non dipendenti o "non controllabili" dai Dirigenti interessati) che abbiano potuto compromettere il pieno conseguimento dei risultati; alle possibili responsabilità del Direttore o Responsabile dell'articolazione strutturale e/o di attività interessata ed, infine, ai possibili rimedi, realizzabili attraverso le stesse fasi mirate al "miglioramento continuo" della qualità totale (descritto in precedente parte del presente PAL). Questo controllo è definito "Direzionale", perché

attraverso apposite comunicazioni periodiche (report trimestrale) rende la possibilità (ai Direttori o ai Responsabili delle articolazioni strutturali e di attività) di apportare interventi correttivi alle azioni in corso (ciclo del miglioramento continuo), così fungendo anche da orientamento per le iniziative o scelte gestionali successive.

Tutto il sistema direzionale aziendale contempla processi condivisi e relazioni tra le diverse articolazioni dell'organizzazione aziendale e comprende anche la valutazione dei risultati conseguiti dai singoli Dirigenti.

Dal sistema direzionale è effettivamente realizzata tutta la fase di attività gestionali che supportano la mission di periodo dell'Azienda, in quanto è finalizzato a sviluppare anche il senso di appartenenza aziendale ed a rendere indirizzi e chiarezza operativa ai Dirigenti in ordine a quello che si deve fare per realizzare i programmi generali e specifici aziendali, facendoli diventare i principali artefici della pianificazione delle attività, che essi stessi devono, poi, realizzare.

In ogni caso, il sistema direzionale dell'Azienda tiene conto della coerenza con le corrispondenti linee guida regionali.

II.1.9 IL SISTEMA DELLA COMUNICAZIONE E DELLA PARTECIPAZIONE

Per progettare servizi appropriati e di qualità con un razionale impiego di risorse, per dare trasparenza alle attività e alle caratteristiche dei servizi erogati **è d'obbligo, per l'Azienda sanitaria, informare e ricevere informazioni**, Per questo è indispensabile che l'intero sistema aziendale dell'AUSL FG/1 interiorizzi la "cultura dell'informazione e della comunicazione" intesa come:

- Gestione dei dati
- Gestione della documentazione
- Informazioni e relazioni con l'utenza interna ed esterna.

Le scelte di programmi o di interventi specifici, che hanno effetti sulla salute, trovano nella comunicazione tra le parti coinvolte, la soluzione più efficace dal punto di vista etico e strategico . Una buona comunicazione consente, infatti, di creare all'esterno un livello di attesa controllato circa i servizi erogabili e di sviluppare all'interno motivazione, coinvolgimento, senso di appartenenza.

Inoltre, alcuni obiettivi dei PSN e del PSR Puglia, (che pongono grande attenzione alla promozione di comportamenti e di stili di vita per la

salute, all'uso appropriato dei servizi sanitari, all'integrazione socio-sanitaria, alla continuità dei percorsi assistenziali, alla tutela dei soggetti deboli), richiedono servizi sempre più orientati verso un "modello a rete" e sempre più attenti al miglioramento dei "processi e dei percorsi assistenziali". La necessità di elaborare e di programmare un piano di comunicazione è, di conseguenza, un bisogno indispensabile. A tali fini si dovrà rendere chiarezza per distinguere a chi è rivolta la comunicazione, con quali mezzi si vuole comunicare e quello che si deve trasmettere perché si realizzi il massimo di conoscenza in maniera assolutamente trasparente.

In questa prospettiva l'AUSL FG/1, definita la programmazione e pianificata l'attività, intende rivolgere alla popolazione, sistematicamente, la COMUNICAZIONE, nel modo seguente:

- ❖ assicurandosi il coinvolgimento e la partecipazione di tutti gli operatori interni;
- ❖ trasmettendo all'esterno il messaggio efficace, relativo a come intende porsi rispetto ai possibili utilizzatori;
- ❖ dotandosi di un sistema informativo/informatizzato quale strumento per l'azione comunicativa capace di reggere l'attività interna e di generare le informazioni necessarie per le verifiche di qualità dalle quali, successivamente, nasceranno le occasioni di miglioramento e le possibilità di azioni per l'adeguamento delle politiche e della pianificazione; il sistema informativo deve essere tale da permettere una effettiva rete di informazioni tra tutti gli operatori dell'Azienda.

II.1.9.1 LA COMUNICAZIONE ESTERNA - LA CARTA DEI SERVIZI

La Carta dei Servizi dell'AUSL FG/1, emanata dalla Direzione Generale con la consultazione delle categorie professionali e delle associazioni di tutela rappresentative dell'utenza, illustra e specifica, in modo chiaro, comprensibile ed esauriente:

- ✓ L'Azienda AUSL FG/1 ed i suoi principi fondamentali
- ✓ Le strutture e i servizi forniti con esplicita dichiarazione di:
 - Obiettivi e standard per la qualità;
 - Impegni e programmi;
 - Modalità di accesso alle prestazioni;
 - Meccanismi di tutela e di verifica.

Della Carta dei Servizi sarà resa ampia diffusione, anche via Internet, previa pubblicazione sul Sito Web Aziendale.

Per dare continuità di messaggio rispetto alla Carta dei Servizi, ciascuna struttura dovrà garantire ulteriore informazione all'utente (anche nei momenti in cui esso si trova all'interno della struttura) con:

- Modalità esplicite di erogazione delle prestazioni;
- Informazione alla persona e ai familiari sullo stato di salute;
- L'identificazione del responsabile di ogni attività;
- L'indicazione dei tempi e dei luoghi per dare l'informazione;
- Coinvolgimento degli utenti nel percorso assistenziale attraverso il consenso informato e la partecipazione alla definizione di quello individualizzato.

La comunicazione efficace (umanizzata) si dovrà fondare anche sull'attenzione, da parte di ogni struttura, a comprendere/conoscere il paziente affidato, i suoi bisogni, le sue aspettative, la percezione che ha del servizio erogato e come intende migliorarlo. Per favorire l'interscambio comunicativo ed orientare l'utenza, sarà completata la rete organizzata di UU.RR.PP./ACCOGLIENZA su tutto il territorio aziendale.

Il sistema di valutazione della soddisfazione dell'utente e del gradimento delle prestazioni ricevute, della segnalazione di eventuali disservizi (reclami) e delle conseguenti risposte al cittadino contribuirà al conseguimento del miglior risultato possibile, nel massimo interesse del cittadino e dell'Azienda. Analogamente saranno previste forme di confronto con gli organismi rappresentativi dell'utenza ed in particolare delle sue fasce più deboli, attraverso lo sviluppo del ruolo di "partecipazione" del Comitato Misto Consultivo.

II.1.9.2 RELAZIONI CON IL PUBBLICO – UFFICIO STAMPA

La Direzione intende affrontare in termini progettuali ed operativi la revisione dei compiti e del funzionamento dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) dell'Azienda. La normativa dettata in materia delinea una visione di questo rapporto profondamente innovativo, centrato sulla creazione di un sistema di comunicazione ampio ed articolato, basato sul principio generale della massima trasparenza delle attività e, più in particolare, sul principio della conoscibilità dell'azione e della organizzazione aziendale.

La comunicazione è divenuta, come si è già detto, uno dei campi in cui si realizza un passo importante anche nella transizione verso un

modello di rapporto con i cittadini basato sulla efficienza ed efficacia dell'azione di gestione e sulla qualità delle prestazioni erogate, cosicché risulta decisivo il ruolo dell'URP sia nei confronti degli utenti, che hanno bisogno di informazioni o viceversa formulano richieste e suggerimenti, sia come strumento interno alla stessa Azienda, per realizzare una circolazione di informazioni e di conoscenze tra le diverse articolazioni ed attività, per contribuire a rendere più fluida e coordinata l'azione di queste.

La diffusione sempre più crescente di nuove tecnologie consente di progettare e realizzare un sistema di comunicazione a due direzioni che permetta di raccogliere sia le segnalazioni su tutto ciò che riguarda il funzionamento dell'Azienda e sia di stimolare direttamente, attraverso opportuni strumenti, le manifestazioni di valutazione sulla qualità dei servizi e l'esplicitazione delle esigenze degli utenti. In sostanza si attribuisce all'URP il ruolo di aprire un canale di comunicazione istituzionalizzato non solo verso il cittadino utente, ma anche dal cittadino verso l'Azienda, con il compito di verificare il livello di soddisfazione per le prestazioni ricevute e di raccogliere ed elaborare proposte che l'utente ritiene di far pervenire alla stessa Azienda. Si tratta di rendere veramente fruibile la logica di catena del valore della qualità.

L'importanza dell'ascolto dell'utente o del cittadino e della valorizzazione delle sue esigenze, costituiscono la motivazione di base del completamento degli elementi della qualità e l'URP deve essere lo strumento che raccoglie la voce dei cittadini e la valorizza sia acquisendo i messaggi che essi inviano spontaneamente, sia organizzandosi per promuovere la rilevazione delle opinioni, dei bisogni, dei suggerimenti che da essi provengono. Si tratta in buona sostanza di rendere applicativa la logica della "soddisfazione dell'utente" applicata dalle aziende più attente ai temi della qualità dei servizi erogati.

La direttiva del Ministro della Funzione Pubblica 7/2/02 e gli atti di programmazione regionale realizzati sulla attività di comunicazione delle aziende sanitarie oltre ad istituzionalizzare gli URP e l'Ufficio Stampa, (quest'ultimo mancante presso l'Azienda) pongono l'accento sulla necessità che un valido sistema di distribuzione delle informazioni orientate verso l'esterno, cioè i mass-media e i cittadini-utenti, deve necessariamente partire da un'efficiente comunicazione, tra tutte le articolazioni aziendali, atta a garantire un flusso informativo organizzato e pianificato. A questi ultimi fini, risulta indispensabile la costituzione di una rete di referenti di tutte le strutture aziendali, fornitori e garanti dell'informazione e di un sistema di redazione interna (back office).

La costituzione di questa rete di referenti deve essere formalizzata e la sua attività deve essere pianificata, pertanto, è necessario stabilire:

- modalità di trasmissione delle notizie dei referenti alla redazione;
- modalità per inserimenti e/o modifiche dirette dei referenti, soggetti primari della comunicazione interna, attraverso l'utilizzo della rete informatica;
- scadenze per l'aggiornamento dei dati;
- calendario di incontri per verificare il gradimento dei prodotti, per concordare interventi migliorativi.

La redazione interna raccoglie, rielabora, aggiorna ed archivia le informazioni ricevute, le elabora per renderle adatte ad essere inserite in una banca dati attraverso la creazione di schede notizia, le quali devono contenere ogni informazione utile e necessaria per garantire una efficace erogazione dei servizi e creare spazi e modalità di partecipazione dei cittadini-utenti alle scelte che orientano le politiche sanitarie aziendali

L'URP deve perseguire azioni tese a rilevare, raccogliere e segnalare, alla direzione strategica, le aree di criticità nella qualità percepita dall'utente. Inoltre deve proporsi per interventi cosiddetti di "Assistenza URP" con i quali agevolare l'accesso alle articolazioni di attività assistenziali interne, nonché ad altri centri di offerta, anche regionali e nazionali, di anziani, invalidi, soggetti portatori di handicap, nonché garantire l'aiuto necessario nella gestione a domicilio di anziani, rimborsi di cure e pratiche varie, ecc.

L'attività di informazione sull'accesso si dovrà sviluppare in modo capillare tramite la rete dei referenti URP e la rete dei punti informativi.

La rete dei referenti URP deve essere costituita da personale dipendente individuato presso ogni struttura che in aggiunta alla loro specifica attività garantiscono un apporto costante al sistema di comunicazione interno ed esterno.

La rete dei punti informativi deve riguardare, in modo principale, ogni stabilimento ospedaliero, ogni Distretto e ciascuna struttura sanitaria dislocata sul territorio dell'azienda. A questi ultimi fini la Direzione ritiene di assoluta necessità l'assegnazione di dipendenti che costituiscano costante riferimento per gli utenti e stabiliscano "PUNTI DI ASCOLTO", quale interfaccia informativa, presso ciascun stabilimento ospedaliero di San Severo, Torremaggiore e San Marco in Lamis, presso ciascuna sede di Distretto, nonché presso le UDT di San Nicandro Garganico, Vico e Vieste. Gli addetti ai punti informativi seguiranno un percorso atto a conseguire una significativa formazione relazionale e svolgeranno tale funzione nell'ambito dei compiti dei profili professionali di appartenenza.

In generale, la formazione degli operatori volta al miglioramento del loro rapporto con l'utenza sarà un impegno costante che la Direzione Generale intende perseguire nel periodo di mandato e costituisce priorità assoluta nel PFA (Piano Formativo Aziendale) per il triennio 2006/2008.

Inoltre è necessaria che venga predisposta la "Guida alla Degenza" un breve opuscolo informativo da distribuire ai pazienti durante la degenza in ospedale. A tal proposito dovrà essere elaborato un questionario di rilevazione della soddisfazione dei degenti che hanno avuto accesso di ricovero presso gli stabilimenti ospedalieri dell'Azienda, con esecuzione nel periodo settembre/dicembre dell'anno. Il questionario dovrà acquisire informazioni sulla qualità delle relazioni interpersonali con il personale ospedaliero, l'informazione fornita, la percezione sull'esito delle cure e la qualità percepita dei principali aspetti organizzativi. Il questionario deve essere inviato al domicilio dell'Utente-Paziente che si sentirà libero da possibili condizionamenti che potrebbe subire nel caso che la somministrazione del questionario venisse proposta durante il periodo di ricovero, Un supporto fondamentale per la riuscita di tale iniziativa, può essere rappresentato dall'azione di coinvolgimento delle associazioni di volontariato e dei volontari del Comitato Misto Consultivo.

In linea con lo sviluppo delle forme di partecipazione attiva della cittadinanza promosso dalla Regione, l'Azienda renderà parte coerente le azioni ed interventi sopra evidenziati con l'applicazione a regime del sistema di audit civico, di cui al successivo paragrafo II.1.9.4.

II.1.9.3 LA COMUNICAZIONE INTERNA

Essa, oltre a garantire la comprensione, la condivisione e la diffusione degli obiettivi aziendali e di ciascuna articolazione, contribuisce al coinvolgimento, alla motivazione, all'aumento del senso di appartenenza e di integrazione di tutti gli operatori coinvolti.

L'informazione deve riguardare:

- Tutte le notizie che devono essere diffuse tra i vari operatori affinché i contenuti siano un patrimonio di conoscenze comuni, uniforme ed omogeneo per tutti;
- Tutte le informazioni che derivano da incontri programmati fra i vari attori della rete, a tutti i livelli (Riunioni/Integrazione);
- La conoscenza acquisita nei gruppi di miglioramento (Valutazione delle criticità);
- La conoscenza acquisita nei gruppi di ricerca;

- La conoscenza acquisita attraverso la gestione dei dati.

La regolare e sistematica comunicazione all'interno dovrà necessariamente prevedere puntuali e trasversali momenti di coordinamento, d' integrazione e di condivisione (riunioni ordinarie). La circolazione delle informazioni dovrà essere garantita dalla Rete Intranet Aziendale.

La comunicazione assumerà, così, un ruolo strategico e di integrazione acquisendo forti potenzialità organizzative, di gestione, di omogeneizzazione delle attività, di risultati specifici e complessivi.

E' evidente che l'interscambio comunicativo, a tutti i livelli intenso e permanente, si configura come direttiva per tutti e non dovrà rimanere solo ad un livello puramente teorico: le "aspettative" generate nell'utenza dovranno trovare riscontro puntuale nell'operatività quotidiana dei professionisti (credibilità), pena l'incoerenza dei messaggi forniti ed il disorientamento dei potenziali fruitori del servizio (utenti interni ed esterni).

II.1.9.4 LA PARTECIPAZIONE

L' azienda deve porre al centro della propria azione l'individuo ed i suoi diritti alimentando, tra gli operatori interni, la cultura di "Azienda al servizio dei cittadini" in quanto protagonisti della riuscita delle strategie aziendali.

In tale ottica la presenza e l'impegno delle associazioni di volontariato e di rappresentanza dei cittadini assolvono ad un ruolo fondamentale ai fini del raggiungimento degli obiettivi di umanizzazione del servizio e di efficacia delle prestazioni rese.

L'Azienda, inoltre, deve promuovere la partecipazione dei cittadini mediante la sottoscrizione di Protocollo d'intesa e/o accordo con le stesse associazioni, stabilendo modalità ed ambiti di collaborazione di queste con le strutture sanitarie aziendali, con particolare riferimento:

- alla tutela degli utenti, attraverso la pratica attuazione del regolamento di pubblica tutela e la costituzione della Commissione Mista Conciliativa;

- alla rilevazione del gradimento dei servizi e la qualità percepita da parte degli utenti, attraverso la realizzazione di indagini di gradimento;
- al costante confronto sull'adeguamento delle strutture e delle prestazioni alle esigenze degli utenti;
- all'umanizzazione ed accoglienza dei servizi;

Necessita, dunque, consolidare il rapporto tra l'Azienda e le citate associazioni per la tutela degli utenti, attraverso la istituzione del "Comitato Misto Consultivo", formato da rappresentanti delle associazioni che aderiscono al "Protocollo di intesa", con il compito di verificare, con cadenza mensile, gli impegni assunti nella Conferenza dei Servizi e lo stato di attuazione della Carta. Fondamentale sarà l'apporto che il Comitato darà alla preliminare fase preparatoria per la realizzazione della Conferenza dei Servizi.

Per potenziare la partecipazione dei cittadini attraverso le istituzioni che li rappresentano è necessario che la Conferenza dei Sindaci, quale organismo rappresentativo di tutte le amministrazioni locali dell'ambito territoriale dell'Azienda, provveda, in particolare, alla necessaria partecipazione per l'impostazione dei piani programmatici attraverso motivate valutazioni e proposte di bisogni generali.

Particolarmente significativo è il ruolo della Conferenza dei Sindaci nella fase programmatica necessaria per la realizzazione del sistema integrato di interventi in materia socio-sanitaria, quale facilitazione del ruolo di diretta partecipazione dei Comuni nel governo della sanità sul territorio.

Completamento e garanzia di tutte le richiamate modalità di "comunicazione e partecipazione" sono rappresentate dalla applicazione del sistema di valutazione partecipata delle attività realizzate dall'Azienda attraverso il metodo di audit civico, al quale il Governo regionale intende dare grande risvolto ed adesione completa, ai fini del perseguimento dell'obiettivo strategico di miglioramento degli esiti degli interventi e della qualità totale, tenendo conto del parere-bisogno espresso liberamente dai cittadini destinatari della funzione di tutela della salute.

Al fine di rendere concreti gli esiti di miglioramento continuo della qualità totale, gli obiettivi ed i risultati di analisi e conoscenza derivanti dal modello-sistema di audit civico assumono fondamentale importanza. Già nel presente P.A.L. sono state previste molte azioni che sono coerenti con gli

obiettivi di audit civico, che non sono state oggetto di una mera (o sterile) elencazione, ma sono invece parte “unitaria ed integrata” nel complessivo modello di organizzazione delle attività aziendali di tutela della salute.

In linea con la metodica di audit civico , più di uno sono stati i problemi di particolare interesse per i cittadini (come, per esempio, il fenomeno della eccessiva migrazione o mobilità sanitaria verso le altre Aziende o verso altre Regioni, il potenziamento dell’offerta specialistica diagnostico-terapeutica; la applicazione di un sistema aziendale innovativo di organizzazione delle attività assistenziali, anche ai fini del miglioramento dei tempi o delle liste d’attesa, ecc.), ma soprattutto il potenziamento dell’assistenza ai malati oncologici (diagnostica, terapeutica, riabilitativa e per cronicità), che è assolutamente coerente e che determina, pertanto, migrazione sanitaria di quasi tutti i pazienti e, poiché trattasi di patologie anche ad elevato coinvolgimento sociale, anche dei parenti. Per questi motivi ed ai fini dell’interessamento per le azioni da monitorare con audit civico, il “problema concreto vissuto come urgente dalla comunità locale” è quello della “più completa possibile risposta alla domanda di assistenza per patologie oncologiche”, che, peraltro, trova notevole risalto tra le “azioni” previste nel presente P.A.L. (Cap. III).

II.1.10 LA FORMAZIONE

Le risorse umane sono fondamentali per l’organizzazione e per la sua corretta gestione; pertanto le modalità di Formazione/Aggiornamento e di Inserimento/Addestramento del personale saranno particolarmente curate sotto tutti gli aspetti e per tutto il personale che opera ad ogni livello. Ciascuna articolazione o struttura dovrà proporre, entro il mese di ottobre di ogni anno, un piano di formazione/aggiornamento del personale per l’anno successivo (da finalizzare anche alla interiorizzazione della politica e della metodologia individuata dalla Direzione Generale nel presente documento), indicando il referente. Devono essere altresì normalizzate (in procedure) le modalità per favorire l’inserimento/affiancamento del personale di nuova acquisizione.

La formazione del personale deve essere realizzata con il diretto governo dell’Azienda, evitando qualsiasi forma di “esternalizzazione” dei compiti di individuazione dei bisogni e di predisposizione degli appositi piani. La formazione deve riguardare tutti gli operatori dell’Azienda, compresi i MMG, i PLS e gli specialisti ambulatoriali interni.

II.1.10.1 Formazione/Aggiornamento ECM

Dovrà essere prevista esclusivamente in relazione alle linee strategiche dell'Azienda USL FG/1 e ponendo particolare attenzione alla formazione di quei professionisti che sono in relazione diretta con l'utenza. I programmi di formazione saranno approvati dalla Direzione Generale con appositi piani, triennali ed annuali, nei quali sarà previsto anche il finanziamento, di massima, dei singoli eventi.

Principio generale è che la formazione deve avvenire in loco, utilizzando prioritariamente le esperienze interne (espresse in occasione della formazione dei protocolli e percorsi assistenziali dei quali si è più volte accennato nel presente P.A.L.) alle quali associare, secondo una programmazione condivisa dell'AUSL, anche massime esperienze scientifiche e professionali di livello nazionale ed internazionale, favorendo collaborazioni con Università e con altri Centri di riconosciuta valenza scientifico/assistenziale e scientifico/gestionale. La scelta di privilegiare la formazione presso le sedi operative dell'Azienda risponde sia alla necessità di far formare, a parità (se non in ulteriore economia) di costi, un maggior numero di operatori interessati agli stessi processi operativi e sia alla circostanza che le eventuali pratiche clinico-terapeutiche o gestionali, siano realizzate come "nuova produzione aziendale".

La realizzazione degli eventi sarà affidata ai Dirigenti responsabili, ciascuno per le proprie competenze, (Direttori di strutture, Infermieri Coordinatori, Ostetriche Coordinatrici, ecc) con le seguenti modalità:

- ✓ Calendarizzazione degli eventi programmati;
- ✓ Individuazione di strumenti e risorse interne per far fronte/collaborare alle esigenze formative;
- ✓ Individuazione di chiari criteri di selezione/avvicendamento del personale da formare;
- ✓ Individuazione degli indicatori/attività per misurare/valutare l'efficacia (impatto) degli interventi formativi.

Gli obiettivi di sviluppo della formazione devono essere funzionali alla realizzazione delle priorità appresso elencate:

- ✓ Mission e obiettivi generali e per la qualità dell'Azienda e delle articolazioni operative di questa;
- ✓ Progettazione ed applicazione di protocolli diagnostico – terapeutici, di percorsi diagnostico-terapeutici, di percorsi di cura e di assistenza;
- ✓ Sviluppo delle buone pratiche assistenziali e comportamentali;
- ✓ Sviluppo della cultura di dipartimentalizzazione delle attività;
- ✓ Il miglioramento delle conoscenze scientifiche e delle pratiche da applicarsi nei vari processi assistenziali;
- ✓ Modalità di apprendimento per l'uso appropriato di strumenti, attrezzature e dispositivi disponibili per l'erogazione di attività e prestazioni;
- ✓ Modalità per la conoscenza e l'applicazione delle norme di sicurezza relative ai rischi specifici che si presentano sul posto di lavoro.

Le attività di addestramento devono essere programmate tenendo ben presenti fattori quali: i tempi necessari al raggiungimento dei requisiti e delle abilità richieste; l'individuazione di personale esperto per l'affiancamento, il turn over e il numero del personale da formare.

Tutte le attività di qualificazione e di addestramento devono essere dimostrabili attraverso un archivio nominativo/banca dati in cui risultino raccolti i documenti che rendono oggettiva e trasparente l'acquisizione della qualificazione e il suo mantenimento nel tempo.

Il ricorso alla formazione presso Centri di offerta esterni all'Azienda assume un'occasione residuale e sarà così prevista:

A) Formazione coerente con gli obiettivi aziendali;

- Se avviata a seguito di domanda individuale, dovrà essere preventivamente autorizzata dalla Direzione Generale ed ha carattere di eccezionalità. L'autorizzazione della Direzione Generale comporterà solo la concessione di assenze dal servizio retribuite ordinariamente secondo i contratti individuali di lavoro di ciascun operatore, senza alcuna ammissibilità di remunerazione di eventuali attività eccedenti (prolungamenti di orari, ecc..) e neanche di scomputo

su orari di lavoro dovuti per attività ordinaria (ad eccezione di quelli “consumati” durante l’attività di formazione). I costi di iscrizione, di viaggio e di permanenza restano a completo carico degli operatori richiedenti.

- Se avviata direttamente dall’Azienda, saranno garantiti agli operatori interessati la concessione di autorizzazione per l’assenza dal servizio ordinario, il carico all’Azienda dei costi di iscrizione, viaggio e soggiorno, con esclusione di ogni ipotesi di remunerazione aggiuntiva.

B) Formazione non prevista dagli obiettivi aziendali:

È quella movimentata a domanda individuale e comprende anche la partecipazione a convegni di categoria: non è previsto alcun concorso dell’Azienda, neanche per quanto concerne la concessione di autorizzazione all’assenza dal servizio e la conservazione di ordinaria remunerazione. La possibilità di partecipare è subordinata all’utilizzazione di congedo ordinario, ovvero all’utilizzo di orari di lavoro prestati in eccedenza a quelli minimi dovuti, regolarmente e/o preventivamente autorizzati dalle Direzioni di appartenenza.

In generale i Contratti Collettivi Aziendali Integrativi (di quelli nazionali) di lavoro, definiranno la materia dei principi connessi alle attività di formazione: quanto sopra indicato costituisce direttiva di riferimento, emanata dal Direttore Generale.

CAPITOLO III

OBIETTIVI, AZIONI ED INTERVENTI NELLE ATTIVITA' GENERALI, DI ASSISTENZA ED IN QUELLE DI SUPPORTO

III.1 – STATO ATTUALE E RIEQUILIBRIO ECONOMICO DELL'AZIENDA

La situazione economica di partenza è negativamente segnata da uno squilibrio economico per l'anno 2005 che si prospetta (perché non si può avere ancora certezza di sopravvenienze passive che quasi quotidianamente si sono appalesate negli ultimi tre mesi dell'anno 2005) tra 33 e 35 milioni di euro.

La Direzione Generale ha già avviato una serie di interventi che riducono o eliminano solo costi superflui (in questi ultimi tre mesi sono stati risolti rapporti “di fatto” di servizi e provviste ritenuti non necessari ed anche contratti già affidati, per complessivi € 3.000.000,00 circa a valere sull'anno 2006) ed ha presentato una proposta di riequilibrio economico che fonda in larga parte su maggiori trasferimenti (assegnazioni) da parte della Regione e per il resto punta su una riduzione delle “perdite” realizzabile proprio con la eliminazione di costi per finalità non essenziali. In particolare il finanziamento regionale deve tenere conto di almeno due condizioni che motivano una utilizzazione di parametri aggiuntivi di finanziamento: il primo è costituito dalla eccezionalità del bisogno assistenziale delle popolazioni del Gargano Nord, non solo per la particolarità della situazione orografica, ma anche perché per 6 mesi all'anno la popolazione vacanziera triplica quella ordinaria stanziale; il secondo è connesso alla vicinanza di una vasta area con Regione limitrofa, circostanza che origina mobilità passiva sia per motivi connessi a distanze chilometriche a dispersione di interi centri abitati e sia perché non è stata mai “portata” effettivamente assistenza nell'area territoriale interessata.

III.2 – OBIETTIVI, AZIONI ED INTERVENTI

In ogni caso, la situazione economica dell'Azienda non determinerà riduzione di attività assistenziali, le quali, invece, avranno lo sviluppo necessario e coerente con gli strumenti della programmazione sanitaria nazionale e regionale, secondo quanto indicato nelle allegate schede di individuazione di: obiettivi prioritari, azioni programmate, interventi ed indicatori relativi.

Dagli obiettivi, azioni ed interventi così indicati avranno avvio e fonte “i piani di azioni” o “programmi e progetti di intervento”, nonché i programmi territoriali di attività. A questi fini il presente PAL costituisce il documento di avvio del processo direzionale e strumento di riferimento per la contrattazione di budget con le articolazioni di attività (Centri di Responsabilità), poiché solo contrattando e concertando azioni specifiche, risorse adeguate da impiegare, tempi e modalità di verifica dei risultati, sarà possibile realizzare i “piani di azioni” di cui sopra.

Per le attività sanitarie la metodologia organizzativa ed operativa da applicare è stata fissata nel precedente capitolo II. Per quanto riguarda le attività generali e di supporto valgono le direttive e la pianificazione seguenti.

La programmazione delle attività amministrative, tecniche professionali dell’Azienda del triennio 2006/2008 trae, necessariamente, gli spunti iniziali dalla verifica dello stato dell’arte della vigente organizzazione aziendale, per proiettare e sviluppare una politica di implementazione organizzativa nella quale, da un lato trovino una maggiore valorizzazione e conferma le situazioni che determinano punti di forza facilmente rilevabili attraverso i reports di produzione, dall’altro una più incisiva azione di riqualificazione dei punti di debolezza e/o di criticità orientata a recuperare risorse e spazi funzionali al fine di determinare le condizioni migliori possibili per il successo della missione aziendale.

L’Azienda dovrà conseguire, per le attività amministrative tecniche e professionali gli obiettivi di organizzazione fondati sulla logica dipartimentale, così come previsto per le strutture e servizi sanitari e territoriali, nel pieno rispetto di quanto stabilito dal D.Lgs. n.502/92 e s.m.i.

In tale ottica corrispondono ad esigenze di razionalizzazione e maggiore funzionalità organizzativa, anche in considerazione dell’elevato grado di complessità delle funzioni riservate all’Azienda, la previsione della costituzione di dipartimenti aggreganti attività.

In modo particolare, tutte le strutture e servizi, nel triennio di riferimento della presente programmazione dovranno obbligatoriamente perseguire il raggiungimento dei seguenti obiettivi specifici:

- 1) garanzia della tempestività e correttezza dei flussi informativi interni e, soprattutto, verso l’esterno e verso la Regione;
- 2) rispetto della normativa, recepita nell’Atto aziendale, in base alla quale i poteri di indirizzo e di controllo spettano agli organi di governo mentre la gestione amministrativa, tecnica ed economico-finanziaria è attribuita ai dirigenti, i quali per il conseguimento degli obiettivi loro assegnati dovranno, oltre che rendere applicative le linee guida e gli indirizzi stabiliti dalla Direzione strategica negli atti di programmazione aziendale, improntare i rapporti al

conseguimento dei principi di legittimità degli atti, dell'efficienza, efficacia ed economicità della gestione;

- 3) contribuire, vigilando e ponendo in essere le azioni necessarie, al perseguimento dell'obiettivo di garantire l'equilibrio economico della gestione;
- 4) realizzare nei procedimenti amministrativi il pieno rispetto della normativa dettata nelle relative materie, finalizzando ogni comportamento al conseguimento degli obiettivi di trasparenza dell'azione amministrativa, di partecipazione e di miglioramento dei rapporti con l'utenza;
- 5) Osservare politiche per la razionalizzazione ed impiego ottimale delle risorse umane. L'obiettivo primario che questa Direzione intende perseguire nel corso del proprio mandato, è rappresentato dalla introduzione e graduale realizzazione di politiche e metodiche organizzative di carattere innovativo per l'azienda USL FG/1, riguardanti sia l'aspetto della programmazione e sia quello della gestione. Ovviamente la prima leva che occorre azionare è quella della più importante risorsa posta a disposizione dell'Azienda e, cioè, il Personale (a qualunque titolo impiegato). Per venire alla determinazione di azioni che mirino ad ottenere un razionale ed ottimale impiego di risorse umane costituirà l'obiettivo costante della Direzione Generale, motivata dalla reale convinzione ed assoluta necessità di valorizzare le professionalità, esistenti, che vorranno effettivamente impegnarsi a fare il proprio dovere ed a lavorare con senso di appartenenza all'Azienda, all'uopo applicando le migliori conoscenze professionali possedute.

E' intenzione della Direzione Generale garantire il successo di queste azioni attraverso un sistema di premiazione dell'impegno profuso dagli operatori, Dirigenti compresi, chiarendo in modo inequivocabile che saranno "premiati" solo quelli che meritano sulla base della evidenza del lavoro che fanno. Questi istituti normo-economici saranno ridisciplinati nel pieno rispetto degli istituti contrattuali a questi fini previsti e delle relazioni sindacali, con la garanzia che anche la Direzione Generale deve fare la sua parte (impegni).

La contrattazione collettiva nazionale di lavoro, sia dell'Area dirigenziale e sia di quella del personale di comparto, ha ormai consolidato la disciplina di tali istituti, della retribuzione di risultato di produttività, prevedendone la destinazione al conseguimento degli obiettivi di miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia di attività ed azioni realistiche.

Più in particolare perché si raggiungano tali obiettivi è necessario che il processo programmatico, quello riferibile ovviamente al lavoro delle singole strutture, diventi uno degli aspetti fondamentali per la individuazione

di strategie di migliore organizzazione e di nuove metodologie di lavoro. E' richiesto che il lavoro discenda da adeguati processi programmatori, che meglio rispondono alle esigenze del buon andamento, in quanto solo attraverso la programmazione può pervenirsi al controllo ed alla verifica dei risultati. Dovrà realizzarsi un effettivo processo di formazione di tutti gli operatori delle strutture per la costruzione di un nuovo modello operativo che privilegi una organizzazione fondata sulla realizzazione di processi operativi ed obiettivi dedicati, sicuramente più avanzata ed efficiente rispetto a quella attualmente esistente. La dirigenza è chiamata ad utilizzare tutti gli istituti previsti dalla contrattazione collettiva di lavoro che possano favorire una spinta motivazionale del personale dipendente che dovrà sentirsi parte attiva ed integrata nel sistema "AZIENDA". A tale scopo il Dirigente, anche attraverso una specifica scheda da sottoporre a ciascun operatore, dovrà misurare il grado di soddisfazione di quest'ultimo ad operare nella attività e/o servizio di assegnazione, al fine di meglio comprendere gli eventuali stati di disagio lavorativo. A questi ultimi fini, particolare oggetto di valutazione del dirigente costituirà la capacità dimostrata dallo stesso nel motivare, guidare e valutare i collaboratori e di generare un clima organizzativo favorevole alla produttività attraverso una equilibrata assegnazione di adempimenti e di lavoro, oltre alla gestione degli istituti contrattuali, con particolare riferimento all'attribuzione di quote di trattamento accessorio per produttività.

Evitare in modo assoluto il ricorso alle proroghe contrattuali: ciascun Direttore e/o dirigente responsabile è chiamato a porre in essere e realizzare tutti i procedimenti necessari ad evitare proroghe di contratti di forniture di beni e prestazioni di servizi, di rispettiva competenza gestionale, oltre i tempi di scadenza.

III.2.1 – SCHEDE DI OBIETTIVI, AZIONI, INTERVENTI ED INDICATORI

OBIETTIVO I : PROMUOVERE GLI STILI DI VITA SALUTARI, LA PREVENZIONE E LA COMUNICAZIONE PUBBLICA SULLA SALUTE		
MATERIE DI INTERVENTO	AZIONI POSITIVE PROGRAMMATE	INTEREVNTI ED INDICATORI
I/A) ALIMENTAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> • Costituzione gruppi operativi pluridisciplinari e pluriprofessionali per assistenza medica, dietetica e psicologica, con il coinvolgimento dei Medici di MG e Pediatri di LS. • Nelle scuole elementari e medie, implementare un sistema di rilevazione dei dati utili alla determinazione dell'incidenza degli adolescenti in sovrappeso; Bilancio della situazione e pianificazione delle azioni consequenziali. • Educazione alimentare della popolazione, differenziata per gruppi di destinatari (età, particolari situazioni di salute). • Promozione di modelli alimentari per una sana alimentazione in termini nutrienti, scelta di profili alimentari salutari, coerenti con le consuetudini, i fattori culturali e socio-economici. • Interventi mirati di vigilanza del Dipartimento di Prevenzione sulla presenza negli alimenti preconfezionati della etichettatura nutrizionale. <ul style="list-style-type: none"> • Conoscenza delle biotecnologie per alimenti, ai fini salutistici e nutraceutici. • Politica aziendale della alimentazione e della nutrizione. • Accordi di sponsorizzazione con produttori e distributori 	<ul style="list-style-type: none"> • Formazione di protocolli e linee guida per i "consigli dietetici". • Redazione di provvisorio bilancio, entro 30 giugno 2006, formazione di appositi piani ed avvio di azioni mirate. Completamento di intervento nel triennio. • Adozione e diffusione di documenti di educazione sanitaria. Organizzazione corsi di formazione. • Formazione ed applicazione di programma. • Interventi coordinati tra i soggetti pubblici: del SSN, della pubblica istruzione, degli EE.LL., della Croce Rossa Italiana, delle organizzazioni dei cittadini e del Volontariato in sanità. Promozione programma entro giugno 2006 e definizione dello stesso entro 30/12/2006. • Adesione al Consorzio "Distretto bio-agro-alimentare alimenti e salute", presieduto dall'Università degli Studi di Foggia: • Attivazione dell'articolazione di attività di scienza dell'alimentazione e nutrizione, organizzazione dell'attività di dietetica generale e clinica. • Realizzazione campagne di informazione

**COLLEGAMENTO CON LA PROGRAMMAZIONE, NAZIONALE E REGIONALE, DI ATTIVITA',
OBIETTIVI PRIORITARI ED AZIONI PROGRAMMATE**

	<p>alimenti e vivande (art.43, L.449/97) finalizzati alla educazione ed informazione.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impiego di prodotti alimentari biologici nella somministrazione delle vivande in ospedali e comunità (art.59, comma 4 L.488/99). • Sviluppo degli interventi in campo micologico. 	<p>autofinanziate. Progettazione ed indizione di gare per sponsorizzazioni.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Finanziamento di investimenti nel settore. • Applicazione obbligatoria di appositi protocolli ed estensione anche nei contratti di somministrazione... • Potenziamento di controlli e sviluppo di conoscenza scientifica, attraverso l'apposita articolazione del Dipartimento di Prevenzione, Accordi con la Comunità Montana del Gargano Nord e con l'Università degli Studi di Foggia. Attivazione corsi di formazione dedicata ai raccoglitori professionisti ed occasionali con estensione di interesse al corretto utilizzo dei funghi nel consumo alimentare domestico ed alberghiero, per la prevenzione delle intossicazioni.
--	--	--

**COLLEGAMENTO CON LA PROGRAMMAZIONE, NAZIONALE E REGIONALE, DI ATTIVITA',
OBIETTIVI PRIORITARI ED AZIONI PROGRAMMATE**

I/B) TABAGISMO	<ul style="list-style-type: none"> • Campagne antifumo dirette ai giovani ed alla famiglia. • Promozione dei controlli ed erogazione delle relative ammende nell'ambito delle strutture sanitarie. • Accordi di intervento e di sponsorizzazione per il finanziamento della informazione. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adozione e diffusione di documenti di educazione sanitaria; incontri nelle scuole con proiezione di filmati e dibattiti con gli studenti. • Vigilanza sugli obblighi di comportamento. • Accordo con Dipartimento di broncopneumologia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Foggia • Realizzazione campagne di informazione autofinanziate. Progettazione ed indizione di gare per sponsorizzazioni.
I/C) ALCOOL	<ul style="list-style-type: none"> • Campagne di educazione sanitaria e sociale di riduzione dell'uso di alcool, dirette alla generalità della popolazione ed in particolare ai giovani per i quali l'alcool agisce da ponte verso sostanze illegali. • Realizzazione accordi di programma e di sponsorizzazione per le attività di educazione e di informazione. 	<ul style="list-style-type: none"> • Documenti di informazione e attivazione di articolazioni di attività aziendali mirate per attività socio-assistenziali e di vigilanza. • Interventi mirati per donne in gravidanza, giovani ed anziani. • Realizzazione accordi ed attivazione di iniziative coinvolgenti altri soggetti pubblici e privati.
I/D) ATTIVITA' FISICA	<ul style="list-style-type: none"> • Educazione sanitaria circa il ruolo protettivo dell'esercizio fisico regolare nei confronti delle patologie cardiovascolari, cerebrovascolari, osteoarticolari, della performance fisica e psichica degli anziani. • Azioni mirate per fasce di età. • Accordi di sponsorizzazione, per il finanziamento di interventi di educazione sanitaria e di promozione della pratica di attività fisica sicura. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione campagne di informazione autofinanziate. • Finanziamento di investimenti nel settore. • Applicazione obbligatoria protocolli. • Accordi con altri enti pubblici e operatori del settore. • Costituzione di gruppi operativi con operatori pubblici e privati.

**COLLEGAMENTO CON LA PROGRAMMAZIONE, NAZIONALE E REGIONALE, DI ATTIVITA',
OBIETTIVI PRIORITARI ED AZIONI PROGRAMMATE**

I/E) PREVENZIONE COLLETTIVA	• Riduzione incidenza malattie vaccino-prevedibili.	• Realizzazione campagne di vaccinazione per rischi e fasce di età.
--	---	---

**COLLEGAMENTO CON LA PROGRAMMAZIONE, NAZIONALE E REGIONALE, DI ATTIVITA',
OBIETTIVI PRIORITARI ED AZIONI PROGRAMMATE**

OBIETTIVO II : COMBATTERE LE MALATTIE		
MATERIE DI INTERVENTO	AZIONI POSITIVE PROGRAMMATE	INTERVENTI ED INDICATORI
II/A) MEDICINA INTERNISTICA E MALATTIE INFETTIVE	<ul style="list-style-type: none"> • Campagne di educazione igienico-sanitaria sulle infezioni. • Sorveglianza delle infezioni nelle strutture sanitarie e negli ospedali. • Campagna di lotta alle malattie infettive emergenti o riemergenti. • Uso prudente degli antibiotici per minimizzare gli inconvenienti derivanti da resistenza acquisita alla maggior parte di antibiotici disponibili da parte di microrganismi patogeni, con gravi implicazioni sul trattamento delle malattie infettive. • Malattie internistiche generiche e specialistiche. • Prevenzione delle infezioni da HIV, terapia e miglioramento della qualità di vita degli ammalati, anche attraverso assistenza domiciliare. • Coinvolgimento dei medici di medicina generale e P.L.S., nella prevenzione e cura delle malattie infettive. 	<ul style="list-style-type: none"> • Documenti di informazioni per iniziative nelle scuole, nelle comunità, negli ospedali. • Interventi programmati e monitoraggi permanenti. • Campagne di informazione sull'igiene. • Campagne di vaccinazione. • Protocolli e piani di educazione. • Definizione di protocolli terapeutici. • Applicazione dei protocolli. • Sviluppo di attività e programmi di intervento da parte delle strutture ospedaliere di medicina interna, relazionate con le attività territoriali e nell'ambito di percorsi di cura ed assistenza. • Piani e percorsi diagnostico-terapeutici. • Campagne di prevenzione specialmente nella popolazione giovanile per la riduzione di comportamenti sessuali a rischio. • Trattamenti curativi e di mantenimento. Inserimento assistenziali nei programmi di A.D.I. • Interventi di assistenza integrata. • Forme di incentivazione dell'apporto dei MMG. e P.L.S.

**COLLEGAMENTO CON LA PROGRAMMAZIONE, NAZIONALE E REGIONALE, DI ATTIVITA',
OBIETTIVI PRIORITARI ED AZIONI PROGRAMMATE**

	<ul style="list-style-type: none"> • Accordi di sponsorizzazioni. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione campagne di informazione autofinanziate. • Finanziamento di investimenti nel settore.
<p>II/B) PREVENZIONE ED ASSISTENZA PER PATOLOGIE DI SOGGETTI IPERTESI, DIABETICI E PER LE MALATTIE DEL FEGATO E DEL RICAMBIO NELL'AMBITO DELLE ATTIVITA' DI MEDICINA INTERNISTICA. DIAGNOSI E CURA DELLE ALLERGOPATIE . MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Progettazione ed attivazione di percorsi aziendali di offerta assistenziale primaria e secondaria, coinvolgimento dei M.M.G. e P.L.S. per l'assunzione in carico degli utenti e potenziamento di attività specialistica nelle strutture di medicina interna degli ospedali a gestione diretta. Costruzione di ulteriori percorsi assistenziali, anche d'intesa con le AA.OO. ed II.RR.CC.CC.SS. Inerti e consigli nutrizionali per patologie nelle cartelle sanitarie individuali gestite dai MM.MM.GG. • Definizione dei percorsi assistenziali degli utenti: Costruzione dei percorsi interni di diagnosi e terapia. • Campagna di educazione alimentare (come da obiettivo I). • Percorsi di cura ed assistenza e percorsi diagnostici terapeutici, di attività di diagnosi e tecniche delle malattie del fegato, di quelle endocrine e del ricambio, nell'ambito dell'attività ospedaliera e medicina interna. • Attività di studio e di ricerca nella pratica clinica, anche finalizzata alla ridefinizione e miglioramento di percorsi assistenziali e di processi operativi, per le allergopatie. • Prevenzione delle complicanze del diabete. • Prevenzione del diabete nell'infanzia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Definizione percorsi ed educazione sanitaria, Documenti di informazione. • Incremento iniziative di prevenzione e di trattamento in regime di cure primarie con l'Università degli Studi di Foggia. • Appropriatelyzza del ricorso alla ospedalizzazione. • Avvio di processi di attività assistenziali integrate. • Attivazione di attività ospedaliera in D.H. • Forme di coinvolgimento dei M.M.G. e dei P.L.S. • Accordi con le scuole per favorire l'informazione e l'educazione alimentare. • Percorsi e protocolli di assistenza e percorsi diagnostico terapeutici: formazione percorsi ed estensione di interventi nel territorio dell'Azienda. • Protocolli di intesa con l'Università degli Studi di Foggia per l'implementazione di pratiche cliniche. • Applicazione del corrispondente piano regionale e formazione del piano di azioni entro il 30/06/2006. • Approvazione del piano di intervento entro il

**COLLEGAMENTO CON LA PROGRAMMAZIONE, NAZIONALE E REGIONALE, DI ATTIVITA',
OBIETTIVI PRIORITARI ED AZIONI PROGRAMMATE**

	<ul style="list-style-type: none"> • Malattie gastroenteriche. • Accordi con Enti ed associazioni sportive per la corretta alimentazione nelle varie pratiche a gradi di impegno sportivo • Iniziative per la costituzione di dipartimenti intraziendali oppure transmurali 	<p>30/06/2006. Collaborazione tra medici pediatri ospedalieri, specialisti ambulatoriali e P.L.S., professionisti infermieri.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attivazione di struttura clinico-diagnostica di gastroenterologia, per soddisfo domanda in mobilità passiva e completamento attività diagnostico-interventistica già esistente. • Formazione di accordi. • Partecipazione alla integrazione dipartimentale, per le malattie disendocrine e diabete con l'Università degli Studi di Foggia.
<p>II/C) MALATTIE CARDIOVASCOLARI E DELL'APPARATO RESPIRATORIO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Campagna di sensibilizzazione sui principali fattori di rischio (fumo, pressione arteriosa, diabete, sovrappeso), resa in collaborazione ed integrazione con azioni del precedente obiettivo II/C • Predisposizione di percorsi di cura ed assistenza e di percorsi diagnostici terapeutici per il riconoscimento ed il trattamento dello scompenso cardiaco condiviso tra M.M.G., specialisti ambulatoriali ed ospedalieri • Educazione sanitaria con particolare attenzione alle iniziative 	<ul style="list-style-type: none"> • Documenti di informazione ed educazione sanitaria; in particolare accordi con le scuole per favorire l'informazione e l'educazione alimentare. • Percorsi e protocolli di cure primarie e percorsi diagnostico-terapeutici per trattamenti specialistici. Formazione di apposito gruppo per P.A.C.A. e formazione di E.C.M. • Riduzione della mortalità da malattie ischemiche cardiache. • Attivazione centri riabilitativi e di attività ospedaliera in D.H. • Formazione dei P.A.C.A. e dei P.D.T. Studi e

**COLLEGAMENTO CON LA PROGRAMMAZIONE, NAZIONALE E REGIONALE, DI ATTIVITA',
OBIETTIVI PRIORITARI ED AZIONI PROGRAMMATE**

	<p>di prevenzione a gestione dei M.M.G. e dei P.L.S.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definizione di percorsi aziendali di “offerta” sul territorio e negli ospedali a gestione diretta. Collegamento con iniziative finalizzate di medicina dello sport. • Realizzazione offerta riabilitativa, in strutture pubbliche aziendali e con potenziamento dell’attività di assistenza domiciliare integrata e miglioramento della qualità di vita dell’ammalato. • Appropriatezza dei ricoveri e trattamento acuzie. • Definizione di programmi di screening, di protocolli operativi e di percorsi di cure, anche di valenza interdipartimentale. • Prevenzione del rischio cardiovascolare. • Prevenzione e trattamento delle cardiopatie congenite e di età pediatrica. 	<p>formazione condivisi ed autogestiti dai vari attori di processo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sviluppo della Medicina sportiva per ognuno dei tre Distretti, in collaborazione con la Struttura di Cardiologia dell’Ospedale di San Severo. • Attivazione della riabilitazione cardiologica secondo la programmazione regionale e potenziamento dell’ospedalizzazione domiciliare e dell’assistenza domiciliare integrata. • Potenziamento assistenza intensiva, post-intensiva, elettrofisiologia. Attività di emodinamica, essenziale per completamento processi assistenziali già in corso. • Definizione di appositi protocolli operativi. Potenziamento dell’attività di consulenza intra ed extraospedaliera. Programma di azioni, per la “condivisione del paziente cardiologico tra ospedale e territorio”. • Applicazione del corrispondente piano regionale e formazione del piano di azioni entro il 30/06/2006, tenendo conto anche di quanto previsto per gli obiettivi I/A – I/B – I/C –I/D e II/B. • Attivazione di rapporti operativi e collaborativi con centri specializzati.
--	--	--

**COLLEGAMENTO CON LA PROGRAMMAZIONE, NAZIONALE E REGIONALE, DI ATTIVITA',
OBIETTIVI PRIORITARI ED AZIONI PROGRAMMATE**

	<ul style="list-style-type: none"> • Potenziamento attività assistenziale ospedaliera di broncopneumologia e malattie apparato respiratorio. • Potenziamento dell'assistenza broncopneumologica su tutto il territorio aziendale. • Assistenza malattie vascolari 	<ul style="list-style-type: none"> • Riorganizzazione e funzionamento a regime della Struttura Diagnosi precoce e terapia del tumore polmonare, in collaborazione con il territorio e con attività chirurgica dedicata attraverso collaborazioni con altre aziende sanitarie e con l'Università degli Studi di Foggia per attività di chirurgia toraco-polmonare anche attraverso la costituzione di dipartimento interaziendale di attività dedicata. Attività per malattie broncopneumologiche infettive emergenti e riemergenti. • Potenziamento punti di offerta, formazione di percorsi di cura ed assistenza, in collaborazione tra strutture ospedaliere, la struttura e le articolazioni territoriali di broncopneumologia. • Attivazione della Chirurgia vascolare, a fronte di domanda esistente ed indirizzata nella quasi totalità (95%) in mobilità passiva anche extraregionale: attivazione anche di riabilitazione vascolare, D.H. e D.S. vascolare.
<p>II/D) PATOLOGIE CEREBROVASCOLARI</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Costruzioni di occasioni di offerta aziendale di cure primarie territoriali e di cure specialistiche nell'Ospedale di San Severo. • Costruzione di percorsi di cura ed assistenza e diagnostico-terapeutici. • Campagna di formazione degli operatori sanitari, prima di 	<ul style="list-style-type: none"> • Documenti di concertazione sulle iniziative e metodiche applicate per la collocazione degli utenti nei percorsi assistenziali aziendali e diagnostico terapeutici ospedalieri. Attivazione articolazione ospedaliera di diagnosi e cura. • Attivazione di corsi di formazione diretta agli

**COLLEGAMENTO CON LA PROGRAMMAZIONE, NAZIONALE E REGIONALE, DI ATTIVITA',
OBIETTIVI PRIORITARI ED AZIONI PROGRAMMATE**

	<p>tutti dei M.M.G.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definizione di percorsi del paziente, anche in collegamento con i servizi aziendali di assistenza domiciliare integrata di cura e di riabilitazione, nonché con i MM.MM.GG. • Protocolli di intese con le AA.OO. e gli II.RR.CC.CC.SS. per le necessità assistenziali di elevata specializzazione ed impegno organizzativo-tecnologico. • Formazione di programmi di prevenzione della complicità della malattia e definizione dei programmi riabilitativi intra ed extraaziendale, d'intesa con i MM.MM.GG. e con eventuali altri centri specialistici che hanno trattato le fasi acute della malattia. • Interventi per conseguire la realizzazione di offerte massime possibili ai fini della realizzazione dei percorsi aziendali di cura ed assistenza. • Integrazione di attività nei processi di prelievo di organi. • Condivisione della gestione delle cerebropatie tra ospedale e territorio. 	<p>operatori sanitari coinvolti nei processi operativi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forma di incentivazione dei MM.MM.GG. • Predisposizione ed utilizzazione di protocolli e di programmi specifici di intervento e di offerta. • Formazione di protocolli ed intese, anche attraverso la costituzione di dipartimenti interaziendali. • Formazione del percorso riabilitativo e di trattamento di stato cronico nel paziente cerebroleso. • Attivazione di articolazioni di offerta di attività assistenziali medico-chirurgiche ospedaliere. • Partecipazione ai processi attraverso la fase di accertamento della morte clinica. • Sviluppo dell'ospedalizzazione domiciliare e dell'assistenza domiciliare integrata.
--	--	---

**COLLEGAMENTO CON LA PROGRAMMAZIONE, NAZIONALE E REGIONALE, DI ATTIVITA',
OBIETTIVI PRIORITARI ED AZIONI PROGRAMMATE**

<p>II/E) DIAGNOSI PRECOCE E TERAPIE PATOLOGICHE TUMORALI</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Campagna di educazione sanitaria sui rischi oncologici. • Campagna di educazione sanitaria sulla diagnosi precoce dei tumori. • Campagna di educazione dell'utenza all'accesso alle metodiche di diagnosi precoce in oncologia per le fasce di popolazione a rischio. • Campagna di screening dei tumori femminili, nello specifico: tumori del collo dell'utero destinata alle fasce di età a rischio (25-64 anni). • Campagna di diagnosi precoce del carcinoma mammario e screening destinato a donne con età da 40-69 anni. • Intervento di diagnosi precoce della patologia neoplastica dell'endometrio rivolta a: <ul style="list-style-type: none"> a) donne in trattamento con tamoxifene per terapia del cancro mammario ormone dipendente; b) donne in post menopausa a rischio; c) donne in pre-menopausa sintomatiche. • Intervento di diagnosi precoce dei tumori della cute e melanoma. • Intervento di diagnosi precoce dei tumori del colonretto nelle fasce a rischio (familiarità-età). • Intervento di diagnosi precoce del tumore della prostata 	<ul style="list-style-type: none"> • Documenti di informazione ed iniziative di diffusione di apposita documentazione formativa. • Linee di comportamento al consumo alimentare, al fumo ed altre fonti di rischio. Informazione ed educazione all'accesso alle attività di prevenzione. • Investimenti finalizzati anche con carico mirato al finanziamento regionale. • Attivazione ed adeguamento dei centri di riferimento, realizzazione di programmi e piani di azioni per tutto il territorio aziendale. • Offerta aggiuntiva di prestazioni diagnostiche a donne ricoverate negli ospedali a gestione diretta dell'Azienda. • Programma di intervento, nonché collaborazione con centri specialistici ed universitari dedicati. • Attivazione percorsi assistenziali e/o diagnostico terapeutici distribuiti per tutto il territorio aziendale. • Attivazione progetto in conformità alle indicazioni del piano regionale della prevenzione. • Attivazione screening.
---	---	--

**COLLEGAMENTO CON LA PROGRAMMAZIONE, NAZIONALE E REGIONALE, DI ATTIVITA',
OBIETTIVI PRIORITARI ED AZIONI PROGRAMMATE**

	<p>(fascia di popolazione a rischio).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trattamenti medico-chirurgici adeguati delle patologie tumorali rilevate. • Predisposizione di percorsi aziendali di cura ed assistenza, con previsione di ciclo completo. • Programmi adeguati per follow-up dei pazienti neoplastici. • Accordi con Organizzazioni degli utenti. • Accordi di sponsorizzazioni per campagne di educazione sanitaria, prevenzione e trattamento. • Forte coinvolgimento dei MM. MM. GG. per programmi integrati di assistenza. • Completamento dell'offerta diagnostico-terapeutica in campo oncologico. • Definizione di protocolli generali e potenziamento attività di D.H. • Miglioramento delle condizioni di vita; assistenza integrata territoriale sia per la cronicizzazione che per la riabilitazione, con sostegno psicologico alle famiglie ed ai malati. 	<ul style="list-style-type: none"> • Potenziamento dell'offerta medico-chirurgica ospedaliera attraverso la realizzazione di apposite articolazioni aziendali. • Formazione P.A.C.A. • Formazione programmi. • Condivisione di iniziative con la Lega Tumori e sottoscrizione protocolli operativi. • Accordi con organizzazioni utenti, operatori economici ed Enti Locali e nazionali. • Condivisione di linee guida per l'assunzione in carico dei pazienti, forme di incentivazione per i MM.MM.GG. • Potenziamento di strutture, tecnologie e pratiche medico-chirurgiche. Sperimentazione della realizzazione degli interventi anche con ricorso a sistema di finanze alternative, ma a governo clinico dell'Azienda. • Linee guida per assistenza ai pazienti terminali. • Protocolli per la riabilitazione. • Programmi di formazione del personale. • Sviluppo delle attività negli Stabilimenti ospedalieri
--	--	--

**COLLEGAMENTO CON LA PROGRAMMAZIONE, NAZIONALE E REGIONALE, DI ATTIVITA',
OBIETTIVI PRIORITARI ED AZIONI PROGRAMMATE**

	<ul style="list-style-type: none"> • Attivazione di programmi di terapia del dolore, con riferimento a strutture ospedaliere e territoriali. • Cure palliative ed hospice. • Diagnostica di laboratorio. • Partecipazione a dipartimentalizzazione di attività per ambiti interaziendali. • Considerazione dell'assistenza per le malattie oncologiche come obiettivo di particolare interesse ed urgenza per la cittadinanza 	<p>e negli altri Centri territoriali di Salute.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ampliamento offerta di cure palliative: attivazione nuova struttura presso l'Ospedale di Torremaggiore, con percorsi terapeutici e qualità totale all'avanguardia. • Potenziamento diagnostico specialistico, attivazione anatomia patologica ed incremento dell'attività di citologia • Promozione della dipartimentalizzazione interaziendale, finalizzata al completamento dei processi. • Obiettivo di particolare interesse di azioni e di monitoraggio, ai fini della misurazione degli esiti, nel triennio, con il modello di audit civico.
<p>II/F) INCIDENTI SUL LAVORO E MALATTIE PROFESSIONALI</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoraggio della implementazione di sistemi di sicurezza degli ambienti di lavoro, pubblici e privati. • Verifica degli adeguamenti tecnici. • Anagrafe e conoscenza di epidemiologia occupazionale. • Formazione del personale preposto alla sicurezza nei luoghi di lavoro. • Promozione di linee guida per l'applicazione della normativa del settore. • Potenziamento programmi specifici di studio, di ricerca e di intervento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Costruzione del sistema di valutazione sulla base di: organizzazione, responsabilità, risorse, procedure e processi implicanti la partecipazione degli operatori e la loro formazione (sistema fondato sul "moral suasion", con continuo riesame del sistema stesso in linea con quello di miglioramento continuo della qualità delineato dalla "ruota di Deming"). Collaborazione con la Università degli Studi di Foggia. • Formazione di documenti di informazione e relativa divulgazione. Integrazione assistenziale di studio

**COLLEGAMENTO CON LA PROGRAMMAZIONE, NAZIONALE E REGIONALE, DI ATTIVITA',
OBIETTIVI PRIORITARI ED AZIONI PROGRAMMATE**

	<ul style="list-style-type: none"> Assistenza per traumi da incidente sul lavoro 	<ul style="list-style-type: none"> con la Università degli Studi di Foggia. Corsi di formazione. Attivazione di relazioni specifiche con struttura di ortopedia e traumatologia Ospedale di San Severo.
II/G) MALATTIE REUMATICHE CRONICHE, ATTIVITA' DI MEDICINA INTERNISTICA	<ul style="list-style-type: none"> Campagna di informazione e guida ai trattamenti terapeutici. Formazione specifica del personale per l'attività preventiva. Percorsi di cura ed assistenza e protocolli a valenza operativa intra ed extraaziendali. Attività di riabilitazione e di mantenimento, attraverso assistenza domiciliare integrata sanitaria e sociale. Accordi con gli Enti Locali per la integrazione sociale. 	<ul style="list-style-type: none"> Formazione e divulgazione documenti a tutta la popolazione. Corsi di formazione aperti ai medici di medicina generale ed agli specialisti ambulatoriali ed ospedalieri. Definizione percorsi entro il 30/06/2006 ed iniziative di relazioni-integrazioni anche verso la costituzione di Dipartimenti intra ed extraaziendali. Relazioni con la Cattedra di Reumatologia della Università degli Studi di Foggia. Articolazione di attività per reumatologia ed osteoporosi. Relazioni con la Cattedra di Reumatologia della Università degli Studi di Foggia. Accordi di programma e realizzazione attività integrata di tipo riabilitativo.
II/H) NEFROPATIE	<ul style="list-style-type: none"> Educazione sanitaria per la prevenzione 	<ul style="list-style-type: none"> Documenti informativi, in collaborazione con il Dipartimento Interaziendale "Nefrologia, Dialisi e trapianto di rene".

**COLLEGAMENTO CON LA PROGRAMMAZIONE, NAZIONALE E REGIONALE, DI ATTIVITA',
OBIETTIVI PRIORITARI ED AZIONI PROGRAMMATE**

	<ul style="list-style-type: none"> • Formazione del percorso aziendale di cura ed assistenza, con definizione del ciclo assistenziale completo, ove possibile, anche territoriale. • Protocolli di qualità tecnico-professionale e di qualità percepita, con coinvolgimento di operatori ed utenti (A.P.Q.). • Soddisfazione della domanda di dialisi. • Sperimentazione di assistenza integrata domiciliare e miglioramento della qualità della vita. • Progettazione e realizzazione di un programma di prevenzione secondaria nelle nefropatie, da realizzarsi in corrispondenza di apposito finanziamento regionale per attività di sperimentazione innovativa per patologie ad elevata rilevanza sanitario-sociale ed ad alto costo di gestione. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formazione ed utilizzo percorsi, nell'ambito delle occasioni assistenziali offerte dalla partecipazione dell'Azienda al Dipartimento interaziendale per "Nefrologia, Dialisi e trapianto di rene". • Analisi qualità tecnica e percepita. • Interventi per dialisi realizzati. Sviluppo della dialisi domiciliare • Interventi di ADI. • Formazione ed approvazione di apposito progetto pluriennale da presentare alla approvazione della Regione, quale sperimentazione di eccellenza, entro il 30/06/2006.
II/I) NEUROSCIENZE	<ul style="list-style-type: none"> • Assistenza medico-chirurgica neurologica e di neurofisiologia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Organizzazione attività ospedaliera di neurologia e neurochirurgia, in relazione alla domanda effettiva ed alle necessità di rendere concreta la possibilità di prelievo d'organi per effetto di dichiarazione di morte clinica. Estensione attività di assistenza e consulenza neurologica agli altri ospedali e soprattutto potenziamento delle attività assistenziali del territorio. Sviluppo attività di neurofisiologia rispetto a quella attuale.

**COLLEGAMENTO CON LA PROGRAMMAZIONE, NAZIONALE E REGIONALE, DI ATTIVITA',
OBIETTIVI PRIORITARI ED AZIONI PROGRAMMATE**

	<ul style="list-style-type: none"> • Malattie dell'apparato laringoiatrico. • Assistenza oftalmologica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Organizzazione attività specifica e potenziamento di intervento terapeutico-chirurgico specialistico ed oncologico mirato. Sviluppo attività medico-specialistica e riabilitativa territoriale. • Riattivazione attività di degenza ordinaria, per rendere in completa sicurezza quella di day surgery (garanzia di assistenza per le complicanze); per soddisfare la domanda esistente e che, allo stato, migra verso la regione Molise (Ospedale di Larino). Sviluppo dell'assistenza specialistica preventiva e curativa nel territorio.
III/L) ATTIVITA' CHIRURGICHE	<ul style="list-style-type: none"> • Assistenza chirurgica generale. • Assistenza chirurgica ortopedica e traumatologica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Potenziamento delle attività e verifica costante ai fini della drastica riduzione di rischi operatori. Riorganizzazione complessiva delle attività ed obiettivo di miglioramento della complessità dei casi trattati e degli esiti degli interventi chirurgici. Attivazione unità di urgenza. • Potenziamento azioni di successo già avviate e miglioramento del livello di impegno dei casi trattati e degli esiti degli interventi. Potenziamento tecnologico e strumentistico. Obiettivo di performance del case mix al di sopra della media regionale. Aumento delle disponibilità delle sale operatorie presso l'Ospedale di San Severo ed incremento delle attività della struttura di ortopedia e traumatologia anche presso gli stabilimenti di San Marco in Lamis e Torremaggiore (attività ambulatoriale e di Day Surgery). Estensione territoriale delle attività.

**COLLEGAMENTO CON LA PROGRAMMAZIONE, NAZIONALE E REGIONALE, DI ATTIVITA',
OBIETTIVI PRIORITARI ED AZIONI PROGRAMMATE**

OBIETTIVO III : MIGLIORARE IL CONTESTO AMBIENTALE		
MATERIE DI INTERVENTO	AZIONI POSITIVE PROGRAMMATE	INTERVENTI ED INDICATORI
III/A) INQUINAMENTO ATMOSFERICO	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoraggio permanente dell'inquinamento dei centri urbani, per emissioni derivanti dal traffico veicolare, impianti di riscaldamento e sistemi di produzione industriale. • Ridurre l'inquinamento atmosferico da fonti fisse, identificando le fonti inquinanti, migliorando i processi tecnici e ponendo in sicurezza gli impianti da fattori inquinanti. • Commutazioni da gasolio a gas metano degli impianti per il calore • Informazione sui rischi. • Energia alternativa/e • Contratti di sponsorizzazione delle attività di informazione e di rilevazione. 	<ul style="list-style-type: none"> • Effettuazione di monitoraggi e diffusione dei dati, di concerto con i comuni interessati ed a seguito di accordo di programma cofinanziato. Coinvolgimento essenziale dei Distretti Sanitari e Sociali. • Effettuazione di verifiche degli impianti. Studio ed approvazione di interventi interaziendali mirati alla riduzione di consumi energetici con fonti alternative. • Intervento negli immobili aziendali ospedalieri e territoriali: come da piano aziendale dei lavori pubblici. • Elaborazione di documenti sui rischi. • Piano aziendale per energia elettrica da impianti fotovoltaici: come da piano dei lavori pubblici. • Accordi con gli enti locali e con operatori economici interessati.
III/B) INQUINAMENTO DELLE ACQUE	<ul style="list-style-type: none"> • Verifica dei prodotti fitosanitari e fertilizzanti impiegati in agricoltura e autorizzazione di quelli a basso impatto sull'ambiente e sulla salute. • Monitoraggio delle risorse idriche destinate al consumo umano, dei serbatoi di accumulo e dei pozzi ai sensi del D. M. del 26/03/1991 e relativi controlli di routine e di verifica ai 	<ul style="list-style-type: none"> • Predisposizione entro il 30/06/2006 del programma di interventi. Realizzazione del programma, secondo le previsioni. • Rilevazione e diffusione dati. Assunzione delle iniziative e dei provvedimenti conseguenti. Definizione di programma di intervento entro il

**COLLEGAMENTO CON LA PROGRAMMAZIONE, NAZIONALE E REGIONALE, DI ATTIVITA',
OBIETTIVI PRIORITARI ED AZIONI PROGRAMMATE**

	<p>sensi del D.L.vo n. 31/2001 e s.m.i.; gestione dei flussi informativi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitoraggio e controllo degli impianti di depurazione ai sensi del D. L.vo n.152 del 1999 e s.m.i. • Controllo degli scarichi di acque da lavorazioni. 	<p>30/06/2006 su proposta dello specifico gruppo di lavoro già costituito. Applicazione a regime del programma di intervento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rilevazione e diffusione dati. Assunzione delle iniziative e dei provvedimenti conseguenti.
<p>III/C) INQUINAMENTO ACQUE DI BALNEAZIONE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rilevazione periodica degli indicatori microbiologici di contaminazione fecale delle acque di balneazione. • Verifica degli impianti di depurazione e trattamento di tutti gli scarichi, urbani e industriali, su acque di balneazione. • Censimento regolare e continuativo degli scarichi. • Relazioni operative con attività della azione che precede 	<ul style="list-style-type: none"> • Rilevazione e diffusione dati. Effettuazione di verifiche cicliche secondo un puntuale programma combinato con quello che segue. • Rilevazione e diffusione dati. Formazione ed applicazione di programma di verifica continua. • Realizzazione banca dati ed attivazione di interventi adeguati. • Integrazione interventi nel programma di attività di cui alla precedente azione positiva..

**COLLEGAMENTO CON LA PROGRAMMAZIONE, NAZIONALE E REGIONALE, DI ATTIVITA',
OBIETTIVI PRIORITARI ED AZIONI PROGRAMMATE**

<p>III/D) INQUINAMENTO ACUSTICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Costruzione di un sistema di sorveglianza sui valori di pressione sonora negli ambienti di lavoro, negli ambienti di vita a causa del traffico, delle industrie, delle attività ricreative. • Incrementare, negli ambienti di lavoro, l'azione di vigilanza sulla corretta applicazione della vigente legislazione in materia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rilevazione e diffusione dati. Realizzazione di programma di verifica continuativa anche con integrazione per le finalità di cui all'azione " II/F ". Iniziativa di accordo di intervento con le Comunità locali. • Rilevazione e diffusione dati. Monitoraggio continuo. Accordi di sponsorizzazione con imprese pubbliche e private.
<p>III/E) SMALTIMENTO DEI RIFIUTI</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Costruzione di un sistema di sorveglianza sui processi raccolta, trasporto, stoccaggio, trattamento o smaltimento finale dei rifiuti. • Verifica periodica dei siti di stoccaggio riguardo alla possibile contaminazione delle falde acquifere e dell'aria. • Incremento delle attività di tutela ambientale finalizzata alla individuazione di discariche abusive o di altre forme di smaltimento non idonee. 	<ul style="list-style-type: none"> • Controlli programmati e continui: formazione piano. Intese con gli enti locali, per azioni di prevenzione. • Controlli programmati e continui nel piano di acui all'azione precedente. • Attivazione e rilevazione dei provvedimenti repressivi applicativi.
<p>III/F) EVENTI TERRORISTICI ED EMERGENZE DI ALTRA NATURA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Predisposizione delle strutture aziendali al piano regionale. • Intervento durante gli scioperi del personale. • Approntamento dei beni sanitari e non sanitari previsti nel piano. • Aggiornamento e formazione permanente delle risorse umane destinatarie del piano. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diffusione delle linee guida previste nel piano regionale alle strutture competenti. • Approvazione, in contrattazione integrativa, del piano aziendale per la garanzia dei servizi pubblici essenziali durante gli scioperi del personale. • Corsi di formazione.

**COLLEGAMENTO CON LA PROGRAMMAZIONE, NAZIONALE E REGIONALE, DI ATTIVITA',
OBIETTIVI PRIORITARI ED AZIONI PROGRAMMATE**

<p>III/G) SALUTE E SICUREZZA NELL'AMBIENTE DI LAVORO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Costruzione di un sistema di sorveglianza del fenomeno infortunistico, tale da consentire interventi di promozione della sicurezza e della salute nelle piccole e medie imprese. • Studio delle tendenze in atto nelle patologie legate al lavoro, con particolare riferimento ai lavoratori di cave e torbiere, ai lavoratori lacustri e marittimi ed ai lavoratori agricoli. Effettuazione di visite propedeutiche negli ambienti delle Aziende manifatturiere e negli ambulatori dell'Azienda USL. • Prevenzione e monitoraggio fenomeni di mobing. • Eliminazione delle barriere architettoniche negli stabilimenti e strutture aziendali di vita e di lavoro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Collegamento nei programmi di intervento di cui alla precedente azione "II/F". • Campagne di studio, di ricerca e di formazione di linee guida e di intervento, con affidamento di apposito programma di attività, di valenza interdipartimentale, da realizzarsi anche in collaborazione con l'Università degli Studi di Foggia, quale integrazione assistenziale. • Piano di intervento per le articolazioni aziendali. • Previsione di interventi nelle azioni da realizzare secondo il piano triennale ed annuale dei lavori pubblici dell'Azienda.
---	---	--

**COLLEGAMENTO CON LA PROGRAMMAZIONE, NAZIONALE E REGIONALE, DI ATTIVITA',
OBIETTIVI PRIORITARI ED AZIONI PROGRAMMATE**

III/H) INCIDENTI STRADALI	<ul style="list-style-type: none"> • Campagne di educazione contro i rischi, da assumere a mezzo di intese con enti locali, scuole ed articolazioni della amm.ne statale. • Interventi mirati alla riduzione della guida in stato di ebbrezza. • Accordi di sponsorizzazione. 	<ul style="list-style-type: none"> • Accordi di programma per interventi di prevalente carattere formativo-informativo. • Produzione di documenti informativi e realizzazione di interventi mirati di educazione al soccorso. • Con enti locali e Amm.ne degli Interni e quella dei trasporti ed infrastrutture.
III/I) INCIDENTI DOMESTICI	<ul style="list-style-type: none"> • Sviluppo campagne di prevenzione attraverso forme di educazione ed informazione sui rischi in ambiente domestico. • Accordi di sponsorizzazione, per il finanziamento delle campagne di informazione e prevenzione. • Costruzione di un sistema di sorveglianza epidemiologica del fenomeno infortunistico e individuazione dei criteri di misura degli infortuni domestici. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formazione e divulgazione documenti a tutta la popolazione. • Da stipulare con enti locali, operatori economici e dipartimenti governativi per affari sociali, pari opportunità e con ministero degli interni. • Formazione programma di studio ed intervento.
III/L) SICUREZZA ALIMENTARE E SANITA' VETERINARIA	<ul style="list-style-type: none"> • Applicazione delle linee-guida emanate con decreto del Ministero della Sanità (16/10/98), con interventi di formazione e di educazione, in materia di igiene degli alimenti e delle bevande e di igiene della nutrizione. • Periodiche verifiche di conformità delle aziende di ristorazione commerciale e collettiva. • Attivazione nella carta dei servizi delle informazioni puntuali dei controlli sugli alimenti nonché le preparazioni a corretti stili di vita per la prevenzione delle malattie metaboliche e delle intolleranze alimentari. • Contratti di sponsorizzazione per finanziamenti di attività di informazione e di educazione collettiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • Campagne di educazione e di informazione continua. • Controlli permanenti e programmati. • Produzione e diffusione delle informazioni nella carta dei servizi. Attività da relazionare alle azioni di cui al precedente obiettivo I, azioni "A" e "D". • Realizzazione campagne di informazione autofinanziate.

**COLLEGAMENTO CON LA PROGRAMMAZIONE, NAZIONALE E REGIONALE, DI ATTIVITA',
OBIETTIVI PRIORITARI ED AZIONI PROGRAMMATE**

	<ul style="list-style-type: none"> • Controlli e verifiche dei prodotti alimentari impiegati nella preparazione delle vivande destinate a ricoverati in ospedali e residenti delle comunità. • Controlli sulla sicurezza degli alimenti e della salute e del benessere degli animali. • Ridurre i rischi connessi al consumo degli alimenti e delle zoonosi, assicurando alti livelli di sicurezza igienico-sanitaria degli alimenti ai consumatori. • Azioni per contenere il fenomeno del randagismo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Controlli permanenti, come da applicazione dei programmi impiego dei prodotti di cui all'azione "A" del precedente obiettivo I. • Rilevazione e diffusione dati. Effettuazione controlli in maniera continua. • Controlli programmati e continui. • Campagne di educazione per adozione animali randagi ed interventi per il controllo delle nascite di cani. Accordi con Enti Locali per la realizzazione di aree protette di accoglimento di cani randagi, ai fini di favorire l'adozione.
--	---	---

**COLLEGAMENTO CON LA PROGRAMMAZIONE, NAZIONALE E REGIONALE, DI ATTIVITA',
OBIETTIVI PRIORITARI ED AZIONI PROGRAMMATE**

OBIETTIVO IV : RAFFORZARE LA TUTELA DEI SOGGETTI DEBOLI		
MATERIE DI INTERVENTO	AZIONI POSITIVE PROGRAMMATE	INTERVENTI ED INDICATORI
IV/A) STRANIERI IMMIGRATI	<ul style="list-style-type: none"> • Formazione del personale rivolta ad interventi di tipo informativo, dell'utenza immigrata, sull'offerta dei servizi da parte dell'azienda. • Accoglienza immigrati. • Iniziative di formazione linguistica agli operatori, per migliorare le condizioni di accoglienza ed assistenza a favore degli immigrati. • Migliorare l'assistenza alle donne straniere in stato di gravidanza e ridurre il ricorso alle IVG. • Ridurre l'incidenza dell'HIV, delle malattie sessualmente trasmesse e delle tubercolosi tramite interventi di prevenzione mirata a questa fascia di popolazione. • Copertura vaccinale della popolazione infantile immigrata pari a quella ottenuta per la popolazione italiana. • Ridurre gli infortuni sul lavoro tra i lavoratori immigrati, tramite gli interventi previsti a tal fine per i lavoratori italiani. 	<ul style="list-style-type: none"> • Attivazione ed esecuzione di corsi di formazione. • Integrazione negli interventi e collaborazione interistituzionale e con le organizzazioni della Chiesa Cattolica già operanti. • Attivazione ed esecuzione di corsi di formazione. • Formazione e divulgazione mirata di documenti. Collaborazione tra Ospedale, territorio ed in particolare con i consultori familiari e socio-sanitari. • Formazione e divulgazione mirata di documenti. • Attivazione di interventi combinati tra Ospedali, territorio ed Enti Locali. • Informazione ed educazione agli accessi. Organizzazione attività di offerta in collaborazione con i servizi sociali dei comuni. • Controlli periodici sulle aziende. Azione combinata con azioni di cui all'obiettivo II lettera "f".

**COLLEGAMENTO CON LA PROGRAMMAZIONE, NAZIONALE E REGIONALE, DI ATTIVITA',
OBIETTIVI PRIORITARI ED AZIONI PROGRAMMATE**

<p>IV/B) TOSSICODIPENDENZE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidamento dei processi di dipartimentalizzazione . • Miglioramento assistenza per pazienti affetti da malattie mentali e dipendenze, in particolare, anche detenuti. • Completamento progetto informativo tossicodipendenze . • Integrazione attività nei piani di zona. • Attività realizzabili con l'utilizzazione del servizio civile di volontariato. • Continuazione delle campagne di informazione e di sensibilizzazione contro i danni prodotti dall'uso di sostanze stupefacenti, promuovere stili di vita responsabili. • Ampliamento e diversificazione delle tipologie di intervento, coinvolgimento della scuola e della famiglia. • Uscire dalla pratica del controllo farmacologico del problema, per non rafforzare una condizione invalidante e di dipendenza cronica che non consente il pieno recupero personale e sociale della persona. • Accordi di collaborazione e di sponsorizzazione con Enti Locali, Enti Governativi e strutture private per il reinserimento lavorativo. • Relazione con le comunità terapeutiche di recupero per la definizione di percorsi assistenziali e protocolli terapeutici condivisi. • Requisiti organizzativi di attività. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conseguimento direttive della programmazione regionale e aziendale. • Incremento del 50% dei precedenti livelli prestazionali quali – quantitativi. • Completamento entro il 30/06/2006. • Realizzazione 100% degli interventi previsti. • Predisposizione programma nei termini previsti per legge. Attivazione dei relativi progetti. • Produzione e divulgazione documenti di informazione e di educazione sanitaria. • Costituzione e funzionamento di gruppi operativi. • Costituzione e funzionamento di gruppi operativi. • Programmi riabilitativi che prevedono/includono, fra le finalità, azioni di formazione professionale e di lavoro autogestito. • Accessi programmati finalizzati alla conoscenza di dati utili per la continuità assistenziale. • Formazione percorsi aziendali di cura e assistenza. • Protocolli terapeutici. • Applicazione regolamento regionale n° 3/2005, per centri di salute mentale.
---------------------------------------	---	---

**COLLEGAMENTO CON LA PROGRAMMAZIONE, NAZIONALE E REGIONALE, DI ATTIVITA',
OBIETTIVI PRIORITARI ED AZIONI PROGRAMMATE**

<p>IV/C) SALUTE MENTALE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Requisiti organizzativi di attività. • Qualificazione delle prestazioni in considerazione della domanda che richiede una maggiore articolazione degli interventi. • Integrazione delle attività del dipartimento salute mentale ed in particolare con la psicologia clinica, per cogliere tutti gli aspetti bio-psico-sociali che incidono e determinano l'evoluzione del disturbo. • Intensificare l'integrazione con i servizi socio sanitari, potenziando l'attività territoriale e favorendo la collaborazione con altre istituzioni, anche per lo S.P.D.C. di San Marco in Lamis. • Attività di formazione del personale a tecniche avanzate di intervento, al lavoro di equipe, alle tecniche di intervento di gruppo o di supporto ai familiari, promozione di gruppi di auto-mutuo aiuto. • Allargamento dei rapporti con le associazioni dei familiari per sviluppare servizi più umani e duraturi, oltre che ad una gestione più efficace ed efficiente. Sviluppo di relazioni con Associazioni di volontariato. • Continuazione del programma sperimentale, in collaborazione con la psicologia clinica ed istituti scolastici, di educazione e promozione della salute mentale nella prima adolescenza. • Miglioramento degli indici di utilizzo delle attività aziendali e riduzione della mobilità passiva. • Sviluppo dell'attività di neuropsichiatria infantile. 	<ul style="list-style-type: none"> • Applicazione regolamento regionale n.°3/2005 per i centri di salute mentale. • Diminuzione del tasso di abbandono degli ambulatori. Azioni di relazioni continue con le famiglie. • Costituzione di gruppi operativi. Predisposizione e realizzazione di protocolli operativi. • Costituzione di gruppi operativi. Stipulare accordi di programma nell'ambito dei piani di zona per le attività integrate. • Attivazione ed esecuzione di corsi di formazione. • Costituzione di gruppi operativi per lo sviluppo dei rapporti con le famiglie. Approvazione di protocolli operativi e di relazioni con le associazioni di volontariato. • Rilevazione e diffusione dati. • Formazione di protocolli di accesso ed i utilizzo delle attività. Realizzazione protocollo. • Realizzazione programmazione regionale. Integrazione nell'attività sanitarie-sociali per l'età scolare.
------------------------------------	---	---

**COLLEGAMENTO CON LA PROGRAMMAZIONE, NAZIONALE E REGIONALE, DI ATTIVITA',
OBIETTIVI PRIORITARI ED AZIONI PROGRAMMATE**

	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema informativo. • Realizzazione centri diurni. • Intervento per la "depressione". • Incremento attività di DH. • Iniziative di lotta allo stigma. • Creare le condizioni per lo sviluppo di una rete articolata di strutture riabilitative che permettano interventi riabilitativi complessi e percorsi di uscita dalle strutture senza ulteriori costi. • Miglioramento e valutazione della qualità dell'assistenza per la struttura di S.P.D.C. di San Marco in Lamis. • Contribuire alla sperimentazione di forme alternative al ricovero nelle residenze, affido eterofamiliare, residenze assistite. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione della rete di informatizzazione delle attività e dei dati secondo il corrispondente progetto regionale, per il monitoraggio dei processi assistenziali. • Completamento intervento in tutti e tre i distretti, utilizzando gli appositi finanziamenti regionali. • Approvazione di progetto di intervento da realizzare in collaborazione con i MMG. • Formazione di programma di accessi e pubblicazione dell'offerta. • Produzione e divulgazione di documenti di formazione. • Riorganizzazione delle strutture riabilitative a differente gradiente di intensità riabilitativa e assistenziale. • Applicazione progetto regionale di cui alla delibera di Giunta regionale n° 1814 del 6.12.2005. Ricollocazione logistica dello S.P.D.C. di San Marco in Lamis nell'area fisica della ex struttura ospedaliera di Ostetricia e ginecologia. • Formazione di percorsi attuativi della sperimentazione. • Rilevazione e diffusione dati.
<p>IV/D) MATERNITA', INFANZIA ED ADOLESCENZA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Attivare programmi specifici per la protezione della maternità e per migliorare l'assistenza ostetrica e pediatrico/neonatologica. Promozione e protezione del 	<ul style="list-style-type: none"> • Produzione e divulgazione di documenti di formazione. • Sviluppo attività delle strutture di neonatologia.

**COLLEGAMENTO CON LA PROGRAMMAZIONE, NAZIONALE E REGIONALE, DI ATTIVITA',
OBIETTIVI PRIORITARI ED AZIONI PROGRAMMATE**

	<p>legame madre-bambino nel progetto di nascita naturale.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assistenza pediatrica e neonatologica ospedaliera. • Educare alla salute e all'igiene i giovani e le famiglie, col contributo essenziale della scuola e degli enti territoriali e dei servizi socio-assistenziali, con particolare riguardo alla prevenzione dei maltrattamenti, abusi e sfruttamento minorile, obesità, malattie sessualmente trasmesse, prevenzione della tossicodipendenza. • Pediatria pubblica e di libera scelta territoriale. • Riattivazione delle attività di medicina scolastica e di assistenza scolastica integrata per diversamente abili. • Tutela della maternità e delle nascite in ambiente ospedaliero. • Piano aziendale dei servizi o dell'offerta di medicina 	<ul style="list-style-type: none"> • Attivazione rete assistenziale tra ospedale e centri di offerta territoriale. Attivazione di assistenza ostetrica domiciliare nel puerperio. • Completamento con necessaria attività di degenza ordinaria del D.H. pediatrico dell'Ospedale di San Marco in Lamis. • Potenziamento attività pediatrica e neonatologia Ospedale di San severo • Produzione e divulgazione di documenti informativi, come ed in collegamento con le corrispondenti azioni di cui al precedente obiettivo I. • Azione di sviluppo delle attività consultoriali e pieno coinvolgimento dei P.L.S. nei percorsi di cura ed assistenza. • Riattivazione, su tutto il territorio aziendale, della medicina scolastica e riorganizzazione dell'assistenza scolastica integrativa. • Monitoraggio e verifica continua qualità dell'attività ospedaliera, ai fini delle azioni di miglioramento della qualità tecnico-organizzativa del lavoro e della riduzione (tendenza a zero) degli esiti infausti , dello sviluppo di nascite (o parti) naturali e della riduzione dei parti cesarei solo ai casi in cui esiste evidente indicazione clinica. • Percorsi assistenziali per le patologie più frequenti
--	---	--

**COLLEGAMENTO CON LA PROGRAMMAZIONE, NAZIONALE E REGIONALE, DI ATTIVITA',
OBIETTIVI PRIORITARI ED AZIONI PROGRAMMATE**

	<p>preventiva dell'infanzia e dell'età pre-adolescenziale ed adolescenziale, con essenziale impegno dei pediatri di libera scelta e pediatri degli ospedali a gestione diretta e dei presidi pubblici dipendenti.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allergopatie in età pediatrica. 	<p>in età pediatrica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Percorsi di cura per le patologie di elevato impegno di trattamento specialistico. • Monitoraggio del bisogno di assistenza con il coinvolgimento di tutti gli operatori medici pediatri dell'Azienda. • Riorganizzazione delle articolazioni aziendali di offerta, con la previsione di una articolazione ogni 50.000 abitanti.
IV/E) ANZIANI	<ul style="list-style-type: none"> • Costituzione dell'unità di valutazione geriatrica in ciascun distretto. • Programmi aziendali di assistenza continuativa, assistenza domiciliare, ospedalizzazione domiciliare, assistenza sanitaria semiresidenziale, residenziale e di lungodegenza. Gestione dei programmi e assunzione dei percorsi da parte dei medici di medicina generale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Effettivo funzionamento e potenziamento dell'U.V.G. • Formazione ed applicazione dei percorsi assistenziali. • Protocolli per assistenza sanitari-sociali. • Piani di assistenza domiciliare. • Sviluppo della collaborazione e con i MMG e gli altri operatori coinvolti nei processi operativi.
IV/F) PATOLOGIE EVOLUTIVE IRREVERSIBILI	<ul style="list-style-type: none"> • Sostegno psicologico al malato e alla famiglia, anche attraverso il coinvolgimento delle associazioni di volontariato, se presenti, ovvero degli operatori dell'assistenza domiciliare. • Assistenza a lungodegenti ed ammalati terminali. • Assunzione del percorso assistenziale da parte del medico di medicina generale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Attivazione permanente. Collaborazione • Elevazione qualitativa attività di lungodegenza. Implementazione di tecniche di avanguardia e di efficacia nella cura delle piaghe da decubito. • Sviluppo della funzione di case manager dei medici di medicina generale.
IV/G) ATTIVITA' DI MEDICINA	<ul style="list-style-type: none"> • Riconoscimento stati invalidanti 	<ul style="list-style-type: none"> • Significativa riduzione dei tempi di risposta.

**COLLEGAMENTO CON LA PROGRAMMAZIONE, NAZIONALE E REGIONALE, DI ATTIVITA',
OBIETTIVI PRIORITARI ED AZIONI PROGRAMMATE**

LEGALE	<ul style="list-style-type: none"> • Obiettività e trasparenza nelle procedure di riconoscimento di stati invalidanti. 	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminazione (tendenze) del contenzioso che vede soccombente l'Azienda per evidente sussistenza dei presupposti e stati per il riconoscimento. • Revisione e riorganizzazione delle Commissioni aziendali per l'accertamento degli stati di invalidità
IV/H) DISABILITA' E RIABILITAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> • Fabbisogno assistenziale. • Interventi assistenziali per: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Disabilità dell'età evolutiva ▪ Disabilità dell'età adulta ▪ Disabilità stabilizzata ▪ Disabilità gravi e complesse. • Collaborazioni 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoraggio e tenuta banca dati ottenuta dall'applicazione del progetto pilota di "Indagine statistica sulla situazione dei disabili nei comuni dell'AUSL FG/1". • Completamento della rete aziendale di offerta, per soddisfare la domanda ed evitare movimenti e mobilità passiva verso strutture di altre aziende e di altre regioni. • Integrazione degli interventi con gli EE. LL., secondo le previsioni di Piani di Zona. • Sviluppo relazioni con volontariato e con organizzazioni della pastorale diocesana di San Severo
IV/I) ASSISTENZA ALTERNATIVA ALLA OSPEDALIZZAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> • Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.) . • Ospedalizzazione domiciliare . 	<ul style="list-style-type: none"> • Riorganizzazione completa dell'ADI, anche in coerenza con il fabbisogno e gli impegni assunti con la sottoscrizione dei Piani di Zona per la integrazione delle attività sanitarie – sociali. Coerenza con le previsioni dei Percorsi Aziendali di Cura ed Assistenza. • Continuazione del programma d'intervento avviato dalla Regione e potenziamento delle attività nell'ambito delle previsioni dei Percorsi Aziendali di Cura ed Assistenza ed in coerenza con le azione di A.D.I.

**COLLEGAMENTO CON LA PROGRAMMAZIONE, NAZIONALE E REGIONALE, DI ATTIVITA',
OBIETTIVI PRIORITARI ED AZIONI PROGRAMMATE**

	<ul style="list-style-type: none">• Residenza sanitaria assistita. • Assistenza psicologico-sociale	<ul style="list-style-type: none">• Completamento delle R.S.A. secondo quanto previsto anche nei Piani di Zona ed, in particolare, per il Gargano Nord (Comune di Ischitella) e nel distretto sanitario sociale n.1. Riorganizzazione organizzativa ed incremento attività di accoglienza per cittadini bisognevoli di particolare tutela.• Attivazione, nell'ambito dei piani di zona di relazioni tra psicologi, sociologi ed organizzazioni del volontariato sociale e dei movimenti cattolici.
--	--	---

**COLLEGAMENTO CON LA PROGRAMMAZIONE, NAZIONALE E REGIONALE, DI ATTIVITA',
OBIETTIVI PRIORITARI ED AZIONI PROGRAMMATE**

OBIETTIVO V : OBIETTIVI DI PARTICOLARE INTERESSE		
MATERIE DI INTERVENTO	AZIONI POSITIVE PROGRAMMATE	INTERVENTI ED INDICATORI
V/A) RIABILITAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> • Programmazione dell'offerta di riabilitazione nell'ambito della garanzia di continuità terapeutica, con articolazioni in ambito distrettuale almeno per i trattamenti più ricorrenti. Diffusione dell'offerta riabilitativa su tutto il territorio dell'Azienda. • Riorganizzazione della offerta pubblica riabilitativa. • Organizzazione di centri specialistici di riferimento, anche sovradistrettuali o multizonali, con offerta di assistenza semiresidenziale o residenziale, tenendo conto delle strutture accreditate o provvisoriamente accreditate, pubbliche e private. 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborazione ed applicazione del piano che deve tener presente due obiettivi: <ul style="list-style-type: none"> a) grado del bisogno (misurato e motivato); b) riduzione dei fenomeni di "fuga" e di mobilità passiva. ▪ Formazione ed applicazione di un programma di copertura del bisogno, tenendo conto dell'indagine statistica e delle azioni di cui al precedente obiettivo IV/H. • Disponibilità ed attività delle strutture. • Trattamenti avviati.
V/B) TRAPIANTI	<ul style="list-style-type: none"> • Campagne di informazione sul "bisogno" e di sensibilizzazione alla donazione di organi, con coinvolgimento dei MM.MM.GG. e dei PP.LL.SS. Pubblicizzazione nei locali degli ambulatori di questi e nei locali di maggior frequenza di utenti e visitatori nelle strutture pubbliche. • Effettiva attivazione di attività di prelievo di organi destinati alla trapiantologia. • Inserimento nella rete delle rianimazioni e dei centri di prelievo e definizione dei protocolli di accettazione e di prelievo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diffusione di documenti ed iniziative di conoscenza diretti a tutta la popolazione. • Inserito nella carta dei servizi • Incremento continuo del numero dei prelievi; allineamento con la media regionale su popolazione. • Adeguamenti strutturali ed operativi necessari, formazione dei protocolli necessari. • Essenziali per la realizzazione delle iniziative di cui

**COLLEGAMENTO CON LA PROGRAMMAZIONE, NAZIONALE E REGIONALE, DI ATTIVITA',
OBIETTIVI PRIORITARI ED AZIONI PROGRAMMATE**

	<ul style="list-style-type: none"> • Attivazione di articolazioni operative di neurologia e di neurochirurgia. 	<p>alla lettera "D" del precedente obiettivo II.</p>
V/C) EMERGENZA SANITARIA 118	<ul style="list-style-type: none"> • Applicazione protocolli terapeutici per le urgenze. • Utilizzo dei percorsi di cura ed assistenza. • Formazione dedicata, per tutti gli operatori. • Medicina di Urgenza ed accettazione ospedaliera. • Rianimazione e terapia post-operatoria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Applicazione protocolli con gruppi operativi entro il 30/06/2006. • Numero dei casi portati presso altre aziende inopportuno. • Presentazione programma entro il 28/02/2006. • Potenziamento delle qualità organizzative e prestazionali sia dei punti di primo intervento e sia, soprattutto, del Pronto Soccorso dell'Ospedale di San Severo. • Sviluppo dell'attività con acquisizione tecniche e pratiche di più elevata specializzazione. Garanzia della osservazione continua post-operatoria.
V/D) ASSISTENZA SANITARIA INSULARE	<ul style="list-style-type: none"> • Riorganizzazione assistenza sanitaria Isole Tremiti 	<ul style="list-style-type: none"> • Approvazione, entro il 31/12/2006, di un piano di riorganizzazione delle attività, nell'ambito delle definizioni dei P.A.C.A. Accordo di programma con il Comune delle Isole Tremiti. • Approvazione, entro il 30/04/2006, del processo di emergenza sanitaria nell'ambito delle azioni di cui al precedente obiettivo V/D.

**COLLEGAMENTO CON LA PROGRAMMAZIONE, NAZIONALE E REGIONALE, DI ATTIVITA',
OBIETTIVI PRIORITARI ED AZIONI PROGRAMMATE**

OBIETTIVO VI : OBIETTIVI GENERALI E DELLE ATTIVITA' DI SUPPORTO		
MATERIE DI INTERVENTO	AZIONI POSITIVE PROGRAMMATE	INDICATORI
VI/A) FLUSSI INFORMATIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Garantire la tempestività e correttezza dei flussi informativi interni e, soprattutto, esterni, verso gli Enti locali, Regione, Associazioni, ecc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adozioni di disposizioni di servizio rivolte al personale assegnato alla struttura. • Eliminazione dei ritardi di risposta alle richieste di adempimenti provenienti da soggetti interni e/o esterni.
VI/B) PRINCIPIO DI LEGALITA'	<ul style="list-style-type: none"> • Applicazione dei principi contenuti nell'Atto aziendale relativi alla distinzione dei poteri di indirizzo e controllo da quelli di gestione amministrativa, tecnica ed economico-finanziaria. • Conseguire azioni che tengano conto dell'affermazione dei generali principi di legittimità degli atti, efficienza, efficacia ed economicità della gestione. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rendere applicative le linee guida e gli indirizzi stabiliti dalla Direzione strategica negli atti di programmazione aziendale • Diffusione della cultura di legalità e di rispetto della legge e dell'etica comportamentale. Continuo monitoraggio della applicazione dei corrispondenti principi nei comportamenti e procedimenti.
VI/C) EQUILIBRIO ECONOMICO DI GESTIONE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Concreto e sostanziale apporto al perseguimento dell'obiettivo di garantire l'equilibrio economico dell'azienda e il pareggio annuale di bilancio. ▪ Analisi e monitoraggio continuo dei reports delle attività di competenza. 	<ul style="list-style-type: none"> • Azioni di razionalizzazione e miglioramento per recuperare spazi di efficienza attraverso il governo economico dei fattori produttivi. • Costante controllo (responsabilizzato) economico dei costi. • Trasmissione con cadenza trimestrale, ovvero in ogni caso che ragioni di necessità richiedano azioni ed interventi correttivi immediati, dell'avvenuta verifica e monitoraggio dei costi gestionali delle attività di competenza.
VI/D) RAPPORTI CON	<ul style="list-style-type: none"> • Realizzare azioni dirette a recuperare e 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione dei procedimenti amministrativi nel rispetto dei

**COLLEGAMENTO CON LA PROGRAMMAZIONE, NAZIONALE E REGIONALE, DI ATTIVITA',
OBIETTIVI PRIORITARI ED AZIONI PROGRAMMATE**

<p>L'UTENZA</p>	<p>rilanciare il rapporto tra l'Azienda e i cittadini al fine di garantire trasparenza, informazione, personalizzazione, coinvolgimento, consultazione e verifica di qualità anche da parte dell'utenza, per migliorarne il rapporto, in piena correlazione con gli obiettivi di rinnovamento e di deburocratizzazione dell'Azienda.</p>	<p>principi stabiliti dalla "legge" del buono e giusto padre di famiglia, che vive direttamente tutti i problemi di queste che si prodiga per i bisogni di tutti i componenti della stessa famiglia..</p> <ul style="list-style-type: none"> • Applicazione e monitoraggio costante dei comportamenti, delle relazioni, della massima disponibilità possibile nei confronti dell'utenza. • Esame periodico delle performance, nell'ambito delle relazioni con il Comitato Misto Consultivo dell'Azienda.
<p>VI/E) POLITICHE DEL PERSONALE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Introduzione e graduale realizzazione di politiche e metodiche organizzative di carattere innovativo per l'Azienda USL FG/1, riguardanti sia l'aspetto della programmazione e sia quello della gestione. E' richiesta la necessità che il lavoro discenda da adeguati processi programmatori che meglio rispondono alle esigenze del buon andamento. • Misurazione del grado di soddisfazione del personale ad operare nella struttura di assegnazione 	<ul style="list-style-type: none"> • Puntare a costruire un modello a "Sistema-Azienda" in cui si privilegi il lavoro di gruppo in modo che ogni operatore si senta parte attiva del cambiamento. • Reingegnerizzazione di tutti i processi amministrativi. • Piano annuale delle attività. • Piano annuale del lavoro. • Applicazione e monitoraggio costante. • Scheda/questionario del grado di soddisfazione entro il 30.06.2006. • Ridefinizione delle dotazioni di organico del personale, nel rispetto delle norme vigenti. • Approvazione del Piano triennale di fabbisogno del personale. • Approvazione piani annuali di assunzione. • Revisione dell'applicazione dei precedenti CC.CC.NN.LL.: • Approvazione ed applicazione dei nuovi contratti integrativi aziendali. • Applicazione di interventi di analisi partecipata.

**COLLEGAMENTO CON LA PROGRAMMAZIONE, NAZIONALE E REGIONALE, DI ATTIVITA',
OBIETTIVI PRIORITARI ED AZIONI PROGRAMMATE**

<p>VI/F) SVILUPPO DEL SISTEMA INFORMATIVO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborazione di un Piano triennale di Sviluppo dei sistemi informativi e potenziamento delle reti telematiche di trasmissione dati. • Pieno utilizzo delle procedure applicative e della rete aziendale informatica al fine di garantire una gestione più efficiente di tutte le attività. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verifica puntuale del progetto di informatizzazione. • Piano triennale di sviluppo dei sistemi informativi. • Adempimenti conseguenti e costante verifica dei risultati.
<p>VI/G) ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evitare in modo assoluto il ricorso alle proroghe contrattuali. • Realizzare, di concerto con la struttura Provveditorato e Patrimonio, tutti i procedimenti necessari ad evitare proroghe di contratti di forniture di beni e prestazioni di servizi, di lavori pubblici, di rispettiva competenza gestionale, oltre i tempi di scadenza. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione delle procedure di scelta del contraente per l'acquisizione di beni e servizi secondo le tassative prescrizioni di legge e con la applicazione delle migliori conoscenze professionali. Efficienza nelle corrispondenti azioni, efficacia dei risultati, in sede di valutazione..

**COLLEGAMENTO CON LA PROGRAMMAZIONE, NAZIONALE E REGIONALE, DI ATTIVITA',
OBIETTIVI PRIORITARI ED AZIONI PROGRAMMATE**

MATERIE DI INTERVENTO	AZIONI POSITIVE PROGRAMMATE	INDICATORI
VI/H) RAZIONALIZZAZIONE ATTIVITA'	<ul style="list-style-type: none"> • Riorganizzazione delle attività della Direzione Amministrativa di Presidio; adozione linee direttive finalizzate alla graduale e dinamica gestione centralizzata delle attività necessarie alla funzionalità degli stabilimenti ospedalieri di San Severo e San Marco in Lamis e Torremaggiore. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proposte di piani di attività e lavoro. • Applicazione e monitoraggio costante. • Verifica della congruità delle risorse complessive assegnate.
VI/I) TENUTA DELLA CASSA ECONOMALE	<ul style="list-style-type: none"> • Riformulazione del regolamento per le attività di gestione e tenuta della cassa economale. Perfetta rispondenza delle scritture contabili e costante flusso dei ricavi e di regolazione delle spese. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entro il primo trimestre del 2006, definire la riorganizza-zione; • Verifica trimestrale degli adempimenti con particolare riguardo alle scadenze ed al rispetto dei principi contabili.
VI/L) RECUPERO RICAVO DA PRONTO SOCCORSO	<ul style="list-style-type: none"> • Rilevazione delle prestazioni di pronto soccorso che non hanno dato luogo a ricovero e di quelle d'urgenza. • potenziamento della gestione informatizzata del servizio e di tale attività'. 	<ul style="list-style-type: none"> • totale recupero dei proventi rivenienti dalle predette prestazioni. • monitoraggio con cadenza trimestrale.
VI/M) RISK MANAGEMENT	<ul style="list-style-type: none"> • Sviluppare procedure organizzative e comportamentali finalizzati a prevenire la riduzione e/o eliminazione delle cause di sinistro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adempimenti conseguenti. • Costituzione di apposito gruppo di lavoro.

**COLLEGAMENTO CON LA PROGRAMMAZIONE, NAZIONALE E REGIONALE, DI ATTIVITA',
OBIETTIVI PRIORITARI ED AZIONI PROGRAMMATE**

MATERIE DI INTERVENTO	AZIONI POSITIVE PROGRAMMATE	INDICATORI
VI/N) DOCUMENTI CONTABILI	<ul style="list-style-type: none"> • Predisposizione ed elaborazione di tutti i documenti contabili a valenza sia annuale e sia pluriennale connessi alla programmazione economica dell'Azienda 	<ul style="list-style-type: none"> • Adempimenti connessi e monitoraggio continuo.
VI/O) RISPETTO TERMINI DI SCADENZA	<ul style="list-style-type: none"> • Rispetto dei termini di scadenza di tutti gli adempimenti previsti dalla normativa nazionale e regionale di settore ed, in particolare, assicurare il regolare invio telematico alla Regione al Ministero dell'Economia e Finanze ed al Ministero della salute, della certificazione e di accompagnamento del conto economico trimestrale in ordine alla coerenza dei risultati con gli obiettivi assegnati dalla regione con particolare riferimento ai limiti di spesa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adempimenti e verifiche continue
VI/P) CONTABILITA' ANALITICA	<ul style="list-style-type: none"> • Costruzione, elaborazione e tenuta del sistema di una contabilità analitica per centri di responsabilità e di costo, finalizzata al miglioramento dell'impiego delle risorse ed alla rilevazione ed analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'Azienda. 	<ul style="list-style-type: none"> • Assicurare la reportistica trimestrale di contabilità analitica per C.d.R.e C.d.C
VI/Q) FLUSSI INFORMATIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Garantire il normale flusso informativo di dati economici e di contabilità e di ogni qualsiasi segnalazione e suggerimento necessari al permanere delle condizioni di equilibrio economico-finanziario dell'Azienda. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adempimenti.

**COLLEGAMENTO CON LA PROGRAMMAZIONE, NAZIONALE E REGIONALE, DI ATTIVITA',
OBIETTIVI PRIORITARI ED AZIONI PROGRAMMATE**

MATERIE DI INTERVENTO	AZIONI POSITIVE PROGRAMMATE	INDICATORI
VI/R) EMISSIONE TITOLI DI PAGAMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • La Struttura deve porre in essere tutte le azioni ed iniziative necessarie, anche attraverso l'emanazione di apposite linee guida e circolari applicative interne, affinché non si determinano ritardi nei pagamenti di fatture per acquisizione di beni e servizi e/o di debiti in generale per i quali si dovranno rispettare i tempi massimi previsti per i pagamenti, tenendo ovviamente conto delle disponibilità finanziarie ed osservando il principio di uniformità di trattamento dei vari creditori. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rispetto adempimenti
VI/S) PIANO ANNUALE DI COMUNICAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> • Favorire l'accesso ai servizi aziendali attraverso l'adozione obbligatorio del Piano di comunicazione aziendale così come previsto dalla legge n.150/00 e nel rispetto della direttiva del Ministro della Funzione Pubblica del 7/2/02 sulla attività di comunicazione delle pubbliche amministrazioni, che contenga la definizione degli obiettivi e della strategia della comunicazione, la descrizione delle singole azioni nonché la scelta dei mezzi di diffusione. 	<ul style="list-style-type: none"> • Predisposizione e adozione Piano
VI/T) RAPPORTI CON L'UTENZA	<ul style="list-style-type: none"> • Dovranno essere proposte azioni positive dirette a valorizzare la comunicazione istituzionale e a migliorare l'immagine aziendale, l'accoglienza ed il comfort alberghiero, attraverso: <ul style="list-style-type: none"> - la realizzazione di una banca dati; - la produzione di materiale informativo; - indagini di soddisfazione dell'utenza; - utilizzo rete aziendale; - restyling del sito internet aziendale; - creazione di una rete organizzata ed omogenea su tutto il territorio aziendale di Punti di ascolto URP periferici. - la dotazione dei tesserini di riconoscimento del personale aziendale per il miglioramento del rapporto con l'utenza. • Inoltre, dovranno essere proposte ed attuate procedure volte alla semplificazione ed all'accesso degli utenti, anche attraverso 	<ul style="list-style-type: none"> • Adempimenti conseguenti

**COLLEGAMENTO CON LA PROGRAMMAZIONE, NAZIONALE E REGIONALE, DI ATTIVITA',
OBIETTIVI PRIORITARI ED AZIONI PROGRAMMATE**

	sportelli dedicati ad alcune categorie di soggetti deboli, assicurando un ruolo specifico alle associazioni di tutela.	
VI/U PARTECIPAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> Potenziamento ed effettiva applicazione degli strumenti di partecipazione civica che favoriscano l'autonoma iniziativa dei cittadini nel rispetto della normativa vigente in materia, attraverso il sistema di gestione delle osservazioni, dei suggerimenti e dei reclami. Corretta gestione delle informazioni (di 2° livello) che permettono di facilitare l'accesso ai servizi aziendali in presenza di un problema da parte del cittadino. 	<ul style="list-style-type: none"> Adempimenti conseguenti.
VI/V CARTA DEI SERVIZI	<ul style="list-style-type: none"> Realizzazione della la Carta dei servizi che preveda informazioni circa le prestazioni erogate, le modalità di accesso, le attività ambulatoriali, gli orari, ecc. 	<ul style="list-style-type: none"> Adempimenti conseguenti.
VI/Z UFFICIO STAMPA	<ul style="list-style-type: none"> Nell'ambito della struttura URP si rende assolutamente necessario prevedere l'Ufficio Stampa che, nel rispetto della legge 150/2000, avrà cura di intrattenere i rapporti con gli organi di informazione. 	<ul style="list-style-type: none"> Adempimenti conseguenti.
VI/A1 FORMAZIONE SUI TEMI STRATEGICI	<ul style="list-style-type: none"> Realizzazione del Piano annuale di formazione per perseguire obiettivi coerenti con la programmazione strategica finalizzati al miglioramento e sviluppo delle seguenti Aree e settori: <ul style="list-style-type: none"> Organizzazione delle attività per processi e percorsi operativi; Area comunicativo.-relazionale ed audit; Area dell'emergenza; Area prevenzione, sicurezza e sorveglianza; Area informatica; Area della qualità organizzativa e tecnico professionale delle attività; Area per la gestione di laboratori di ricerca per lo sviluppo; Area della responsabilità della gestione delle risorse strumentali, finanziarie ed umane 	<ul style="list-style-type: none"> Adempimenti conseguenti.

**COLLEGAMENTO CON LA PROGRAMMAZIONE, NAZIONALE E REGIONALE, DI ATTIVITA',
OBIETTIVI PRIORITARI ED AZIONI PROGRAMMATE**

OBIETTIVO SPECIFICI : STRUTTURA QUALITA'		
MATERIE DI INTERVENTO	AZIONI POSITIVE PROGRAMMATE	INDICATORI
VI/B1 AUDIT CIVICO metodo "Cittadinanzattiva"	<ul style="list-style-type: none"> • Conseguire azioni di Audit civico relative a: <ul style="list-style-type: none"> -l'orientamento ai cittadini; -l'impegno dell'azienda nel promuovere alcune "politiche" di particolare rilievo sociale e sanitario; -coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali; -la capacità di risposta dell'Azienda a un problema concreto vissuto come "urgente" dalla comunità locale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione questionari e diffusione risultati. • Verifiche periodiche dei risultati da rendersi con le Organizzazioni dei cittadini e del volontariato in sanità.
VI/C1 INDICATORI DI QUALITA'	<ul style="list-style-type: none"> • Potenziamento degli indicatori di efficacia delle performances e di appropriatezza nell'esecuzione delle attività per il controllo dei risultati. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adozione linee guida e istruzioni operative.
VI/D1 INDAGINI SULLA QUALITA' PERCEPITA	<ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione di indagini di qualità percepita dai cittadini fruitori. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione questionari e diffusione risultati.
VI/E1 PRIVACY	<ul style="list-style-type: none"> • Perseguimento di azioni orientate a garantire a tutti i cittadini che i dati personali e sensibili siano trattati e custoditi in modo conforme a quanto previsto dalla legge. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adempimento conseguenti • Documento programmatico della sicurezza. • Sviluppo dell'utilizzo del modello di consenso informato.

**COLLEGAMENTO CON LA PROGRAMMAZIONE, NAZIONALE E REGIONALE, DI ATTIVITA',
OBIETTIVI PRIORITARI ED AZIONI PROGRAMMATE**

MATERIE DI INTERVENTO	AZIONI POSITIVE PROGRAMMATE	INDICATORI
VI/G1 ACQUISTI CONSIP	<ul style="list-style-type: none"> Per l'acquisto di beni e servizi è richiesta l'adesione alle convenzioni stipulate ai sensi dell'art. 26 della legge 23 dicembre 1999, n.488 e successive modificazioni ed integrazioni e dell'art. 59 della legge 23 dicembre 2000, n. 388. Nel caso invece si dovesse procedere ad acquisti in maniera autonoma, i prezzi delle convenzioni di cui sopra sono adottati come base d'asta al ribasso e gli atti relativi devono essere trasmessi al Collegio sindacale ed al Nucleo di valutazione. 	<ul style="list-style-type: none"> Adempimenti conseguenti
VI/H1 PROCEDIMENTI ESPLETAMENTO GARE	<ul style="list-style-type: none"> Le strutture dovranno assicurare e garantire che nel corso dell'anno 2006 saranno portate a compimento le gare per la fornitura di beni e servizi, già avviate e l'indizione e completamento di tutte le altre, comprese quelle relative all'esternalizzazione dei servizi mirate ad acquisire in maniera alternativa all'utilizzo di proprio personale la fornitura di quelle prestazioni lavorative a scarso o minimo impegno professionale specialistico) nonché di quelli amministrativi di rilevante interesse, ai fini dell'accoglimento dell'utente, come ad esempio le casse ticket, ecc, ove si dovesse rendere necessario richiedere sottoforma di prestazioni di servizi, alle Agenzie di lavoro, la somministrazione di lavoro. 	<ul style="list-style-type: none"> Adempimenti conseguenti
VI/I1 TENUTA ED AGGIORNAMENTO INVENTARI	<ul style="list-style-type: none"> Dovrà essere mantenuto il continuo aggiornamento e tenuta dei registri inventariali dei beni mobili. 	<ul style="list-style-type: none"> Adempimenti conseguenti

**COLLEGAMENTO CON LA PROGRAMMAZIONE, NAZIONALE E REGIONALE, DI ATTIVITA',
OBIETTIVI PRIORITARI ED AZIONI PROGRAMMATE**

A Z I E N D A U . S . L . F G / 1

S A N S E V E R O (F G)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

IL DIRETTORE SANITARIO

IL PRESIDENTE DELLA CONFERENZA DEI SINDACI

IL DIRETTORE GENERALE

IL PRESIDENTE DEL COLLEGIO SINDACALE