

Comitato Consultivo Nido - Riunioni Plurinarie del 7.3.2013

Come da delegato, sono presenti i soggetti,
come da foglio di presenza
sono presenti il coordinatore CCOT,

la Direzione sanitaria, la Direzione del
CCOT, le Aree Tematiche rappresentate da
Prof. ASL e Associazioni; il dr. De Candia
il dr. Porcelli, dr. De Micheli, dr. Di Olyo
il dr. Polinchi

Presenta i Componenti di istituto
o partecipare al CEH per
le aree tematiche e i Referenti
la Dr.ssa Helga Demanolo e
il Dottore Santoro medico
la Dr.ssa Silvana Formelli come
Referente Aziendale dell'Area
Tema Hca per gli Ospedali
e di risorse di insieme
per i Distretti.

Prende la parola Sgf. Romeo
Pastolente del Coordinamento
operativo CCOT e illustra
un documento operativo
di tutti i progetti delle Aree

Tema Hebe.

Dr. Arturo Santarso introduce
il primo punto all'ordine del giorno.
Sugli queste cose fue i documenti
elaborati e presentati in
occasione della Conferenza
del Sewist tenutasi nel mese
di Giugno 2012.

Fu discussa l'esigenza di discutere
le criticità che erano state
evidenziate e che necessitano
di risposte da parte della
Assemblea.

Martina Cocca riferisce
che i vari gruppi presenteran
no nella riunione solenne
una sintesi del problema
più urgente.

Riprende la parola il Dr. Arturo
Santarso e riferisce che
le richieste sono molto
complesse e varie.

Esprime l'importanza di
un piano di interpretazione
socio sanitaria e propone

di occupare le Aree per essere preparati al Touralo del Piano di Zona.

Il Direttore Sanitario ritiene che il servizio per le tossicodipendenze debba essere preso in considerazione all'interno delle Aree Tematiche. Bisogna coinvolgere nelle Aree Tematiche i Azzeccatori del servizio coinvolti nelle problematiche affrontate. È indispensabile procedere ad una mappatura dei servizi esistenti e dei servizi offerti ai cittadini.

È al fine di evitare una eccessiva omogeneità di risorse tra i diversi ambiti distrettuali.

Il passo successivo dovrebbe essere quello di analizzare le compatibilità economiche tra esigenze emerse e disponibilità con la Direzione Amministrativa

e Generale.

Il dottore Armando prende la parola per ribadire che il Direttore Sansonaro ha accolto l'esigenza di rafforzare l'operatività dell'CEM distrettuali. Le obiezioni si susseguono ad invadere una stanza dove che affini i CEM distrettuali.

Il medico sinte Hesse le critiche di Incolofa di cui si documenta allegati Dr. Palumbo interviste (vedi documento)

Rosa Stano Area Tematica Tutela Salute Mentale

esprime le critiche come che documento allegato.

Dr. Antonio Campobasso

Luigi Cresto Area Tematica distrettuale e espone le critiche come che allegato documento.

Paolo Petruzzelli Area Tematica

Robilstone, espone le critiche
come che documenti allegati.

Per l'area Peroglio Area Tematica
Disabilita e Questioni espone
Luigi Areste

Il Direttore Santarso si impegna
a risolvere una mappa
della PVA UVA (dr. Chiappetta)

Mario Chiamenti Area Disabilita
Intelletiva espone le critiche
come che documenti allegato.

Il. Enrico Sansonetti assente ha
delegato Luigi Areste che legge
il racconto dell'attivita.

Interviene la dr.ssa Annamaria
e punta l'attenzione nel riportare
l'attivita svolte dall'area
tematica.

Luigi Areste riferisce che e
necessario convocare un incontro
per l'area tematica.

La sp. a Rosa fanno chiuder
ufficialmente, un incontro del
l'Area Tematica.

Il Presidente del com. G.

comunicare che l'Avvocato Paolo
Lino non è il componente
per le Associazioni
del CPT e per l'Assemblea
per la dott. sa. F. Armando
Presidente URP

"omissis"

"omissis"

"omissis"

"omissis"

Disabilità intellettive

RIFERIMENTI

WHO. Atlas: global resources for persons with intellectual disabilities.
World Health Organization, Geneva, 2007.

20/11/2010

LA DISABILITÀ INTELLETTIVA: EPIDEMIOLOGIA

Nel MONDO la prevalenza (numero di casi di malattia sul numero di persone esistenti) della Disabilità Intellettiva (DI), ex Ritardo Mentale, è stimata tra l'1 e il 2,5 %, l'incidenza (numero di nuovi casi in un anno) intorno all'1,8%.

Dati recenti indicano una riduzione del tasso di prevalenza della DI solo nelle società occidentali, mentre una tendenza opposta è individuabile in tutti a reddito medio-basso. In paesi a maggior sviluppo, come la Finlandia o i Paesi Bassi, la prevalenza di DI è attualmente inferiore all'1% mentre si arriva al 6% in alcuni paesi dell'Est europeo.

Anche nei contesti più fortunati, gli indici di morbilità rimangono nettamente superiori a quelli della schizofrenia o del disturbo bipolare, tanto per non uscire dall'ambito delle condizioni neuropsichiatriche.

La mancanza di dati epidemiologici adeguati e condivisi è stato uno dei motivi principali di esclusione anche dall'ultimo studio condotto dall'Organizzazione Mondiale di Sanità e dalla World Bank Burden of Disease, con le conseguenze che la **DI occupa ancora oggi una posizione di rilievo tra i "problemi nascosti" della salute mondiale ed il divario tra offerta di servizi e bisogni insoddisfatti è diventato incalcolabile.**

L'Atlante World Health Organization per la DI, di recentissima pubblicazione, rappresenta di fatto la prima occhiata generale che il mondo dà a questo problema. È il primo rapporto completo sulle risorse e sulle condizioni di cura in 170 paesi del mondo. Fornisce un'ampia descrizione della terminologia, dell'uso dei sistemi di classificazione, dell'organizzazione dei finanziamenti, dei modelli di assistenza, delle legislazioni, della diffusione di conoscenza, della formazione, nonché del ruolo delle organizzazioni nazionali e internazionali, delle fonti di informazione e della ricerca.

Marco O. Bertelli

06/11/2011

CONFERENZA INTERNAZIONALE SENSORIALE DEL CENTRO MUKIBAUM

In ITALIA i dati epidemiologici fin'ora rilevati sono in linea con quelli mondiali infatti nella letteratura scientifica sono riportate le percentuali dell'1/2% per il RM e dell'1,67% per i DSAut (Fonbonne 2010)

Grazie alla L. 104/92 i minori con disabilità intellettive sono per la grande maggioranza integrati in scuole normali, questo ha comportato profonde modificazioni nelle modalità di intervento riabilitativo/abilitativo con una notevole responsabilità affidata agli operatori delle **Aziende Sanitarie Locali**. Si deve ammettere però che, soprattutto a causa di gravi carenze di personale e la mancata formazione specifica degli operatori, non hanno dato ancora una risposta adeguata, molte famiglie sono sole nel loro gravoso (ma fondamentale) compito educativo/abilitativo e la **SCUOLA è l'unica risorsa**. Infatti il grave gap è costituito dal tipo di approccio indicato per queste patologie: **L'INTERVENTO EDUCATIVO**.

Ci si augura che proprio a questo livello vi siano in futuro sostanziali miglioramenti.

In ITALIA i dati epidemiologici fin'ora rilevati sono in linea con quelli mondiali infatti nella letteratura scientifica sono riportate le percentuali dell'1- 2% per il RM e di 1/140 per i DSAut (Fonbonne 2010)

Grazie a questi dati epidemiologici possiamo affermare che nell' ASL BA ci sono circa **19.000** Disabili Intellettivi

Il bacino di utenza della ASL BA comprende i seguenti **41 Comuni**, in cui risiedono n° **1.218.038** cittadini, così suddivisi:

Comuni	Abit.	Comuni	Abit.
ACQUAVIVA		MODUGNO	35.980
DELLE FONTI	21.613	MOLA DI BARI	25.919
ADELFA	16.245	MOLFETTA	62.546
ALBEROBELLO	10.659	MONOPOLI	46.708
ALTAMURA	64.167	NOCI	19.564
BARI	316.532	NOICATTARO	23.686
BINETTO	1.934	PALO DEL COLLE	20.652
BITONTO	10.153	POGGIORSINI	1.517
BITONTO	56.929	POLIGNANO	A 16.367
BITONTO	9.827	MARE	
CAPURSO	14.376	PUTIGNANO	28.176
CASAMASSIMA	16.734	RUTIGLIANO	17.459
CASSANO		RUVO DI PUGLIA	25.741
DELLE MURGE	11.958	SAMMICHELE	D 6.965
CASTELLANA	18.276	BARI	
CROTTE		SANNICANDRO	D 9.369
CELLAMARE	4.683	BARI	
CONVERSANO	24.071	SANTERAMO	IN 26.050
CORATO	44.971	COLLE	
GIOIA DEL	27.655	TERLIZZI	27.532
COLLE		TORITTO	8.916
GOVINAZZO	20.300	TRIGGIANO	26.312
GRAVINA	IN 42.154	TURI	11.319
PUGLIA		VALENZANO	17.164
GRUMO APPULA	12.431		
LOCOROTONDO	13.928		

Il trattamento delle persone con DI si basa su interventi di tipo medico/farmacologico, riabilitativo ed educativo, programmato da équipe multidisciplinari composte da NPI, Psc cognitivisti, Ed.ri-Pedagogisti.

➤ **L'INTERVENTO DI TIPO MEDICO/FARMACOLOGICO:**

L'esigenza di centri ambulatoriali specifici, con NPI esperti, muniti di Test Diagnostici condivisi e quindi in grado di formulare diagnosi precoci, sarebbero auspicabili fin dai primi anni di vita, per un intervento che dovrà durare per tutto l'arco della vita, quindi per un servizio di **presa in carico globale e continuativo che possa seguire tutte le fasi di sviluppo, dall'età infantile all'età adulta** ed anche per un'adeguata terapia farmacologica nell'età adulta.

➤ **L'INTERVENTO RIABILITATIVO ED EDUCATIVO:**

Un approccio psico-educativo e non psico-terapeutico. Per es. nelle Linee Guida della SINPIA viene indicato come intervento prioritario nei DSAut. Sono necessarie competenze specifiche di Psicologi cognitivisti che con i test di valutazione funzionale individuano le aree intellettive acquisite, emergenti e compromesse e per redigere un programma educativo (terapia) condiviso con quello scolastico PEI. L'intervento somministrato da Educatori-pedagogisti, in ambienti ben strutturati e completamente diversi dagli ambulatori polifunzionali per tutte le fasce d'età

In PUGLIA le ASL non hanno ancora acquisito tale consapevolezza e dobbiamo tutti prendere atto che fino ad oggi l'intervento abilitativo educativo non è ancora considerato nel progetto terapeutico riabilitativo, né tanto meno integrato con l'intervento a scuola, nonostante l'impegno assunto dagli addetti all'integrazione scolastica del servizio di riabilitazione.

- **Nell'età evolutiva La presa in carico delle Persone con Disabilità Intellettiva è affidato ai Servizi Distrettuali con i Centri Ambulatoriali che ne garantiscono la copertura territoriale.**
Nella maggior parte dei centri non esiste una équipe multidisciplinare in grado di dare una risposta adeguata alle richieste delle Famiglie che chiedono gli interventi educativi specifici. Tutti i centri sono attrezzati per: **PSICOMOTRICITÀ – LOGOPEDIA - TERAPIA OCCUPAZIONALE**
- **Nell'età adulta le persone affette da "patologie intellettive", già diagnosticate nell'età evolutiva, si riducono drasticamente di numero, i meno gravi restano chiusi in casa e scompaiono nel nulla, gli altri aggravati da comorbidità psichiatriche e/o sviluppi di patologie psichiatriche, finiscono di essere disabili intellettivi e diventano disabili mentali, trattati solo farmacologicamente e alcuni di loro (i più gravi) inseriti Centri residenziali. Le Famiglie dei DI adulti hanno come risposta ai loro bisogni i CSM, i SIM e l'istituzionalizzazione rimane l'unica risorsa per il "dopo di noi".**

La L.R. 16 dicembre 1998, n. 30 contiene le "Norme e principi per il funzionamento dei Dipartimenti di salute mentale previsti dalla legge regionale 28 dicembre 1994, n. 36".

L'attività del D.S.M. si esplica con le seguenti unità operative:

- a) Centro di salute mentale (C.S.M.) riferito a un bacino di utenza da 75 mila a 120 mila abitanti, determinato in relazione alla concentrazione demografica del territorio, diretto da un medico psichiatra di II livello dirigenziale nominato secondo il D.Lgs. 502/92 e successive modifiche;
- b) Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (S.P.D.C.) diretto da un medico psichiatra di II livello dirigenziale nominato secondo il D.Lgs. 502/92 e successive modifiche;
- c) Servizio di Psicologia clinica, diretto da uno psicologo di II livello dirigenziale nominato secondo il D.Lgs. 502/92 e successive modifiche;
- d) **Servizio di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza** diretto da un neuropsichiatra infantile di II livello dirigenziale nominato secondo il D.Lgs. 502/92 e successive modifiche.

Servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza.

Il Servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza si occupa della prevenzione, diagnosi e cura dei disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza.

Ogni Servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza svolge le seguenti attività:

- a) prevenzione primaria e secondaria dei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva;
- b) prevenzione e riduzione delle sequele delle malattie neuropsichiche dell'età evolutiva;
- c) attività specialistiche psichiatriche dell'età evolutiva;
- d) interventi di psicoterapia per i problemi psichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza a salvaguardia della salute mentale del minore e della qualità della vita del nucleo familiare;
- e) intervento specifico di supporto all'integrazione scolastica per soggetti con disturbi neuropsichici in età evolutiva;
- f) tutela e risocializzazione dei pazienti degenti in istituti neuropsico-pedagogici o in istituti assistenziali favorendo la deistituzionalizzazione

Dipartimenti

Il Dipartimento è una struttura di coordinamento e di direzione per lo svolgimento di funzioni complesse con compiti di orientamento, consulenza e supervisione per la funzione cui è proposto.

A seconda della sua tipologia è costituito da aree funzionali - organizzative e strutture semplici e complesse che, per omogeneità, affinità e complementarità hanno comuni finalità.

Tipologia

Dipartimento Dipendenze Patologiche

Dipartimento di Prevenzione

Dipartimento di Salute Mentale

Dipartimento di Salute Mentale

DIRETTORE: MICHELE DE MICHELE

Il Dipartimento di Salute Mentale è stato unificato, la Direzione è stata affidata ad dott. Michele De Michele, l'assetto organizzativo del Dipartimento presente sul Sito è da considerarsi in fase di ridefinizione.

Strutture/Unità Operative

Centri di Salute Mentale

Servizi psichiatrici di Diagnosi e Cura

Servizi di Neuropsichiatria Infantile

Servizio Disturbi del Comportamento Alimentare

Unità Operativa Formazione e Aggiornamento

Unità Operativa Miglioramento Continuo di Qualità Dipartimento Salute Mentale

Unità Operativa di Psicologia Clinica

Progetti

UNITA' OPERATIVE

Neuropsichiatria Infantile - ALTAMURA
 Neuropsichiatria Infantile - BITONTO
 Neuropsichiatria Infantile - PUTIGNANO-MONOPOLI
 Neuropsichiatria Infantile - SANTERAMO
 Neuropsichiatria Infantile "VIA PAPALIA" BARI

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 0497
 Del 15 MAR 2012

Si precisa che l'attuale organizzazione della NPIA si avvale delle seguenti figure professionali: 11 Dirigenti Medici, di cui 5 di ruolo, 3 in attesa di stabilizzazione, 1 convenzionato, 2 con contratto professionale a termine; 7 Dirigenti Psicologi di cui 4 di ruolo, 2 da stabilizzare, 1 convenzionato; 2 Terapisti della Riabilitazione con idoneità parziale; 1 Infermiera Professionale.

Alla luce di quanto detto si propone il seguente Progetto rivolto all'utenza in età evolutiva, in continuità con le proposte prodotte precedentemente dalle singole ex- ASL, anche per quanto attiene l'impegno di spesa che si dettaglia di seguito.



AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE
 ASL BA
 BARI

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE*ORIGINALE*

N. 0497
 Del 15 MAR 2012

OGGETTO: "Assistenza Materno-Infantile "D.G.R. n.1627 del 5/11/2004" Presu d'atto programma 2010".

IL DIRETTORE GENERALE

Disporre pertanto che l'Area Gestione Risorse Umane attivi le procedure per il reclutamento, per la durata del progetto fino ad esaurimento delle risorse economiche, delle figure professionali indicati dal direttore del DSM della ASL BA, per una spesa residua complessiva stimata in €. 819.499,17, :

- ✦ n. 4 Dirigenti Medici Specialisti in Neuropsichiatria Infantile ed Adolescenziale (di cui n. 2 con rinnovo del contratto in essere e n. 2 con cui stipulare nuovi contratti)
- ✦ n. 2 Psicologi con esperienza comprovata nel campo infantile ed adolescenziale, con stipula di nuovi contratti
- ✦ n. 4 Assistenti Sociali (con rinnovo del contratto in essere);

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N.	<u>0497</u>
Del	<u>15 MAR, 2012</u>

Nel 2004 la Giunta Regionale deliberò lo stanziamento di una somma vincolata al potenziamento dell'assistenza neuropsichiatrica all'infanzia e all'adolescenza; (D.G.R. n°1627 del 5.11.2004), distribuita alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere. Nello specifico il Provvedimento di Giunta assegnò a ciascun'Azienda la somma di 305.194,00 euro. Inoltre la stessa delibera indicava le figure professionali che, ai sensi della normativa vigente, devono comporre la dotazione organica delle Unità Territoriali di Neuropsichiatria Infantile, gli obiettivi e i compiti con esse attribuiti. A seguito

Disporre pertanto che l'Area Gestione Risorse Umane attivi le procedure per il reclutamento, per la durata del progetto fino ad esaurimento delle risorse economiche, delle figure professionali indicati dal direttore del DSM della ASL BA, per una spesa residua complessiva stimata in €. 819.499,17, :

- ↳ n. 4 Dirigenti Medici Specialisti in Neuropsichiatria Infantile ed Adolescenziale (di cui n. 2 con rinnovo del contratto in essere e n. 2 con cui stipulare nuovi contratti)
- ↳ n. 2 Psicologi con esperienza comprovata nel campo infantile ed adolescenziale, con stipula di nuovi contratti
- ↳ n. 4 Assistenti Sociali (con rinnovo del contratto in essere);

Distretti Sanitari Comuni Afferenti

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> > Distretto SS 1 - Molfetta GIOVINAZZO, MOLFETTA > > Distretto SS 2 - Corato CORATO, RUVO DI PUGLIA, TERLIZZI > > Distretto SS 3 - Bitonto BITONTO, PALO DEL COLLE > > Distretto SS 4 - Altamura ALTAMURA, GRAVINA IN PUGLIA, POGGIORSINI, SANTERAMO IN COLLE > > Distretto SS 5 - Grumo Appula ACQUAVIVA DELLE FONTI, BINETTO, CASSANO DELLE MURGE, GRUMO APPULA, SANNICANDRO DI BARI, TORITTO > > Distretto SS 6 - Bari Ovest BARI: Circoscrizioni Comunali (Libertà, Marconi, S. Girolamo, Fesca, Palese, Santo Spirito, S. Paolo, Stanic) > > Distretto SS 7 - Bari Centro BARI: Circoscrizioni Comunali (Carbonara, Ceglie, Loseto, Picone, Poggiofranco, Murat, S. Nicola) | <ul style="list-style-type: none"> > Distretto SS 8 - Bari Est BARI: Circoscrizioni Comunali (Japigia, Torre a Mare, Carrassi, S. Pasquale, Madonella) > > Distretto SS 9 - Modugno BITETTO, BITRITTO, MODUGNO > > Distretto SS 10 - Triggiano ADELFA, CAPURSO, CELLAMARE, TRIGGIANO, VALENZANO > > Distretto SS 11 - Mola di Bari MOLA DI BARI, NOICATTARO, RUTIGLIANO > > Distretto SS 12 - Conversano CONVERSANO, MONOPOLI, POLIGNANO A MARE > > Distretto SS 13 - Gioia del Colle CASAMASSIMA, GIOIA DEL COLLE, SAMMICHELE DI BARI, TURI > > Distretto SS 14 - Putignano ALBEROBELLO, CASTELLANA GROTTA, LOCOROTONDO, NOCI, PUTIGNANO |
|---|---|

La disabilità è ancora una questione invisibile nell'agenda istituzionale, mentre i problemi gravano drammaticamente sulle famiglie, spesso lasciate sole nei compiti di cura.

«La centralità della persona con disabilità e della famiglia-, più volte disciplinate in Leggi dello Stato, è una realtà o è ancora oggi un obiettivo da raggiungere?»

Affinché la centralità della persona e della famiglia diventi il perno del nostro sistema, le istituzioni devono rilanciare il proprio ruolo di supporto e sostegno solidale.

La DISABILITÀ INTELLETTIVA rappresenta un grosso raggruppamento di Persone incapaci di rappresentarsi hanno bisogno di interventi educativi/abilitativi specifici per migliorare le loro capacità di apprendimento, cognitive, la comunicazione e la relazione.

Solo così si potrà pensare ad un futuro destituzionalizzato e ad una integrazione sociale

Da quest'analisi emerge una preoccupazione legittima:

- I Servizi di NPI dopo la LR 30 del 1998 - la DGR 1627 del 2004 la Deliberazione del DG ASL/BA del 2012 sono ancora in fase di sviluppo come farà ad assumere la richiesta dell'utente? saranno in grado i servizi di assolvere l'impegno dell'integrazione scolastica? chi si occuperà dell'intervento ambulatoriale? Auspichiamo la creazione di un tavolo di lavoro composto dai Dirigenti della ASL, dai Componenti il CCM e dell'area tematica specifica per una programmazione condivisa e partecipata.

CONFERENZA DEI SERVIZI ASL BARI – 4.06.2012

Diritto alla salute e sostenibilità economica

AREA TEMATICA TUTELA E DIRITTI

Un cordiale saluto al Direttore generale, alle Autorità, ai Direttori, agli Organi di stampa ed a tutti i presenti.

Abbiamo condiviso la necessità di partecipare a questo momento di Conferenza perché direttamente portatori dei disagi dei cittadini che rappresentiamo, sull'attuale situazione dei servizi sanitari erogati dall'ASL Bari, le loro necessità e aspettative in simbiosi con la sostenibilità economica.

Sostenibilità economica che, vogliamo evidenziare e sottolineare, **trova il momento di integrazione e la nostra alleanza, nella tutela del diritto alla salute, non già nella ulteriore riduzione dei servizi sanitari ospedalieri, distrettuali o dipartimentali da garantire all'utenza né tantomeno nella attenuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza e di Prestazione, anche in presenza di blocco del turn over, ma esclusivamente nella concreta applicazione di modelli di governance efficienti ed efficaci del sistema sanitario regionale,**

- nell'utilizzo appropriato delle risorse e
- nel miglior controllo degli sprechi, che riducano le spese per acquisti di beni e servizi da parte delle ASL a prezzi troppo alti, invece che nella riduzione di servizi sanitari, come di recente evidenziato anche in articoli di stampa.

E proprio dalle indiscrezioni giornalistiche si prospetta a breve la fase 2 del Piano di rientro che produrrà ancora tagli, con il rischio di gravi conseguenze assistenziali avverso il diritto alla salute, che ricordiamo, allorquando leso è ancora tutelato in tutte le sedi, al di sopra di ogni sostenibilità economica addotta.

Come Gruppo Area tutela e diritti vogliamo da subito evidenziare quanto approvato dalla stessa ASL Bari nell'Atto aziendale vigente, in tema di *partecipazione, riconoscendo la centralità del cittadino-utente quale titolare del diritto alla propria salute, così come previsto dalla Legge regionale in materia.*

In tale prospettiva l'ASL Bari si è impegnata ad assicurare la partecipazione diretta degli utenti in forme associative di volontariato e tutela nell'unico organo collegiale istituzionale previsto dalle normative regionali e nazionali, il Comitato Consultivo Misto (CCM).

Attualmente pur dopo una lunga e travagliata fase di approvazione del regolamento aziendale di funzionamento del CCM, vi è stata l'istituzione dei vari Organi collegiali: Coordinamento operativo dell'Assemblea delle Organizzazioni accreditate nella ASL Bari, le Segreterie del CCM a sezione plenaria e distrettuale, e solo da alcuni giorni sono state istituiti gruppi di lavoro le aree tematiche.

I referenti portavoce degli Organi ed organismi collegiali del CCM sono rappresentanti "primi fra pari".

Vige, pertanto, il principio democratico della collegialità delle decisioni, che non lascia più spazio ai personalismi dei singoli.

L'area "tutela dei diritti" dopo vari incontri e consultazioni è giunta alla determinazione che bisogna approfondire e garantire, nei percorsi di programmazione della ASL Bari, alcune inderogabili priorità, per far sì che il diritto alla salute del cittadino sia realmente tutelato.

04/06/12

In questa ottica, assumono rilevanza le attività di comunicazione continua (interna ed esterna) e di informazione istituzionale, con predisposizione di comunicati stampa e, auspicchiamo a breve, l'attivazione di canali di comunicazione per gli organi del CCM, usufruendo delle tecnologie aziendali nella rete web.

Necessario, tuttavia un programma di iniziative ed interventi correlati; pertanto :

- Chiediamo che l'ASL BA orienti la programmazione, le strategie organizzative e gestionali alla valorizzazione della centralità della persona, garantendo, attraverso i propri Dirigenti ed il personale tutto, l'ascolto, la proposta ed il controllo previsto in collaborazione con il CCM plenario e distrettuale, anche ai fini di supporto, modifica o integrazione delle attività erogate;
- Chiediamo che l'ASL BA garantisca realmente, la partecipazione e la tutela dei diritti della persona, nella fruizione dei servizi, e quindi sia assicurato il coinvolgimento dei rappresentanti delle associazioni di volontariato e di tutela dei diritti accreditati, quali portatori di interessi diffusi, alle fasi di programmazione delle attività e di valutazione della qualità dei servizi, (PAL, PAT, ecc) allo scopo di favorire l'adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze degli utenti, secondo le normative Nazionali e Regionali;
- Chiediamo che si istituisca la Carta dei servizi, adottata in conformità al DPCM del 27/01/1994 e al DPCM del 19/05/1995 , espressione formale del patto stipulato tra l'Azienda, i Cittadini e le Organizzazioni Sociali sulla qualità dei servizi offerti e sulle modalità di accesso e che la ASL Bari si impegni, a garanzia della funzionalità di tale strumento di trasparenza, a sottoporlo a periodica verifica e continuo aggiornamento, attraverso il coinvolgimento attivo degli Utenti e delle associazioni accreditate di riferimento.
- Che sia potenziato il numero verde ASL Bari per ridurre i tempi di attesa dell'utenza.
- Chiediamo che l'URP (Ufficio per l'informazione e le relazioni con il pubblico), istituito ai sensi dell'art. 11 del D.Lgs. 165/01 e ss.mm condivida il sistema di gestione dei reclami, con una frequenza di almeno 3 mesi e l'elaborazione di un report che definisca le aree critiche e le azioni di miglioramento attuato secondo procedure predefinite sancite nel "Regolamento aziendale di pubblica tutela";
- Che sia istituita una procedura per l'attivazione del pagamento on-line dei tickets per le prestazioni sanitarie.
- Chiediamo che sia istituito un Albo aziendale che censisca la presenza e l'attività, all'interno delle strutture sanitarie, delle organizzazioni e degli operatori di volontariato, formalizzata mediante stipula di protocolli che stabiliscano gli ambiti di intervento e le modalità di collaborazione;
- Chiediamo che sia approvato il Regolamento Aziendale di Pubblica Tutela ed istituita la Commissione Mista Conciliativa.

04/06/12

- Chiediamo e sosteniamo l'attivazione di un programma di "Audit continuo", condiviso con la Direzione generale, che possa essere supportato e realizzato dai Comitati Consultivi Misti Distrettuali, ma che trovi riscontri ed azioni immediate nelle situazioni di disagio rilevate.

Siamo certi che una collaborazione continua e concreta con la Direzione aziendale, dove non ci siano solo richieste da evadere, ma anche una completa collaborazione di supporto da parte delle Organizzazioni di volontariato e tutela, sia costruttiva per tutti e soprattutto per il cittadino-utente.

Mutuando un concetto europeo noto per la tutela delle persone con disabilità, chiudiamo con uno slogan:

Nulla sui servizi sanitari rivolti alla comunità senza la comunità.

04/06/13

Conferenza dei Servizi ASL Bari

4 giugno 2012

Area Servizi Ospedalieri

Porgo il mio saluto ai presenti. Sono Luigi Aresta Referente del Gruppo di Lavoro Area Servizi Ospedalieri e Distrettuali del Comitato Consultivo Misto che ha avviato, appena nello scorso Maggio, le attività di condivisione con il referente aziendale dei Servizi ospedalieri, dott. Sabino Brudaglio, e con il coordinatore ASL Ba dei servizi distrettuali dott. Giuseppe Lonardelli.

Nel rappresentare la volontà di tutto il Gruppo di lavoro tematico, siamo certi che il nostro contributo concreto, di partecipazione attiva, è una *condicio sine qua non* per il proficuo prosieguo del percorso comune appena avviato con la Direzione della ASL Bari.

Il tema dei servizi ospedalieri in questa fase storica regionale è, purtroppo, un argomento spinoso sul quale si è ovviamente sviluppato l'interesse generale della popolazione, passando dagli approfondimenti sulla cosiddetta "deospedalizzazione" in antitesi alla storica visione ospedalocentrica della sanità, per finire alle questioni di cronaca connesse alla *governance* sanitaria degli ultimi anni.

Restano tuttavia i fatti, e quindi così come previsto nel 2010 all'interno del cronoprogramma di attuazione del Piano di Rientro e riqualificazione del sistema sanitario regionale è oggi imminente l'avvio della seconda fase di riordino della rete ospedaliera, con le disattivazioni dei posti letto nella ASL Bari, così come nelle altre Aziende Sanitarie della Regione Puglia.

La riduzione di posti letto, auspichiamo, dovrà rispettare lo standard di 4 p.l. x ‰ abitanti, (ripartito in 3,3 p.l. ‰ per acuti e 0,7 p.l. ‰ per LDPA e Riabilitazione), come previsto dall'intesa Stato-Regioni, anche con riferimento alla dislocazione geografica delle strutture ospedaliere, ma soprattutto in considerazione alla densità di popolazione dei territori con criteri di omogeneità.

Il nostro ruolo oggi, vuole interpretare i principi della partecipazione istituzionale collegiale nella tutela suprema dei diritti degli utenti della ASL Bari.

In quest'ottica richiediamo alla Direzione Generale l'attenzione e la competenza necessaria nei percorsi di concreta condivisione e partecipazione, oggi appena avviati, superando da una parte, una volta per tutte, le *autoreferenzialità* dei ruoli istituzionali, ma parimenti, dall'altra, confutando il nostro operato o dei singoli rappresentanti, se e quando non fosse in linea con i principi richiamati.

E proprio nell'idea di contribuire ad una crescita comune nel percorso intrapreso, proponiamo operativamente alla Direzione Generale l'attuazione dei seguenti punti

- Condivisione preliminare con il CCM del Piano di riorganizzazione ASL Ba in merito alla attuazione della seconda fase del Piano di rientro, nonché dell'Atto aziendale e di tutti gli atti di programmazione aziendale previsti (PAL, PAT);
- Approvazione dei protocolli operativi per i differenti percorsi assistenziali, per la corretta presa in carico dell'utenza all'accoglienza fino alle Dimissioni Ospedaliere Protette, in ottemperanza alle recenti Linee guida regionali per l'accesso ai servizi sanitari territoriali e alla rete dei servizi socio-sanitari. E' noto infatti che le maggiori criticità si rilevano al momento della presa in carico e delle dimissioni dalle strutture ospedaliere degli utenti

cosiddetti "fragili", la cui gestione non può essere affidata esclusivamente alla famiglia che vive, per ovvie ragioni queste fasi, come una vera e propria interruzione delle cure;

- Distribuzione esclusiva delle prestazioni a bassa complessità e di Day Service presso i Centri Servizi Sanitari, Territoriali per consentire il reale decongestionamento dei Servizi/Reparti ospedalieri a cui attribuire, invece, attività di medio-alta complessità;
- Potenziamento e riqualificazione dei servizi e delle prestazioni specialistiche territoriali, sulla base del fabbisogno assistenziale, nei territori ove sono in atto le riconversioni delle strutture ospedaliere dismesse in Centri Servizi Sanitari Territoriali;
- Attivazione e sostegno del programma condiviso di "Audit continuo" dei servizi Ospedalieri e Territoriali, in collaborazione continua e concreta con la Direzione Aziendale ed i referenti istituzionali, che possa essere supportato e realizzato dai Comitati Consultivi Misti Distrettuali, con riscontri ed azioni immediate nelle situazioni di disservizio/disagio rilevate;
- Approvazione di percorsi innovativi pilota di integrazione Ospedale-Territorio, con l'attivazione di setting assistenziali alternativi al ricovero, maggiormente adeguati alle esigenze degli utenti in prossimità e con un minor costo per la collettività, come ad esempio la telemedicina, l'autocontrollo domiciliare dei pazienti, già sperimentati in altri territori;
- Ricognizione e valutazione, in questa fase critica, delle attività intramoenia, come proposto dal Ministro Balduzzi, per consentire un pieno utilizzo delle risorse umane, poiché rispetto agli obiettivi che la legge istitutiva si proponeva alla sua nascita, è cambiato radicalmente il quadro di riferimento ed oggi è più importante sapere chi fa cosa, con quali volumi con quali procedure.

Ringraziamo il Direttore Generale, la dott.ssa Armando, lo staff dell'URP ASL Bari e quanti hanno contribuito alla realizzazione di questo percorso.

Concludiamo con un auspicio, mutuando un concetto europeo noto per la tutela delle persone con disabilità:

Nulla sui servizi sanitari rivolti alla comunità senza la comunità.

04/06/12

CONFERENZA DEI SERVIZI ASL BARI – 4 GIUGNO 2012

GRUPPO DI LAVORO - SERVIZI DISTRETTUALI E TERRITORIALI

Un cordiale saluto ai presenti.

Sono Marilena Ciocia componente del Comitato Consultivo Misto ASL Bari nell'ambito distrettuale Bitonto Palo del Colle e rappresentante delle Organizzazioni di volontariato e tutela accreditate nella ASL Bari per il Gruppo di lavoro misto per i Servizi Distrettuali, operativo solo dallo scorso mese di Maggio.

Abbiamo ascoltato con attenzione, quest'oggi, gli interventi istituzionali del Presidente Vendola, del Presidente Schittulli, del Sindaco Emiliano, del Direttore Generale, dei Direttori

Pur nella piena considerazione delle argomentazioni addotte dai rappresentanti intervenuti, ... dalle Organizzazioni di volontariato e di tutela della provincia di Bari, dalle famiglie, dai singoli cittadini giunge forte il richiamo:

il sistema integrato di cure territoriali ed i servizi di prossimità rivolti alla persona, sia a carattere sociale che a carattere sanitario, dimostrano, purtroppo ancora oggi, disomogeneità e rilevanti fragilità, ed i limiti di questo sistema, non ancora compiuto, accresce in modo insostenibile il carico di cura che grava sui nuclei familiari, mettendo particolarmente a rischio le fasce più deboli.

Gli anziani innanzitutto, proprio nell'anno europeo 2012 per l'invecchiamento attivo, ma anche i minori, le persone con disabilità e le famiglie in situazione di disagio economico sociale, mentre assistiamo impotenti ad

UNA VERA E PROPRIA PRECARIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI

Fin troppo evidente che le difficoltà di realizzare in pieno gli obiettivi di prestazioni ad elevata integrazione tra i servizi sono il risultato di ritardi storici nei processi di innovazione gestionale e di controllo della *governance* nel sistema sanitario regionale e nelle Aziende sanitarie, ma anche, come riportato nel Piano regionale delle Politiche sociali 2009-2011, di politiche sanitarie troppo a lungo incentrate

- sulla ospedalizzazione della cura
- sulla debolezza dei distretti sociosanitari e della rete di cure ed assistenza che da questi devono essere assicurate

ma, riteniamo, di poter aggiungere anche a causa

- della progressiva e continua contrazione di personale sanitario, esasperato dal blocco del *turn over*, sui quali spesso gravano carichi assistenziali elevati
- del ritardo, a volte di anni rispetto ad altri territori, nella attivazione in tutti gli ambiti distrettuali degli strumenti e dei percorsi integrati di assistenza previsti dalle norme

- a.causa del disequilibrio tra le risorse economiche destinate al sistema sanitario territoriale e la responsabilità, ad esso affidato, di sostenere il gravoso carico di cura in considerazione delle caratteristiche ed esigenze del nostro territorio.

L'Azienda Sanitaria Locale Bari ha infatti un bacino di utenza che comprende 41 Comuni in cui risiedono oltre 1 milione 200 mila abitanti, ed è articolata in 14 Distretti Sanitari, salvo prossime riorganizzazioni.

A questi 14 distretti sono demandati i compiti di rispondere in modo unitario e globale ai bisogni di salute della popolazione residente, ed è loro assegnata la responsabilità di assicurare, in sinergia con Dipartimenti e Strutture Sovradistrettuali

1. il sistema delle cure primarie, attraverso i Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Continuità Assistenziale ed intermedie, 2. l'assistenza specialistica, 3. l'assistenza consultoriale, 4.l'assistenza psicologica, 5.l'assistenza penitenziaria,6.l' assistenza sociosanitaria, 7.l'informazione e l'assistenza amministrativa ai cittadini per le materie di competenza, 8. la prenotazione, tramite gli sportelli CUP, delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Sono altresì affidate: 9. l'assistenza riabilitativa e protesica,10. l'assistenza farmaceutica territoriale integrativa 11.l'Emergenza Territoriale

Veramente tante. A questo punto nasce spontanea una domanda.

Piuttosto che diritto alla salute e sostenibilità economica, in Puglia, nella Asl Bari, stiamo forse affrontando il più gravoso tema della sostenibilità del diritto alla salute?

Considerando i recenti articoli apparsi sui quotidiani sul tema del Piano di rientro e la chiara percezione che viene rappresentata dai cittadini alle nostre organizzazioni, appare evidente il rischio di sostenibilità di sistema, con gravi conseguenze e ricadute direttamente sui cittadini, rispetto a quanto oggi emerge.

Oggi, infatti, lo squarcio di sistema creato è chiaramente determinato più dai provvedimenti perentori e dai tagli di rientro della spesa per rispettare i vincoli di bilancio, che dai necessari interventi di riorganizzazione e, auspichiamo, di redistribuzione equa dei servizi essenziali erogati in prossimità, incentrati sulla persona.

Le continue, quanto necessarie, disattivazioni ospedaliere, perentorie e non partecipate, vissute come interruzioni di servizio, miste al contestuale ritardo nel potenziamento dei servizi sanitari territoriali nonché dei percorsi assistenziali integrati, rischiano di provocare una miscela esplosiva.

Preoccupanti anche i dati che ci rappresentano l'aumento dei rischi connessi alle varie dimensioni delle dipendenze patologiche, e che intaccano trasversalmente la popolazione, ma ancora di più la fascia dei più giovani e le aree delle fragilità sociali.

Un'altra situazione complessa la registriamo nei Servizi di Riabilitazione.

Nonostante sia stato varato il nuovo Piano di indirizzo ministeriale per la riabilitazione, poco si è fatto nel nostro territorio per la concreta ottimizzazione del governo clinico del settore, sia in termini di integrazione delle prestazioni nella rete riabilitativa, sia nella valutazione dell'efficacia, dell'efficienza, della riorganizzazione e redistribuzione delle prestazioni intensive residenziali, del miglioramento continuo della qualità, e particolarmente dell'opinione del cittadino.

Resta, tuttavia, emblematico proprio il dato tangibile dell'opinione consolidata del cittadino, desunta dalle cifre del bilancio 2011 ASL Bari che alla voce di spesa "Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa" riporta:

- una mobilità passiva intraregionale da privato per 10milioni di euro nell'assistenza riabilitat. ex art 26
- mobilità passiva intraregionale da pubblico per 10 milioni di euro nell'assistenza riabilitativa ex art 26 (altre AASSL, Policlinici, ecc.)
- 6, 9 milioni di euro per fisiokinesiterapia in convenzionamento esterno da privato

(Fonte: Bilancio 2011 – Asl Bari)

Ancor più dolente la nota sui percorsi di integrazione scolastica a favore di alunni con disabilità che registriamo essere assolutamente deficitari rispetto agli standard.

Ma più compiutamente relazionerà sul tema il collega referente dell'Area riabilitazione che seguirà.

Per quanto fin qui rappresentato in riferimento alle molteplici aree dell'assistenza territoriale, riteniamo fondamentale che il Governo regionale si impegni a riattivare quanto prima il percorso partecipato di stesura del Nuovo Piano regionale della Salute per il prossimo triennio, all'interno del quale ridefinire gli obiettivi strategici del nostro sistema sanitario, i nuovi modelli dell'assistenza ospedaliera, distrettuale e dipartimentale, rimodulando le priorità, gli interventi da garantire, da incentrare sulla persona utente, quindi sulla accessibilità, qualità e prossimità delle prestazioni e servizi essenziali.

Ma riprendiamo il nostro viaggio ...

Oggi più che mai, come Organizzazioni siamo consci del ruolo fondamentale da interpretare, e confidiamo nei percorsi comuni di partecipazione istituzionale collegiali, anche se tale modello di relazioni, nel passato, è stato interpretato dai referenti istituzionali più come sterile informativa con gli *stakeholders*, che reale momento di scambio e crescita reciproca.

Un suggerimento concreto che rivolgo al Direttore generale, per evitare i rischi di autocrazia recidiva, può essere di garantire a Dirigenti e rappresentanti delle Organizzazioni del CCM di partecipare, attraverso l'Ufficio aziendale Formazione, a momenti formativi su modelli e percorsi di partecipazione collegiali.

L'esperienza di questo mese di attività del Gruppo di lavoro con i referenti istituzionali è, tuttavia, da annoverare come buona prassi, da consolidare in via permanente e continua, sicuramente da promuovere come modello di partecipazione istituzionale collegiale concreta.

A questo proposito posso citare personalmente un modello di buona prassi della partecipazione sostenibile nella ASL Bari, attivato dal 2011 nel Distretto Sanitario n. 3 Bitonto-Palo del Colle attraverso il CCM Distrettuale.

Pur in concomitanza con la dismissione dell'ospedale di Bitonto, in ottemperanza al Piano di riordino della rete ospedaliera, la sinergia innescata tra le Organizzazioni di tutela del territorio e la Direzione distrettuale nell'ambito del CCM, ha dato origine ad un nuovo percorso di assistenza

nel Centro Servizi Sanitari Territoriale, che seppur in continua evoluzione, ha consentito alla popolazione un passaggio meno traumatico nella fase di dismissione ospedaliera.

Naturalmente i disagi permangono per le motivazioni che abbiamo già rappresentato, ma riteniamo che la strada giusta sia questa, nel supremo interesse dei cittadini, all'interno del servizio sanitario regionale, nel rispetto dei bisogni reali della comunità e lontani da logiche di lobbies.

In chiusura le nostre proposte di lavoro rivolte alla Direzione Generale che abbracciano i vari servizi territoriali:

- Potenziamento e riqualificazione dei servizi assistenziali integrati e delle prestazioni specialistiche territoriali, compresi quelli a carattere domiciliare, sulla base del fabbisogno assistenziale, particolarmente nei territori ove sono in atto le riconversioni delle strutture ospedaliere dismesse in Centri Servizi Sanitari Territoriali;
- Attivazione, in tutti i territori di ambito, delle PUA ed UVM per garantire i massimi livelli di integrazione dei servizi erogati;
- Potenziamento dei Servizi Consultoriali;
- Potenziamento delle risorse ASL Bari (umane e strumentali) da dedicare ai percorsi di integrazione scolastica a favore di alunni e studenti con disabilità
- Attivazione della presa in carico globale integrata (di cui al Reg. Reg 16/2010 e s.m.i) dell'utenza con disabilità mediante valutazione di tipo biopsicosociale secondo il modello ICF
- Distribuzione esclusiva dei servizi di Day Service e delle prestazioni a bassa complessità presso i Centri Servizi Sanitari Territoriali per consentire il reale decongestionamento dei Servizi e Reparti ospedalieri e la piena utilizzazione dei servizi territoriali
- Approvazione dei protocolli operativi nei percorsi assistenziali di Integrazione Ospedale-Territorio e di Dimissioni Ospedaliere Protette per la corretta presa in carico dell'utente nella fase di transito Ospedale-Territorio.
- Garanzia della trasparenza e dell'accesso alle informazioni sui tempi e liste di attesa visualizzabili online mediante la pubblicazione sul sito web Asl Bari e sul portale sanitario regionale, come già buona prassi in altre AASSLL
- Redazione e partecipazione del Bilancio sociale ASL Bari. A tal proposito la nostra menzione va al Distretto Sanitario 1 Molfetta Giovinazzo per la recente interessante pubblicazione.

Concludiamo mutuando un concetto europeo noto per la tutela delle persone con disabilità:

Nulla sui servizi sanitari rivolti alla comunità senza la comunità.

Grazie

CONFERENZA DEI SERVIZI ASL BARI
4 GIUGNO 2012 – FIERA DEL LEVANTE – SAL TRIDENTE
PIANO DI RIENTRO TRA DIRITTO ALLA SALUTE E SOSTENIBILITÀ ECONOMICA

AREA “SALUTE MENTALE”

	ASSOCIAZIONE	CITTÀ	REFERENTE
1	Associazione “IL SORRISO” – A.T.S.M	Altamura	MARIA LOMURNO
2	Associazione “ARCOBALENO “	Bitonto	ANGELA DRIMACO
3	ATSM “SPERANZA”	Santeramo	RAFFAELE BONGALINO
4	ATSM “AURORA “	Bari	ROSA STANO (Referente dell’area tematica)
5	Associazione di famiglie “LA BRECCIA: integrazione condivisione”	Ruvo – Terlizzi Corato Sede operativa Corato	MARIA ALTAMURA
6	Associazione LA VELA Genitori e pazienti con disturbi del comportamento alimentare	Gravina	GIUSEPPE D’ALÒ

**RELAZIONE CONCORDATA CON I REFERENTI DELLE ASSOCIAZIONI DI AREA
TEMATICA ED ELABORATA DALLA DR. SSA ROSA STANO**

Abbiamo verificato un sistema informativo piuttosto inadeguato, i dati sulle prestazioni erogate e sulle strutture presenti sul territorio vengono raccolti in maniera disomogenea e a volte poco attendibile per cui non possono essere utilizzati per una adeguata programmazione dell’assistenza e un adeguato controllo delle strutture.

Auspichiamo che venga al più presto aggiornato il sito della Asl relativamente al campo della Salute Mentale

Le criticità che compromettono il buon funzionamento e ostacolano la riqualificazione dei servizi di S. M (aggiornamento, nuove figure professionali ...)

- 1) la spesa per l’assistenza in S. M in Puglia è pari al 3,7 % del fondo sanitario regionale anziché il 5% suggerito dalla **CONFERENZA DELLE REGIONI**
- 2) lo strapotere di consolidati gruppi privati trasversali alle forze politiche, che detengono il monopolio delle strutture residenziali e semiresidenziali cosiddette riabilitative, da cui traggono fatturato, assorbendo i due terzi delle già scarse risorse destinate alla S. M. e ostacolando qualsiasi ipotesi di cambiamento che metta in discussione la loro cospicua fetta di mercato ,senza che siano peraltro previste forme di controllo,di verifica e di valutazione del loro operato

LA S.M. BRILLA PER GLI IMPEGNI MANCATI E LE LEGGI DISATTESE

- 1) legge 30 del 98 secondo la quale i CSM avrebbero dovuto svolgere attività di centro diurno, day hospital, riabilitazione residenziale, inserimento lavorativo, avrebbero dovuto garantire le urgenze sulle 24 ore(???),avrebbero dovuto garantire il sostegno alle famiglie .
il tutto è stato totalmente disatteso per mancanza di risorse umane ed economiche.

- 2) art 9 legge 26 – 2006 - disposizioni programmatiche per la tutela della S.M.
dove sono i CSM funzionanti sperimentalmente 24 ore 7 gg. su 7 dotati di day hospital?
quando mai sono stati innalzati gli standard minimi per gli accreditamenti delle strutture riabilitative tutte gestite dal privato sociale con i soldi pubblici?
e chi ha mai avuto notizia della commissione di controllo che prevedeva la presenza di associazioni di utenti e familiari e che avrebbe dovuto vigilare su tali strutture?
qualcuno ha mai goduto di assistenza domiciliare specialistica ?
e dove sono i centri diurni autogestiti?
tutto questo e anche molto altro era previsto dal **succitato art. 9**

- 3) d g r 471 del 23 /2/2010 ha approvato le linee guida regionali che definiscono percorsi integrati fra DSM, Regione, Provincia e Comune,finalizzati all'effettivo e stabile inserimento lavorativo dei pazienti psichiatrici .
quanti pazienti sono stati stabilizzati su un posto di lavoro?
nessun percorso è stato attivato, tutte le competenze sono state disattese,non ci risulta che il DSM abbia attivato l'unità operativa per gli Inserimenti lavorativi.
intanto si continuano a finanziare a cooperative di vario tipo inutili progetti di orientamento lavorativo del tutto inefficaci allo scopo.

- 4) Delibera di giunta regionale 916/2010 - apertura 12 ore
a questo scopo ad oggi calcoliamo un accantonamento di circa 10 milioni di euro, che però risultano insufficienti perché sarebbe necessaria una spesa di circa 25 milioni di euro annui per il reclutamento del personale necessario.
allora , ci chiediamo, come verranno utilizzati i fondi accantonati e vincolati all'apertura alle 12 ore?
e soprattutto, sono ancora disponibili o sono stati dirottati altrove?
noi ci aspettiamo di essere consultati per trovare insieme la maniera ottimale di utilizzarli

COSA INVECE È STATO FATTO (MOLTO SIGNIFICATIVO PER CAPIRE IN CHE DIREZIONE VA LA POLITICA DELLA S. M. NELLA ASL BA)

È stato approvato il Regolamento regionale 11/2008 che aggiornava le tariffe delle strutture private, (**4 milioni di euro trovati dall'oggi al domani**), che garantisce ai cosiddetti enti storici il pagamento del vuoto per pieno, che ancora si continua a pagare,(precisiamo che ogni paziente ricoverato in una h24 **costa intorno ai 200 euro al giorno**), assicura la gestione di tutta la filiera riabilitativa per il presente e per il futuro,nonché affida loro anche l'assistenza domiciliare.

Per potenziare la neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza non si è trovato di meglio che emanare il Regolamento Regionale 9/2010 che definisce i requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento di strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche per minori, **ossia minimanicomi** per i più piccini, sempre gestite dal privato sociale con i soldi pubblici.

Tutto questo quando sono totalmente assenti sul territorio i servizi di **neuropsichiatria infanzia e adolescenza** e l'unica unità operativa è quella presente nel Policlinico di Bari.

Ancora, un centro diurno che rischiava di chiudere per mancanza di utenti (ma si sa, agli operatori del privato sociale non si può far perdere il posto di lavoro) è stato riconvertito, come progetto sperimentale, in centro diurno **per gli esordi, che accoglie attualmente 7 pazienti**, a parte le dovute considerazioni riguardo all'opportunità di questa scelta per affrontare il momento dell'esordio della malattia non è questa un'altra area di spreco?

A) quanto dura questo progetto sperimentale?

B) chi ne valuta l'efficacia?

abbiamo avuto notizie che un altro centro diurno gestito dal privato sociale sta per aprirsi nel territorio di Modugno, ma ce n'è veramente bisogno quando un grande centro diurno pubblico è già pronto e sta per aprire al San Paolo?

È un altro modo questo per salvaguardare gli operatori del privato sociale dalla soprannumerarietà e quindi dal licenziamento?

sulla base di quali interessi e soprattutto degli interessi di chi, si valutano i bisogni della S.M.?

Riconosciamo che un segnale positivo arriva sul fronte della residenzialità in quanto la residenzialità pesante, seppur molto lentamente, si sta convertendo in residenzialità più leggera, ma a nostro avviso sono ancora troppi i pazienti che escono dalle CRAP per entrare nelle **case protette e nelle case per la vita senza alcun progetto di vita e di reinserimento sul territorio.** Andrebbe invece privilegiata la residenzialità assistita, molto più agile e molto meno costosa, ma ci risulta che, sul territorio barese, questa tipologia di inserimenti negli ultimi tempi **è stata ridotta** anziché potenziata.

LO STATO ATTUALE : LE PROBLEMATICHE URGENTI:

1) lo svuotamento degli OPG che avverrà fra pochi mesi.

non ci risulta che sia in cantiere nessun progetto per il recupero, l'accoglienza e il reinserimento sul territorio delle persone dismesse,

ci risulta invece che le azioni regionali siano indirizzate principalmente all'individuazione di nuove strutture sanitarie d'internamento, **cioè di piccoli manicomi sparsi sul territorio della Murgia ...** e siamo alle solite!

2) la criticità in cui vive l'unico centro per i Disturbi del Comportamento Alimentare della ASL Bari il quale allarga sempre di più la sua utenza. Si stanno dando inizio ai lavori di adeguamento dell'ospedale di Gravina senza aver dato alcun preavviso e Il servizio DCA si è visto sfrattato senza appello. L'associazione di familiari " La Vela" e i responsabili del Servizio sono stati costretti a chiedere di condividere spazi ad altri servizi per evitare la sospensione delle terapie.

Ci si vedrà costretti a emigrare fuori regione per curare i nostri figli?

3) è angosciante pensare ai contratti di 32 psichiatri che rischiano di non essere rinnovati 32 psichiatri costituiscono ben il 40 % della forza lavoro del servizio pubblico e in caso di licenziamento cosa succederà?

i pazienti perderanno il proprio operatore di riferimento?

sappiamo quanto questo possa essere estremamente dannoso in quanto fortemente destabilizzante per chi soffre di un disagio psichico.

Si chiuderanno i presidi territoriali privando i pazienti dei livelli essenziali di assistenza? e secondo quale criterio?

continueremo a utilizzare le famiglie come strutture sanitarie a costo zero?

noi diciamo no a tutto questo, no ai contratti a termine, no al licenziamento del personale medico ed educativo no alla chiusura dei servizi periferici.

si possono trovare delle possibili soluzioni a questa emergenza:

- 1) **utilizzare i fondi accantonati per l'apertura 12 ore, con opportuna delibera reg. che ne riconverta l'utilizzo.**
- 2) **utilizzare il personale del privato sociale in esubero con apposita convenzione da parte della ASL**
- 3) **ci si potrebbe avvalere dei processi di ricollocazione e di riqualificazione del personale che faranno seguito alle disattivazione di ospedali o di singole unità operative ospedaliere**

Siamo pronti ad avanzare proposte e a collaborare per la soluzione dei problemi .

A questo deve servire il **CCM** in ottemperanza alle funzioni per le quali è stato costituito e riconosciuto, cioè per garantire alle associazioni di tutela una effettiva partecipazione a momenti **consultivi, decisionali**, di **controllo** e di **programmazione** della ripartizione delle risorse.

Le associazioni di tutela della S.M. dichiarano che, nel caso si prendessero decisioni avventate e si facessero scelte scellerate come chiudere indiscriminatamente i servizi, privando i pazienti dei livelli essenziali di assistenza sono pronte a mobilitarsi in modo serio e determinato.

Non vogliamo che siano sempre i più deboli e i più sofferenti a pagare le conseguenze di una politica sanitaria che mai abbiamo condiviso e che mai si è proposta di perseguire i reali interessi e i reali bisogni dell'utenza.

In questi giorni è tornato a far parlare di sé il disegno di legge **Ciccioli** che stravolge il senso della legge 180 e prevede di poter prolungare fino ad un anno i TSO in strutture residenziali.

I DSM dell' **Emilia Romagna** hanno già espresso il loro forte dissenso, speriamo che altrettanto facciano i DSM pugliesi, in testa il DSM DELL'ASL BA

firmato

Associazione "Aurora" – Bari

Associazione "La Breccia" - Corato, Ruvo, Terlizzi

ATSM "Speranza" - Santeramo

Associazione "Arcobaleno" - Bitonto

Associazione "il Sorriso" - Altamura

Associazione "La vela" - Gravina

pres. Rosa Stano

pres. Maria Altamura

pres. Maria Volpe

pres. Angela Drimaco

pres. Maria Lomurno

pres. Giuseppe D'Alò

Bari 4 giugno 2012

la presente relazione è costituita di 4 pagine

Area Tematica Salute Mentale

1) obbligatorietà di convocazione del Consiglio allargato di Dipartimento almeno in occasione della programmazione annuale e del consuntivo, come previsto dalla legge 30/98.

garantire la presenza dell'utenza anche negli organismi di controllo e di verifica delle strutture.

2) nell'assegnazione dei finanziamenti privilegiare la residenzialità leggera, in primis gli Habitat assistiti, e incrementare le Case per la vita.

3) equa distribuzione delle strutture sanitarie sul territorio

4) apertura dei CSM a 12 ore con personale adeguato sul piano qualitativo e integrato da figure professionali specifiche

5) potenziamento del centro " Salvatore Cotugno" di Gravina

Relazione

Questa relazione è l'esito dal lavoro del gruppo del CCM che si è occupato dell'area tematica dell'oncologia. Fanno parte del gruppo l'associazione ACET (Associazione Cittadini E Territorio), l'AISTOM (Associazione Italiana Stomizzati), l'associazione Amici del Cuore e la Fondazione ANT ITALIA onlus

Il gruppo porta la necessità di lavorare sui seguenti punti, allo scopo di migliorare i servizi offerti ai cittadini sofferenti di tumore, e di migliorare la qualità delle condizioni lavorative degli operatori sanitari del settore, per essere messi in condizione di rapportarsi meglio al sofferente e alla sua famiglia.

1. **Rete oncologica:** ravvisando che non è stato realizzato quanto previsto dalla Legge Regionale n. 23/08 "Piano Regionale di Salute 2008-2010", il gruppo ritiene indispensabile lo sviluppo della Rete Oncologica Pugliese. Lo scopo di una siffatta procedura è quello di facilitare la fruizione delle informazioni circa la situazione clinica del soggetto in trattamento, e delle procedure in corso da parte degli operatori, oltre ad agevolare l'accesso alle informazioni e alle cure, da parte degli utenti, garantendo loro diagnosi adeguate.
2. **Prevenzione Oncologica:** Importantissima la prevenzione e le specifiche campagne di screening (ad esempio screening melanoma, mammografici, visite ginecologiche, colon/retto, tiroide etc.), che si propone di attuare a tappeto sulle fasce di popolazione che si ritengono statisticamente a rischio. La prevenzione primaria, volta a mantenere e raggiungere un buon grado di benessere, va potenziata. Tale obiettivo si propone che sia raggiunto attraverso campagne educative monotematiche, rivolte alla cittadinanza, con il sostegno economico della Regione Puglia, attraverso la programmazione sanitaria dell'A.Re.S. Puglia (Agenzia Regionale Sanitaria Puglia).

3. **Questione Etica:** si vuole approfondire quali sono le linee di comportamento che i professionisti che si occupano di seguire il sofferente, dovrebbero essere tenuti ad attuare, sia nello stabilire il piano terapeutico, sia nella relazione con lo stesso e con la sua famiglia. Con particolare attenzione si fa riferimento al fatto che si dovrebbe evitare, ove possibile, accanimento terapeutico, tenendo presente il rapporto benefici/effetti collaterali della terapia, sempre relazionati allo specifico quadro clinico e salvaguardando la dignità della persona e la libera scelta.
4. **Incremento Hospice/Assistenza domiciliare:** Per venire incontro alle esigenze dettate dalle differenti necessità di ogni singolo caso clinico, nonché delle differenti situazioni familiari, si chiede di incrementare sia gli Hospice, che risultano carenti sul territorio, sia l'assistenza domiciliare, che potrebbe, in zone della provincia BA dove non è ancora molto radicata, portare supporto a chi sceglie di essere assistito presso il proprio domicilio.
5. **Farmacologia Etica:** si propone lo sviluppo di una rete, attraverso le farmacie distrettuali, di un'organizzazione della più agevole distribuzione dei farmaci, e delle terapie, che sia volta ad evitare qualunque tipo di spreco degli stessi, tenendo presente i costi che il SSN (Sistema Sanitario Nazionale) sopporta per l'approvvigionamento di detti farmaci.
6. **Investimenti posti letto, assunzioni operatori sanitari e formazione:** In questo punto, si vuole sottolineare l'importanza degli investimenti che siano mirati al raggiungimento di una migliore **assistenza oncologica** per chi ne necessita. L'incremento dei posti letto, comporterebbe l'incremento delle assunzioni di personale medico adeguatamente formato. La formazione continua sia del personale in essere, sia delle figure professionali esterne, è imprescindibile per mettere in condizione detti professionisti, di operare al meglio delle proprie capacità, della propria motivazione, e con la maggior competenza possibile nell'utilizzo di ausili, macchinari e strumentazione diagnostica e altro.

7/ Liste di attesa