



Movimento Civico

Piazza della Repubblica

Trani

articolo97let@gmail.com

Al Consigliere Regionale Debora Ciliento

Alla Presidenza del Consiglio Comunale di Trani

Alla Presidenza della Giunta della Regione Puglia

PRESIDIO TERRITORIALE DI ASSISTENZA (PTA)

DI TRANI

RIUTILIZZO E RIFUNZIONALIZZAZIONE.

**PROPOSTA DI LINEE DI INDIRIZZO METODOLOGICHE
E PROGRAMMATICHE**

PREMESSA

L'articolo 32 della Costituzione Italiana afferma che *"la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività"*; è pertanto necessario perequare il diritto dei residenti nel Comune di Trani, rispetto agli altri territori, dopo la dismissione dell'ospedale per acuti.

Il D. Lgs 24/2017 sancisce, all'Articolo 1, che 1). *La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività.* 2). *La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative.*

Secondo le migliori evidenze di letteratura internazionale, il corretto posizionamento di rischio, delle attività sanitarie "in toto", nei sistemi produttivi umani, deve avvenire nell'ambito delle *Organizzazioni ad Alta Affidabilità (H.R.Os –High Reliability Organizations)*, con indice di evento avverso intorno ai 10^{-4} per 10.000 esposizioni. Per avvicinarsi a tali standard, sono necessari profondi **cambiamenti organizzativi e culturali** [R. Amalberti *Ann Intern Med* - 2005; 142 (9): 756-64], che tengano conto anche di Ergonomia e Fattori Umani.

Con l'accordo del 2016, il Presidente della Giunta Regionale Pugliese, il Sindaco di Trani ed il Direttore Generale *pro tempore* della ALS BT, firmavano un **protocollo d'intesa per la dismissione dell'Ospedale per Acuti e la nascita della Casa della Salute, denominata PTA di Trani** ma, alla data odierna, non vi è la piena attuazione degli impegni allora assunti e del programma di massima (realizzazione dell'Ospedale di Comunità, Residenza RSA R1, ad es.).

Nel solco del D.M. 70/2015, nel 2018, la Regione Puglia sanciva la nascita delle **Casa della Salute**, denominate **Presidi Territoriali di Assistenza (P.T.A.)**.

Le attività dei PTA sono regolate dal Regolamento Regionale 21 gennaio 2019, n.7, e successive modifiche, che prevede che esso sia "Articolazione" del Distretto Socio Sanitario e che **"La responsabilità gestionale, organizzativa e igienico-sanitaria del PTA fa capo al Direttore del Distretto Socio-Sanitario territorialmente competente"** e che *"Nelle strutture a maggiore complessità, caratterizzate dalla contemporanea presenza della residenzialità territoriale e della sala operatoria, le Direzioni aziendali possono affidare la responsabilità gestionale, organizzativa e igienico sanitaria ad un **Dirigente medico responsabile del PTA**, con incarico di responsabilità definito in maniera modulata rispetto alla complessità della struttura affidata (da incarico professionale di cui alla lettera c, ad incarico di direzione di struttura semplice di cui alla lettera b dell'articolo 27 del vigente CCNL Dirigenza Medica)"*.

L'Università Tor Vergata, il 23.3.2020, con CREA sanità (Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità) in "CASE DELLA SALUTE E PRESIDIO TERRITORIALI DI ASSISTENZA Lo stato dell'arte", per FP CGIL, pubblicava il primo ed unico studio italiano sulle case della salute, da cui emerge che «...non sembrano esserci dubbi che le "Case della Salute" dovrebbero rappresentare l'"alter ego" dell'Ospedale, nel senso che dovrebbero assumere nei sistemi sanitari dell'epoca moderna, caratterizzati da un forte orientamento alla prevenzione e alla presa in carico della cronicità, il ruolo di riferimento che è stato dell'Ospedale nei sistemi del '900, caratterizzati dalla grande diffusione delle tecnologie sanitarie. ... Non sembrano, altresì, esserci dubbi che una caratteristica distintiva della "Case della Salute" rispetto agli Ospedali siano proprio le tecnologie, che sono prevalentemente di tipo "soft": medicina di iniziativa, integrazione multi-professionale, partecipazione ed empowerment, etc» e se ne deduce che «In conclusione, anche se in alcune realtà regionali assistiamo ad uno sviluppo sul lato dei servizi garantiti sul territorio, dalle informazioni raccolte emerge, per quanto indirettamente, il fatto che non sembra si stia sviluppando un modello di offerta davvero innovativo e alternativo all'ospedale: le logiche prevalenti sembrano rimanere quelle classiche, orientate a logiche di programmazione dell'offerta, e meno attente all'individuazione dei bisogni emergenti sul lato della domanda.»

Molte Regioni (Emilia Romagna e Marche, ad esempio) prevedono la "tipizzazione" delle Case della Salute in tipo A e B oppure Hub & Spoke a seconda dell'intensità di attività erogata (bassa, media, alta).

Il bacino di utenza di "50.000 ed oltre", rappresenta il più ampio, fra quelli presi in esame dallo studio CREA Sanità FP/CGIL.

Il PTA di Trani, con un bacino di utenza di oltre 50.000 residenti, con la presenza di attività tipicamente ospedaliere per acuti al suo interno, quali Sale Operatorie, Radiologia "con grandi macchine" (T.A.C. multislice, R.M.N. 1.5 tesla), Oncologia ed Ematologia, ed una postazione Fissa Medicalizzata del 118 con numero di accessi costantemente superiore ai 6.000/anno (limite stabilito dal D.M. 70/2015 per la ricomprensione nell'ambito del Dipartimento di Emergenza Urgenza Ospedaliero), rappresenta una sostanziale atipia di modello, ancora orientata in senso ospedaliero per acuti.

Il Consiglio Comunale di Trani con Deliberazione n° 65 del 17/05/2018 approvava, all'unanimità, la proposta di rifunzionalizzazione dell'ex Pronto Soccorso di Trani.

Il D.L. n° 34 del 19/05/2020 intende "...rafforzare l'offerta sanitaria e sociosanitaria territoriale, necessaria a fronteggiare l'emergenza epidemiologica".

CONSIDERAZIONI

- Il modello nazionale della Casa della Salute/Presidio Territoriale di Assistenza (PTA) produce scarsa attrattiva nei confronti dell'utenza (studio CREA/FP CGIL) venendo definito "flop" e "modello poco innovativo e poco attento ai bisogni reali" da Quotidiano Sanità, del 16 luglio del 2020.
- Il bacino d'utenza della sola Città di Trani (56.000 abitanti) è molto grande e costituisce, in sé, il limite più grande di utenza cui una Casa della Salute/PTA nazionale si rivolge.
- L'offerta ospedaliera di Posti Letto (P.L./1000 abitanti) per acuti della ASL BT è la più bassa della Regione, e lontana dai 3.7 Posti Letto/1000 nazionali richiesti nel D.M. 70/2015 (una delle più basse d'Europa), attestandosi sotto i 2 P.L./1000 abitanti.
- Non sono ancora state realizzate tutte le "reti per le patologie tempo/dipendenti" (Rete Ictus, Trauma etc), come prescritto dal D.M. 70/2015, ad esclusione della Rete S.T.E.M.I. (Infarto Miocardico Acuto-ST Sopra); la loro realizzazione sarà mandatoria, essendo l'epidemiologia delle malattie tempo dipendenti (numero di casi/popolazione/anno) non modificabile nel breve periodo ma, anzi, piuttosto costante.
- La Regione Puglia non è ancora dotata di servizio strutturato di elisoccorso, costante ed ubiquitario (H.E.M.S., S.A.R.- H.H.O., A.A.).
- L'attuale modello gestionale dei Dipartimenti di Emergenza/Urgenza/Accettazione (Pronto Soccorso) non adotta, per quanto di nostra conoscenza, il calcolo sistematico dell'indice N.E.D.O.C.S. per valutare l'affollamento (*crowding*) e la permanenza (*boarding*) presso i reparti di Pronto Soccorso. *Crowding* e *Boarding* costituiscono un fattore prognostico sfavorevole indipendente, per gli esiti, dei pazienti. (Hamid Reza Rasouli et al - Arch Acad Emerg Med 2019 Aug8; 7(1):e52. eCollection 2019. *Outcomes of Crowding in Emergency Departments; a Systematic Review*).
- Il modello di risposta in emergenza-urgenza scelto nella ASL BT, dal 2019, predilige il massiccio ricorso al SET-118 (Servizio di Emergenza Territoriale 118) con conseguente *crowding* di sistema (SET 118) sino al raggiungimento del blocco di fatto, e dell'incapacità di risposta, per le urgenze contemporanee (lunghe attese al telefono per chiamate in emergenza, anche per patologie *life threatening*, sino al blocco delle linee telefoniche) che diviene sempre più frequente, e *boarding* dei mezzi di soccorso presso i DEU ospedalieri (in attesa di "sbarellamento"), a cui si intende dare risposta mediante un correttivo parziale come la realizzazione della sesta Centrale Operativa del 118 nella provincia BAT, non previsto dai requisiti del D.M. 70/2015 (per dimensionamento demografico), non sistemico e prevedibilmente inefficace [anche solo mediante banalissima F.M.E.A. (Failure Mode and Effect Analysis)].
- Il Piano Nazionale della Cronicità del 2016, del Ministero della Salute, asserisce che "il 70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale sia oggi speso per la gestione delle malattie croniche".

- Il PTA di Trani, che di cronicità deve occuparsi, risulta “anomalo” per dimensionamento strutturale, numero di accessi in emergenza urgenza (P.F.M.), dotazioni di reparti di “tipo ospedaliero per acuti” e risorse tecnologiche di tipologia “no soft”.
- Non vi è, al momento, alcun *Piano Produttivo* né *Organigramma* definito, per il PTA di Trani (*chi fa cosa?*) che lo contraddistingua e lo caratterizzi.
- In Regione Emilia Romagna non vi è la pedissequa osservanza del D.M. 70/2015: “... *nostra regione chiama in causa la necessità di non calare rigidamente la classificazione di cui al DM 70/2015 sulle singole strutture, ma di definire gli assetti a seguito di un lavoro che integri le diverse reti interessate (rete cardiologica, delle neuroscienze, per il trattamento dei grandi traumi e delle grandi ustioni), tenendo conto dei risultati di outcome raggiunti. Particolare attenzione andrà posta al tema della gestione dei picchi di afflusso e della valorizzazione delle professionalità*”.

Il 29 giugno 2016, a Bologna, Salvatore Ferro e Maria Teresa Montella del Servizio Assistenza Ospedaliera Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare Regione Emilia-Romagna affermavano che “*In Regione Emilia-Romagna i PPI (Punti di Primo Intervento n.d.r.) hanno caratteristiche differenti rispetto al DM 70 in relazione alla evoluzione della rete dell'emergenza. Si distinguono: PPI territoriali PPI a gestione ospedaliera sia pubblica che privata accreditata (es: Prof. Nobili a Castiglione dei Pepoli) e possono essere a gestione mista tra 118 e medici-infermieri ospedalieri.*”

1)

<https://bur.regione.emilia-romagna.it/bur/area-bollettini/bollettini-in-lavorazione/ottobre-periodico-parte-seconda-2a-quindecina.2016-10-18.4975921291/riorganizzazione-dalla-rete-ospedaliera-secondo-gli-standard-previsti-dalla-legge-135-2012-dal-patto-per-la-salute-2014-2016-e-dal-dm-salute-70-2015/allegato-1-linee-di-indirizzo>

2)

[https://salute.regione.emilia-romagna.it/siseeps/sanita/emergenza-urgenza/ps/files/Documento_sovraffollamento_rifunione_29giugno2016.pdf/@@download/file/Documento_sovraffollamento_rifunione_29giugno2016.pdf](https://salute.regione.emilia-romagna.it/siseeps/sanita/emergenza-urgenza/ps/files/Documento_sovraffollamento_riunione_29giugno2016.pdf/@@download/file/Documento_sovraffollamento_rifunione_29giugno2016.pdf)

PROPOSTA METODOLOGICA

Articolo97-Liberi e Trasparenti, Movimento Civico in Trani, in seguito alle iniziative pubbliche assunte nonché agli incontri avuti con cittadinanza ed istituzioni, nell'intento di offrire un apporto collaborativo agli organi competenti, propone le seguenti **linee metodologiche e programmatiche di indirizzo** che, è di tutta evidenza, rappresentano solo lo stato attuale delle conoscenze organizzative e scientifiche. Queste devono essere considerate flessibili,

implementabili e modificabili nel tempo, reattivamente, e proattivamente, con le mutevoli esigenze del tempo, secondo un ciclo di miglioramento continuo della qualità dei prodotti (W.E. Deming).

Esse rappresentano solo un'idea di *mission* della struttura del PTA, preliminarmente ad ogni altro discorso, e **non sono da considerarsi**, appare ovvio, **come organizzative e/o operative**.

È necessario pertanto per i P.T.A. pugliesi, e per il P.T.A. San Nicola Pellegrino di Trani, avviare percorsi nuovi di studio, misurazione, confronto, comparazione con le realtà nazionali più virtuose e programmazione, e quindi:

1. Effettuare una "TIPIZZAZIONE" delle strutture in base all'intensità/complessità dell'assistenza e delle attività e prestazioni erogabili secondo qualsiasi nomenclatura: alfabetico (tipo A tipo B), tipologico (Bassa, Media, Alta complessità Assistenziale), nodale (HUB & SPOKE).
2. "Mettere in rete" i PTA, fra loro, e con la rete Ospedaliera per Acuti.
3. Redigere un *Piano di Produzione* per ogni singolo PTA.
4. Attuare un'organizzazione dipartimentale con la creazione del "*Dipartimento del Distretto Socio Sanitario ad Alta Complessità Assistenziale*" (si ricordi che il Distretto S.S.5 fornisce anche l'assistenza sanitaria Penitenziaria alla Casa Circondariale di Trani).
Il PTA sarà articolazione di tale dipartimento (U.O.S.V.D.) così come saranno costituite le U.O.S. o le U.O.S.V.D. per le articolazioni cliniche più complesse (Oncologia, Sala Operatoria, Radiologia, Oftalmologia, Riabilitazione etc.) tutte ricadenti sotto la giurisdizione del D.S.S., per razionalizzare il funzionamento in un unico ambito organizzativo e giuridico, dipartimentale distrettuale secondo la mission.
5. Stabilire l'*Organigramma Gerarchico della Struttura con l'attribuzione "reale" delle funzioni decisionali di coordinamento e controllo* al Direttore del Distretto Socio Sanitario e, in via gerarchica subordinata, nei PTA di tipologia elevata, come per il PTA di Trani, ad un *Dirigente Responsabile di UOSVD del PTA, con il suo staff amministrativo/gestionale (amministrazione/igiene/rischio clinico/qualità/formazione continua/attività cliniche etc.)*.
6. Modificare l'attuale inquadramento giuridico/funzionale delle P.F.M. SET 118, ad alto numero di accessi per anno (sopra i 6.000/anno), trasformandole in Punti di Primo Intervento Integrati Ospedale-Territorio, inquadrati del Dipartimento di Emergenza Urgenza Ospedaliero per acuti (vedasi Regione Emilia Romagna).
Si ricordi che il D.M. 70/2015 recita: "*Qualora gli accessi superino le 6.000 unità anno la responsabilità clinica e organizzativa ricade sul DEA di riferimento, che potrà avvalersi di risorse specialistiche, con adeguata formazione, presenti nella struttura*" e che "*Punti di Primo Intervento con casistica inferiore ai 6.000 passaggi annui sono direttamente affidati al 118 come postazione territoriale*"
7. Dare perciò opportuno seguito, per il PTA di Trani, con ogni necessaria modifica resa necessaria dal mutare dei tempi, alla Delibera di Consiglio Comunale di Trani n° 65 del 17/05/2018.

8. Adottare lo strumento del *Pubblico Interpello Aziendale* per selezionare le migliori professionalità già in forza alle aziende, affini a tali ruoli (anche per idoneo *hidden curriculum*), per possesso documentato di titoli accademici qualificanti, ivi comprese le certificazioni di primari enti riconosciuti, di *No Technical Skills*, di conoscenza ed esperienza sul campo Organizzativa/Gestionale, di possesso di capacità di Gestione del Rischio Clinico, e conoscenza delle tematiche sulla Qualità e Miglioramento Continuo delle Cure, Ergonomia e Fattori Umani.
9. Considerare la **formazione continua** come valore inderogabile di ogni sistema sanitario complesso moderno, come è il Distretto Socio Sanitario, ed individuare un referente per gli aspetti formativi, in coordinamento continuo con ogni risorsa aziendale (ospedaliera e territoriale).
10. Effettuare valutazioni di impatto clinico/economico/etico/sociale mediante lo strumento dell'H.T.A. (*Health Technology Assessment*) prima di qualsiasi decisione operativa, da parte del management aziendale, di introduzione o acquisto di tecnologie, soprattutto se "pesanti" e poco conformi al modello, e comunque di qualsiasi tipologia. Che queste seguano le indicazioni Ministeriali, e di A.G.E.N.A.S., e non, invece, convinzioni personali o H.T.A. difformi dall'ortodossia metodologica (*"Le tecnologie oggetto di valutazione possono essere farmaci, dispositivi medici, vaccini, procedure e, più in generale, tutti i sistemi sviluppati per risolvere un problema di salute e migliorare la qualità della vita"*)
 - (IL PROCESSO DI HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT – Ministero della Salute; http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=5199&area=dispositivi-medici&menu=tecnologie).

TIPOLOGIA DI ATTIVITÀ

L'Attività del P.T.A. San Nicola Pellegrino di TRANI, inquadrata pertanto in un'unica articolazione dipartimentale, sottostante al D.S.S. n°5, coordinata dal Dirigente Responsabile e dal suo Staff di direzione, orienterà il **Piano Produttivo prevalentemente (in misura non inferiore all'80%) sul bacino dei residenti nel Comune di Trani**.

Il PTA di Trani dovrà essere classificato come PTA "ad Alta complessità Assistenziale, o di tipo HUB".

Si dovrebbe prudentemente, almeno in un primo momento, **accantonare il progetto di Ospedale di Comunità e Residenza RSAR1** poiché di difficile organizzazione nello stato dei fatti.

Attualmente, infatti, la realizzazione di un **Ospedale di Comunità** affidato ai M.M.G., organizzato, sicuro ed efficace, appare di ardua progettazione e realizzazione molto complessa, quanto meno sotto il profilo dell'universalità del servizio, così come per la **Residenza RSAR1** [*struttura di ricovero ad alto livello di complessità, instabilità clinica, sintomi di difficile controllo, necessità di supporto alle funzioni vitali e/o gravissima disabilità, che richiedono continuità assistenziale con pronta disponibilità medica e presenza infermieristica sulle 24 ore*].

(Regione Lazio - http://www.regione.lazio.it/binary/rl_sanita/tbl_news/allegato.pdf)

in cui le difficili competenze clinico-gestionali richieste, multidisciplinari, di sostegno e monitoraggio delle funzioni vitali e di *Infection Prevention and Control* appaiono di difficile reperimento e quindi di difficile realizzazione, in questo momento storico (penuria di medici ed infermieri intensivisti e semi-intensivisti) ma che potrà essere ripensata, in un secondo momento storico, dopo il raggiungimento degli standard minimi, anche in eventuale regime di partenariato pubblico/privato.

Le attività, organizzate secondo standard di Qualità, Efficacia e Sicurezza, dovranno prevalentemente soddisfare la domanda di salute in merito a **patologie croniche e prevenzione**.

Dovrà essere favorita la **medicina di iniziativa**, di **prossimità** per **l'anticipazione delle acuzie e l'empowerment del cittadino-utente**.

Ogni figura professionale operante nel PTA, anche se di origine ospedaliera, anche *pro tempore*, sarà parte integrante e funzionale delle attività distrettuali socio sanitarie del PTA.

I percorsi di cura e diagnosi dovranno prevalentemente interessare, e con Punto di Accesso Unico:

1. **Cardiomiopatie croniche.**
2. **Diabete.**
3. **Broncopneumoptie Croniche.**
4. **Oncologia.**

In aggiunta alle tipiche attività routinarie socio sanitarie, sarà necessario implementare la **medicina d'iniziativa** anche mediante la creazione di un apposito percorso di anticipazione delle acuzie (**staff "prevalentemente" infermieristico, dedicato al tele-controllo delle cronicità domiciliari prevalentemente, ma non solo, mediante telefono, unitamente alle nuove tecnologie di telemedicina, ove consentito**).

Le **liste d'attesa, anche operatorie**, dovranno essere distrettuali, trasparenti, pubbliche, consultabili e gestite da un singolo **responsabile di processo**, ben individuato; anche i piani per l'abbattimento delle liste d'attesa, dovranno passare per questo strumento, motivando ogni passaggio ed individuando, informaticamente, il responsabile di ogni singolo passaggio e/o "forzatura" del sistema.

Utile, e molto innovativa (quale strumento gestionale di supporto del territorio per l'*Overcrowding* ed il *Boarding* nei D.E.U. aziendali), la creazione della struttura/ambulatorio di **Dimissione Ospedaliera Protetta Multispecialistica e Medicina di Affidato**, per la dimissione in sicurezza di pazienti, residenti nella città di Trani, dai D.E.U. dei tre

Ospedali per Acuti Aziendali (secondo precisi protocolli condivisi, operatore indipendente) con virtuosa riduzione del ricorso al ricovero ospedaliero eventualmente incongruo.

Le attività di **Sala Operatoria**, come quelle di **Radiologia** ed **Oncologia** saranno gestite pertanto a livello distrettuale socio sanitario, e non più ospedaliero; potranno avvalersi di ogni risorsa professionale specialistica aziendale, anche ospedaliera, se ritenuta conforme alla *mission*, ed al Piano di Produzione del PTA.

La **Radiologia** però, dotata delle due grandi macchine (TAC Multislice e RMN da 1,5 tesla), quindi non in linea con le dotazioni standard di una Casa della Salute, quale *extrema ratio*, sosterrà eccezionalmente gli ospedali per acuti in urgenza (avarie tecniche negli ospedali per acuti) e, in ogni caso, per esecuzione di esami di R.M.N. H/12, per il solo Ospedale di base, Vittorio Emanuele II di Bisceglie, secondo un virtuoso processo di produzione "*Lean*" di impiego razionale delle risorse tecnologiche e di eliminazione, o riduzione, degli squilibri produttivi ("*mura*").

Inoltre, in caso di rifunionalizzazione della P.F.M. S.E.T. 118 in ambito dipartimentale di emergenza-urgenza integrata (come di seguito esplicitato), effettuerà esami di radiologia tradizionale e TAC, senza mezzo di contrasto, H/24, anche in pronta disponibilità, con telerefertazione ospedaliera aziendale notturna e festiva, garantendo, invece, nei giorni feriali il servizio H12 di refertazione in loco.

Il **Day-Service Chirurgico**, e quello **Oculistico**, inquadrati nell'ottica dipartimentale distrettuale, effettueranno **attività ambulatoriale costante** e coordinata dal D.S.S., per il bacino d'utenza (prevalentemente comunale tranese ed in misura non inferiore all'80%) di riferimento, e non provinciale aziendale, avvalendosi anche di professionalità ospedaliere le cui attività, svolte nel PTA, rivestiranno carattere distrettuale.

Il **Day Service Chirurgico** e quello **Oculistico**, effettueranno tutte le attività ambulatoriali funzionali ai **PDTA (percorsi diagnostico-terapeutici) delle quattro macroaree della cronicità** (sopracitate), individuate nel Piano Produttivo del PTA e fortemente integrate.

Il **Percorso Donna** necessiterà di ripensamento e riprogettazione, non potendo essere limitato all'aspetto radiologico mammografico e densitometrico.

La P.F.M. SET-118, dovrà essere riorganizzata come U.O.S.V.D. integrata ospedale/territorio, facente capo al Dipartimento di Area Critica Aziendale Ospedaliera, amministrativamente distaccata dal D.S.S. e dal SET-118, secondo quanto proposto nel progetto di **Punto di Primo Intervento Sperimentale Integrato Ospedale Territorio**, deliberato all'unanimità dal Consiglio Comunale di Trani, il 18 maggio 2018 (delibera n° 65), con ogni opportuna modifica resasi necessaria nel frattempo, con piena integrazione, H24, ospedale/SET-118, per l'ottimizzazione delle

risorse umane e la riduzione degli squilibri produttivi (corretto utilizzo del personale medico ed infermieristico di autoambulanza ed automedica quando non impegnato in emergenza sul territorio).

CONCLUSIONI

La proposta di Articolo 97, ossequiosa delle evidenze scientifiche e delle buone pratiche gestionali generali e del rischio, dei principi ispiratori della produzione "Lean", è il frutto del lavoro di gruppo dei suoi consulenti medici di fiducia (ospedalieri e territoriali con comprovata esperienza) e rappresenta soltanto una linea di indirizzo programmatica per ipotizzare la "mission" del il P.T.A. di Trani e quindi formulare il Piano Aziendale da cui discenderanno, a cascata, tutte le altre azioni necessarie per la realizzazione.

Non è infatti, in alcun modo, un velleitario piano dettagliato né operativo, che dovrà essere stilato, invece, come necessario documento tecnico finale, dopo la presa di decisione programmatica e l'adesione alla mission.

Sarà perciò necessario, di seguito, un cospicuo lavoro "di Team", con tavoli tecnici "competenti" separati e coordinati, previo studio, misurazione, analisi e comparazione, di ogni singolo aspetto procedurale, e la scelta del personale con le migliori competenze per svolgerlo ai quali, Articolo 97, assicura sin d'ora il proprio contributo tecnico ed operativo.

Giuseppe Curci

Presidente Articolo97



Raffaele Covelli

Segretario Articolo97

