PARTE SECONDA

Deliberazioni del Consiglio e della Giunta

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 4 luglio 2014, n. 1403

Approvazione Programma Operativo 2013-2015 predisposto ai sensi dell'art. 15, comma 20, del L. L. n. 95/2012 convertito, con modificazioni, il legge n. 135/2012.

L'Assessore al Welfare, sulla base dell'istruttoria espletata dai Dirigenti dei Servizi Gestione accentrata finanza sanitaria regionale, Programmazione Assistenza ospedaliera e specialistica, Accreditamento e Programmazione Sanitaria, Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione, Programmazione sociale ed integrazione socio-sanitaria, confermata dal Direttore dell'Area Politiche per la Promozione della Salute delle Persone e delle Pari Opportunità, riferisce quanto segue:

In ottemperanza alle disposizioni normative previste dal Patto per la Salute 2010-2012 e alla Legge Finanziaria 2010, la Regione Puglia ha inviato la richiesta di sottoscrivere un piano di rientro entro il termine previsto del 30 aprile 2010, al fine di ottenere la riattribuzione del maggiore finanziamento previsto per il 2006 e il 2008, non assegnato a causa del mancato rispetto del patto di stabilità interno e per l'anno 2008 per l'assistenza domiciliare e residenziale.

L'Accordo tra il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze e la Regione Puglia per l'approvazione del Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 è stato sottoscritto in data 29 novembre 2010.

Con Deliberazione della Giunta Regionale 30 novembre 2010, n. 2624 e Legge Regionale n. 2 del 09.02.2011 sono stati approvati l' Accordo e il Piano di Rientro e di Riqualificazione.

Il Piano di rientro 2010-2012 ed il suo Allegato Operativo, sulla base della ricognizione delle cause che hanno determinato strutturalmente eccessivi oneri di gestione per il SSR, ha individuato e affrontato selettivamente le diverse problematiche emerse, incidendo sui diversi fattori di spesa e specificando gli obiettivi di contenimento, le singole azioni concretamente realizzabili per il raggiungimento degli obiettivi medesimi e l'impatto finanziario correlato.

Nel corso della riunione del 09.11.2012, in relazione alle criticità in essere e al fine di consolidare e rendere effettivamente strutturali gli interventi previsti nel Piano di rientro, il Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza ha chiesto alla Regione di redigere ed adottare il Programma operativo per gli anni 2013-2015 avvalendosi di quanto previsto al comma 20 dell'articolo 15 del Dl 95/2012, convertito, con modificazioni, dalla legge 135/2012.

Con il Programma Operativo 2013-2015, la Regione intende proseguire e rafforzare l'azione di controllo della spesa sanitaria già intrapresa con il sopracitato Piano di Rientro, continuando a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza attraverso un processo di miglioramento dell'offerta sanitaria ospedaliera ma soprattutto territoriale, attraverso tre "categorie" di interventi, tra loro fortemente correlati:

- dotare il SSR di strumenti in grado di garantirne il governo complessivo;
- implementare le azioni "strutturali" nei confronti del SSR, in grado di assicurare nel tempo la sua sostenibilità;
- proseguire il percorso già avviato e relativo allo sviluppo di azioni di efficientamento del sistema, con la finalità di migliorare la qualità dell'assistenza e il percorso di accesso a cure appropriate e adeguate ai bisogni di salute della popolazione, garantendo al contempo meccanismi di razionalizzazione dei costi e dell'uso delle risorse.

La Regione, il 26 aprile 2013, ha trasmesso al Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali, la bozza del Programma Operativo 2013-2015.

Il 12 settembre 2013 la Regione ha richiesto, con una nota del Presidente Vendola, l'accesso al Programma Operativo 2013-2015.

In data 13.12.2013, in esito alle osservazioni sulla bozza dei PP.OO. evidenziate dal Ministero della Salute nel corso dell'incontro tenutosi in data 27.11.2013, la Regione ha trasmesso un aggiornamento sulla proposta di Programma Operativo 2013-2015.

In data 04.04.2014 il Tavolo tecnico con il Comitato ha verificato la nuova bozza del Programma Operativo 2013-2015 trasmessa dalla Regione e, all'esito della riunione, ha disposto che la Regione può procedere all'adozione formale del provvedimento, con delibera di Giunta regionale, che recepisca le prescrizioni riportate nel verbale della riunione stessa.

Si ritiene, pertanto, con il presente provvedimento, di proporre alla Giunta Regionale di procedere, in conformità alle indicazioni del Tavolo tecnico e del Comitato, previo recepimento delle le prescrizioni riportate nel verbale datato 04.04.2014, all'approvazione del Programma Operativo 2013-2015 (Allegato A), corredato dei seguenti allegati:

All. I Indicatori di contesto
All. II Tabelle Programma 10
All. III Relazione APQ Benessere e Salute
All. IV Stato di attuazione della riconversione delle strutture ospedaliere
All. V CE Tendenziale e Programmatico e Modelli LA tendenziali e Programmatici

nonché del relativo cronoprogramma di attuazione (Allegato B), parti integranti e sostanziali del presente provvedimento, predisposti ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. n. 95/2012 convertito, con modificazioni in legge n. 135/2012.

"COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DELLA L.R. n.28/2001 E S. M. E I."

Dal presente provvedimento non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

L'Assessore relatore sulla base delle risultanze istruttorie, come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale, ai sensi della L.R. n.7/97, art. 4, comma 4, lettera d).

LA GIUNTA

Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;

Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Direttore dell'Area;

a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

Per quanto esplicitato in narrativa e quivi riportato per farne parte integrante e sostanziale:

1. di approvare il Programma Operativo 2013-2015 (Allegato A), corredato dei seguenti allegati:
   All. I Indicatori di contesto
   All. II Tabelle Programma 10
   All. III Relazione APQ Benessere e Salute
   All. IV Stato di attuazione della riconversione delle strutture ospedaliere
   All. V CE Tendenziale e Programmatico e Modelli LA tendenziali e Programmatici

   nonché del relativo cronoprogramma di attuazione (Allegato B), parti integranti e sostanziali del presente provvedimento, predisposti ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. n. 95/2012 convertito, con modificazioni in legge n. 135/2012, nell'ambito dei quali sono state recepite le prescrizioni dettagliate nel citato verbale del Tavolo e del Comitato datato 04.04.2014;

2. di disporre che le azioni e gli interventi contenuti nel Programma Operativo 2013-2015 della Regione Puglia sono vincolanti per le Aziende, Enti ed Istituti del Servizio Sanitario Regionale;

3. di stabilire, infine, che il presente provvedimento sia pubblicato sul BURP.

Il Segretario della Giunta
Avv. Davide F. Pellegrino

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola



REGIONE PUGLIA

Allegato A

PROGRAMMA OPERATIVO 2013-2015

Ai sensi dell' art. 15 comma 20 del DL 95/2012, convertito con modificazioni dalla legge 135/2012

Programma operativo della Regione Puglia
2013 - 2015

PREMESSA

I **Percorso metodologico, definizione dello scenario regionale e individuazione degli interventi prioritari**

1.1 Definizione dello scenario regionale

1.2 Individuazione degli interventi da attuare

II **Aree di riferimento del Programma Operativo**

2.1 Governo del Sistema: **i Programmi**

1 ***Governo del PO***

2 ***Attuazione del decreto legislativo n. 118/2011***

2.1 Individuazione della struttura responsabile dell'attuazione del decreto legislativo 118/2011 nell'ambito del Programma Operativo e controlli.

2.2 Azioni di monitoraggio dell'effettiva attuazione del decreto legislativo 118/2011

2.3 Realizzazione e implementazione di specifici flussi informativi dedicati alla effettiva attuazione del decreto legislativo 118/2011

2.4 Redazione periodica di un rapporto concernente lo stato di trasferimento alla GSA e alle aziende sanitarie di competenza e di cassa delle risorse destinate al SSR

3 ***Certificabilità dei bilanci del SSR***

4 ***Flussi informativi***

4.1 Azioni di miglioramento in termini di completezza e qualità e dei flussi informativi NSIS

4.2 Sistema Tessera Sanitaria ed evoluzioni (ricetta elettronica di cui al DPCM 26/03/2008 e ricetta dematerializzata di cui al D.M. 02/11/2011)

5 ***Accreditamento***

5.1 Aggiornamento procedure per l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie

5.2 Modalità di verifica di allineamento dei requisiti richiesti per l'accreditamento, in coerenza con la normativa vigente

5.3 Modalità di verifica periodica della sussistenza dei requisiti

5.4 Piano di adeguamento finalizzato all'Accreditamento istituzionale delle Strutture Pubbliche

5.5 Accreditamento delle Strutture trasfusionali pubbliche

5.6 Individuazione del fabbisogno di prestazioni residenziali e semiresidenziali, sanitarie e sociosanitarie per disabili

5.7 Individuazione del fabbisogno di prestazioni residenziali sanitarie e sociosanitarie per anziani non autosufficienti e conseguente definizione del fabbisogno di offerta

6 ***Contabilità analitica***

7 ***Rapporti con gli erogatori***

- 7.1 Ricognizione delle tariffe regionali per tutte le tipologie di assistenza ed eventuale rimodulazione delle stesse in relazione alla normativa regionale
- 7.2 Accordi contrattuali con gli erogatori privati
- 7.3 Individuazione delle funzioni assistenziali di cui al D. Lgs. 502/92, con l'indicazione dei criteri di calcolo della relativa assegnazione economica
- 7.4 Programma dei controlli di appropriatezza
- 7.5 Programma dei controlli di congruenza tra cartella clinica e SDO
- 7.6 Rapporti con gli erogatori privati accreditati
- 7.7 Rapporti con le Università degli studi di Bari e Foggia

8 ***Formazione e comunicazione ai cittadini***

- 8.1 Formazione del personale, ivi compreso sistemi di *job evaluation*, *performance measurement* e incentivazione
- 8.2 Formazione e comunicazione ai cittadini
- 8.3 Attivazione di azioni finalizzate alla rilevazione sistematica della qualità percepita dagli utenti/cittadini

9 ***Razionalizzazione della spesa***

- 9.1 Razionalizzazione della spesa
- 9.2 Sviluppo e promozione HTA e HS

10 ***Gestione del personale***

- 10.1 Rideterminazione Dotazioni Organiche delle Aziende/Enti SSR e assunzioni a tempo indeterminato
- 10.2 Rideterminazione dei fondi contrattuali
- 10.3 Gestione Attività Libero Professionale Intra-moenia
- 10.4 Dirigenza sanitaria e governo clinico
- 10.5 Strutture organizzative ed atti aziendali

11 ***Sanità pubblica***

- 11.1 Piano Strategico Regionale per la Promozione della Salute nella Scuola
- 11.2 Piano Regionale Prevenzione
- 11.3 Qualificazione dei Programmi di screening (oncologici, malattie infettive, etc.) e adeguamento degli screening aziendali agli standard nazionali
- 11.4 Prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro
- 11.5 Integrazione Ambiente e Salute

12 ***Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare***

- 12.1 Riorganizzazione e riqualificazione del "nodo" regionale

12.2 Coerenza delle linee di attività programmate a livello regionale con quelle riportate nel Piano Nazionale integrato 2011-2014

12.3 Definizione di un Piano Regionale integrato dei controlli ufficiali, o il suo eventuale aggiornamento con tutte le linee di attività previste dalla pianificazione nazionale

12.4 Miglioramento della rete dei laboratori, con ampliamento del bacino di metodiche accreditate a supporto delle attività regionali di controllo ufficiale, riducendo l'aggravio sui soggetti extraregionali

12.5 Assegnazione di obiettivi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, con ribaltamento a cascata su tutta la struttura operativa

12.6 Adozione ed attuazione di un sistema di audit sulle Autorità Competenti , nonché implementazione di un piano di formazione

13 ***Reti assistenziali per intensità di cure***

13.1 Definizione dei percorsi di cura secondo la logica dell'intensità delle cure e relativa individuazione dei Centri di riferimento.

13.2 Definizione dei percorsi diagnostico terapeutici relativi

13.3 Definizione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) per le cronicità

14 ***Riequilibrio ospedale-territorio***

14.1 Rimodulazione rete ospedaliera

14.1 Lo stato di avanzamento della Riconversione delle strutture ospedaliere in Presidi Territoriali di Assistenza

14.2 Cure palliative e terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico

14.3 Assistenza primaria

14.4 Riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private di laboratorio

14.5 Piano regionale di contenimento dei tempi d'attesa

14.6 Assistenza Distrettuale

14.7 Assistenza specialistica ambulatoriale

14.8 La Salute Mentale

14.9 La riorganizzazione e il rafforzamento del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche

14.10 Piano di riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza domiciliare integrata

14.11 Riorganizzazione della rete consultoriale pugliese

15 ***Rete Emergenza-Urgenza***

15.1 Rete di emergenza territoriale

15.2 Rete di emergenza ospedaliera

15.3 Integrazione con il servizio di continuità assistenziale

16 ***Sanità Penitenziaria***

17 ***Assistenza farmaceutica***

18 *Sicurezza e rischio clinico*

19 *Specifici interventi per l'area di Taranto*

III Costruzione del tendenziale e programmatico

3.1 Costruzione del tendenziale e del programmatico

3.2 Mezzi di copertura: equilibrio del SSR

3.3 Prospetti sintetici

IV Monitoraggio del Programma Operativo

4.1 Modalità di monitoraggio del Programma Operativo

20 *Valutazione e verifica dell'attuazione del Programma Operativo*

Allegati

All. I ***Indicatori di contesto***

All. II ***Tabelle Programma 10***

All. III ***Relazione APQ Benessere e Salute***

All. IV ***Stato di attuazione della riconversione delle strutture ospedaliere***

All. V ***CE Tendenziale e Programmatico e Modelli LA tendenziali e Programmatici***

PREMESSA

La Puglia e il Piano di Rientro

La Regione Puglia, a causa del parziale inadempimento costituito dal mancato rispetto del Patto interno di Stabilità per gli anni 2006 e 2008 e, per il solo 2008, dall'eccezione sollevata al tavolo di verifica in merito a quanto previsto al punto "s" (assistenza domiciliare e residenziale) ha sottoscritto in data 29/11/2010 un **Accordo** (come previsto dalla Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005) con il Ministero della Salute e con il Ministero della Economia e delle Finanze per la approvazione di un **Piano di riqualificazione e riorganizzazione** e di individuazione degli interventi (c.d. **Piano di rientro**) per il perseguimento dell'equilibrio economico, ai sensi dell'art. 1 comma 180 della legge 311 del 23 dicembre 2004 e s.m.i. (legge finanziaria 2005) e del comma 97 art. 2 della legge 191/2009 (legge finanziaria 2010).

L'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, in attuazione dell'articolo 1 comma 173 della legge 30 dicembre 2004 n.311, condiziona, come è noto, l'accesso al maggiore finanziamento a carico dello Stato alla verifica di precisi adempimenti organizzativi e gestionali. Per le Regioni risultate anche parzialmente inadempienti è prevista la possibilità di sottoscrivere un **accordo** al cui rispetto è subordinata la riattribuzione del maggiore finanziamento a carico dello Stato.

L'art. 1 comma 180 della legge 311/2004, richiamato dal comma 97 art. 2 della legge 191/2009, stabilisce che nelle situazioni di squilibrio economico-finanziario la Regione procede ad una ricognizione delle cause dello squilibrio ed elabora un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale, di durata non superiore al triennio (**Piano di rientro**). I Ministeri della Salute, dell'Economia e delle Finanze e la singola Regione stipulano apposito **Accordo** che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza e degli adempimenti di cui alla citata Intesa del 23 marzo 2005.

La sottoscrizione dell'accordo, obbligatoria per le regioni che abbiano evidenziato un disavanzo superiore al 5%, avviene a richiesta della singola regione negli altri casi. In ogni caso, la sottoscrizione dell'accordo è condizione necessaria per la riattribuzione alla Regione del maggior finanziamento anche in maniera parziale e graduale, subordinatamente alla verifica dell'effettiva attuazione del programma di rientro.

La legge 296 del 27 dicembre 2006 (legge finanziaria 2007) **art. 1 comma 796 lett. b)**, precisa che il piano di rientro dal disavanzo, compreso nell'accordo, deve contenere sia le misure di riequilibrio del profilo erogativo dei LEA, sia le misure necessarie all'azzeramento del disavanzo entro l'arco temporale di vigenza del piano, sia gli obblighi e le procedure previste dall'art. 8 dell'Intesa 23/03/2005.

La legge 191/2009 prevede per le Regioni inadempienti per motivo diverso dal disequilibrio economico-finanziario (come la Puglia) la possibilità di presentare un piano di rientro entro il 30/4/2010, a pena di definitiva perenzione delle trattenute sanitarie degli anni precedenti a favore dell'entrata erariale. La norma è formulata con richiamo all'art. 1 comma 180 della legge 311/2004.

Pertanto la Regione Puglia, in ottemperanza di quanto previsto ai sensi delle norme richiamate, in data 28 Aprile 2010 richiedeva la sottoscrizione di un Piano di rientro per la riattribuzione dei maggiori finanziamenti (all'epoca ancora trattenuti) relativi alle annualità 2006 e 2008, allegando alla richiesta una proposta di **Piano di rientro 2010-2012**, che

veniva successivamente approvato in data 29/11/2010 all'atto della sottoscrizione dell'**Accordo** con il Ministero della Salute e con il Ministero della Economia e delle Finanze e in seguito recepito con **Delibera di Giunta Regionale n. 2624 del 30/11/2010** e con **Legge Regionale n. 2/2011**.

Con tale strumento **la Regione Puglia ha avviato un articolato percorso per il risanamento del sistema** con il quale si è inteso sviluppare una programmazione più efficace e razionale delle risorse disponibili, assicurando non solo lo sviluppo di una azione di rigoroso controllo dell'andamento della spesa sanitaria, ma anche la rimozione delle cause strutturali di insufficienza e inappropriatezza del profilo erogativo dei LEA, attraverso una serie di adempimenti organizzativi e gestionali.

Il Piano prevedeva azioni combinate tra loro, volte da un lato a garantire economie strutturali all'interno del sistema sanitario regionale, dall'altro a riqualificare l'assistenza sanitaria verso forme più appropriate e meno costose.

In particolare, gli obiettivi generali del Piano prevedevano un consistente ridimensionamento dell'assistenza sanitaria ospedaliera in termini di posti letto per acuti e, contestualmente, un potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale con particolare riferimento alla riorganizzazione delle cure primarie secondo il *Chronic Care Model*, alla rete distrettuale, alle cure domiciliari, alla ridefinizione dei percorsi di cura materno-infantili e della rete dei consultori familiari, all'assistenza residenziale e semiresidenziale.

Il Piano di Rientro della Regione Puglia 2010 – 2012 aveva individuato i seguenti obiettivi generali e specifici:

Obiettivi Generali		Obiettivi Specifici	
Cod.	Descrizione	Cod.	Descrizione
A	Adeguamento della rete dei servizi (Ospedale, Territorio, Prevenzione) per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza	A1	Ammodernamento strutturale e infrastrutturale della rete dei servizi
		A2	Razionalizzazione funzionale della rete dei servizi (ospedale, territorio, prevenzione)
		A3	Governo del rapporto fra domanda e offerta dei servizi e delle prestazioni
B	Misure per il contenimento dei costi e per l'innalzamento dei livelli di efficacia del sistema sanitario regionale	B1	Politica del Farmaco
B	Misure per il contenimento dei costi e per l'innalzamento dei livelli di efficacia del sistema sanitario regionale	B2	Riduzione dei costi tramite interventi di riorganizzazione interna delle Aziende pubbliche sul territorio
		B3	Contenimento dei costi del Personale per il rientro della spesa
B	Misure per il contenimento dei costi e per l'innalzamento dei livelli di efficacia del sistema sanitario regionale	B4	Contenimento dei costi di acquisto di beni e servizi
C	Rafforzamento dei meccanismi di governance regionale del sistema sanitario	C1	Adozione condivisa di strumenti di governance
		C2	Tavolo sanità elettronica
D	Azioni di complemento con effetti non immediatamente quantificabili sul sistema sanitario regionale	D1	Formazione e Comunicazione
E	**Maggiori ricavi per le aziende sanitarie**	E1	Extra Lea e Azioni di recupero di attività non riscosse e rimodulazione ticket

Dalle verifiche effettuate dal Tavolo Tecnico Ministeriale congiunto per la verifica degli adempimenti regionali dei Piani di rientro dai disavanzi e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico è risultato che, nel corso del periodo di vigenza del Piano, la Regione ha avviato una efficace azione di risanamento dell'equilibrio economico-finanziario e di riorganizzazione e riqualificazione della rete complessiva di offerta dei servizi e delle prestazioni sanitarie, esitata nello sblocco parziale del maggiore finanziamento a carico dello Stato relativo agli anni 2006 e 2008, nonché all'anno 2009 trattenuto successivamente alla sottoscrizione del Piano, avvenuto in due tranche:

- la prima in occasione della verifica del 13 dicembre 2011, con sblocco del 60%
- la seconda in occasione della verifica del 9 novembre 2012, con sblocco di un ulteriore 10% dell'importo complessivo relativo alle tre annualità

Il Tavolo ministeriale nella verifica del 4 aprile 2013 ha preso atto che la Regione ha raggiunto il risultato di esercizio previsto, riuscendo anche a registrare maggiori risparmi (nonostante le minori risorse ricevute, pari a circa 70 milioni di euro in meno rispetto a quanto programmato nel Piano).

Tuttavia in relazione alle criticità rilevate in occasione della verifica del 9 novembre 2012. al fine di consolidare e rendere effettivamente strutturali gli interventi previsti nel Piano di rientro, il Tavolo ha chiesto alla Regione Puglia di redigere ed adottare un **Programma Operativo per gli anni 2013-2015** avvalendosi di quanto previsto **dall'art. 15 comma 20 del Dl 95/2012**, convertito con modificazioni dalla **legge 135/2012**.

Considerate le risultanze di cui sopra la Regione Puglia, intendendo avvalersi di una tale opportunità, ha elaborato il presente documento quale **Programma Operativo per gli anni 2013-2015** al fine di completare il processo di riequilibrio, riorganizzazione e riqualificazione della rete complessiva di offerta dei servizi e delle prestazioni sanitarie intrapreso con il Piano di Rientro e creare, quindi, le condizioni per garantirsi la attribuzione in via definitiva delle risorse finanziarie tuttora trattenute.

Con il Programma Operativo 2013-2015, la Regione intende proseguire e rafforzare l'azione di controllo della spesa sanitaria già intrapresa con il sopracitato Piano di Rientro, continuando a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza attraverso un processo di miglioramento dell'offerta sanitaria ospedaliera ma soprattutto territoriale, attraverso tre "categorie" di interventi, tra loro fortemente correlati:

- dotare il SSR di strumenti in grado di garantirne il governo complessivo;
- implementare le azioni "strutturali" nei confronti del SSR, in grado di assicurare nel tempo la sua sostenibilità;
- proseguire il percorso già avviato e relativo allo sviluppo di azioni di efficientamento del sistema, con la finalità di migliorare la qualità dell'assistenza e il percorso di accesso a cure appropriate e adeguate ai bisogni di salute della popolazione, garantendo al contempo meccanismi di razionalizzazione dei costi e dell'uso delle risorse.

La Regione, il 26 aprile 2013, ha trasmesso al Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali, la bozza del Programma Operativo 2013-2015.

Il 12 settembre 2013 la Regione ha richiesto, con una nota del Presidente Vendola, l'accesso al Programma Operativo 2013-2015.

In data 13.12.2013, in esito alle osservazioni sulla bozza dei PP.OO. evidenziate dal Ministero della Salute nel corso dell'incontro tenutosi in data 27.11.2013, la Regione ha trasmesso un aggiornamento sulla proposta di Programma Operativo 2013-2015.

In data 04.04.2014 il Tavolo tecnico con il Comitato ha verificato la nuova bozza del Programma Operativo 2013-2015 trasmessa dalla Regione e, all'esito della riunione, ha disposto che la Regione può procedere all'adozione formale del provvedimento, con delibera di Giunta regionale, che recepisca le prescrizioni riportate nel verbale della riunione stessa.

Il processo di costruzione del Programma Operativo

La costruzione del Programma Operativo ha visto impegnate tutte le strutture assessorili e dell'Agenzia Regionale Sanitaria in uno sforzo congiunto che ha permesso di aggiornare ed approfondire, in maniera ancora più specifica, la conoscenza delle dinamiche regionali legate alla domanda di salute espressa dalla popolazione e all'offerta di prestazioni e sevizi erogate dal sistema sanitario regionale, sulla base della quale sono state predisposte le linee di programmazione strategica. Un lavoro reso ancora più complesso dalla dimensione del cambiamento che ha caratterizzato l'ultimo triennio scandito dalle prescrizioni del Piano di Rientro.

La fotografia del contesto, sia da un punto di vista sanitario, che economico/finanziario, è stata sviluppata attraverso una attenta lettura dei dati, con l'obiettivo di rendere le azioni del Programma Operativo 2013-2015 coerenti e contestuali ai bisogni rilevati sino al livello delle comunità locali. Le azioni proposte nel Programma Operativo sono state valutate in termini di priorità e cadenzate temporalmente in modo da renderle coerenti e strutturali per poi consolidarle nel tessuto territoriale, secondo una logica di sistema ad elevata integrazione.

La definizione dello scenario regionale ha previsto, in particolare, quattro momenti:

- Un lavoro approfondito di contestualizzazione dei provvedimenti resisi necessari a seguito del Piano di Rientro con i bisogni vecchi e nuovi che un territorio complesso come quello della nostra regione esprime;
- Ricerca, elaborazione dei dati e analisi demografica, epidemiologica e territoriale;
- Elaborazione dei dati e analisi dei trend e dei benchmark relativi ai consumi regionali, aziendali e distrettuali;
- Elaborazione e analisi dei dati concernenti l'evoluzione e il rapporto fra mobilità attiva e passiva.

Sono stati indagati in particolar modo alcuni aspetti ritenuti determinanti dal punto di vista del cambiamento organizzativo in atto nella regione Puglia e più critici dal punto di vista degli interventi urgenti richiesti.

Si è tenuto conto, inoltre, dei pareri espressi dai tavoli di verifica a seguito delle numerose riunioni dedicate alla valutazione in modo da recuperare tutte le criticità che non hanno consentito il raggiungimento pieno degli obiettivi prefissati.

Il punto di partenza per l'analisi dell'offerta è stata effettuata sulla scorta delle evidenze quantitative derivanti dai dati/informazioni disponibili a livello regionale (banche dati SIS-NSIS), sia di natura gestionale (flussi SDO, HSP, STS, Conto Annuale, ecc.).

L'analisi dei dati economici relativi all'assistenza ospedaliera, territoriale, emergenza urgenza e farmaceutica è stata elaborata sulla scorta dei dati disponibili (CE consuntivi/trimestrali, SP, LA), nonché da quelle derivanti dal *monitoraggio di sistema* effettuato dai Ministeri e trasmesso periodicamente alle Regioni.

Per quanto concerne la descrizione e la valutazione dell'offerta, i punti di riferimento sono stati i livelli essenziali di assistenza erogati dalla Regione Puglia, monitorati e valutati attraverso il questionario LEA.

Tutte le azioni di programma sono state rese coerenti con le disposizioni normative vigenti, sia a livello nazionale che regionali, nonché rispetto a tutti gli atti di organizzazione/programmazione che hanno avuto una ricaduta sulle attività del S.S.R..

Infine, una volta delineato il quadro complessivo sono stati individuati sia gli obiettivi generali che gli obiettivi specifici, declinati attraverso le azioni necessarie a realizzarli, in modo da delineare il nuovo assetto strutturale S.S.R., rendendoli compatibili con gli impatti economici e finanziari che avranno sul bilancio sanitario regionale.

A conclusione di questi lavori preliminari e sulla base dei risultati emersi, abbiamo individuato i punti di forza e le aree critiche su cui la nostra Regione intende incidere prioritariamente nel triennio 2013-20015.

Si precisa che il presente Programma Operativo sarà integrato con le previsioni dell'adottando Patto per la Salute 2014-2016 e con tutte le disposizioni normative, gli atti di regolamentazione, le intese, attuative dello stesso.

CAPITOLO I

Percorso metodologico, definizione dello scenario regionale e individuazione degli interventi prioritari

1.1 Definizione dello scenario regionale

Il Contesto in Puglia e nel Mezzogiorno

Il contesto nel quale realizzare politiche di sanità pubblica, per la riqualificazione dei servizi socio-sanitari, e sviluppare interventi collettivi per la tutela della "salute" è caratterizzato, nella nostra regione, dai seguenti elementi (Rapporto Benessere Equo e Sostenibile 2013 e Rapporto Censis "La crisi sociale del Mezzogiorno" del marzo 2013):

a. La **vita media continua ad aumentare**, collocando l'Italia tra i Paesi più longevi d'Europa: in Puglia la speranza di vita alla nascita è di 79,7 anni per i maschi e 84,4 per le donne. Quest'ultime, tuttavia, sono più svantaggiate in termini di **qualità della sopravvivenza**: in media, oltre un terzo della loro vita è vissuto in condizioni di salute non buone. Le donne, infatti, sono affette più frequentemente e più precocemente rispetto agli uomini da malattie meno letali, come per esempio l'artrite, l'artrosi, l'osteoporosi, ma con un decorso che può degenerare in condizioni più invalidanti. In Puglia la speranza di vita in buona salute è di 58,1 anni per i maschi e 55,8 anni per le donne. Quindi, il numero di anni in non buona salute per le donne pugliesi è stimabile in 28,6 anni. Il Mezzogiorno, in generale, rispetto al resto del Paese vive una doppia penalizzazione: una vita media più breve e un numero di anni vissuti senza limitazioni più basso.

b. Crescono i **decessi per demenza senile e malattie del sistema nervoso**: in Puglia il tasso di mortalità è pari a 24,7 per 10.00 anziani over 65 (media nazionale 25,8).

c. In prospettiva futura, è da prevedersi una **riduzione progressiva della ricchezza privata** che limiterà la possibilità, soprattutto per le famiglie del Mezzogiorno, di vicariare l'intervento pubblico nell'assistenza agli anziani, attraverso l'utilizzo di badanti/caregiver a pagamento, con il risultato che aumenterà il ricorso ai servizi socio-assistenziali per la disabilità. Molti tra i 50/60enni di oggi non potranno più contare né sul sostegno economico genitoriale (anche patrimoniale) né sul reddito dei propri figli.

d. Gli **indici di stato fisico (Pcs) e di stato psicologico (Mcs)** hanno un andamento decrescente con l'età, più accentuato per le donne: a partire dalla classe di età 55-64 anni, sia per gli uomini che per le donne, gli indici riportano valori via via sempre più bassi rispetto alla media della popolazione, con un andamento decrescente più accentuato per l'indice di stato fisico. Le differenze di genere, a svantaggio delle donne, si evidenziano chiaramente in questa fascia d'età e raggiungono i 3,5 punti tra gli ultrasettantacinquenni per l'indice di stato fisico, mentre l'indice di stato psicologico è sempre più basso tra le donne, con una distanza di 3,1 punti medi tra gli anziani. Sono le donne delle regioni meridionali che presentano i più bassi punteggi medi dello stato di salute fisico. Anche in questo caso, come per la speranza di vita, si evidenzia come gli elementi sociali hanno un impatto sulle condizioni di salute e all'aumentare dell'età le disuguaglianze si accentuano, in particolare, per la salute fisica: tra gli anziani la distanza tra persone con un titolo di studio superiore al diploma e quelle che hanno raggiunto la licenza di

scuola media inferiore è di circa 5 punti e per le donne anziane del Mezzogiorno raggiunge i 7 punti.

e. La popolazione, peraltro, continua a essere minacciata da **comportamenti a rischio**: l'obesità è in crescita ed uno stile di vita sedentario caratterizza una proporzione non indifferente di adulti; inoltre si consuma meno frutta e verdura di quanto raccomandato. Elementi questi che rappresentano fattori di rischio per l'oggi, ma a maggior ragione per il futuro se si consolidassero negli stili di vita della popolazione. In Puglia si registra il tasso più alto di obesi d'Italia (52,6 per 100 persone over 18), con un primato anche nella popolazione scolastica. Per quanto riguarda le differenze sociali, indipendentemente dalla fascia d'età e dal genere, si osserva una relazione inversa tra titolo di studio e probabilità di essere obeso o sovrappeso, con uno svantaggio notevole per le persone meno istruite. Per quanto riguarda gli stili alimentari, le regioni del Mezzogiorno presentano una percentuale di persone che consumano quantità adeguate di frutta e verdura pari al 14,2%, rispetto al 21,1% nel Nord. In Puglia il tasso il tasso di persone che consumano almeno 4 porzioni die di frutta/verdura è di 12 over 3 anni su 100 contro una media nazionale del 18,4%. La sedentarietà è un fattore di aggravamento del rischio complessivo ed in Puglia il tasso di sedentarietà è pari a 57,4 per 100 over 14 (secondo solo alla Campania), rispetto ad un tasso medio nazionale pari a 40,3%.

In Puglia, in questo quadro di svantaggio fanno eccezione l'abitudine al fumo, più diffusa nell'Italia centrale, e i comportamenti a rischio nel consumo di alcol, per i quali il picco si riscontra nel Nord (18,4% rispetto al 12,5% nel Mezzogiorno).

In genere, comunque, Mezzogiorno e persone di estrazione sociale più bassa continuano ad essere le più penalizzate in tutte le dimensioni considerate.

f. In Puglia, anche come conseguenza dei fattori di deprivazione, i tassi di **morbilità per patologie croniche** (diabete, MCV e BPCO, in particolare) sono tra i più elevati del Paese.

g. I cittadini del Mezzogiorno sono più convinti rispetto a quelli delle altre aree geografiche che la **copertura del welfare** oggi è insufficiente: lo pensa il 71% dei residenti nel sud rispetto al 51,1% del nord-ovest e al 57,1 del nord-est.

h. Le regioni del Mezzogiorno registrano, sulla base dei dati 2011 per gli Obiettivi di Servizio Servizi di Cura (Elaborazioni Istat e DPS su dati Ministero della Salute, Sistema informativo sanitario) un livello ancora ampiamente al di sotto della media nazionale di copertura del servizio ADI – Assistenza domiciliare integrata: 2,6% della popolazione anziana servita da prestazioni domiciliari integrate nel Mezzogiorno contro il 4,1% media nazionale. La Puglia presenta un livello di erogazione del servizio ancora inferiore rispetto alla media del Mezzogiorno: nel 2011 le ASL pugliesi hanno fatto registrare una **percentuale di copertura ADI del 2% della popolazione target**. In termini di spesa, inoltre, la Puglia ha fatto registrare una **incidenza della spesa ADI sul totale della spesa sanitaria pari al 0,58%** contro la media nazionale dell'1,15%. Per potenziare l'offerta di prestazioni domiciliari integrate e indurre processi virtuosi di riqualificazione dell'assistenza territoriale a carattere domiciliare, nel giugno 2012 il Dipartimento Sviluppo e Coesione del Ministero per lo Sviluppo Economico ha finanziato per le Regioni dell'Obiettivo Convergenza il **Piano di Azione e Coesione Servizi di Cura** che riserva complessivamente 330 milioni di euro all'investimento per accrescere la rete delle prestazioni domiciliari integrate, di cui circa 79 milioni di euro assegnati alla Puglia per il triennio 2013-2015. Tali fondi sono destinatati alle prestazioni socioassistenziali e all'investimento in tecnologie complementari alle prestazioni sanitarie per configurare un

servizio ADI complessivamente adeguato a prendere in carico in modo appropriato le cronicità e le gravi non autosufficienze per la *long term care*, anche in termini di conciliazione dei tempi di lavoro e di cura.

i. Uno dei risultati più importanti del Piano di Rientro 2010-2012 attuato dalla Regione Puglia sta nella realizzazione di un significativo riordino della rete ospedaliera che ha, tra l'altro, portato alla disattivazione di presidi e stabilimenti ospedalieri di piccole dimensioni e più inefficienti sul piano tecnico-economico per potenziare gli altri presidi ospedalieri di riferimento territoriale. Complessivamente sono stati interessati dalla disattivazione n. 22 presidi ospedalieri in tutta la Puglia per i quali contestualmente alla disattivazione sono state individuare le strategie di riconversione in presidi di salute territoriale diversamente connotati in relazione ai fabbisogni specifici dei contesti di riferimento e alla opportunità di creare centri di eccellenza per la diagnosi e cura di specifiche patologie (es: malattie metaboliche, disturbi del comportamento alimentare, ecc…). Al fine di avviare le riconversioni strutturali e funzionali dei presidi dismessi è già stato avviato un piano complessivo di investimenti strutturali e per l'acquisizione di tecnologie avanzate al servizio della diagnostica, a valere sulle risorse del PO FESR 2007-2013 – Asse III – Linea 3.1, che dovrà proseguire anche nel triennio 2013-2015 a valere sulle risorse del FSC – Fondo Sviluppo e Coesione di cui alla Del . CIPE n. 92/2012 e sulle risorse del redigendo PO Puglia FESR 2014-2020".

Nell'ambito della Linea Trasversale 1 "Supporto alla Programmazione" del Programma Operativo di Assistenza Tecnica – POAT SALUTE, la Regione Puglia, con il contributo operativo dell'AReS Puglia, sta sviluppando la realizzazione di una Banca Dati Assistito, un archivio integrato dei principali flussi informativi sanitari (SDO, Specialistica Ambulatoriale, Farmaceutica), costruito sull'Anagrafe degli Assistibili incrociata con l'Anagrafe Tributaria SOGEI.

L'obiettivo di tale attività è offrire elementi a supporto della programmazione, del monitoraggio e della valutazione di interventi, con particolare riferimento alla verifica dei consumi di prestazioni e al loro impatto economico, anche per sottogruppi di popolazione: dall'analisi dei dati 2011, si evidenzia che, a fronte di un 21% di popolazione che non ha "consumato" prestazioni a carico del Sistema Sanitario Regionale, il 13% ha effettuato almeno un ricovero ospedaliero e il 52% si è sottoposto ad almeno una prestazione specialistica.

I dati di consumo si distribuiscono, com'è noto, in modo differente in relazione alle fasce di età: con l'avanzare degli, mentre si riduce la consistenza numerica della popolazione, incrementano i costi.

In particolare, attraverso la BDA è stato possibile stimare che la popolazione dei cronici pugliesi ammonta a circa il 35% degli assistibili, e che assorba il 75% della spesa sanitaria, in linea con quanto dimostrato da analoghe esperienze condotte in altre regioni (es. Lombardia, Sicilia).

Indicatori socio-demografici, struttura della popolazione, principali dati epidemiologici

L'epidemiologia di molte patologie è strettamente correlata con le caratteristiche demografiche e questo condiziona la domanda di assistenza da parte dei cittadini e di conseguenza anche l'offerta sanitaria. Pertanto la conoscenza della composizione di una popolazione e la sua variazione nel tempo rappresenta un elemento imprescindibile nella programmazione degli interventi socio-sanitari di un territorio. (***Allegato I***).

1.2 Individuazione degli interventi da attuare

La Regione, sia pure in alcuni casi con ritardo rispetto alle scadenze previste, ha adottato una serie di provvedimenti diretti a completare gli adempimenti strutturali di cui allo stesso Piano di Rientro per gli anni 2011 e 2012.

Tuttavia, la disamina delle criticità ancora presenti rappresenta senz'altro uno dei principali punti di partenza per la formulazione delle linee programmatiche di intervento da realizzare nel periodo di vigenza del Programma Operativo.

Il Tavolo di verifica congiunto del Piano di Rientro e degli adempimenti LEA per l'ultimo anno valutato, il 2012, ha riportato quanto segue*: "…si evince un consistente decremento dell'ospedalizzazione sia in regime ordinario che in day hospital, che colloca il tasso totale standardizzato di dimissione del 2012 (pari a 175,7 per 1000 residenti) lievemente al di sopra del valore di riferimento (160 per 1000 residenti) di cui all'articolo 15, comma 13, lettera c) del Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135. L'andamento decrescente del tasso standardizzato di dimissione sembra confermato nel 2013, ancorché riferito alle dimissioni rilevate nel primo semestre. Si osserva altresì una riduzione negli indicatori di inappropriatezza considerati: sia il tasso di ricorso a ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza, se erogati in modalità ordinaria, che il tasso di ospedalizzazione della popolazione ultra-settantacinquenne evidenziano un decremento nel periodo 2009-2012, pur indicando un ulteriore margine di riduzione. Anche per tali indicatori si riscontra un mantenimento del trend in diminuzione, rilevabile attraverso l'esame dei dati riferiti al primo semestre 2013 e confrontati con i primi semestri del precedente biennio.*

Tuttavia, il valore della degenza media pre-operatoria, indicatore di efficienza nella gestione del percorso preoperatorio e di efficace pianificazione dell'utilizzo delle sale operatorie e dei servizi di supporto all'attività chirurgica, pur mostrando indizi di riduzione nel 2012, sembra mantenersi ancora al di sopra del valore medio nazionale nel primo semestre 2013, superando i due giorni.

La dotazione di posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie risulta pari a circa 0,3 posti letto per 1000 residenti al 1° gennaio 2013, inferiore al valore di riferimento nazionale (0,7) e ritenuto inadeguato dal Comitato Lea, nei suoi criteri valutativi degli adempimenti regionali (0,35).
Per quanto riguarda l'efficienza della rete dell'emergenza territoriale, l'indicatore considerato, riferito al tempo intercorrente tra la ricezione delle chiamate da parte della Centrale Operativa e l'arrivo del primo mezzo di soccorso, risulta compreso nell'intervallo di adeguatezza individuato dal Comitato Lea.
Per quanto riguarda la situazione relativa all'erogazione di assistenza territoriale, si evidenzia una quota di anziani assistiti a domicilio corrispondente a 2,2% ed inferiore all'atteso (maggiore o uguale a 4%), come da valore definito adeguato dal Comitato Lea, ed una dotazione inadeguata di posti letto (pari a 5 per 1000 residenti anziani) presso strutture residenziali preposte all'assistenza degli anziani non autosufficienti, pur se entrambi gli indicatori mostrano un incremento a partire dal 2009.

Si rilevano criticità nell'erogazione di servizi afferenti all'area della prevenzione, con particolare riferimento all'area degli screening, come si evince dalla bassa quota di residenti che, nel periodo considerato, hanno effettuato test di screening oncologici in programmi organizzati".

Per quanto riguarda l'adempimento e) (griglia LEA) oggetto di verifica del Comitato LEA, si dà atto che il relativo punteggio mostra un incremento dal 2009 al 2012, passando da 132 a 140, mantenendosi tuttavia al di sotto della soglia di adeguatezza

Si dà atto che la Regione ha superato la verifica adempimenti per l'anno 2011.

Per quanto riguarda la verifica adempimenti 2012, la Regione Puglia risulta Adempiente con impegno sui punti:

- *h) liste d'attesa*;
- *s) assistenza domiciliare e residenziale;*
- *ah) accreditamento istituzionale*;
- *ap) sanità penitenziaria;*
- *aaf) percorso nascita;*
- *aag) emergenza-urgenza;*
- *aai) riabilitazione.*

Relativamente all'*adempimento l) ripiano superamento tetti spesa farmaceutica*, si legge: "*con riferimento al rispetto dell'adempimento in materia di spesa farmaceutica territoriale (tetto del 13,1%) la regione risulta inadempiente avendo fatto registrare un livello di spesa, nell'anno 2012, pari al 13,5% del finanziamento. In ogni caso la regione è adempiente in quanto la quota di compartecipazione alla spesa farmaceutica, pari a 118,756 mln di euro, è superiore al 30% del suddetto scostamento.*

Con riferimento al rispetto dell'adempimento in materia di spesa farmaceutica ospedaliera (tetto del 2,4%), la regione Puglia risulta inadempiente in quanto il livello di spesa per l'anno 2012 è risultato pari al 5,8%."

Permangono criticità relativamente ai punti sottoelencati, per cui si rinvia al Piano di Rientro:

- e) *erogazione dei LEA*;

- f) *assistenza ospedaliera*;

- *y) LEA aggiuntivi*: inadempiente con rinvio al Pdr;

adempimento Tessera sanitaria (punti j), k) e ae)): inadempiente con verifica nel Piano di rientro

- punto j): De-materializzazione ricetta

- *am) controllo cartelle cliniche:* inadempiente con rinvio al Pdr;

- *as) rischio clinico e sicurezza dei pazienti:* inadempiente con rinvio al Pdr;

Gli altri indicatori non elencati sono stati confermati a livelli ottimali o soddisfacenti.

Le azioni di sistema previsti dalla Programmazione Operativa 2013-2015

Nel Programma Operativo vanno privilegiati gli interventi per la razionalizzazione dei servizi a partire dagli obiettivi declinati nel Piano di Rientro:

a) Manutenzione dell'offerta ospedaliera ed eventuale adeguamento con riferimento al fabbisogno;

b) Incrementare i servizi attivati negli stabilimenti ospedalieri riconvertiti e sviluppare forme aggregate seconda il modello multidisciplinarietà e multi professionalità finalizzata alla copertura assistenziale h24;

c) Verificare che le risorse umane in dotazione presso gli ex stabilimenti siano adeguatamente utilizzate anche in loco, ma in maniera coerente rispetto ai bisogni territoriali, favorendone la riconversione anche attraverso processi formativi ad hoc

d) Potenziare l'offerta dell'assistenza alla persona attraverso i servizi distrettuali, con specifico riferimento all'assistenza domiciliare integrata e alla rete dei servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali a medio-bassa intensità assistenziale e sociosanitari per qualificare il percorso delle dimissioni protette ed accrescere il grado di appropriatezza dei ricoveri ospedalieri anche rispetto alla riduzione della durata dei ricoveri"

e) Sostenere il programma Care Puglia;

f) Sviluppare un forte intervento, politico e tecnico, per avviare forme di promozione attiva della salute intervenendo sugli stili di vita salutari (in ambito scolastico, con gli Enti e le comunità locali, con le Associazioni sportive, dei pazienti e del volontariato).

g) Potenziare il sistema costante di monitoraggio sullo stato di attuazione dei LEA.

CAPITOLO II

Aree di riferimento del Programma Operativo

2.1 Governo del Sistema

Nella sezione seguente è rappresentata un'indicazione delle aree di riferimento per l'articolazione degli obiettivi generali declinati in obiettivi specifici e interventi inseriti all'interno del Programma Operativo. Ciascuna area è suddivisa a sua volta in programmi.

Nel Programma Operativo le aree ed i relativi programmi sono preceduti da una premessa che comprende:

- descrizione dello scenario regionale;
- individuazione degli obiettivi (generali e specifici) e descrizione delle azioni da porre in essere e dei relativi tempi di attuazione, nonché valutazione dei corrispondenti impatti economico-finanziari;
- individuazione di una funzione regionale dedicata alla *governance* dell'attuazione del Programma Operativo.

2.1.1 Programma 1 – Governance del PO

La definizione della *governance* del Programma Operativo 2113-2015 impone, in maniera rigorosa, l'esplicitazione della catena delle responsabilità e l'individuazione del *"chi fa che cosa"*.
Seguendo l'esempio della programmazione per obiettivi già in atto in questa Regione nel SSR si è voluto conferire un mandato forte, e quindi una responsabilità precisa, a tutti i livelli, istituzionali e tecnici. Agli stessi cioè che hanno anche le competenze per migliorare tutte le azioni volte ad individuare ed adoperare gli strumenti necessari per la programmazione sanitaria e per il monitoraggio dei risultati conseguiti.

Al fine di agevolare la valutazione e la verifica dell'attuazione del Programma Operativo, da parte degli organi istituzionali formalmente individuati, tutti gli obiettivi di carattere generale e gli obiettivi specifici con le conseguenti azioni sono stati fissati nei singoli capitoli che compongono questo programma.

Gli stessi obiettivi sono stati individuati tenendo conto della loro applicabilità e della loro misurabilità attraverso i flussi esistenti nel sistema regionale.

Tuttavia un processo così delicato e determinante ai fini del cambiamento in atto nel sistema sanitario regionale, ha bisogno di una *governance* forte. Per questo il processo verrà condiviso con le Direzioni Generali di tutte le Aziende coinvolte nell'applicazione di quanto sancito a livello regionale.

Le Direzioni Generali, coinvolte in periodiche sedute di monitoraggio e valutazione, garantiranno che i flussi informativi, previsti per questo specifico programma, giungano tempestivamente nelle forme concordate e secondo una tempistica che anticipi le scadenze delle azioni previste in questo documento.

Alle stesse Direzioni Strategiche è assegnato il compito di correggere eventuali scostamenti che dovessero essere rilevati durante l'azione di monitoraggio.

Gli obiettivi di questo Programma Operativo assumono particolare rilievo strategico e, pertanto, faranno parte degli obiettivi assegnati ai Direttori Generali per la valutazione del mandato.

La responsabilità dell'attuazione del Programma Operativo è stata posta in capo all'Assessorato, nella funzione del Direttore dell'Area Politiche per la Promozione della Salute, delle Persone e delle Pari Opportunità che coordinerà tutte le attività relative alla *governance* dell'intero processo avvalendosi dei Dirigenti dei Servizi e degli Uffici dell'Assessorato e con il supporto dell'Agenzia Regionale Sanitaria.

Il modello di *governance* prevede:

- che i Servizi, gli Uffici, gli Organismi dell'Assessorato al Welfare assicurino tutti gli interventi individuati dai provvedimenti della Giunta Regionale ai fini della attuazione dell'Accordo nonché quelli individuati dalla Cabina di Regia
- che le Aziende Sanitarie e gli Istituti pubblici del SSR siano tenuti alla attuazione degli interventi richiesti dalla Cabina di Regia
- che l'AReS provvede ad assicurare idoneo supporto tecnico scientifico.

Per quanto riguarda la descrizione degli interventi e delle azioni relative ai primi quattro punti si rimanda a quanto indicato nel paragrafo: Programma 2 – Attuazione del decreto legislativo n. 118/201.

2.1.2 Programma 2 – Attuazione del decreto legislativo n. 118/2011

Analisi del Contesto

La legge 23 dicembre 2005, n. 266 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale della Stato" (Legge finanziaria 2006) ,all'art. 1, comma 291, aveva previsto che con successivo decreto venissero emanati i criteri e le modalità di certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, degli istituti zoo profilattici sperimentali e delle aziende ospedaliere universitarie.

Il successivo Patto per la Salute 2010-2012, art. 11, ha sottolineato la necessità di garantire, nel settore sanitario, il miglioramento della qualità dei dati gestionali e contabili con la finalità di favorire il coordinamento della funzione di governo della spesa nonché l'attuazione del federalismo fiscale.

In tale contesto e con le finalità di perseguire l'obiettivo della omogeneità dei documenti contabili redatti dagli enti del S.S.N. e dalle Regioni è stato emanato il Decreto legislativo n. 118 del 23 giugno 2011, pubblicato sulla G.U. n. 172 del 26.7.2011 " Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della Legge 5 maggio 2009, n. 42".

Occorre a tal proposito precisare che la Regione Puglia gestisce in forma accentrata, già da tempo, seppure percentualmente in misura limitata rispetto all'ammontare complessivo, risorse correnti destinate al Servizio Sanitario Regionale.

Conseguentemente ed in continuità con le scelte già effettuate, la Regione Puglia, ai sensi dell'art. 22 del D.Lgs 118/2011, ha esercitato la scelta di gestire direttamente, presso la regione, una quota del finanziamento del proprio servizio sanitario, individuando all'interno del proprio assetto organizzativo, uno specifico centro di responsabilità (Gestione Sanitaria Accentrata), deputato all'implementazione ed alla tenuta di una contabilità di tipo economico/patrimoniale.

Tale contabilità di tipo economico/patrimoniale è appropriata per rilevare, in maniera sistematica e continuativa, i rapporti economici, patrimoniali e finanziari intercorrenti fra la singola regione e lo Stato, le altre regioni, le Aziende Sanitarie, gli altri Enti Pubblici ed i terzi vari, inerenti le operazioni finanziate con risorse destinate ai rispettivi servizi sanitari regionali.

Attività Avviate

Con Decreto del Presidente della Giunta Regionale 4 febbraio 2011, n. 106, "Ridenominazione e istituzione di Servizi nell'ambito dell' Area politiche per la promozione della salute delle persone e delle pari opportunità. Modifica decreto 787 del 30/07/2009", è stato istituito il Servizio Gestione Accentrata Finanza Sanitaria Regionale, incardinato nell'Area Politiche per la Promozione della Salute delle Persone e delle Pari Opportunità, con l'attribuzione delle competenze di seguito riportate:

- Gestione, con contabilità economico - patrimoniale, delle spese a diretto presidio regionale e delle procedure di consolidamento dei Bilanci degli Enti del SSR;
- Programmazione e gestione della quota del Fondo Sanitario Nazionale di competenza della Regione;
- Monitoraggio contabile delle Aziende Sanitarie (ASL, AOU, IRCCS pubblici) del Servizio Sanitario.

Con successiva determinazione del Direttore Area Organizzazione e Riforma dell'Amministrazione 15 febbraio 2011, n. 5 è stato istituito, incardinato nel sopra citato Servizio, l'Ufficio Gestione Risorse Economiche e Finanziarie con le funzioni di:

- Rilevazione della gestione sanitaria accentrata presso la Regione;
- Consolidamento dei conti degli Enti sanitari integrati con il servizio sanitario, nonché della gestione sanitaria accentrata; Monitoraggio contabile (economico-patrimoniale e finanziario) delle risorse destinate al sistema sanitario con riferimento a bilancio di previsione, assestamento, variazioni, ivi inclusa la predisposizione degli indirizzi finanziari dei documenti di programmazione (Piano Sanitario Regionale, DIEF);
- interfaccia con i competenti uffici del Servizio Bilancio e Ragioneria per il raccordo dei conti sanitari con il bilancio regionale; rimesse mensili, ed erogazioni saldi a seguito di verifiche e controlli, nei confronti degli Enti del Servizio Sanitario Regionale (ASL, AOU, IRCCS Pubblici);
- Impulso all'attuazione di quanto previsto in materia di armonizzazione dei bilanci e dei sistemi contabili.

In esecuzione delle disposizioni contenute nel decreto legislativo 118/2011 si è dunque provveduto:

1. alla istituzione di apposito conto dedicato alla gestione sanitaria nonché, ai fini della rilevazione SIOPE , alla identificazione della Regione da un distinto codice ente (493) , ai sensi dell' art 21 del D.lgs. 118/11;
2. alla esatta perimetrazione dei capitoli di entrata e di spesa della gestione sanitaria, art. 20 del D.lgs. 118/11. A tal proposito si precisa che le vigenti norme contabili, dettate dalla L.R. 28/2001 e s.m.i., dispongono che le somme stanziate e non impegnate del Fondo Sanitario Regionale siano conservate in bilancio quali Residui di Stanziamento;
3. alla adozione della deliberazione di Giunta Regionale n. 325/2012 e del successivo atto dirigenziale n. 11/116/2012 per la definizione delle modalità operative riguardanti:
    a. l'accensione di apposito conto di tesoreria unica istituito per il finanziamento del SSN , funzionante secondo le modalità di cui all'art. 7 del D. Lgs. 279/1997, cui affluiscono le risorse destinate al finanziamento del fabbisogno sanitario regionale standard nonché, presso il tesoriere regionale di apposito conto corrente intestato alla sanità, destinato a ricevere le ulteriori risorse per il finanziamento del SSR secondo le modalità previste dall'art. 77 quater, comma 2, del D.L. 112/2008 convertito con L. 133/2008;
    b. la tracciabilità dei trasferimenti di cassa delle spese di pertinenza della gestione sanitaria finanziate con evidenza della quota sanitaria distinta e della quota a carico della fiscalità indistinta regionale;
4. alla separata evidenza dei flussi documentali inerenti entrate e spese relative alla gestione sanitaria;
5. all' avvio studi di fattibilità relativi alla implementazione di un sistema integrato di contabilità che hanno visto partecipi i competenti Servizi GAF, Bilancio e Ragioneria e Controlli;

6. alla scelta, di attivare comunque una soluzione informatica per la contabilità della gestione sanitaria accentrata, integrata con il sistema di contabilità finanziaria della Regione, mediante sottoscrizione di apposita convenzione con la società *in house* Innovapuglia S.p.A;
7. all'esame delle funzionalità attualmente previste nel Sistema Informativo Sanitario Regionale "Edotto" con lo scopo di verificarne la rispondenza con i dettami del D.lgs. 118/2011 in materia di monitoraggio contabile e consolidamento dei bilanci delle aziende sanitarie, al fine di consentire la valutazione di soluzioni integrative esterne;
8. alla individuazione della cosiddetta 11^ "azienda", inerente la gestione sanitaria accentrata con l'avvio delle attività di popolazione del piano dei conti, sulla base dei modelli ministeriali, e raccordo con la codifica SIOPE (art. 27);
9. alla definizione del credito della gestione sanitaria accentrata nei confronti della gestione ordinaria alla data del 1 gennaio 2012 per consentire la corretta rappresentazione dello stato patrimoniale di apertura inerente tutte le posizioni economiche e giuridiche della gestione accentrata, così come riveniente dalla contabilità finanziaria regionale e dai documenti di indirizzo economico e funzionale della sanità (DIEF);
10. alla riconciliazione del bilancio finanziario regionale con i bilanci in contabilità economico patrimoniale, per la definizione della situazione debiti e dei crediti , attraverso il confronto con il servizio Bilancio e Ragioneria (Ufficio Entrate ed Ufficio Bilancio), con riferimento alla situazione di cassa della gestione sanitaria accentrata al 1 gennaio 2012 e con le aziende sanitarie ed i fornitori in relazione alle posizioni debitorie e/o creditorie in essere alla medesima data;
11. alla ricognizione degli ammortamenti e sterilizzazioni oggetto della copertura pluriennale**.**

Intervento 2.1 - Individuazione della struttura responsabile dell'attuazione del decreto legislativo 118/2011 nell'ambito del Programma Operativo e controlli.

Con delibera di Giunta Regionale n. 2469 del 27.11.2012 è stato individuato, il responsabile della GSA il Dirigente del Servizio Gestione Accentrata Finanza Sanitaria Regionale, affiancato per il supporto tecnico–operativo, dal dirigente dell'Ufficio Gestione Risorse Economiche e Finanziarie.

Con la stessa delibera di Giunta Regionale n. 2469 del 27.11.2012 è stato individuato inoltre , il responsabile regionale (professionista esterno, con esperienza in contabilità regionale) che già dal 2012 certifica, con riferimento alla gestione sanitaria accertata presso la regione verifica:

- la regolare tenuta dei libri contabili e della contabilità,
- la riconciliazione dei dati della gestione accentrata con le risultanze del bilancio finanziario,
- la riconciliazione dei dati di cassa,
- la coerenza dei dati inseriti nei modelli ministeriali di rilevazione dei conti con le risultanze della contabilità ed in sede di rendicontazione annuale, la corrispondenza del bilancio alle risultanze della contabilità.

Risultati programmati

Con provvedimento di Giunta Regionale si procederà all'individuazione della struttura/dirigente responsabile dell'attuazione del decreto legislativo 118/2011 nell'ambito del Programma Operativo.

Indicatori di risultato

Provvedimento di individuazione della struttura responsabile dell'attuazione del decreto legislativo 118/2011 nell'ambito del Programma Operativo

Responsabile del procedimento attuativo

Struttura/Dirigente responsabile dell'attuazione del decreto legislativo 118/2011 nell'ambito del Programma Operativo da nominare.

Intervento 2.2: Azioni di monitoraggio dell'effettiva attuazione del decreto legislativo 118/2011

Con Decreto del Presidente della Giunta Regionale 4 febbraio 2011, n. 106, "Ridenominazione e istituzione di Servizi nell'ambito dell' Area politiche per la promozione della salute delle persone e delle pari opportunità. Modifica decreto 787 del 30/07/2009", è stato istituito il Servizio Gestione Accentrata Finanza Sanitaria Regionale, incardinato nell'Area Politiche per la Promozione della Salute delle Persone e delle Pari Opportunità, con l'attribuzione delle competenze di seguito riportate:

- Gestione, con contabilità economico - patrimoniale, delle spese a diretto presidio regionale e delle procedure di consolidamento dei Bilanci degli Enti del SSR;
- Programmazione e gestione della quota del Fondo Sanitario Nazionale di competenza della Regione;
- Monitoraggio contabile delle Aziende Sanitarie (ASL, AOU, IRCCS pubblici) del Servizio Sanitario.

Con successiva determinazione del Direttore Area Organizzazione e Riforma dell'Amministrazione 15 febbraio 2011, n. 5 è stato istituito, incardinato nel sopra citato Servizio, l'Ufficio Gestione Risorse Economiche e Finanziarie con le funzioni di:

- Rilevazione della gestione sanitaria accentrata presso la Regione;
- Consolidamento dei conti degli Enti sanitari integrati con il servizio sanitario, nonché della gestione sanitaria accentrata; Monitoraggio contabile (economico-patrimoniale e finanziario) delle risorse destinate al sistema sanitario con riferimento a bilancio di previsione, assestamento, variazioni, ivi inclusa la predisposizione degli indirizzi finanziari dei documenti di programmazione (Piano Sanitario Regionale, DIEF);
- interfaccia con i competenti uffici del Servizio Bilancio e Ragioneria per il raccordo dei conti sanitari con il bilancio regionale; rimesse mensili, ed erogazioni saldi a seguito di verifiche e controlli, nei confronti degli Enti del Servizio Sanitario Regionale (ASL, AOU, IRCCS Pubblici);
- Impulso all'attuazione di quanto previsto in materia di armonizzazione dei bilanci e dei sistemi contabili.

In esecuzione delle disposizioni contenute nel decreto legislativo 118/2011 si è dunque provveduto:

1. alla istituzione di apposito conto dedicato alla gestione sanitaria nonché, ai fini della rilevazione SIOPE , alla identificazione della Regione da un distinto codice ente (493) , ai sensi dell' art 21 del D. Lgs. 118/11;
2. alla esatta perimetrazione dei capitoli di entrata e di spesa della gestione sanitaria, art. 20 del D. Lgs. 118/11. A tal proposito si precisa che le vigenti norme contabili, dettate dalla

L.R. 28/2001 e s.m.i., dispongono che le somme stanziate e non impegnate del Fondo Sanitario Regionale siano conservate in bilancio quali Residui di Stanziamento;

3. alla adozione della deliberazione di Giunta Regionale n. 325/2012) e del successivo atto dirigenziale n. 11/116/2012 per la definizione delle modalità operative riguardanti:
    a. l'accensione di apposito conto di tesoreria unica istituito per il finanziamento del SSN, funzionante secondo le modalità di cui all'art. 7 del D. Lgs. 279/1997, cui affluiscono le risorse destinate al finanziamento del fabbisogno sanitario regionale standard nonché, presso il tesoriere regionale di apposito conto corrente intestato alla sanità, destinato a ricevere le ulteriori risorse per il finanziamento del SSR secondo le modalità previste dall'art. 77 quater, comma 2, del D.L. 112/2008 convertito con L. 133/2008;
    b. la tracciabilità dei trasferimenti di cassa delle spese di pertinenza della gestione sanitaria finanziate con evidenza della quota sanitaria distinta e della quota a carico della fiscalità indistinta regionale;
4. alla separata evidenza dei flussi documentali inerenti entrate e spese relative alla gestione sanitaria;
5. all' avvio studi di fattibilità relativi alla implementazione di un sistema integrato di contabilità che hanno visto partecipi i competenti Servizi GAF, Bilancio e Ragioneria e Controlli;
6. alla scelta, di attivare comunque una soluzione informatica per la contabilità della gestione sanitaria accentrata, integrata con il sistema di contabilità finanziaria della Regione, mediante sottoscrizione di apposita convenzione con la società *in house* Innovapuglia S.p.A;
7. all'esame delle funzionalità attualmente previste nel Sistema Informativo Sanitario Regionale "Edotto" con lo scopo di verificarne la rispondenza con i dettami del D.lgs. 118/2011 in materia di monitoraggio contabile e consolidamento dei bilanci delle aziende sanitarie, al fine di consentire la valutazione di soluzioni integrative esterne;
8. alla individuazione della cosiddetta 11^ "azienda", inerente la gestione sanitaria accentrata con l'avvio delle attività di popolazione del piano dei conti, sulla base dei modelli ministeriali, e raccordo con la codifica SIOPE (art. 27)
9. alla definizione del credito della gestione sanitaria accentrata nei confronti della gestione ordinaria alla data del 1 gennaio 2012 per consentire la corretta rappresentazione dello stato patrimoniale di apertura inerente tutte le posizioni economiche e giuridiche della gestione accentrata, così come riveniente dalla contabilità finanziaria regionale e dai documenti di indirizzo economico e funzionale della sanità (DIEF);
10. alla riconciliazione del bilancio finanziario regionale con i bilanci in contabilità economico patrimoniale, per la definizione della situazione debiti e dei crediti , attraverso il confronto con il servizio Bilancio e Ragioneria (Ufficio Entrate ed Ufficio Bilancio), con riferimento alla situazione di cassa della gestione sanitaria accentrata al 1 gennaio 2012 e con le aziende sanitarie ed i fornitori in relazione alle posizioni debitorie e/o creditorie in essere alla medesima data;
11. alla ricognizione degli ammortamenti e sterilizzazioni oggetto della copertura pluriennale.

Risultati programmati

La Regione provvede inoltre già:

- alla verifica dei bilanci preventivi predisposti dalle singole Aziende a seguito della emanazione, nel mese di novembre, di specifiche linee guida anche correlate a quanto previsto dal Piano di Rientro e dal successivo Programma Operativo.
- attraverso il servizio GFS, in sede di rendicontazione trimestrale, alla verifica delle previsioni di bilancio ed al costante monitoraggio dell'andamento dei costi annuali.

Per quanto concerne l'applicazione dei principi contabili ex art. 29 del D.Lgs. 118/2011 si evidenzia che la Regione ha già raggiunto notevoli risultati: occorre però procedere all'affiancamento delle aziende al fine di ultimare riclassificazioni e controlli che riguardano, in particolare, i sistemi informativi (ad esempio riclassificazione Patrimonio Netto, verifica puntuale del fondo rischi, ecc.).

E' inoltre avviata la definizione di un capitolato di appalto con l'obiettivo di acquisire entro 5 anni un sistema contabile unico a livello regionale al fine di risolvere definitivamente la necessità di continua verifica la corretta registrazione da parte delle aziende dei fatti contabili, l'iscrizione ed elisione delle operazioni *intercompany*, le operazioni necessarie al consolidato regionale del SSR ed anche il supporto per la contabilità analitica.

Indicatori di risultato

Definizione delle procedure minime di controllo relative alle aziende, alla GSA e al consolidato regionale e corretta esposizione delle poste patrimoniali ex D.Lgs 118/2011.

Capitolato d'appalto per acquisire entro 5 anni un sistema contabile unico a livello regionale.

Responsabile del procedimento attuativo

Struttura/Dirigente responsabile dell'attuazione del decreto legislativo 118/2011 nell'ambito del Programma Operativo da nominare.

Intervento 2.3: Realizzazione e implementazione di specifici flussi informativi dedicati alla effettiva attuazione del decreto legislativo 118/2011

Il Servizio Gestione Finanza Sanitaria nel corso del 2013 ha predisposto, in collaborazione con il Servizio Bilancio, l'esatta perimetrazione delle entrate e delle uscite del servizio sanitario regionale attraverso l'analisi di tutti i capitoli di assegnati alla sanità.

In sede di adozione del Bilancio di Esercizio Consolidato del S.S.R., DGR n. 1247 del 4 luglio 2013, si è provveduto alla riconciliazione patrimoniale tra le poste attive regionali e quelle creditorie aziendali.

Il Servizio ha inoltre provveduto a dare esatta esecuzione alle disposizioni dell'art. 20, comma 2, del D.Lgs. 118/2001 procedendo ad accertare ed impegnare l'intero importo del finanziamento sanitario 2013 comprensivo della quota premiale, delle quote di finanziamento vincolate o finalizzate nonché gli importi delle manovre fiscali regionali destinate, nell'esercizio di competenza, al finanziamento del fabbisogno standard.

Già con nota prot. A005/364 del 29 giugno 2011 è stata approvata la rivisitazione delle linee guida della contabilità analitica e con nota prot. 168/956 del 8/11/12 è stato ulteriormente aggiornato il piano dei conti da utilizzare per la contabilità generale anche ai fini della corretta ed uniforme redazione del bilancio di esercizio nonché dei modelli ministeriali di rilevazione "SP" (Stato Patrimoniale) e "CE" (Conto Economico) ex D.Lgs. 118/2011.

Risultati programmati

Garantire l'omogeneità delle rilevazioni contabili effettuate dalle varie aziende. La Regione ha già adottato il piano conti unificato regionale e lo aggiorna e verifica in tempo reale. Occorre prevedere la produzione di ulteriori report allegati al modello trimestrale al fine di far emergere eventuali criticità o aspetti che necessitano di interventi correttivi (ad es. monitoraggio registrazione contabile dei dispositivi medici o di altre voci relative ai beni sanitari).

Indicatori di risultato

Report allegati al modello trimestrale al fine di far emergere eventuali criticità o aspetti che necessitano di interventi correttivi.

Intervento 2.4: Redazione periodica di un rapporto concernente lo stato di trasferimento alla GSA e alle aziende sanitarie di competenza e di cassa delle risorse destinate al SSR

Dal 2012, è stata avviata la tracciatura delle diverse assegnazioni effettuate a favore delle Aziende Sanitarie, con individuazione degli impegni rilevati nel bilancio regionale e delle relative erogazioni.

Risultati programmati

Riconciliazione trimestrale dei trasferimenti alla GSA e alle aziende sanitarie delle risorse destinate al SSR con le risultanze contabili rilevate dalla GSA.

Indicatori di risultato

Certificazione della riconciliazione trimestrale dei trasferimenti alla GSA e alle aziende sanitarie delle risorse destinate al SSR con le risultanze contabili rilevate dalla GSA.

Programma 2 – Attuazione del decreto legislativo n. 118/2011		
Intervento	**Risultato atteso**	**Tempi**
2.1 - Individuazione della struttura responsabile dell'attuazione del decreto legislativo 118/2011 nell'ambito del Programma Operativo e controlli.	▪ Provvedimento di individuazione della struttura responsabile dell'attuazione del decreto legislativo 118/2011 nell'ambito del Programma Operativo	▪ 30/10/2014
2.2: Azioni di monitoraggio dell'effettiva attuazione del decreto legislativo 118/2011	▪ Definizione delle procedure minime di controllo relative alle aziende, alla GSA e al consolidato regionale e corretta esposizione delle poste patrimoniali ex D.Lgs 118/2011. ▪ Capitolato d'appalto per acquisire entro 5 anni un sistema contabile unificato regionale	▪ 30/10/2014 ▪ 31/12/2014
2.3: Realizzazione e implementazione di specifici flussi informativi dedicati alla effettiva attuazione del decreto legislativo 118/2011	▪ Report allegati al modello trimestrale al fine di far emergere eventuali criticità o aspetti che necessitano di interventi correttivi.	▪ 31/12/2014
2.4: Redazione periodica di un rapporto concernente lo stato di trasferimento alla GSA e alle aziende sanitarie di competenza e di cassa delle risorse destinate al SSR	▪ Certificazione della riconciliazione trimestrale dei trasferimenti alla GSA e alle aziende sanitarie delle risorse destinate al SSR con le risultanze contabili rilevate dalla GSA.	▪ 31/12/2014
Responsabile del Processo Attuativo	Servizio Gestione Finanza Sanitaria Regionale	

2.1.3 Programma 3 – Certificabilità dei bilanci del SSR

Analisi del Contesto

Il Decreto del Ministero della Salute n. 42 del 18 Gennaio 2011 reca disposizioni in materia di valutazione straordinaria dello stato delle procedure amministrativo-contabili necessarie ai fini della certificazione dei bilanci del settore sanitario ed emana il documento metodologico che traccia il percorso per consentire alle strutture pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale, nonché alle Regioni per la gestione accentrata ed il consolidamento dei dati aziendali, di effettuare la valutazione straordinaria di cui innanzi;

Il titolo II, art. 19 del D.Lgs. 118/2011 "*Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli Enti locali e dei loro organismi, a norma degli art. 1 e 2 della L. n. 42/2009*", al fine di garantire che gli enti coinvolti nella gestione della spesa finanziata con le risorse destinate al Servizio Sanitario Nazionale concorrano al perseguimento degli obiettivi di finanza pubblica sulla base di principi di armonizzazione dei sistemi contabili e dei bilanci, disciplina le modalità di redazione e di consolidamento dei bilanci da parte dei predetti enti, nonché definisce i principi contabili generali cui devono attenersi gli stessi per l'attuazione delle disposizioni contenute;

Il Piano di rientro, approvato Legge regionale n. 2 del 9 Febbraio 2011, aveva già previsto quale obiettivo prioritario, al paragrafo C1.3,"l'impulso al miglioramento del grado di affidabilità dei conti delle aziende sanitarie pubbliche", attraverso l'adozione di specifiche iniziative che andassero nella direzione della certificazione contabile e della trasparenza e chiarezza della rendicontazione contabile.

Attività Avviate

Atteso che le disposizioni contenute nel Titolo II del D.Lgs. 118/2011, riguardanti la gestione del bilancio regionale con riferimento, tra l'altro, al consolidamento dei conti degli enti sanitari ed alla rilevazione, attraverso scritture di contabilità economico-patrimoniale, del finanziamento regionale sanitario direttamente gestito, trovano diretta ed immediata applicazione a partire dal 1 gennaio 2012, anche ai fini delle verifiche di certificabilità e che in attuazione del D.M. del 17 settembre 2012 gli Enti del SSR, sotto la responsabilità ed il coordinamento della Regione, devono garantire la certificabilità dei propri dati e dei propri bilanci, la Regione Puglia , con DGR 1060/2012, ha avviato un percorso attuativo finalizzato a perseguire la concreta certificabilità dei bilanci secondo le fasi di seguito indicate:

1. ricognizione e valutazione straordinaria delle procedure amministrativo contabili e delle risultanze contabili all'interno delle aziende;
2. accompagnamento degli enti del SSR nel percorso di adeguamento delle procedure , dei sistemi e delle competenze finalizzate alla certificabilità dei bilanci;
3. certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie.

Nell'ottica del controllo collaborativo, pur nel rispetto dei ruoli, si è reso opportuno attivare meccanismi di coordinamento della procedura de quo al fine di:

- Agevolare, secondo un ottica condivisa, la partecipazione ed il contributo dei differenti interlocutori istituzionali al rinnovo ed all'armonizzazione delle procedure amministrative e contabili;
- Favorire la condivisione di problematiche specifiche che attengono la gestione amministrativo contabile del sistema sanitario, consentendo così la definizione di percorsi di formazione e sviluppo professionale;
- Contribuire alla definizione di un *corpus* unitario di principi e procedure amministrativo/contabili che tenga conto, entro i vincoli della disciplina nazionale e comunitaria, dello specifico contesto in cui operano le aziende sanitarie della regione.

Trattandosi di attività che , in attuazione dell'art. 1, comma 291 della L. 266/2005, deve essere condotta con criteri e modalità per la revisione dei bilanci, con la medesima deliberazione 1060/2012 si è provveduto ad individuare, nel Servizio Controlli, incardinato nell'Area Finanza e Controlli, il centro di responsabilità demandato alla definizione ed implementazione di idonee procedure per l'affidamento del servizio di affiancamento agli Enti pubblici del SSR , al fine di giungere , in un arco di tempo stimato in due anni, alla certificazione dei bilanci.

E' stata pertanto avviata una procedura aperta, ai sensi dell'art. 3 comma 37 , del D. Lgs. 163/2006, suddivisa in quattro lotti , la cui aggiudicazione, per singolo lotto indivisibile, si è di recente conclusa.

Sono stati costituiti, all'interno di ciascuna Azienda gruppi di progetto, composto dai rappresentanti delle strutture organizzative maggiormente coinvolte, con funzioni di coordinamento e facilitazione delle attività inerenti :

- l'analisi delle problematiche di revisione;
- la formalizzazione delle procedure secondo standard di riferimento;
- l'implementazione dei necessari adeguamenti;
- la verifica della adeguatezza delle procedure;
- l'individuazione e l'adozione di soluzioni rispetto alle criticità riscontrate.

Si evidenzia che con la DGR n. 1169 del 21-06-2013 è stato istituito in particolare, a completamento del percorso descritto dalla DGR 1060/2012 e nell'alveo delle disposizioni previste dal D. Lgs. 118/2011, con particolare riferimento all'armonizzazione ed al fine di definire un più organico quadro operativo di funzionamento volto alla condivisione ed e facilitazione delle tematiche di che trattasi un Comitato tecnico consultivo di indirizzo (anche detto *Steering Commettee*).

Le funzioni che tale Comitato è chiamato a svolgere sono state così individuate:

- formulare proposte e pareri a sostegno delle decisioni in merito a scelte di rimodulazione e riprogrammazione del PAC;

- formulare proposte e pareri in merito alla definizione di standard con particolare riferimento alle procedure amministrativo-contabili, alla casistica applicativa, ai criteri e modalità di attuazione del PAC;

- formulare proposte e pareri in merito ad azioni volte ad accrescere il livello di competenza anche attraverso iniziative a carattere formativo;

- contribuire all'analisi dell'andamento del PAC, anche sulla base dei dati di monitoraggio al fine di conseguire l'obiettivo della certificabilità.

In ultimo con la DGR n.1170 del 21-06-2013 è stato adottato il Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC) degli Enti del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze del 1 marzo 2013, trasmesso al Comitato permanente per l'erogazione dei LEA ed al Tavolo di verifica degli adempimenti attraverso il SIVEAS.

Obiettivi specifici

Il percorso di affiancamento, a coordinamento regionale, finalizzato alla certificazione, riguarderà le attività riconducibili alla implementazione di un piano di azione che, partendo dai risultati della verifica straordinaria e dalla ricognizione sul campo delle prassi amministrativo-contabili delle Aziende Sanitarie, definisca in modo puntuale le attività da svolgere:

- attuazione di un percorso graduale di razionalizzazione delle metodologie e delle procedure amministrativo-contabili al fine di favorire l'armonizzazione delle procedure contabili ai sensi della normativa vigente ed in relazione all'evoluzione della disciplina nazionale in materia di contabilità sanitaria;

- implementazione di un processo di sviluppo del potenziale e di *capacity building* per l'adeguamento delle competenze tecniche necessarie alle Aziende ed agli Uffici regionali coinvolti ai fini della certificazione di bilancio;

- normalizzazione dei flussi informativi e documentali finalizzata a migliorare la qualità dei dati contabili ed a rinnovare la cultura del controllo interno;

- implementazione di procedure scritte, anche attraverso la messa a punto di apposita manualistica, per la definizione e standardizzazione delle modalità operative da seguire per il perseguimento della certificazione;

- definizione ed estensione di test formali e sostanziali, diretti ed indiretti, volti a migliorare il grado di affidabilità del sistema amministrativo contabile;

- supporto nella definizione di decisioni in materia organizzativa e di controllo interno, coinvolgimento della dirigenza attraverso la valutazione dei processi aziendali, integrazione nel sistema di valutazione di elementi a marcato carattere contabile amministrativo, supporto al processo di certificazione del bilancio;

- emissione, in relazione all'avanzamento della procedura di affiancamento, di lettere e rapporti intermedi e finali.

Crono programma

I tempi di attuazione sono stati puntualmente riportati all'interno della citata DGR n.1170 del 21-06-2013 con cui è stato adottato il Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC) degli Enti del Servizio Sanitario Regionale.

Responsabile del Processo Attuativo: Servizio Controlli.

Programma 3 – Certificabilità dei bilanci			
Azione	**Obiettivo Generale**	**Obiettivi Specifici**	**Indicatori di Risultato**
Percorso di affiancamento, a coordinamento regionale, finalizzato alla certificazione	Implementazione di un piano di azione che, partendo dai risultati della verifica straordinaria e dalla ricognizione sul campo delle prassi amministrativo-contabili delle Aziende Sanitarie, definisca in modo puntuale le attività da svolgere	▪ attuazione di un percorso graduale di razionalizzazione delle metodologie e delle procedure amministrativo-contabili al fine di favorire l'armonizzazione delle procedure contabili ai sensi della normativa vigente ed in relazione all'evoluzione della disciplina nazionale in materia di contabilità sanitaria; ▪ implementazione di un processo di sviluppo del potenziale e di *capacity building* per l'adeguamento delle competenze tecniche necessarie alle Aziende ed agli Uffici regionali coinvolti ai fini della certificazione di bilancio; ▪ normalizzazione dei flussi informativi e documentali finalizzata a migliorare la qualità dei dati contabili ed a rinnovare la cultura del controllo interno; ▪ implementazione di procedure scritte, anche attraverso la messa a punto di apposita manualistica, per la definizione e standardizzazione delle modalità operative da seguire per il perseguimento della certificazione; ▪ definizione ed estensione di test formali e sostanziali, diretti ed indiretti, volti a migliorare il grado di affidabilità del sistema amministrativo contabile; ▪ supporto nella definizione di decisioni in materia organizzativa e di controllo interno, coinvolgimento della dirigenza attraverso la valutazione dei processi aziendali, integrazione nel sistema di valutazione di elementi a marcato carattere contabile amministrativo, supporto al processo di certificazione del bilancio; ▪ emissione, in relazione all'avanzamento della procedura di affiancamento, di lettere e rapporti	1. Emissione, in relazione all'avanzamento della procedura di affiancamento, di lettere e rapporti intermedi e finali

		intermedi e finali.;	
Cronoprogramma	I tempi di attuazione sono stati puntualmente riportati all'interno della citata DGR n.1170 del 21/06/2013 con cui è stato adottato il Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC) degli Enti del Servizio Sanitario Regionale.		
Responsabile del Processo Attuativo	Servizio Controlli.		

2.1.4 Programma 4 – Flussi informativi

Analisi del Contesto

La funzione di coordinamento e raccordo per i flussi informativi inerenti le aree di competenza specifica competenza dei vari uffici dell'Assessorato al Welfare è espletata attraverso l'Ufficio Sistemi Informativi e Flussi Informativi, incardinato nel Servizio Accreditamento e Programmazione Sanitaria. Si tratta di una funzione trasversale e di coordinamento, avente la responsabilità di assicurare l'implementazione e l'esercizio dei sistemi informativi regionali a supporto dei vari Servizi dell'Area Politiche per la Promozione della Salute, delle Persone e delle pari Opportunità, alla quale si affianca il Tavolo di Sanità Elettronica (TSE Puglia), istituito con R.R. n. 19/2007, coordinato dal Direttore dell'Area. Sono esclusi da tali flussi quelli specifici per l'area veterinaria.

Dal punto di vista architetturale, gli obblighi informativi verso le Amministrazioni Centrali (Ministero della Salute, Ministero dell'Economia e delle Finanze, ecc.) sono attualmente assicurati mediante i seguenti sistemi/applicativi:

- Edotto[1]:
  - gestione dell'anagrafe regionale degli assisti della Regione Puglia (scelta e revoca del MMG e PLS, esenzioni ticket di qualsiasi tipologia) e relativi scambio di flussi con l'anagrafe del sistema Tessera Sanitaria;
  - anagrafe delle farmacie territoriali, delle strutture specialistiche private accreditate e pubbliche (e relativo scambio di flussi con l'anagrafe del sistema TS);
  - assegnazione dei ricettari ai medici prescrittori (e relativo scambio di flussi con il sistema TS);
  - gestione ricoveri: gli ospedali pubblici e privati accreditati possono utilizzare le funzionalità messe a disposizione dal sistema o alimentare lo stesso mediante scambio di flussi o cooperazione applicativa (e relativa produzione del flusso SDO e CEDAP per NSIS)
  - accettazione d'urgenza: gestione di tutti i pronto soccorso pubblici della Regione Puglia (ad eccezione al momento della sola ASL BT in fase di migrazione) e relativa produzione del flusso[2] EMUR (PS) per NSIS;
  - assistenza domiciliare: gestione del PAI, della SVaMA e della SVaMDi e relativa produzione del flusso SIAD per NSIS;

[1] Si evidenziano solo le funzionalità rilevanti per i flussi informativi.

[2] Si precisa che le strutture di PS della ASL BT e dei tre Enti Ecclesiastici (Ospedale Miulli cod. 160078, Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza cod. 160905 e Ospedale Panico cod. 160080), che non utilizzano l'applicativo unico regionale del sistema Edotto, assicurano l'invio dei dati relativi al flusso EMUR alla regione attraverso i propri applicativi aziendali

- assistenza residenziale: gestione del PAI, della scheda di valutazione, registrazione dei ricoveri e relativa produzione del flusso FAR per NSIS;
- assistenza farmaceutica: gestione delle ricette farmaceutiche territoriale mediante acquisizione ottica della ricette (convenzionata, integrativa, PHT) e delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e relativa erogazione, con relativa produzione dei flussi per NSIS (consumi di medicinali in ambito ospedaliero, prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta e per conto);
- anagrafe delle strutture sanitarie, con la quale si assicurerà l'invio dei dati al sistema MRA.

- Sistema Informativo Sanitario Territoriale (SIST Puglia):
  - Sistema regionale per la realizzazione del fascicolo sanitario elettronico degli assistiti e per la dematerializzazione del ciclo prescrittivo: il sistema funge da Sistema di Accoglienza Regionale (SAR) ai sensi del DPCM 26/03/2008 e del DM 02/11/2011;
- Sistema informativo regionale del 118:
  - Sistema regionale unico per la gestione delle attività delle 5 centrali operative (BA, BR, FG, LE, TA) e per la generazione del flusso EMUR 118 per NSIS;
- Sistema informativo regionale delle Dipendenze (SESIT Puglia): gestione dei contatti e delle attività e generazione del flusso SIND per NSIS;
- Sistema informativo regionale delle salute mentale: gestione dei contatti e delle attività e generazione del flusso SISM per NSIS;
- Applicativo per l'acquisizione e l'elaborazione dei dati di attività presso gli *Hospice* (trasmessi dalle Aziende Sanitarie Locali) e per la generazione del flusso[3] di cui al D.M. 06/06/2012 per NSIS;
- Applicativo per l'acquisizione e l'elaborazione dei dati relativi ai dispositivi medici (consumi e contratti) trasmessi dalle Aziende Sanitarie Locali e per la generazione del flusso di cui al D.M. 11/6/2010.

4.1 Azioni di miglioramento in termini di completezza e qualità e dei flussi informativi NSIS

Sulla base dell'ultima certificazione sulla verifica LEA anno 2012, risultano superate le criticità evidenziate per l'anno precedente, relativa agli adempimenti av) flusso EMUR, aw) flusso SIAD, ax) flusso FAR, aab) flusso SISM, aac) flusso SIND.

In particolare, si evidenzia che per tutti i suddetti flussi informativi, la Regione ha messo a disposizione delle Aziende sistemi informativi regionali per la gestione informatizzata dell'assistenza sanitaria, per la rilevazione dei dati e per le generazione dei flussi informativi secondo quanto richiesto dagli specifici decreti ministeriali.

Al fine di migliorare la completezza e la qualità dei dati, tali da rendere i dati idonei alla valutazione dei livelli di assistenza erogata, si procederà ad un costante azione di sollecito e richiamo dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliero-Universitarie e degli IRCCS pubblici, con penalizzazioni sulla retribuzione di risultato, fatta salva l'automatica decadenza fatta salva l'automatica decadenza prevista dalla normativa regionale, richiamata nello schema di contratto approvato con DGR n. 2341/2011, in caso di mancato invio dei dati o grave

[3] Invio del flusso a NSIS a regime dal IV trimestre 2012.

ritardo nella trasmissione degli stessi tale da comportare inadempienza della Regione in relazione agli obblighi informativi verso le Amministrazioni Centrali.

Annualmente sono stabiliti obblighi specifici in materia di flussi informativi e obiettivi in materia di Sanità Elettronica e di alimentazione dei flussi informativi regionali ai fini dell'erogazione del trattamento economico di risultato dei Direttori Generali (per l'anno 2013 si richiamano la DGR n. 73/2013 "*Art. 39 L.R. n. 4/2010. Approvazione dello scadenziario per l'anno 2013 per il conferimento dei dati ai sistemi informativi regionali da parte delle strutture pubbliche e private accreditate del Servizio Sanitario Regionale*" e la DGR n. 788/2013 "*Determinazione degli obiettivi gestionali annuali attribuiti ai Direttori generali delle Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R. per l'anno 2013 ai fini della erogazione del trattamento economico di risultato.")*.

Inoltre, gli schemi di accordo contrattuale per le varie tipologie di prestazioni sanitarie con le strutture private accreditate, approvati con deliberazioni della Giunta regionale, prevedono l'obbligo per l'erogatore del "*rispetto dell'invio dei flussi, secondo modalità e tempi stabiliti dalle norme nazionali, regionali e dalle correlate disposizioni attuative ed a osservare le modalità tecniche stabilite dalla Regione e/o dalla ASL per il collegamento del proprio sistema informativo e il sistema informativo regionale e/o aziendale*". La violazione reiterata di tali obblighi dà luogo alla risoluzione dell'accordo contrattuale secondo quanto previsto dalla normativa regionale.

Per quanto concerne l'attuazione del sistema "Monitoraggio della Rete di Assistenza", di cui allo schema di decreto presentato nella riunione plenaria del 4 luglio 2013, la Regione adempierà a quanto previsto dal redigendo decreto, attraverso l'area applicativa "Anagrafe delle Strutture Sanitarie" del sistema informativo Edotto, eventualmente opportunamente modificata sulla base delle specifiche tecniche di dettaglio che saranno pubblicate.

In relazione al flusso SDO, la Regione è impegnata in un costante e progressivo miglioramento della qualità dei dati delle schede di dimissione sulla base delle segnalazioni a cura del competente Ufficio VI della Direzione generale della programmazione sanitaria, come evidenziato dalle interazioni relative ai dati del 2012.

Per quanto concerne le criticità evidenziate nel primo semestre 2013 nell'invio, secondo il tracciato *di Fase 3*, del flusso informativo della distribuzione diretta e per conto, si evidenzia che:

- per quanto concerne la distribuzione per conto (PHT), è stato rivisto l'intero processo di trattamento di ricette farmaceutiche al fine di consentire il rispetto dei tempi di invio con il tracciato fase 3 a decorrere dai dati di giungo 2013, fermo restando il conferimento dei dati dei primi mesi del 2013, mediante richiesta di apertura del flusso delle eccezioni;

per quanto concerne la distribuzione diretta, sebbene il sistema informativo regionale sia pienamente conforme a quanto previsto dal DM 31/7/2007 e s.m.i. (consentendo il soddisfacimento degli obblighi secondo varie modalità), si sono registrate difficoltà organizzative nelle Aziende in via di risoluzione; con circolari regionali prot. AOO_081/21-5-2013/1996 e prot. AOO_081/18-7-2013/2775 sono state fornite puntuali disposizioni ed istruzioni operative alle Aziende al fine di una rapida raccolta dei dati relativi al 2013. Nel 2013 si sono inoltre evidenziate criticità nel rispetto delle tempistiche per l'invio dei dati dei consumi di farmaci in mabito ospedaliero e dei consumi di dispositivi.

Infine, nel confermare l'attivazione dal IV trimestre 2012 del flusso di rilevazione delle attività presso gli *Hospice* di cui al D.M 6/6/2012, si evidenzia che con Determinazione Dirigenziale n. 134/2013 dei Dirigenti del Servizio Programmazione Assistenza Specialistica e Ospedaliera e del

Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione è stato costituito il Gruppo di Lavoro regionale "*Cure Palliative e Terapia del Dolore*", nel cui ambito saranno definiti gli obblighi informativi atti a rilevare e monitorare l'erogazione di prestazioni di cure palliative e terapia del dolore, in applicazione dei disposti della legge 38/2010 e in linea con i contenuti dell'Accordo Stato-Regioni del 16.12.2010 e dell'Intesa del 25 luglio 2012.

Risultati Programmati (anni 2013-2015)

I risultati programmati, in termini di obiettivi di qualità e tempistiche, derivano direttamente da quelli perentoriamente definiti dai decreti istitutivi dei flussi. Il richiamo allo schema di certificazione degli adempimenti LEA è relativo al solo momento della verifica annuale.

- Dati anno 2013: rispetto delle tempistiche di invio dei dati secondo quanto previsto dai decreti ministeriali istitutivi dei flussi ministeriali per la totalità delle strutture interessate; miglioramento continuo dei dati inviati in termini di qualità secondo gli indicatori definiti a livello ministeriale e richiamati nello schema di certificazione degli adempimenti LEA;
- Dati anno 2014: rispetto delle tempistiche di invio dei dati secondo quanto previsto dai decreti ministeriali istitutivi dei flussi ministeriali per la totalità delle strutture interessate; miglioramento continuo dei dati inviati in termini di qualità secondo gli indicatori definiti a livello ministeriale e richiamati nello schema di certificazione degli adempimenti LEA; particolare attenzione sarà dedicata al rispetto delle tempistiche dei dati della distribuzione diretta di famaci, dei consumi di medicinali in ambito ospedaliero e dei consumi dei dispositivi medici e dei relativi contratti di acquisto.
- Dati anno 2015: rispetto delle tempistiche di invio dei dati secondo quanto previsto dai decreti ministeriali istitutivi dei flussi ministeriali per la totalità delle strutture interessate; miglioramento continuo dei dati inviati in termini di qualità secondo gli indicatori definiti a livello ministeriale e richiamati nello schema di certificazione degli adempimenti LEA.

Indicatori di risultato

- Indicatori intermedi (anni 2013-2015): utilizzo su base semestrale degli indicatori forniti dai Cruscotti NSIS (EMUR, SIAD, FAR, ecc.) e dal Ministero della Salute nel corso dei vari incontri tecnici sui vari flussi, eventualmente integrati da altri strumenti messi a disposizione delle Regioni;
- Indicatore di risultato annuale (dati anno 2012): recupero[4] di tutti i dati non inviati e raggiungimento degli obiettivi minimi di adempienza in termini di qualità e completezza, così come definiti nello schema di certificazione degli adempimenti LEA;
- Indicatore di risultato annuale (dati anni 2013-2015): entro le tempistiche stabilite dai decreti istitutivi dei singoli flussi informativi, invio dei dati relativi per la totalità delle strutture interessate; progressivo miglioramento dei dati inviati in termini di qualità secondo gli indicatori definiti a livello ministeriale e richiamati nello schema di certificazione degli adempimenti LEA.

Impatto economico

[4] Per l'anno 2012 la Regione Puglia è impegnata nel recupero dei dati non inviati, con particolare riferimento al flusso SISM, sebbene siano decorsi i tempi previsti dai decreti istitutivi dei flussi (da intendersi quale attività straordinaria a sanatoria a causa delle criticità evidenziate nell'analisi dell'attuale contesto).

La misura non comporta differenziali diretti rispetto al valore economico tendenziale in quanto incide sul miglioramento della qualità delle informazioni contenute nelle banche dati e quindi degli strumenti di programmazione e di monitoraggio.

4.2 Sistema Tessera Sanitaria ed evoluzioni (ricetta elettronica di cui al DPCM 26/03/2008 e ricetta dematerializzata di cui al D.M. 02/11/2011)

Analisi del contesto

- **DPCM 26/3/2008 – Medici in rete**

  Nella tabella che segue è indicato l'andamento della % di MMG e PLS invianti telematicamente tramite il SAR regionale le ricette al sistema TS ai sensi del DPCM 26/03/2008 (I semestre 2013).

Dati Sistema TS (17/04/2013)	Medici Invianti *	di cui invianti MMG-PLS	MMG + PLS	% SU MMG+PLS *
Gennaio 2013	**2885**	**2881**	**3922**	**73,46%**
Febbraio 2013	**2932**	**2928**	**3916**	**74,77%**
Marzo 2013	**3075**	**3072**	**3912**	**78,53%**
Aprile 2013	**3111**	**3107**	**3911**	**79,44%**
Maggio 2013	**3226**	**3221**	**3915**	**82,27%**
Giugno 2013	**3184**	**3181**	**3914**	**81,27%**

  Al fine di un progressivo incremento della percentuali di medici invianti, si procederà a sollecitare le Direzioni Generali delle Aziende all'applicazione delle sanzioni economiche previste per i medici inadempienti (riduzione del trattamento economico complessivo dell'1,15% su base annua art. 59 ter del ACN).

  Con il supporto tecnico della SOGEI saranno individuate soluzioni tecniche ed organizzative per il miglioramento della qualità dei dati trasmessi dal Sistema regionale (SAR), anche ai fini del abbinamento fra prescritto ed erogato.

- **DM 2/11/2011 – Ricetta dematerializzata**

  Per quanto concerne il processo di dematerializzazione della ricetta cartacea, ai sensi del D.M. 02/11/2011 e dell'art. 13 del D.L. 79/2012, convertito con modificazioni in legge n. 221/2012, il piano di diffusione regionale è stato approvato con nota prot. 10526 del 7-2-2013 della Ragioneria Generale dello Stato.

  Con DGR n.240 del 18/2/2013 sono state definite le disposizioni per l'attuazione del processo di dematerializzazione della ricetta secondo le tempistiche definite nel piano regionale condiviso con le Amministrazioni Centrali.

  Allo stato attuale è in corso il collegamento al sistema regionale (SAR) delle farmacie e dei sistemi aziendali delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere al fine di effettuare una verifica dell'intero ciclo prescrittivo internamente al SAR, propedeutica alle prime sperimentazioni

relative alla ricetta dematerializzata. Si evidenzia che la fase di adeguamento del SAR per l'integrazione con il SAC ha subito uno slittamento temporale a causa di un contenzioso amministrativo che ha riguardato l'ente attuatore del progetto, la società *in house* InnovaPuglia S.p.A., differendo i tempi per i necessari affidamenti a fornitori terzi.

Va inoltre evidenziato che vi sono criticità nel rapporto con le organizzazioni sindacali di MMG e PLS che ritengono di dover subordinare l'avvio della ricetta dematerializzata ad un accordo regionale, sebbene tale adempimento risulti un obbligo di legge inderogabile dalla contrattazione (art. 55 *septies* del d.lgs. 165/2001).

- **DM 11/12/2009 – Verifica delle esenzioni ticket per il tramite del Sistema TS**

Con la deliberazione di Giunta Regionale 14 dicembre 2010, n. 2790 si è provveduto ad approvare il piano regionale di attuazione delle disposizioni del D.M. 11/12/2009 relativamente alle condizioni di esenzione previste dall'art. 8 comma 16 della L. n.537/1993 e succ. modifiche e integrazioni. Il sistema è entrato a regime il giorno 02/05/2011 con un periodo transitorio di un mese dal 01/04/2011 al 01/05/2011

Con successivo provvedimento giuntale n. 1391/2011, le modalità per la verifica delle esenzioni ticket tramite il Sistema TS sono state estese anche alla spesa farmaceutica con avvio a regime dal 01/10/2011.

Con riferimento alle autocertificazioni effettuate dagli assistiti nell'anno 2011, a seguito di un incontro tecnico effettuato con SOGEI S.p.A. nel mese di maggio 2013, sono state fornite indicazioni alle Aziende Sanitarie per l'avvio delle operazioni di verifica delle autocertificazioni ed eventuale recupero del ticket non versato.

Nonostante non sia stato ancora emanato il decreto previsto dal comma 12 del D.M. 11/12/2009 (con il quale sarebbero dovute essere "…definite le modalità per il recupero, da parte delle aziende sanitarie locali, delle somme dovute dall'assistito ovvero per il riscontro della documentazione presentata dall'assistito di cui al comma 11…" le Aziende Sanitarie Locali stanno predisponendo ed inviando agli assistiti (a mezzo raccomanda A/R) le lettere per le verifiche e l'eventuale recupero del ticket.

Tuttavia va sottolineato che l'importo ticket potenzialmente recuperabile pari a circa 4,7 milioni di euro, come riportato nei cruscotti del sistema TS, è puramente teorico in quanto non tiene conto delle difficoltà operative derivanti dalla parcellizzazione del credito, in quanto dovuto da oltre 41.000 debitori (pari al numero degli assistiti), dei quali quasi 25.000 hanno non hanno corrisposto ticket per importi annualmente inferiori a 100,00 euro, ed una parte di essi per importi inferiori a 25,00 euro, limite attualmente fissato dalle leggi regionali quale importo di modesta entità (il costo delle operazioni di accertamento, riscossione e versamento di ogni singola entrata risulti eccessivo rispetto all'ammontare delle medesima).

- **Rilevazioni delle prestazioni di integrativa, protesica e termale.**

Con riferimento alla rilevazione delle prestazioni di assistenza integrativa, protesica e termale, sono stati già avviati contatti con la SOGEI S.p.A. per quanto riguarda l'avvio delle attività tecniche.

Si precisa che per quanto riguarda l'assistenza integrativa, in Regione Puglia è previsto l'invio dei dati già da marzo 2012, limitatamente agli ausili per diabetici previsti dalla DGR n. 1714/2011.

Inoltre, sulla base delle indicazioni operative che perverranno dalla stessa SOGEI S.p.A. è possibile procedere nel breve termine all'invio dei dati dell'assistenza termale.

Per quanto riguarda l'assistenza protesica, sono necessari ulteriori approfondimenti

Risultati Programmati

- Entro il II semestre del 2013 la percentuale di MMG e PLS invianti le ricette telematicamente, tramite il SAR, al sistema TS ai sensi del DPCM 26/03/2008 dovrà essere superiore al 95%;
- Progressivo miglioramento della qualità dei dati delle prescrizioni trasmessi dal Sistema regionale (SAR) al SAC (DPCM 26/3/2008);
- Attivazione dei procedimenti relativi alle autocertificazioni verificate dal Sistema TS con esito negativo (verifica e recupero del ticket) e controllo puntuale delle ricette in esenzione, sulla base della reportistica del Cruscotto TS (indicatore % ricette in esenzione per reddito non associate ad assistiti esenti);
- Progressiva dematerializzazione della ricetta medica;
- Rispetto alle rilevazioni delle prestazioni di integrativa, protesica e termale, avvio delle attività secondo il cronoprogramma in corso di condivisione.

Indicatori di risultato

- Relativamente al collegamento in rete dei medici prescrittori, utilizzo dei report di riepilogo previsti da Sistema TS per la verifica della % di medici invianti;
- Relativamente al miglioramento della qualità dei dati delle prescrizioni, utilizzo degli indicatori previsti nel cruscotto integrato del Sistema Tessera Sanitaria;
- Relativamente al controllo delle esenzioni per il tramite del sistema TS, ai sensi del DM 11/12/2009, verifica dell'indicatore % ricette in esenzione per reddito non associate ad assistiti esenti ed invio semestrale degli esiti dei controlli e dei recuperi effettuati dalle ASL;
- Relativamente al processo di dematerializzazione della ricetta medica, utilizzo con cadenza periodica dal II semestre 2013 degli stati avanzamento lavori e dei cruscotti del sistema TS.
- Relativamente alle rilevazioni delle prestazioni di integrativa, protesica e termale, utilizzo con cadenza periodica dal II semestre 2013 degli stati avanzamento lavori secondo il cronoprogramma in corso di condivisione.

Impatto economico

Le misure di cui sopra, con eccezione delle attività di verifica delle esenzioni per il tramite del sistema TS, non comportano differenziali diretti rispetto al valore economico tendenziale in quanto incidono sul miglioramento della qualità delle informazioni contenute nelle banche dati e quindi degli strumenti di programmazione e di monitoraggio.

Per quanto concerne la verifica delle esenzioni ticket per il tramite del Sistema TS, l'impatto economico può essere stimato solo sulle autocertificazioni rese nel 2011, senza tuttavia poter

definire le tempistiche in quanto influenzate anche dai tempi dell'eventuale contenzioso per il recupero di quanto dovuto.

Non avendo a disposizione dati storici sulle percentuali delle autocertificazioni con esito negativo che, a seguito dei controlli delle Aziende e della documentazione presentata dagli assistiti, dovessero risultare veritiere, si stima di poter recuperare in prima istanza il 50% dell'importo ticket potenziale, pari a 4,7 milioni di euro.

Programma 4 – Flussi Informativi			
Azione	**Obiettivo Generale**	**Obiettivi Specifici**	**Indicatori di Risultato**
Azione 4.1 **Flussi informativi NSIS**	**Miglioramento in termini di completezza e qualità e dei flussi informativi NSIS**	1. **Dati anno 2012:** entro il 31/10/2013 recupero di tutti i dati non inviati e raggiungimento degli obiettivi minimi di adempienza in termini di qualità e completezza, così come definiti nello schema di certificazione degli adempimenti LEA; 2. **Dati anno 2013**: rispetto delle tempistiche di invio dei dati secondo quanto previsto dai decreti ministeriali istitutivi dei flussi ministeriali per la totalità delle strutture interessate; miglioramento continuo dei dati inviati in termini di qualità secondo gli indicatori definiti a livello ministeriale e richiamati nello schema di certificazione degli adempimenti LEA; 3. **Dati anno 2014**: rispetto delle tempistiche di invio dei dati secondo quanto previsto dai decreti ministeriali istitutivi dei flussi ministeriali per la totalità delle strutture interessate; miglioramento continuo dei dati inviati in termini di qualità secondo gli indicatori definiti a livello ministeriale e richiamati nello schema di certificazione degli adempimenti LEA; 4. **Dati anno 2015**: rispetto delle tempistiche di invio dei dati secondo quanto previsto dai decreti ministeriali istitutivi dei flussi ministeriali per la totalità delle strutture interessate; miglioramento continuo dei dati inviati in termini di qualità secondo gli indicatori definiti a livello ministeriale e richiamati nello schema di certificazione degli adempimenti LEA;	2. **Indicatori intermedi (anni 2013-2015):** utilizzo su base semestrale degli indicatori forniti dai Cruscotti NSIS (EMUR, SIAD, FAR, ecc.) e dal Ministero della Salute nel corso dei vari incontri tecnici sui vari flussi, eventualmente integrati da altri strumenti messi a disposizione delle Regioni; 3. **Indicatore di risultato annuale (dati anno 2012):** recupero di tutti i dati non inviati e raggiungimento degli obiettivi minimi di adempienza in termini di qualità e completezza, così come definiti nello schema di certificazione degli adempimenti LEA; 4. **Indicatore di risultato annuale (dati anni 2013-2015):** entro le tempistiche stabilite dai decreti istitutivi dei singoli flussi informativi, invio dei dati relativi per la totalità delle strutture interessate; progressivo miglioramento dei dati inviati in termini di qualità secondo gli indicatori definiti a livello ministeriale e richiamati nello schema di certificazione degli adempimenti LEA;

Azione 4.2 **Sistema Tessera Sanitaria ed evoluzioni (ricetta elettronica di cui al DPCM 26/03/2008 e ricetta dematerializzata di cui al D.M. 02/11/2011)**	Realizzazione di quanto previsto dall'art. 50 del D.L. 269/2003 e relativi decreti attuativi (ricetta elettronica, ricetta de materializzata, verifica esenzioni)	1. Entro il II semestre del 2013 la percentuale di MMG e PLS invianti le ricette telematicamente, tramite il SAR, al sistema TS ai sensi del DPCM 26/03/2008 dovrà essere superiore al 95%; 2. Progressivo miglioramento della qualità dei dati delle prescrizioni trasmessi dal Sistema regionale (SAR) al SAC (DPCM 26/3/2008); 3. Attivazione dei procedimenti relativi alle autocertificazioni verificate dal Sistema TS con esito negativo (verifica e recupero del ticket) e controllo puntuale delle ricette in esenzione, sulla base della reportistica del Cruscotto TS (indicatore % ricette in esenzione per reddito non associate ad assistiti esenti); 4. Progressiva dematerializzazione della ricetta medica. 5. Rispetto alle rilevazioni delle prestazioni di integrativa, protesica e termale, avvio delle attività secondo il cronoprogramma in corso di condivisione.	1. **Indicatore di risultato annuale (2013):** Relativamente al collegamento in rete dei medici prescrittori, utilizzo dei report di riepilogo previsti da Sistema TS per la verifica della % di medici invianti; 2. **Indicatore di risultato (su base semestrale, anni 2013-2015):** Relativamente al miglioramento della qualità dei dati delle prescrizioni, utilizzo degli indicatori previsti nel cruscotto integrato del Sistema Tessera Sanitaria; 3. **Indicatore di risultato (su base semestrale, anni 2013-2015):** Relativamente al controllo delle esenzioni per il tramite del sistema TS, ai sensi del DM 11/12/2009, verifica dell'indicatore % ricette in esenzione per reddito non associate ad assistiti esenti ed invio semestrale degli esiti dei controlli e dei recuperi effettuati dalle ASL; 4. **Indicatore di risultato (su base semestrale, anni 2013-2015).** Relativamente alla dematerializzazione della ricetta medica, utilizzo con cadenza periodica dal II semestre 2013 degli stati avanzamento lavori e dei cruscotti del sistema TS. ▪ **Indicatore di risultato (su base semestrale, anni 2013-2015).** Relativamente alle rilevazioni delle prestazioni di integrativa, protesica e termale, utilizzo con cadenza periodica dal II semestre 2013 degli stati avanzamento lavori secondo il cronoprogramma in corso di condivisione.
Responsabile del Processo Attuativo	**Responsabile del Processo Attuativo:** Servizio Accreditamento e Programmazione Sanitaria - Area Politiche per la promozione della salute, delle persone e delle pari opportunità.		

2.1.5 Programma 5 - Accreditamento

Analisi del Contesto

Nella Regione Puglia la L.R. 28 maggio 2004, n. 8 s.m.i. disciplina l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, l'accreditamento istituzionale e gli accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private.

La suddetta legge è stata più volte modificata negli anni, anche al fine di adeguare la normativa regionale alla legislazione nazionale, in particolare alle modifiche apportate dalla successive disposizioni al D. Lgs. n. 502/1992.

Per ciò che riguarda il processo di accreditamento, alla data odierna è cessata la fase di provvisorio accreditamento per le strutture private ospedaliere e ambulatoriali, mentre per altre tipologie di strutture sanitarie e socio-sanitarie detto termine cesserà il 31 ottobre 2014 giusta previsione normativa ex art. 7 della Legge n. 15 del 27/02/2014.

Sono inoltre ancora in corso le procedure per l'accreditamento di ulteriori centri dialisi (art. 7 della L.R. n. 4/2010).

E' inoltre cessato l'accesso diretto all'accreditamento istituzionale da parte delle strutture di riabilitazione psichiatrica e delle RSA in possesso di determinati requisiti (autorizzate alla realizzazione alla data del 31 dicembre 2009 e rientranti nel fabbisogno determinato ai sensi del regolamento regionale 2 marzo 2006, n. 3), mentre sono sospesi i nuovi accreditamenti di strutture private, fatte salve le strutture previste nelle intese per la riconversione delle case di cura, quelle realizzate con finanziamenti pubblici e quelle che alla data di entrata in vigore della Legge Regionale n. 1/2008 avevano già ottenuto il parere favorevole di compatibilità per la realizzazione.

La Regione Puglia ha definito gli atti regolamentari che prevedono il fabbisogno di prestazioni per le diverse tipologie assistenziali in base a quanto previsto dall'art. 3, comma 1, lett. a), punto 1) della L.R. n.8/2004 e s.m.i., che prescrive che la Regione determina gli ambiti territoriali in cui si riscontrano carenze di strutture o di capacità produttive ai sensi dell'articolo 8-ter, comma 5, lettera b), del decreto legislativo n.502/92 e s.m.i. ai fini della verifica di compatibilità del progetto, propedeutica all'autorizzazione alla realizzazione, nonché il fabbisogno di assistenza e gli standard per la verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti dalle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private, ai fini dell'accreditamento istituzionale. Alla luce del decreto legge n. 90 del 24 giugno 2014, art. 27 comma 2, detti atti regolamentari saranno modificati in quanto il fabbisogno di prestazioni sarà correlato esclusivamente ai procedimenti concernenti l'accreditamento.

Inoltre, in ossequio all'art. 3, comma 1, lett. a),punti 2) e 3), della L.R. n. 8/2004 e s.m.i., che prevedono che la Regione in presenza di comprovate carenze nel D.P.R. 14 gennaio 1997 o di necessità di integrazione dei relativi requisiti minimi, integra i requisiti di cui al citato D.P.R. per l'autorizzazione all'esercizio e stabilisce gli ulteriori requisiti per l'accreditamento istituzionale secondo i principi previsti nella stessa legge, sono stati emessi diversi Regolamenti regionali.

Gli atti Regolamentari regionali in materia di fabbisogno di prestazioni e di requisiti sono i seguenti (gli incisi tra parentesi indicano i provvedimenti che riguardano specifici settori di assistenza):

- Regolamento Regionale 2 marzo 2006, n. 3 "Art. 3, comma 1, lettera a), punto 1) della L.R. 28 maggio 2004, n. 8. Fabbisogno prestazioni per il rilascio della verifica di compatibilità e dell'accreditamento istituzionale alle strutture sanitarie e socio-sanitarie"

- Regolamento Regionale 13 gennaio 2005, n. 3 “Requisiti strutturali per autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie”
- Regolamento Regionale n. 3/2010 “Modifiche ed integrazioni al Regolamento Regionale 13 gennaio 2005, n. 3 “Requisiti strutturali per autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie”

Rete ospedaliera privata accreditata

- Regolamento Regionale n. 38/2012 “Abrogazione Art. 1 del R.R. n. 15/2006 – Rideterminazione, rimodulazione e qualificazione del fabbisogno dei posti letto accreditati rientranti nella rete ospedaliera privata accreditata”

PET

- Regolamento Regionale n. 14/2009 “Art. 3, comma 1, lett. a), punto 1) della L.R. 8/2004 - Determinazione degli ambiti territoriali e fabbisogno prestazioni PET per il rilascio della verifica di compatibilità e dell’accreditamento istituzionale alle strutture sanitarie e socio-sanitarie

Gamma Knife e Cyberknife

- Regolamento Regionale 2 luglio 2013, n. 16 “Definizione dei requisiti minimi organizzativi, strutturali, tecnologici e percorso terapeutico per le attività di radioterapia stereotassica - categoria D: Gamma Knife e Cyberknife”.

Sistema trasfusionale

- Regolamento Regionale n. 33/2009 “Modifiche al Regolamento Regionale n. 6 del 15 aprile 2009 – Definizione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per il funzionamento delle Unità di raccolta temporanee e mobili di sangue ed emocomponenti”
- Regolamento Regionale n. 14/2012 “Definizione dei requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle attività sanitarie delle unità di raccolta fisse e mobili (autoemoteca)”
- Regolamento Regionale 2 luglio 2013, n. 15 “Definizione dei requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle attività sanitarie delle strutture di Medicina trasfusionale”.

Centri terapeutici per minori

- Regolamento Regionale n. 9/2014 “Modifica ed integrazione del Regolamento Regionale Integrazione del Regolamento Regionale 13”
- Gennaio 2005, n. 3. Strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche dedicate per il trattamento extraospedaliero dei disturbi psichiatrici gravi in preadolescenza e adolescenza. Requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi per l’autorizzazione alla realizzazione ed all’esercizio e per l’accreditamento. Fabbisogno

Strutture riabilitative psichiatriche

- Regolamento Regionale n. 7/2002 “Regolamento regionale di organizzazione delle strutture riabilitative psichiatriche residenziali e diurne pubbliche e private”
- Regolamento Regionale n. 11/2008 “Modifiche ed integrazioni all’art. 8 del R.R. n. 7/2002 in attuazione della L.R. n. 26/2006”
- Regolamento Regionale n. 8/2010 “Modifica ed integrazione del Regolamento Regionale 13 gennaio 2005, n. 3 “Requisiti strutturali per autorizzazione ed accreditamento delle strutture

residenziali psichiatriche socio-riabilitative a minore intensità assistenziale. Gruppo Appartamento"

RSA

- Regolamento Regionale n. 8/2002 "Regolamento di organizzazione e funzionamento delle RSA"

Assistenza domiciliare per trattamenti riabilitativi ex art. 26

- Regolamento Regionale n. 20/2011 "Regolamento Regionale di modifiche al Regolamento Regionale 4 novembre 2010, n. 16
- Regolamento Regionale n. 16/2010 "Regolamento Regionale dell'assistenza domiciliare per trattamenti riabilitativi ex art. 26 della legge n. 833/78

Centri Risvegli

- Regolamento Regionale n. 24 /2011 "Modello assistenziale riabilitativo e di presa in carico dei soggetti in Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza – Fabbisogno territoriale e requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi per l'autorizzazione ed accreditamento delle strutture di riabilitazione extraospedaliera Centro Risvegli"

PMA

- Regolamento Regionale 12 febbraio 2014, n. 2: Strutture autorizzate all'applicazione delle tecniche per la Procreazione Medicalmente Assistita (Centri PMA): fabbisogno, autorizzazione alla realizzazione ed all'esercizio, requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici.

5.1 Aggiornamento procedure per l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie

La Regione Puglia ha definito le procedure di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento con la L.R. n.8/2004 e s.m.i. "Disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, all'accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private".

Con DGR n. 775 del 23/04/2013 è stata recepita l'Intesa (Repertorio Atti n.259/CSR del 20 dicembre 2012), ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul documento recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento", in attuazione dell'articolo 7, comma 1, del nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012.

Con DGR 2 agosto 2013, n. 1466, è stato costituito un Gruppo di Lavoro Regionale per la revisione della Legge Regionale 28 maggio 2004 n. 8 "Disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, all'accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private".

La L.R. n. 8/2004 e s.m.i. sarà adeguata a quanto sarà definito dal Tavolo tecnico che emanerà il Documento di indirizzi relativi agli elementi individuati dal paragrafo 5 dell'Intesa del 20.12.2012, "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento", secondo le modalità e i tempi definiti negli indirizzi medesimi.

5.2 Modalità di verifica di allineamento dei requisiti richiesti per l'accreditamento, in coerenza con la normativa vigente

Gli atti Regolamentari già adottati dalla Puglia saranno adeguati a quanto sarà definito dal Tavolo tecnico che emanerà il Documento di indirizzi relativi agli elementi individuati dal paragrafo 5 dell'Intesa del 20.12.2012 "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento", secondo le modalità e i tempi definiti negli indirizzi medesimi.

5.3 Modalità di verifica periodica della sussistenza dei requisiti

La Regione Puglia ha definito le modalità e la periodicità delle verifiche della sussistenza dei requisiti minimi ed ulteriori con la L.R. n.8/2004 e s.m.i. "Disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, all'accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private", prevedendo:

- all'art. 24, comma 3, che le valutazioni sulla persistenza dei requisiti di accreditamento sono effettuate con periodicità triennale (oltre che ogni qualvolta dovessero presentarsi situazioni che rendano necessaria una verifica non programmata), quindi con una periodicità che è già congrua rispetto a quanto previsto dal paragrafo 4 dell'Intesa del 20.12.2012 (ove è previsto che i tempi di verifica non devono superare il quinquennio);
- all'art. 29, comma 2, che, per la valutazione degli aspetti tecnico-sanitari di cui al comma 3 dell'art. 24, il competente Servizio regionale si avvale dei Dipartimenti di prevenzione e delle altre strutture delle ASL regionali, garantendo il rispetto di criteri di rotazione e di appartenenza ad ambiti territoriali aziendali diversi rispetto a quello di ubicazione della struttura da accreditare.

La L.R. n. 8/2004 e s.m.i. e gli atti attuativi conseguenti saranno adeguati a quanto sarà definito dal Tavolo tecnico che emanerà il Documento di indirizzi relativi agli elementi individuati dal paragrafo 5 dell'Intesa del 20.12.2012, "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento", secondo le modalità e i tempi definiti negli indirizzi medesimi.

5.4 Piano di adeguamento finalizzato all'Accreditamento istituzionale delle Strutture Pubbliche

Per l'accreditamento delle strutture pubbliche i Direttori Generali delle ASL, delle Aziende Ospedaliere Universitarie e degli IRCCS Pubblici dovranno presentare un piano di adeguamento ai requisiti generali previsti dal DPR 14.01.1997 e ai requisiti specifici strutturali, tecnologici e organizzativi di cui al R.R. 3/2005 e s.m.i. nonché ai requisiti che saranno definiti dal Tavolo tecnico che emanerà il Documento di indirizzi relativi agli elementi individuati dal paragrafo 5 dell'Intesa del 20.12.2012, "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento", secondo le modalità e i tempi definiti negli indirizzi medesimi.

5.5 Accreditamento delle Strutture trasfusionali pubbliche

Le strutture trasfusionali pubbliche, sulla base dei piani di adeguamento già presentati nell'anno 2013 dai Direttori generali, potranno essere autorizzate e accreditate entro il 31/12/2014 qualora in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dal Regolamento Regionale n. 14/2012 e Regolamento Regionale n. 15/2013.

REPORT RIEPILOGATIVO STRUTTURE ACCREDITATE EROGANTI PRESTAZIONI A CARICO DEL SSR

TIPOLOGIA	NUMERO STRUTTURE	NOTE
SPECIALISTICA AMBULATORIALE	411	
RIABILITAZIONE PSCHIATRICA	113	
CASE DI CURA	30	
RSA	12	
RIAB. EX ART. 26 L. 833/78	37	compresi i centri ambulatoriali di riabilitazione
HOSPICE	6	sono inoltre attivi n. 5 *Hospice* pubblici
IRCCS PRIVATI	3	
P.O. GESTITI DA ENTI ECCLESIASTICI	4	
RSSA	51	
CENTRI DIALISI	3	

Entro il 31.12.2014 sarà inviato un report riepilogativo aggiornato, con specifica indicazione delle strutture eroganti prestazioni a carico del SSR, suddivise per ASL di appartenenza, e dello stato dell'arte delle procedure di accreditamento.

Programma 5 – Accreditamento			
Azioni da 5.1 a 5.5			
Azione	**Obiettivo generale**	**Obiettivi specifici**	**Indicatori di Risultato**
5.1 Aggiornamento procedure per l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie	Sviluppo dei modelli di autorizzazione/accreditamento regionali coerentemente con i contenuti del Documento che sarà definito dal Tavolo Tecnico ex Intesa del 20.12.2012	Adeguamento ai contenuti del Documento che sarà definito dal Tavolo Tecnico ex Intesa del 20.12.2012 da parte del Gruppo di Lavoro Regionale per la revisione della Legge Regionale 28 maggio 2004 n. 8	▪ Relazione del Gruppo di lavoro con proposta di adeguamento delle norme/regolamenti regionali a seguito del Documento del Tavolo Tecnico ex Intesa del 20.12.2012Eventuale modifica della Legge Regionale 28 maggio 2004 n. 8.

5.2 **Modalità di verifica di allineamento dei requisiti richiesti per l'accreditamento, in coerenza con la normativa vigente**	Aggiornamento dei requisiti di accreditamento ai contenuti del Documento che sarà definito dal Tavolo Tecnico ex Intesa del 20.12.2012	Adeguamento del Regolamento Regionale n. 3/2005 e s.m.i. ai contenuti del Documento che sarà definito dal Tavolo Tecnico ex Intesa del 20.12.2012	▪ Proposta di adeguamento del Regolamento Regionale a seguito del Documento del Tavolo Tecnico ex Intesa del 20.12.2012 ▪ Modifica del Regolamento Regionale n. 3/2005 e s.m.i.
5.3 **Modalità di verifica periodica della sussistenza dei requisiti**	Garantire la permanenza del possesso dei requisiti di accreditamento	Adeguamento delle modalità e tempi di controllo del permanere del possesso dei requisiti di accreditamento ai contenuti del Documento che sarà definito dal Tavolo Tecnico ex Intesa del 20.12.2012	▪ Proposta di adeguamento della Legge Regionale 28 maggio 2004 n. 8 a seguito del Documento del Tavolo Tecnico ex Intesa del 20.12.2012 ▪ Eventuale modifica della Legge Regionale 28 maggio 2004 n. 8
5.4 **Piano di adeguamento finalizzato all'Accreditamento istituzionale delle Strutture Pubbliche**	Accreditamento istituzionale delle Strutture Pubbliche	Piano di adeguamento ai requisiti generali previsti dal DPR 14.01.1997 e ai requisiti specifici strutturali, tecnologici e organizzativi di cui al R.R. 3/2005 e s.m.i. nonché ai requisiti che saranno definiti dal Tavolo tecnico che emanerà il Documento di indirizzi relativi agli elementi individuati dal paragrafo 5 dell'Intesa del 20.12.2012,	▪ Trasmissione dei piani di adeguamento da parte dei Direttori Generali delle ASL, delle Aziende Ospedaliere Universitarie e degli IRCCS Pubblici
5.5 Accreditamento delle Strutture trasfusionali pubbliche	Accreditamento delle Strutture trasfusionali pubbliche	Adeguamento delle Strutture trasfusionali pubbliche ai requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dal Regolamento Regionale n. 14/2012 e Regolamento Regionale n. 15/2013	▪ Adozione dei provvedimenti di accreditamento delle Strutture trasfusionali pubbliche
Cronoprogramma:	Invio report riepilogativo strutture eroganti prestazioni a carico SSR e stato avanzamento procedure accreditamento entro 31.12.2014; Per le Azioni 5.1 - 5.2 - 5.3: la tempistica sarà stabilità dal Documento di indirizzo relativo agli elementi individuati dal paragrafo 5 dell'Intesa del 20.12.2012, "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento", che sarà approvato dal Tavolo Tecnico ex Intesa 20.12.2012. Per l'Azione 5.4: Trasmissione dei piani di adeguamento entro 12 mesi dall'approvazione del Documento del Tavolo Tecnico ex Intesa del 20.12.2012. Per l'Azione 5.5: Adozione dei provvedimenti di accreditamento delle Strutture trasfusionali pubbliche entro il 31.12.2014		
Impatto Economico:	Le azioni non comportano differenziali diretti rispetto al valore economico tendenziale		

Responsabile del Processo Attuativo:	Servizio Accreditamento e Programmazione Sanitaria - Area Politiche per la promozione della salute, delle persone e delle pari opportunità

5.6 Individuazione del fabbisogno di prestazioni residenziali e semiresidenziali, sanitarie e sociosanitarie per disabili

In riferimento all'assistenza residenziale e semiresidenziale per i disabili, il Comitato Lea individua come fabbisogno almeno 0,6 p.l. ogni 1.000 abitanti che in base alla popolazione in Puglia (4.052.566 abitanti secondo i dati ISTAT 2011), corrispondono a 2.431 p.l. totali.

Le strutture territoriali sanitarie e sociosanitarie a carattere residenziale e semiresidenziale che ospitano i disabili sono:

1. Presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali in regime residenziale e semiresidenziale (R.R. n.3/2005). Dette strutture erogano prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative in regime residenziale a persone disabili che necessitano di riabilitazione intensiva o estensiva;
2. Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) in regime residenziale (R.R. n.8/2002). Dette strutture erogano prestazioni terapeutiche e riabilitative in regime residenziale a persone disabili che necessitano di riabilitazione estensiva;
3. Residenze Socio Sanitarie Assistenziali (RSSA per disabili) in regime residenziale (art.58 R.R. n.4/2007). Dette strutture erogano prestazioni socioriabilitative di mantenimento;
4. Comunità socio-riabilitativa in regime residenziale (art. 57 R.R. n.4/2007), dette strutture erogano prestazioni socioriabilitative di mantenimento congiuntamente a prestazioni tutelari per disabili privi di sostegno familiare oltre che per disabili gravi privi di sostegno familiare;
5. Centro diurno socio-educativo e riabilitativo in regime semiresidenziale (art.60 R.R. n.4/2007). Dette strutture erogano prestazioni socioriabilitative finalizzate al mantenimento e al recupero dei livelli di autonomia della persona e al sostegno della famiglia.

Nell'ambito dell'assistenza a carattere estensivo va precisato che la legge regionale 19 settembre 2008, n.23 nella sezione 3.2.2 "Livelli di assistenza" individua:

l'assistenza estensiva post acuzie ad alta complessità (strutture residenziali territoriali)

"Per pazienti che richiedono un moderato impegno clinico e terapeutico, per il trattamento di disabilità in fase post-acuzie, a basso rischio potenziale di instabilità clinica oppure per pazienti con disabilità croniche in condizione di non autosufficienza, abbisognevoli nell'arco delle 24 ore di interventi di nursing infermieristico di base, non erogabili al proprio domicilio e di un intervento riabilitativo estensivo multicomprensivo distribuito nell'arco dell'intera giornata, e/o di monitoraggio continuo durante o dopo definiti interventi riabilitativi.";

l'assistenza estensiva a media complessità (strutture residenziali territoriali - RSA)

"Per pazienti non autosufficienti, a causa di una disabilità con ridotte possibilità di recupero, non gestibili al proprio domicilio, per i quali è necessario un progetto riabilitativo dalla durata limitata e predefinita finalizzato al mantenimento e promozione dei livelli di autonomia e delle abilità comunicativo-relazionali."

Per tale motivo, l'assistenza residenziale estensiva post acuzie ad alta complessità (ovvero le prestazioni erogate dai Presidi di Riabilitazione) è per il 100% a carico della ASL, mentre in riferimento all'assistenza estensiva a media complessità (ovvero le prestazioni erogate dalle RSA)

la Regione ha previsto una quota pari al 70% a carico della ASL ed una quota pari al 30% a carico dell'assistito/Comune.

In riferimento all'assistenza residenziale nella fase di mantenimento, ovvero le prestazioni erogate dalle RSSA per disabili di cui all'art.58 R.R. n.4/2007, la Regione si impegna a modificare la normativa regionale in materia di compartecipazione prevedendo una quota pari al 40% a carico della ASL ed una quota pari al 60% a carico dell'assistito/Comune.

Analogamente, in riferimento all'assistenza semiresidenziale nella fase di mantenimento, ovvero le prestazioni erogate dai Centri diurni socio-educativi e riabilitativi di cui all'art. 60 R.R. n.4/2007, la Regione si impegna a modificare la normativa regionale in materia di compartecipazione prevedendo una quota pari al 40% a carico della ASL ed una quota pari al 60% a carico dell'assistito/Comune.

Di seguito si riporta il prospetto di compartecipazione alla spesa (che allo stato attuale non riporta le modifiche alla compartecipazione per le quali la Regione si impegna ad adempiere) che prevede:

Tipologia di struttura	Compartecipazione	Tariffa
Presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali in regime residenziale e semiresidenziale	100% a carico della ASL	€ 194,95 fase intensiva resid. € 159,94 fase estensiva grave resid. € 106,99 fase estensiva base resid. € 86,86 fase estensiva grave semires. € 66,73 fase estensiva base semires.
Residenze Sanitarie Assistenziali RSA	70% a carico della ASL 30% a carico dell'assistito/Comune	€ 100,80 di cui € 70,56 a carico della ASL € 30,24 a carico dell'utente/Comune
Residenze Socio Sanitarie Assistenziali RSSA	50% a carico della ASL 50% a carico dell'assistito/Comune	€ 70,40 (DGR 3032/2010) di cui € 35,20 a carico della ASL € 35,20 a carico dell'utente/Comune
Comunità socio-riabilitativa residenziale	Disabili privi di sostegno familiare 40% a carico della ASL 60% a carico dell'assistito/Comune Disabili gravi privi di sostegno familiare 70% a carico della ASL 30% a carico dell'assistito/Comune	€ 64,38 (DGR 3032/2010) di cui € 25,75 a carico della ASL € 38,63a carico dell'utente/Comune di cui € 45,07 a carico della ASL € 19,31 a carico dell'utente/Comune
Centro diurno socio-educativo e riabilitativo in regime semiresidenziale	50% a carico della ASL 50% a carico dell'assistito/Comune	€ 62,24 di cui € 31,12 a carico della ASL € 31,12 a carico dell'utente/Comune

Attualmente il 10% dei posti letto di RSA, ovvero 163 p.l. su 1.633 totali, sono occupati da disabili per cui la situazione totale dei posti letto destinati ai disabili è la seguente:

Presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali in regime residenziale e semiresidenziale	1.179 posti letto 630 posti semires.	0,29 p.l./ 1.000 ab. 0,15 posti / 1.000 ab.
RSA disabili	163	0,04 p.l./ 1.000 ab.
RSSA disabili	207	0,05 p.l./ 1.000 ab.
Comunità socio-riabilitativa	80	0,02 p.l./ 1.000 ab.
Centro diurno socio-educativo e riabilitativo	1.000	0,24 posti/ 1.000 ab.
Totale posti letto disabili	3.259 p.l. di cui 1.630 posti semires.	0,8 p.l./ 1.000 ab. di cui 0,4 posti semires./1.000 ab.

Nell'ambito delle RSA, i pazienti disabili sono ospitati in nuclei specifici di n. 20 p.l. così come previsti dal R.R. n.8/2002

Si ritiene, pertanto, di essere in linea con il fabbisogno individuato dal Comitato LEA.

Comunque, la minore spesa prevista per l'adeguamento della quota di compartecipazione, è pari a:

- € 7.04 (differenza tra la tariffa attuale al 50% di compartecipazione e la tariffa al 40%) x 207 p.l. x 365 = € 531.907,2 per le RSSA disabili;
- € 6.23 (differenza tra tariffa attuale al 50% di compartecipazione e la tariffa al 40%) x 1.000 p.l. x 300 gg. = € 1.869.000 per i Centri diurni socio-educativi e riabilitativi

per un totale di € 2.400.907,2.

Programma 5 - Accreditamento			
5.6 Adeguamento quota di compartecipazione in riferimento all'assistenza residenziale e semiresidenziale nella fase di mantenimento per disabili			
Programma	**Obiettivo Generale**	**Obiettivi Specifici**	**Indicatori di Risultato**
Adeguamento quota di compartecipazione alla spesa in riferimento all'assistenza residenziale e semiresidenziale nella fase di mantenimento per disabili	Individuazione della quota di compartecipazione per le prestazioni residenziali erogate dalle RSSA per disabili di cui all'art.58 R.R. n.4/2007	▪ Proposta di legge regionale su quota di compartecipazione pari al 40% a carico della ASL ed una quota pari al 60% a carico dell'assistito/Comune.	▪ Pubblicazione atti normativi di settore
	Individuazione della quota di compartecipazione per le prestazioni semiresidenziali erogate dai Centri diurni socio-educativi e riabilitativi di cui all'art. 60 R.R. n.4/2007	▪ Proposta di legge regionale su quota di compartecipazione pari al 40% a carico della ASL ed una quota pari al 60% a carico dell'assistito/Comune.	
Cronoprogramma	Entro dicembre 2014 ▪ Emanazione legge regionale su quota di compartecipazione pari al 40% a carico della ASL ed una quota pari al 60% a carico dell'assistito/Comune in riferimento alle RSSA per disabili di cui all'art.58 R.R. n.4/2007 ed ai Centri diurni socio-educativi e riabilitativi di cui all'art. 60 R.R. n.4/2007		

Impatto Economico	▪ A regime, al termine dell'esercizio 2015, è prevista una minore spesa rispetto a quella attuale pari ad € 531.907,2 per le RSSA disabili e ad € 1.869.000 per i Centri diurni socio-educativi e riabilitativi per un totale di € 2.400.907,2.
Responsabile del Processo Attuativo	Servizio Accreditamento e Programmazione Sanitaria Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica Servizio Integrazione Socio-Sanitaria

5.7 Individuazione del fabbisogno di prestazioni residenziali sanitarie e sociosanitarie per anziani non autosufficienti e conseguente definizione del fabbisogno di offerta

In riferimento all'assistenza residenziale agli anziani non autosufficienti, il Comitato LEA individua come fabbisogno almeno 10 p.l. ogni 1.000 anziani che, in base agli anziani in Puglia (i dati ISTAT 2010 attestano gli anziani >65 corrispondenti a 744.808), corrispondono a 7.448 p.l. totali ovvero 1,8 p.l./1.000 ab.

Tuttavia, va considerato che in Puglia soltanto il 12,8% di tale quota di popolazione anziana (95.335) è interessata dalla presenza di 2 o più malattie (indice di comorbilità di Charlson diverso da 0), che di fatto si traduce in maggiore richiesta di assistenza sia ospedaliera che extraospedaliera (fonte Istituto Mario Negri Sud).

Attualmente in Puglia le strutture territoriali sanitarie e sociosanitarie che ospitano anziani non autosufficienti sono le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e le Residenze Socio Sanitarie Assistenziali (RSSA per anziani).

Le RSA garantiscono un'assistenza di tipo estensivo ed erogano prestazioni in nuclei specializzati a pazienti non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione enterale, lesioni da decubito profonde etc.

Nell'ambito delle RSA sono presenti nuclei specializzati ovvero nuclei Alzheimer a pazienti con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale.

Attualmente, la compartecipazione alla spesa prevede il 70% a carico della ASL e il 30% a carico dell'assistito/Comune.

La Regione si impegna, in linea con quanto stabilito nel DPCM LEA 29 novembre 2001, a riorganizzare la propria offerta, prevedendo strutture RSA R1 per anziani e R2 per cure residenziali estensive al 100% a carico del SSR, nonché R3 di lungoassistenza e mantenimento per anziani non autosufficienti al 50% a carico del SSR.

Le tariffe regionali di riferimento sono le seguenti:

RSA	Tariffa
DGR n° 698 del 16 maggio 2003 "Nucleo anziani non autosufficienti"	**€ 100,80** di cui € 70,56 a carico della ASL € 30,24 a carico dell'utente/Comune
DGR n. 1226 del 24 agosto 2005 "Nucleo Alzheimer"	**€ 130,00** di cui € 91,00 a carico della ASL € 39 a carico dell'utente/Comune

Le RSSA per anziani erogano prestazioni di lungoassistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, a pazienti non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria.

La compartecipazione alla spesa, in linea con quanto stabilito nel DPCM LEA 29 novembre 2001, prevede il 50% a carico della ASL e il 50% a carico dell'assistito/Comune. La tariffa regionale di riferimento è la seguente:

RSSA	Tariffa
DGR n. 1037 del 25 maggio 2012 Nucleo anziani non autosufficienti	**€ 92,90** di cui € 46,45 a carico della ASL € 46,45 a carico dell'utente/Comune

Il fabbisogno regionale per le predette strutture, di cui all'art.8 della legge regionale 9 agosto 2006, n. 26, è pari a:

RSSA	0,7 p.l./ 1.000 ab.	pari a 2.856 p.l.
RSA	0,4 p.l./ 1.000 ab. per anziani/disabili	pari a 1.633 p.l. ordinari
	0,1 p.l./ 1.000 ab. per Alzheimer	pari a 407 p.l. Alzheimer
	0,05 per diurni Alzheimer	pari a 203 diurno Alzheimer

Attualmente il 90% dei posti letto di RSA, ovvero 1.470 p.l. su 1.633, sono occupati da anziani non autosufficienti per cui la situazione totale dei posti letto destinati agli anziani è la seguente:

RSSA non autosufficienti	2.856	0,7 p.l./ 1.000 ab.
RSA non autosufficienti	1.470	0,36 p.l./ 1.000 ab.
RSA Alzheimer	407	0,1 p.l./ 1.000 ab.
Totale posti letto anziani	4.742	1,16 p.l./ 1.000 ab.

Per essere in linea con il valore individuato dal Comitato LEA, i posti letto da attivare sono pari a:

7.448 – 4.742 = 2.746 p.l. corrispondenti ad un fabbisogno di 0,67 p.l. /1.000 ab.

Tenuto conto della percentuale del 12,8% di popolazione anziana con indice di comorbilità di Charlson diverso da 0, si ritiene di non procedere all'allineamento con il parametro 1,9 p.l./1.000

ab. proposto dal Comitato LEA, ma si ritiene opportuno completare l'offerta assistenziale istituendo strutture territoriali (codice di attività R1 di cui al Mattone n.12 nell'ambito del Progetto Mattoni) per erogare prestazioni in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Intensive) a pazienti anziani non autosufficienti richiedenti trattamenti Intensivi, essenziali per il supporto alle funzioni vitali come ad esempio: ventilazione meccanica e assistita, nutrizione enterale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (tipologie di utenti: pazienti con gravi insufficienze respiratorie, pazienti affetti da malattie neurodegenerative progressive, etc.).

In riferimento alla tipologia di utente "anziano in stato vegetativo o coma prolungato" di cui allo stesso codice di attività R1, si fa presente che siffatta tipologia di utente rientra tra i pazienti di cui al Regolamento regionale n. 24/2011 ad oggetto "Modello assistenziale riabilitativo e di presa in carico dei soggetti in Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza – Fabbisogno territoriale e requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi per l'autorizzazione ed accreditamento delle strutture di riabilitazione extraospedaliera "Centro Risvegli".

Il fabbisogno regionale per i Centri Risvegli prevede l'attivazione di una struttura dotata di tutti i livelli assistenziali previsti per assicurare l'intero percorso riabilitativo e dotata di un modulo per ciascun livello, per ciascuna macroarea in cui è ripartito l'intero territorio regionale, come individuate dalla L.R. n.23/2008, e, specificamente, una per la macroarea FG e BT, una per la macroarea BA ed una per la macroarea BR, LE e TA.

Pertanto, si propone di individuare, quale fabbisogno attuale per Struttura di Cure Residenziali Intensive per anziani non autosufficienti, il fabbisogno di 1 p.l./ 10.000 ab. che tradotto in posti letto è pari a 408 p.l. da ripartire, in nuclei da n.20 posti letto per ciascuna ASL tenuto conto della percentuale di anziani sulla popolazione totale: n. 4 nuclei ASL FG, n. 4 nuclei ASL BA, n. 4 nuclei ASL TA, n. 2 nucleo ASL BR, n. 4 nuclei ASL LE, n.2 nucleo ASL BT. Sarà, quindi, necessario individuare i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi per tale tipologia di struttura, nonché la relativa tariffa.

In termini di spesa, al momento non è possibile quantificare esattamente l'impatto economico derivante dall'attivazione nel territorio regionale di n. 408 posti letto per le predette prestazioni in regime residenziale. Tuttavia, volendo prevedere con un buon margine di approssimazione l'impatto economico, e prendendo a riferimento la tariffa per l'assistenza residenziale nella fase intensiva per disabili pari ad € 159,94, la relativa spesa ammonterebbe a circa:

€ 159,94 x 408 p.l. x 365gg. = € 23.818.264,80

Tale spesa, comunque, verrà coperta con le economie di spesa rivenienti dall'attuazione degli altri programmi previsti nel presente Piano Operativo.

Programma 5 - Accreditamento			
5.7 Aumento fabbisogno prestazioni residenziali per anziani			
Programma	**Obiettivo Generale**	**Obiettivi Specifici**	**Indicatori di Risultato**
Adeguamento del fabbisogno di prestazioni per anziani non autosufficienti	Individuazione fabbisogno per Strutture di Cure Residenziali Intensive per anziani non autosufficienti	▪ Proposta di legge regionale su fabbisogno per Strutture di Cure Residenziali Intensive per anziani non autosufficienti ▪ Proposta di regolamento regionale sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi per le Strutture di Cure Residenziali Intensive per anziani non autosufficienti	▪ Pubblicazione atti normativi di settore ▪ Adozione provvedimenti regionali relativi a tariffa e tetti di spesa ▪ Adozione provvedimenti regionali relativi ad autorizzazioni ed accreditamenti

		▪ Autorizzazione ed accreditamento di Strutture di Cure Residenziali Intensive per anziani non autosufficienti ▪ Determinazione tariffa regionale per prestazioni di Cure Residenziali Intensive per anziani non autosufficienti ▪ Individuazione dei tetti di spesa per Strutture di Cure Residenziali Intensive per anziani non autosufficienti ▪ Predisposizione schema tipo di contratto per tale tipologia di prestazioni	▪ Adozione provvedimento regionale relativo a schema tipo di accordo contrattuale
Cronoprogramma	**Entro giugno 2014** ▪ Emanazione legge regionale sul fabbisogno per Strutture di Cure Residenziali Intensive per anziani non autosufficienti **Entro dicembre 2014** ▪ Emanazione regolamento regionale sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi per Strutture di Cure Residenziali Intensive per anziani non autosufficienti ▪ Adozione provvedimento regionale di individuazione tariffa regionale per prestazioni di Cure Residenziali Intensive per anziani non autosufficienti **Entro dicembre 2015** ▪ adozione provvedimenti regionali relativi ad autorizzazioni ed accreditamenti ▪ adozione provvedimenti regionali relativi ai tetti di spesa ▪ adozione provvedimento regionale relativo a schema tipo di accordo contrattuale		
Impatto Economico	▪ I costi previsti per l'erogazione di prestazioni di Cure Residenziali Intensive per anziani non autosufficienti (RSA R1), sono stimati in circa € 23.818.264,80. ▪ I maggiori costi previsti per l'erogazione di prestazioni in RSA R2 a totale carico del SSR sono stimati in circa € 16.225.272; i maggiori costi previsti per l'erogazione di prestazioni in RSA R2D sono stimati in € 5.793.654 ▪ La maggiore spesa verrà coperta con le economie di spesa rivenienti dall'attuazione degli altri programmi previsti nel presente Piano Operativo		
Responsabile del Processo Attuativo	Servizio Accreditamento e Programmazione Sanitaria Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica Servizio Integrazione Socio-Sanitaria		

2.1.6 Programma 6 – Contabilità analitica

Analisi del Contesto

Rispetto al 2006, anno in cui sono state approvate le prime linee guida di contabilità analitica regionali (Delibera AReS n. 129 del 22 dicembre 2005), gli attuali sistemi di contabilità analitica presso le Aziende Sanitarie della Regione e le metodiche in uso sono notevolmente omogenei e nel complesso sufficientemente implementati.

Le fasi del percorso regionale in materia di contabilità analitica sono state:

1. articolazione del piano dei centri di responsabilità e di costo;
2. predisposizione del piano dei fattori produttivi;
3. adozione di criteri obiettivi per la rilevazione dei costi;
4. identificazione delle unità di calcolo;
5. adozione di criteri uniformi per il ribaltamento dei costi;
6. sviluppo ed aggiornamento del sistema di *reporting*;
7. definizione di un sistema comune di indicatori di risultato.

Oltre le prime linee guida occorre evidenziare che:

- Nell'anno 2010 l'Ufficio Servizio Ispettivo e Controllo di Gestione in collaborazione con i Collegi Sindacali delle Aziende Sanitarie e degli IRCCS pubblici ha prodotto linee guida sulle attività di controllo interno e linee guida sull'attività del Collegio Sindacale "*Misure organizzative ex art. 9 l. 102/2009 - art. 33 L.R. 04/2010 - Linee guida regionali "Spending Review*" - Aziende sanitarie e IRCCS pubblici".
- Nelle more del completamento del percorso di ristrutturazione avviato all'interno dell'Assessorato alle Politiche della Salute e dell'Area Finanza e Controlli, occorre evidenziare che con decreto del presidente della giunta regionale 4 febbraio 2011, n. 106 è' istituito, alle dipendenze dell'Area politiche per la promozione della salute delle persone e delle pari opportunità, il Servizio "Gestione accentrata finanza sanitaria regionale".
- Nell'ambito del progetto di Nuovo Sistema Informativo Sanitario Regionale, denominato Edotto, è stata prevista la implementazione dell'area applicativa "Monitoraggio Contabile" delle Aziende Sanitarie per la gestione dei dati contabili delle Aziende Sanitarie consentendo, tra l'altro la registrazione dei dati trasmessi dalle Aziende Sanitarie, con verifica della qualità e della congruità dei dati trasmessi, la consultazione dei dati registrati, la produzione dei modelli ministeriali per la rendicontazione periodica da trasmettere al Ministero della Salute, il confronto tra Aziende Sanitarie per dati contabili sintetici e analoghi, l'aggregazione dei dati per centri di costo e di responsabilità, così come definiti dalla Regione ed in funzione del Piano dei Conti Regionale.

- Con la DGR n. 1470 del 28 giugno 2011 sono stati costituiti due gruppi di lavoro: "Monitoraggio e discussione delle problematiche fiscali e contabili del comparto sanità" e "Miglioramento del grado di affidabilità dei conti delle aziende sanitarie pubbliche".
- Con nota prot. A005/364 del 29 giugno 2011 è stata approvata la rivisitazione delle linee guida della contabilità analitica e del piano dei conti aziendale.
- Con nota prot. 168/956 del 8/11/12 è stato ulteriormente aggiornato il piano dei conti da utilizzare per la contabilità generale anche ai fini della corretta ed uniforme redazione del bilancio di esercizio nonché dei modelli ministeriali di rilevazione "SP" (Stato Patrimoniale) e "CE" (Conto Economico) ex D.Lgs. 118/2011.

Attività avviate e da avviare

Aspetto importante da sottolineare è che la Regione nelle ultime settimane ha avviato in collaborazione con la Società *Deloitte* il cantiere denominato "Casa Contabilità Analitica" finalizzato allo sviluppo definitivo della contabilità analitica in coerenza con il D.Lgs 118/2011 e con le direttive ministeriali che disciplinano le modalità di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle aziende sanitarie a supporto dei referenti regionali.

Il cantiere si articolerà in tre attività principali

- nuova ricognizione aziendale, attraverso la rilevazione dei dati economico-finanziari e l'individuazione di un panel selezionato di referenti regionali ed aziendali;
- analisi comparativa sia dell'applicazione del modello regionale con confronto con modelli regionali analoghi anche necessari all'individuazione dei gap rispetto alla normativa regionale e nazionale;
- definizione del nuovo modello guida.

Tale modello sarà definitivamente integrato con le attività di pianificazione, programmazione e bilancio delle aziende con un coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti dal Servizio Economico e Finanziario al Controllo di Gestione, al Nucleo Interno di Valutazione e alle singole Strutture aziendali sanitarie e non sanitarie con l'individuazione e l'implementazione di strumenti integrati.

Sarà previsto inoltre, sempre nell'ambito del progetto di Nuovo Sistema Informativo Sanitario Regionale - Edotto, lo sviluppo di una piattaforma (anche attraverso moduli esterni **di ultima generazione)**, che renda più efficienti ed efficaci i processi interni, in termini di controllo dei costi, erogazione dei servizi e miglioramento dei processi di cura.

Con tali gli strumenti informativi analitici si potranno **conoscere in profondità le proprie risorse e le performance** e utilizzarle per pianificare risposte adeguate a attendibili scenari futuri, partendo dalla caratterizzazione della popolazione assistita in classi di bisogno e dalla loro evoluzione futura, per valutare su questa base le strategie più adatte (es. **fare previsioni del fabbisogno di personale sanitario**, causato da turnover o riorganizzazioni territoriali, valutazione dell'appropriatezza terapeutica, **integrazione di informazioni provenienti da documenti diversi per analisi e revisione delle cartelle cliniche, ecc.).**

Obiettivi specifici

Il percorso avviato prevede l'istituzione di un gruppo di lavoro composto da tutti i rappresentati del Controllo di Gestione delle aziende e da rappresenti regionali.

Le attività da implementare e gli obiettivi da definire saranno:

a. verifica della coerenza del piano dei centri di costo con la struttura organizzativa aziendale.

b. verifica della coerenza del Piano dei Fattori Produttivi con Piano dei Conti unico aggiornato ai sensi del D.Lgs. 118/2011.

c. verifica della quadratura tra contabilità generale ed analitica;

d. verifica dei sistemi informativi aziendali con verifica dell'implementazione e collegamento con quelli regionali esistenti e da prevedere.

e. verifica della compilazione del modello L.A. attraverso l'utilizzo della contabilità analitica;

f. verifica di criteri uniformi per il ribaltamento dei costi indiretti.

g. verifica dei criteri per la quantificazione dell'attività territoriale svolta in ospedali e, in generale, dei criteri per la gestione e rappresentazione dei costi fra i diversi livelli di assistenza;

h. puntuale definizione di un sistema di *reporting* uniforme che costituirà il mezzo naturale di espressione per la rappresentazione dei fatti di gestione e l'individuazione di un sistema di indicatori in grado di descrivere le attività svolte da ciascun centro di responsabilità e di costo;

i. Istituzione di un sistema di raccolta ed elaborazione dei dati a livello regionale.

Dalla verifica avviata nei primi mesi di settembre ai fini della verifica dell'adempimento n) dei LEA 2012 – SCHEDA COAN sono criticità circa la corretta definizione dei criteri per la quantificazione dell'attività territoriale svolta in ospedali e, in generale, dei criteri per la gestione e rappresentazione dei costi fra i diversi livelli di assistenza, soprattutto per la compilazione del modello LA.

In tali premesse entro il mese di settembre saranno avviate le attività necessarie per l'istituzione di gruppo di lavoro operativo in materia di contabilità analitica cui seguirà una puntuale ricognizione regionale degli stati di avanzamento aziendali.

L'obiettivo principe è quello di pervenire ad un sistema di raccolta ed elaborazione dei dati a livello regionale che possa permettere sia alla Regione che agli enti stessi di disporre di dati più aggiornati e più omogenei utili per la programmazione sanitaria dei prossimi anni.

Programma 6 – Contabilità analitica		
Azione 6.1		
Azione	**Obiettivi specifici**	**Indicatori di Risultato**
	• verifica della coerenza del piano dei centri di costo con la struttura organizzativa aziendale. • verifica della coerenza del Piano dei Fattori Produttivi con Piano dei Conti unico	• Provvedimento di Giunta per l'Istituzione gruppo di lavoro (regionale ed aziendale); • Report regionale di ricognizione ed

	aggiornato ai sensi del D.Lgs 118/2011. • verifica della quadratura tra contabilità generale ed analitica; • verifica dei sistemi informativi aziendali con verifica dell'implementazione e collegamento con quelli regionali esistenti e da prevedere. • verifica della compilazione del modello L.A. attraverso l'utilizzo della contabilità analitica; • verifica di criteri uniformi per il ribaltamento dei costi indiretti. • verifica dei criteri per la quantificazione dell'attività territoriale svolta in ospedali e, in generale, dei criteri per la gestione e rappresentazione dei costi fra i diversi livelli di assistenza; • puntuale definizione di un sistema di reporting uniforme che costituirà il mezzo naturale di espressione per la rappresentazione dei fatti di gestione e l'individuazione di un sistema di indicatori in grado di descrivere le attività svolte da ciascun centro di responsabilità e di costo; • Istituzione di un sistema di raccolta ed elaborazione dei dati a livello regionale.	analisi compativa delle contabilità analitiche aziendali; • Provvedimento Dirigenziale di approvazione dei criteri e modelli guida; • Report regionali da impiegare con continuità; • Provvedimento di Giunta per l'istituzione di un sistema di raccolta ed elaborazione dei dati a livello regionale; • Così come riportato nell'intervento 2.2 è prevista la definizione di un capitolato di appalto con l'obiettivo di acquisire entro 5 anni un sistema contabile unico a livello regionale anche per il supporto e la gestione della contabilità analitica.
Cronoprogramma:	**Entro 31/12/2014** ▪ Istituzione gruppo di lavoro ▪ Ricognizione regionale –analisi comparativa ▪ Definizione criteri e modelli guida **Entro 31/12/2015** ▪ Definizione report regionale ▪ Istituzione di un sistema di raccolta ed elaborazione dei dati a livello regionale	
Impatto Economico:	vedi capitolo: "Impatto economico delle azioni previste dal Programma Operativo 2013-2015 comprensivo del Conto Economico Tendenziale e Programmatico"	
Responsabile del Processo Attuativo:	Servizio Gestione Finanza Sanitaria Regionale	

2.1.7 Programma 7 – Rapporti con gli erogatori

7.1 Ricognizione delle tariffe regionali per tutte le tipologie di assistenza ed eventuale rimodulazione delle stesse in relazione alla normativa regionale.

Analisi del Contesto

Le prestazioni fornite dai soggetti erogatori in regime di ricovero ed ambulatoriale, attualmente sono assoggettate, ai fini della liquidazione, alle prescrizioni normative, nazionali e regionali, di seguito riportate:

Attività di ricovero

Al fine di rendere effettivamente strutturali gli interventi previsti dal Piano di Rientro, giusta DGR 951/2013 e con decorrenza dall'1/6/2013 sono state adeguate le tariffe delle prestazioni erogate in regime di ricovero ed in regime ambulatoriale al nuovo tariffario di cui al DM 18 ottobre 2012, in ragione della circostanza che gli importi tariffari, fissati con DGR 2858/2010, risultavano in alcuni casi superiori alle tariffe massime di cui al comma 15 del succitato DM, i cui oneri sarebbero rimasti a carico dei bilanci regionali. Si sta predisponendo nuovo regolamento in materia di riabilitazione che provvederà a stabilire nuovi requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici e relative tariffe. Per i restanti erogatori rimangono le tariffe vigenti a seguito di approvazione del Piano di rientro, relative a RSSA, RSA, centri diurni sociosanitari, *Hospice*.

Programma 7 – Rapporti con gli erogatori		
7.1 Ricognizione delle tariffe regionali		
Azione	**Obiettivi specifici**	**Indicatori di Risultato**
Azione 7.1	• Revisione requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi dei presidi di riabilitazione fisica, psichica e funzionale. • Revisione tariffe per le prestazioni erogate dai presidi di riabilitazione alla luce dei nuovi requisiti di cui al punto precedente	• Regolamento regionale • Deliberazione di Giunta regionale
Cronoprogramma:	**Entro dicembre 2014** ▪ Promulgazione regolamento regionale ▪ Entro marzo 2015 ▪ Revisione tariffe	
Responsabile del Processo Attuativo:	Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica	

Attività Ambulatoriale:

Le tariffe applicate ed i criteri di erogabilità sono quelli previsti dal tariffario di cui al DM 18 ottobre 2012, senza gli sconti previsti dalla L. 27 dicembre 2006, n. 296 co. 796 lett. o) e p). in ossequio alla nota prot. 02/07/2013- 0000068 che giusto interpello proposto dall'Assessorato Regionale al Welfare della Regione Puglia, ha così disposto:

- "…… le nuove tariffe nazionali delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, come peraltro esplicitamente indicato nelle motivazioni del decreto ministeriale, assorbono il valore dello sconto di cui alla norma sopra richiamata e, pertanto, dalla data di entrata in vigore del nuovo tariffario, non si applica più il disposto normativo di cui al citato art.1, comma 796 lett. o) della legge 296/06."
- circa la valutazione d'impatto nella propria regione conseguente all'applicazione del nuovo tariffario nei termini riportati nella tabella 8 della relazione tecnica che accompagna il D.M. 18 ottobre 2012, così come richiamato a pag. 19 della stessa relazione, l'eventuale impatto negativo deve trovare copertura con una corrispondente rimodulazione dei volumi di prestazioni da acquistare " utilizzando gli strumenti regolatori della spesa previsti dalla vigente normativa.

A tale riguardo con :

- deliberazione di Giunta Regionale n. 1304 del 9/7/2013 sì è proceduto a modificare ed integrare la DGR n. 951 del 13/5/2013,
- nota prot. n. AOO/151/8567 del 29/07/2013, si è proceduto ad impartire le opportune disposizioni alle singole AA.SS.LL. in ordine alla rideterminazione dei tetti di spesa dei singoli erogatori, in ragione della incidenza della valorizzazione delle nuove tariffe introdotte dal D.M. 18/10/2012, quantificata in € 2.127.269,12, esplicitato nella tabella 8) della relazione tecnica che accompagna il succitato D.M. 18/10/2012.

Inoltre, nell'ambito dei tetti di spesa invalicabili, con il divieto di erogare prestazioni oltre il tetto di spesa assegnato, così come previsto dall'art. 8 *quinquies* del D. L.gs. 502/92 e dalla L.R. 12/2010, alle strutture erogatrici vengono applicati i c.d. "abbattimenti tariffari" che prevedono il riconoscimento delle prestazioni a tariffa intera, fino ad una certa percentuale (tra l'80 e l'85%), mentre per la quota parte restante viene applicata una scontistica che varia tra il tra il 20% ed il 30%.

In questo contesto normativo, sia per l'attività di ricovero che per quella ambulatoriale, nel rispetto degli obblighi assunti con il piano di rientro, sono state operate delle decurtazioni, percentuali per anno, sui fondi unici di remunerazione, rispetto al consolidato anno 2009, secondo il quadro sinottico di seguito riportato:

Branca	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012
Radiodiagnostica	**-2%**	**-5%**	**-10%**
Patologia clinica	**-2%**	**-10%**	**-10%**
FKT	**-2%**	**-10%**	**-20%**
Branche a visita	**-2%**	**-5%**	**-10%**
Case di cura		**-5%**	**-10%**

7.2 Accordi contrattuali con gli erogatori privati

Infine, in riferimento al D.L. 6 luglio 2012 n. 95, convertito nella L. 7 agosto 2012, n. 135, si è provveduto ad adeguare tutti i contratti e tutti i singoli accordi vigenti nell'esercizio 2012, già sottoscritti ai sensi dell'art. 8 *quinquies* del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, con riferimento all'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza Ospedaliera.

L'adeguamento è stato commisurato ad una riduzione dell'0,5% della spesa sostenuta nell'anno 2011 per l'anno 2012, e dell'1% della spesa sostenuta nell'anno 2013 (imponibile spesa consuntivata per l'anno 2011), comunque in misura aggiuntiva rispetto alle misure già adottate con il piano di rientro di cui alla L.R. 24 settembre 2010 n.12, approvato con L.R. 9 febbraio 2011 n. 2.

Inoltre, con provvedimento DGR n.951/2013 è stato previsto che per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, riconducibili a RMN - segmentarie - con apparecchiature dedicate esclusivamente all'utilizzo sulle piccole articolazioni – (c.d. a basso campo), diverse dalle grandi macchine, per le quali è prevista una preventiva autorizzazione regionale, correlata al proprio fabbisogno, di cui al R.R. n. 3/2006, alle strutture accreditate viene operata una decurtazione del 10 % sulla tariffa richiamata nel tariffario Di cui Al D.M. 18/10/2012.

Si sta provvedendo ad integrare gli schemi di contratto tipo, uniformando gli interventi normativi sopravvenuti ed inserendo clausole vincolanti per gli erogatori, al fine di non intraprendere contenziosi. Già con nota n. n. 917 del 03/02/2014 e nota prot. n. 3164 del 31.3.2014 del si è provveduto a fissare un termine ultimo per la sottoscrizione del contratto che è stato stabilito entro il 31 marzo per le attività ambulatoriali ed il 30 aprile per le attività di ricovero. Queste ultime disposizioni in materia organica verranno inserite negli schemi di contratto tipo. Si precisa, infine, che con il DIEF anno 2013, si è provveduto a sottoscrivere "accordi" con gli Enti Ecclesiastici e gli IRCCS, inseriti nel sistema SIVEAS.

Per quanto riguarda i provvedimenti di definizione dei tetti gli stessi vengono definiti dalle singole aziende e risultano rispondenti alle prescrizioni previste nel Piano di Rientro 2010-2012 e del D.Lgs. 95/2012.

Programma 7 – Rapporti con gli erogatori		
7.2 Accordi contrattuali con gli erogatori privati		
Azione	**Obiettivi specifici**	**Indicatori di Risultato**
Azione 7.2	• adeguamento schemi di accordi contrattuali con gli erogatori privati.	• Provvedimenti di Giunta regionale
Cronoprogramma:	**Entro dicembre 2014** ▪ Adozione schemi di accordi contrattuali	
Responsabile del Processo Attuativo:	Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica	

7.3 Individuazione delle funzioni assistenziali di cui al D. Lgs. 502/92, con l'indicazione dei criteri di calcolo della relativa assegnazione economica.

Analisi del Contesto

Nel rispetto di quanto previsto dall'art. 8 *sexies* del D.Lgs. 502/92 e s.m.i., con Legge Regionale n. 28/2000 - art. 20 – in fase di prima applicazione, le funzioni assistenziali oggetto di specifici progetti obiettivi individuati ai fini del finanziamento per costo standard sono stati i seguenti.

1. assistenza a malattie rare;
2. allarme sanitario e trasporto in emergenza, nonché funzionamento della centrale operativa;
3. trapianti d'organo, di midollo osseo e di tessuto.

Per quanto attiene i criteri di individuazione delle strutture erogatrici, trattandosi di prestazioni di particolare impegno, gli stessi non potevano prescindere dal possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi.

In riferimento al punto 1) si rimanda alla DGR 1591 del 31/7/2012, con la quale si è provveduto ad individuare i centri interregionali di riferimento.
In riferimento al punto 2) il trasporto in emergenza viene garantito dalla rete del Servizio Emergenza Urgenza 118, attivo in Puglia dapprima in fase sperimentale e successivamente in modo strutturale dall' 1/3/2005, facendo riferimento a tutte le Strutture pubbliche presenti sul territorio, ivi comprese le AA.OO. Universitarie – Policlinico di Bari ed OO.RR. di Foggia, nonché con gli enti :

- Fondazione Casa Sollievo della Sofferenza opera di S. Pio da Pietrelcina - con sede Legale in San Giovanni Rotondo (Fg);
- Ente Ecclesiastico - Ospedale Francesco Miulli - con sede Legale della Società in Acquaviva delle Fonti;
- Pia Fondazione di Culto e di Religione card. G. Panico EE.EE - con sede Legale in Milano - via San Calimero 11 – sede operativa : Tricase - Lecce.

Nell'ambito del circuito Emergenza è stato attivato anche il progetto IMA/SCA (Infarto del miocardio acuto e sindrome coronarica acuta) giusta deliberazione di G.R. n. 397 del 25/3/2008, che vede coinvolte anche alcune case di cura private, dotate di posti letto di cardiochirurgia e cardiologia interventistica, e quindi in possesso di requisiti, strutturali, tecnologici ed organizzativi. (cfr. Anthea –Bari; Villa Bianca - Bari; Santa Maria – Bari; Villa Verde – Taranto, e Città di Lecce – Lecce).
Infine, per quanto riguarda il posizionamento delle centrali operative, ne è prevista una per ogni ASL, tranne che per la ASL BT, accorpata alla ASL BA. Circa la gestione ed il funzionamento delle centrali, le stesse risultano incardinate ed allocate in ogni ASL ad eccezione di quelle riconducili alla ASL BA, allocata nella AOU Policlinico e della ASL FG, allocata nella AOU Ospedali Riuniti di Foggia.
In riferimento al punto 3) le strutture che erogano dette prestazioni, sempre in relazione al possesso dei requisiti, sono sia pubbliche che private.

- Strutture Pubbliche : P.O. Vito Fazzi - Lecce ; P.O. Perrino – Brindisi ; P.O. Santissima Annunziata - Taranto; P.O . S. Paolo- Bari.
- AOU Policlinico - Bari;

- AOU Ospedali Riuniti di Foggia;

Strutture private:

- Fondazione Casa Sollievo della Sofferenza - San Giovanni Rotondo (Fg);
- Ente Ecclesiastico - Ospedale Francesco Miulli - Acquaviva delle Fonti;
- Pia Fondazione di Culto e di Religione card. G. Panico EE.EE –Tricase (LE)

Interventi e azioni realizzate

Nell'adottato provvedimento di recepimento del nuovo tariffario regionale, di cui alla DGR n.951/2013, è stato previsto che per le prestazioni che rientrano nelle funzioni assistenziali non adeguatamente tariffate, di cui all'art. 8 *sexies* co .2 del D. L.gs. 502/92, il valore complessivo della remunerazione non potrà in ogni caso superare il 30% del limite di remunerazione assegnato e nel rispetto delle tariffe aggiuntive richiamate nel tariffario.

Cronoprogramma

Entro il 31/12/2014 sarà adottato uno specifico provvedimento che delinei limiti e parametri per completare l'individuazione delle strutture erogatrici, nonché i per il calcolo delle remunerazioni (con l'esplicita previsione della detrazione dei ricavi introitati dalla struttura interessata per l'attività cui è correlata la remunerazione.

7.4 Programma dei controlli di appropriatezza

La scelta del *setting* assistenziale ed in particolare l'appropriatezza organizzativa dei ricoveri in una regione come la Puglia, che presenta tassi di ospedalizzazione più alti rispetto alla media nazionale costituisce, indubbiamente, un elemento cardine su cui intervenire.

Nel caso specifico della Regione Puglia è tuttavia da evidenziare come il ricorso all'assistenza in regime di ricovero sia in parte anche spiegato dalla storica carenza quantitativa di *setting* assistenziali alternativi al ricovero.

Tuttavia, da un lato il potenziamento dell'assistenza territoriale, dall'altro l'introduzione di numerose prestazione da erogare attraverso il day service, accompagnata dall'applicazione degli abbattimenti tariffari, ha consentito di migliorare nel 2012 e nel 2013 gli indicatori di performance (vd. Programma 14).

La capacità del sistema sanitario pugliese di garantire sempre più prestazioni appropriate si fonda anche sulla capacità di esercitare un'adeguata valutazione dell'efficacia degli interventi adottati e sul monitoraggio dei processi.

In questo senso, il potenziamento dell'attività di controllo passa attraverso la costruzione formale di un sistema di valutazione su cui impostare percorsi di audit clinici per il miglioramento della qualità dell'assistenza erogata e percepita.

Al fine di monitorare l'andamento dei controlli di appropriatezza del *setting* assistenziale e di congruità tra cartella clinica e SDO, a decorrere dall'anno 2013, con circolare prot. n. AOO_151 – 3338 del 28/03/2013 è stato richiesto di trasmettere il report, così come formulato dal DM 10 dicembre 2009, con cadenza trimestrale con le seguenti scadenze:

- I trimestre 2013: 15 luglio 2013;
- II trimestre 2013: 15 ottobre 2013;

- III trimestre 2013: 15 gennaio 2014;
- IV trimestre 2013: 15 aprile 2014;
- Riepilogativo anno 2013: 30 aprile 2014.

In riferimento al controllo dell'appropriatezza delle prestazioni erogate in ambito residenziale ad anziani e disabili, con Deliberazione di Giunta regionale n.1195 del 01/07/2013 è stato approvato il documento ad oggetto: *"Protocollo di verifica UVARP per l'appropriatezza delle prestazioni riabilitative in strutture extraospedaliere pubbliche o private accreditate in regime residenziale, semiresidenziale e ambulatoriale"*.

In riferimento al controllo dell'appropriatezza delle prestazioni di riabilitazione erogate in regime di ricovero è stato predisposto, ed è in corso di approvazione da parte della Giunta regionale, il documento *"Appropriatezza dei ricoveri in Riabilitazione Intensiva"*.

Programma 7 – Rapporti con gli erogatori			
7.4 Programma dei controlli di appropriatezza			
Programma	**Obiettivo Generale**	**Obiettivi Specifici**	**Indicatori di Risultato**
Implementazione e adozione di sistemi di valutazione dell'appropriatezza	Miglioramento dell'appropriatezza e potenziamento dei meccanismi di controllo	▪ Monitoraggio e valutazione dell'efficienza e dell'efficacia dell'assistenza ospedaliera e ambulatoriale	▪ Sistema regionale per la valutazione delle performance e degli esiti dei presidi assistenziali ospedalieri e territoriali
Implementazione e adozione di sistemi di valutazione dell'appropriatezza in ambito ambulatoriale	Definizione di modelli e di strumenti per la verifica dell'appropriatezza dell'attività territoriale ambulatoriale	▪ Predisposizione di procedure operative per raccolta e analisi dei dati ▪ Produzione linee guida regionali per l'appropriatezza delle modalità prescrittive	▪ Report di monitoraggio a cadenza annuale ▪ Report di monitoraggio, a cadenza annuale, quali-quantitativo delle prescrizioni
Cronoprogramma	**Entro 31.12.2013** *Protocollo di verifica UVARP per l'appropriatezza delle prestazioni riabilitative in strutture extraospedaliere pubbliche o private accreditate in regime residenziale, semiresidenziale e ambulatoriale"* Provvedimento di approvazione del documento *"Appropriatezza dei ricoveri in Riabilitazione Intensiva"* **Entro 31.12.2014** ▪ Definizione degli indicatori ai fini della costruzione di un sistema regionale di valutazione delle performance e degli esiti delle strutture ospedaliere e territoriali ▪ Intensificazione della attività di controllo dell'appropriatezza dei ricoveri attraverso le UVAR **Entro 30.6.2015** Definizione di modelli e di strumenti per la verifica dell'appropriatezza dell'attività territoriale ambulatoriale **Entro 31.12.2015** ▪ Implementazione del sistema di valutazione regionale ▪ Report di monitoraggio e definizione dei criteri per la riprogrammazione		

Impatto Economico	La misura non comporta differenziali rispetto al valore economico tendenziale in quanto destinata a influenzare l'efficienza dell'assistenza ospedaliera e territoriale in maniera non quantificabile attraverso i CE tendenziali e programmatici.
Responsabile del Processo Attuativo	Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica

7.5 Programma dei controlli di congruenza tra cartella clinica e SDO

L'art. 3,comma 26, 6° capoverso della legge regionale n. 40 del 31 dicembre 2007, ha disposto che presso l'Assessorato alle Politiche della Salute, che si avvale della consulenza tecnica dell'Agenzia Regionale Sanitaria, sia costituita l'Unità Regionale di Valutazione dell'Appropriatezza dei Ricoveri (UVAR) con il compito di coordinare le corrispondenti Unità Aziendali, emanando atti di indirizzo, al fine del perseguimento dell'obiettivo della deospedalizzazione, previa analisi dei dati delle schede di dimissione ospedaliera (SDO). Con DGR n. 1101/2009 sono state introdotte modifiche e integrazioni alla Linee guida e di indirizzo sulla metodologia dei controlli sull'appropriatezza dei ricoveri (UVAR)**.**

L'attività di Controllo delle Cartelle Cliniche, sulla scorta degli esiti delle verifiche LEA, risulta necessitare di riprogrammazione da parte della Regione, finalizzata a garantire un incremento quali-quantitativo dei controlli di congruenza, anche in relazione alle prestazioni specialistiche ambulatoriale, residenziali e semi-residenziali (ex art. 26), e territoriali, nei confronti degli erogatori pubblici e privati.

La Regione si impegna a ridefinire il modello organizzativo e le modalità operative per riformulare un Protocollo per la Valutazione dell'Appropriatezza (PVA) come strumento ordinario di valutazione delle prestazioni ospedaliere, nonché per definire Linee di Indirizzo per la valutazione dell'appropriatezza di tutte le prestazioni sanitarie extraospedaliere, a supporto della programmazione regionale e delle scelte di organizzazione dei processi assistenziali per le Aziende sanitarie.

Parallelamente, la Regione intende definire strumenti per migliorare le attività di controllo e monitoraggio delle prescrizioni delle prestazioni di specialistica ambulatoriale in termini quali-quantitativi e di appropriatezza nonché per valutazioni inerenti il fenomeno della "prescrizione indotta" e il rispetto dei tempi di attesa per prestazioni "critiche".

A tal fine la normativa prevede la produzione di apposite linee guida per le ASP da diffondere ai medici prescrittori cui dovrà accompagnarsi una sistematica attività di monitoraggio attraverso il portale dedicato del sistema TS.

Programma 7 – Rapporti con gli erogatori			
7.5 *Rapporti con gli erogatori: controlli di congruenza tra cartella clinica e SDO*			
Programma	**Obiettivo Generale**	**Obiettivi Specifici**	**Indicatori di Risultato**
Implementazione e adozione di sistemi di valutazione dell'appropriatezza in ambito ospedaliero	Intensificazione della attività di controllo dell'appropriatezza dei ricoveri attraverso le UVAR	▪ Riorganizzazione delle attività aziendali ai fini dell'incremento quali-quantitativo dei controlli	▪ Report di monitoraggio a cadenza trimestrale secondo i criteri indicati per la verifica LEA.

Cronoprogramma	**Entro 30.04.2014** ▪ Riorganizzazione delle attività aziendali ai fini dell'incremento quali-quantitativo dei controlli **Entro 30.06.2014** ▪ Report di monitoraggio con incremento dei controlli effettuati pari all'indicatore previsto per gli adempimenti LEA.
Impatto Economico	La misura non comporta differenziali rispetto al valore economico tendenziale in quanto incide sull'appropriatezza dei ricoveri, sulla qualità della codifica nelle SDO sulle prescrizioni di prestazioni specialistiche e sul controllo quali-quantitativo delle attività.
Responsabile del Processo Attuativo	Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica

7.6 Rapporti con gli erogatori privati accreditati

Analisi del Contesto

In applicazione della disciplina legislativa e regolamentare nonché della L.R. 26/2006 art. 18, con DGR n. 1494/2009 e DGR 1500/2010, si è provveduto a determinare i parametri in materia di erogazione ed acquisto di prestazioni specialistiche ambulatoriali con spesa da porre a carico del SSR, superando di fatto il riferimento al fatturato dell'anno 1998, a cui erano ancorate le strutture provvisoriamente accreditate, introducendo nuovi criteri e modalità di calcolo dei tetti di spesa, che tengono conto della presenza di nuovi soggetti accreditati, della valorizzazione delle attività territoriali, delle prestazioni introdotte dal nomenclatore dopo il 1998, delle reali capacità erogative delle strutture, nonché degli obiettivi di appropriatezza e governo della domanda. Tale ripartizione è comunque ancorata ai limiti di spesa per ciascuna branca specialistica così come stabilito dalla L.R. 2/2011

In questo contesto e quadro normativo si è già provveduto a predisporre i contratti tipo per ogni singola branca specialistica, approvati dalla Giunta Regionale con singoli provvedimenti, così come di seguito si riporta:

- Case di cura - DGR n. 1773 del 7/9/2012
- Branca di radiodiagnostica e medicina nucleare - DGR n. 888 del 9/5/2012
- Branca di patologia clinica - DGR n. 887 del 9/5/2012
- Branca di Fisiokinesiterapia - DGR n. 889 del 9/5/2012
- Branche a visita - DGR n. 1179 del 12/6/2012

Per quanto attiene la determinazione del fabbisogno delle prestazioni, in presenza di un territorio non omogeneo sia dal punto di vista geografico che di distribuzione sul territorio regionale delle strutture, tale adempimento, con le DGR 1494/2009 e 1500/2010, è stato demandato alle Aziende Sanitarie Locali. Infatti, fermo restando il fondo unico di remunerazione le stesse provvedono a ripartirlo nei vari subfondi in relazione alle diverse branche, in base alle proprie esigenze assistenziali e quindi al proprio fabbisogno. Sia nell'ambito dell'attività di ricovero che nell'ambito dell'attività ambulatoriale, con riferimento alla radiodiagnostica, le ASL provvedono ad acquistare solo le tipologie di prestazioni che non sono in grado di erogare ovvero che hanno tempi di attesa più lunghi rispetto a quelli previsti dalla normativa nazionale.

Negli schemi contrattuali così delineati, oltre a prevedere il volume e le tipologie di prestazioni, distinte per tipologie assistenziali da acquistare, da parte delle ASL committenti, sono stati individuati una serie di obblighi per gli erogatori, ivi compresi quelli connessi alle attività di

controllo delle prestazioni erogate anche attraverso il Sistema Tessera Sanitaria, che ad ogni buon fine, a stralcio di seguito si riportano:

L'Erogatore, ai sensi del comma 3 dell'art. 39 della L.R. n. 4/2010 è, altresì, obbligato:

a conferire i dati e le informazioni necessarie per il funzionamento dei sistemi informativi regionali di cui alla deliberazione della Giunta regionale 22 dicembre 2006, n.2005 (Piano per la sanità elettronica della Regione Puglia), secondo le specifiche tecniche e le modalità stabilite dalla Regione. Sono fatti salvi comunque i contenuti di norme, decreti e altri provvedimenti a carattere nazionale e regionali contenenti obblighi e adempimenti in materia di flussi e obblighi informativi ai sensi dell'art. 50 del D.L. 269/2003, convertito in legge con modificazioni dalla Legge n.326/2003, e successive modifiche ed integrazioni, all'invio con cadenza mensile, entro le scadenze pubblicate annualmente, all'invio telematico dei dati delle ricette al Sistema Tessera Sanitaria;

- ad assicurare il collegamento dei propri medici prescrittori al Sistema Informativo Sanitario Territoriale (SIST), secondo le modalità tecniche ed organizzative comunicate dai competenti uffici regionali;
- a conferire le agende al CUP per le prestazioni oggetto dell'Accordo Contrattuale.

Il mancato adempimento da parte dell'erogatore degli obblighi dell'art. 50 della legge 326/03, comporta la sospensione della liquidazione delle prestazioni rese, sino alla dichiarazione dell'avvenuto adempimento ed alla relativa verifica da parte della ASL.

Infine, la stipula degli accordi contrattuali costituisce *condicio sine qua non* per poter erogare prestazioni da parte delle strutture accreditate, con oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale. Di conseguenza, la mancata sottoscrizione dell'accordo contrattuale non dà titolo alla struttura e/o al professionista ad erogare prestazioni, e comporta la sospensione dell'accreditamento istituzionale fino alla stipula dei predetti accordi, giusto art. 1 della L.R. 1 febbraio 2013 n. 3 .

Interventi e azioni da realizzare

- Tra le attività da intraprendere è prevista quella di monitorare semestralmente le singole aziende sanitarie locali, al fine di valutare la rispondenza degli accordi contrattuali alle prescrizioni normative regionali.
- Tra gli interventi da eseguire per gli anni 2014 è previsto l'adeguamento dei tetti di spesa, nella misura del 2% in ottemperanza al D.Lgs. 6 luglio 2012 n. 95, convertito nella L. 7 agosto 2012, n. 135 .
- Come ulteriore intervento da realizzare, nel rispetto dei criteri improntati all'appropriatezza clinica, economicità ed efficienza delle risorse disponibili, con provvedimento in corso di adozione, si sta procedendo a trasferire al regime ambulatoriale – day service - ulteriori prestazioni attualmente erogabili solo in regime di ricovero e/o di day hospital (vedi programma 14)

Programma 7 – Rapporti con gli erogatori			
7.6 Rapporti con gli erogatori privati accreditati			
Programma	**Obiettivo Generale**	**Obiettivi Specifici**	**Indicatori di Risultato**
Rapporto con gli erogatori privati accreditati	Valutare la rispondenza degli accordi contrattuali alle prescrizioni normative regionali	▪ Monitoraggio periodico ▪ Adeguamento dei tetti di spesa , nella misura del 2% in ottemperanza al D.L. 6 luglio 2012 n. 95, convertito nella L. 7 agosto 2012, n. 135	▪ Report di monitoraggio ▪ Adozione ed approvazione del nuovo tariffario regionale per le prestazioni erogate in regime di ricovero ed ambulatoriale
Cronoprogramma	**Entro il 31/12/2014** Adozione ed approvazione del nuovo tariffario regionale per le prestazioni erogate in regime di ricovero ed ambulatoriale.		
Responsabile del Processo Attuativo	Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica		

7.7 Rapporti con le Università degli studi di Bari e Foggia

La Regione Puglia ha sottoscritto Protocolli di Intesa con le Università degli Studi di Bari e di Foggia per definire gli aspetti economico-organizzativi e gestionali, nonché gli aspetti didattici, scientifici ed assistenziali.

In particolare, è attualmente in fase di approvazione quello stipulato con l'Università degli Studi di Bari.

Per l'Università di Foggia si rende necessaria la modifica del suddetto protocollo in quanto la Legge 189/2012 ha apportato alcune modifiche, in particolare per l'assegnazione degli incarichi di strutture semplici, che devono essere recepite nell'intesa.

L'avvicendamento dei Rettori nel corso del 2013, ha inevitabilmente comportato ritardi nelle procedure summenzionate. Attualmente si sta procedendo alla sostituzione dei componenti della Commissione Paritetica Università Regione.

Programma 7 – Rapporti con gli erogatori			
7.7 Rapporti con le Università di Bari e Foggia			
Programma	**Obiettivo Generale**	**Obiettivi Specifici**	**Indicatori di Risultato**
Rapporti con le Università degli studi di Bari e Foggia	Protocolli di Intesa con le Università degli Studi di Bari e di Foggia per definire gli aspetti economico-organizzativi e gestionali, nonché gli aspetti didattici, scientifici ed assistenziali.	▪ Atto di modifica e approvazione del protocollo d'intesa con l'Università di Foggia. ▪ Atto di approvazione del protocollo d'intesa con l'Università di Bari	▪ Atti regionali di approvazione dei due protocolli d'intesa.

Cronoprogramma	**Entro il 31.05.2014** ▪ Nomina della nuova Commissione Paritetica Università Regione **Entro il 31.03.2015** ▪ Atto di modifica e approvazione del protocollo d'intesa con l'Università di Foggia. ▪ Atto di approvazione del protocollo d'intesa con l'Università di Bari
Impatto Economico	I protocolli d'intesa sono disciplinati dal D.Lgs. 21 novembre 1999, n.517, a norma dell'art.6 della L. 30 novembre 1998, n.419, e DPCM 24.05.2001. In particolare l'art.7 c.2 del D.lgs 517/99 stabilisce che la Regione riconosce all'Azienda una maggiorazione tariffaria, attualmente pari all'8% del fatturato al netto dei risparmi che l'Azienda consegue dall'impiego del personale docente e non docente messo a disposizione dall'Università, a copertura della stima di maggiori costi di produzione indotti dalle attività di didattica e di ricerca. La Regione riconosce inoltre all'Azienda-Universitaria il rimborso a costo standard, da rilevarsi annualmente mediante contabilità analitica, per le funzioni non tariffabili svolte per il Servizio Sanitario Regionale
Responsabile del Processo Attuativo	Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica

2.1.8 Programma 8 - Formazione e comunicazione ai cittadini

8.1 Formazione del personale, ivi compreso sistemi di job evaluation, performance measurement e incentivazione

I profondi cambiamenti del panorama sanitario negli ultimi decenni dal Patto di Stabilità all'adozione del Piano di Rientro e di Riqualificazione 2010-2012 e non ultimo il Decreto Legge, promosso dal Ministro della Salute, "*Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute*" hanno rappresentato per la Regione Puglia un momento di profonda incertezza e instabilità.

La Regione, al fine di promuovere il cambiamento e la ridefinizione del Sistema Sanitario, ha definito, attraverso l'Organismo regionale per la Formazione in Sanità (ORFS), in collaborazione con l'Assessorato alle Politiche della Salute, il Servizio Comunicazione Istituzionale della Giunta Regionale, l'Agenzia Regionale Sanitaria – AReS e l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari regionali – AgeNaS, **il Piano regionale della Cultura alla Salute 2012-2013**, che rappresenta un "*contenitore*", all'interno del quale si svolgono contestualmente e si "integrano" a vicenda:

- il tavolo tecnico/culturale sulle Politiche di Sviluppo etico-sostenibile: Laboratorio Puglia;
- la comunicazione/informazione rivolti al professionista e al cittadino al fine di fornire loro gli strumenti e un supporto nel processo di cambiamento in atto nel Sistema Sanitario;
- la formazione/educazione per sostenere i professionisti nel passaggio ad una cultura che favorisca la flessibilità e la capacità di adattamento evolutivo al fine di fornire risposte ad esigenze molto diversificate della società, dell'azienda e degli operatori sanitari stessi, dal promuovere lo sviluppo di salute, al bisogno di salute del cittadino e alla valorizzazione del professionista che lavora nel Sistema Sanitario.

Per quanto riguarda la necessità di implementare la formazione obbligatoria ECM in tutti i settori considerati prioritari dalla Regione, l'ORFS è impegnato nel primo trimestre del 2014 nella rilevazione dei fabbisogni formativi coinvolgendo gli Uffici Formazione aziendali, al fine di elaborare il Piano di Formazione Regionale e programmarne l'attuazione.

Programma 8 - Formazione e comunicazione ai cittadini			
8.1 Formazione e comunicazione ai cittadini: Formazione del personale, ivi compreso sistemi di job evaluation, performance measurement e incentivazione			
Programma	**Obiettivo Generale**	**Obiettivi Specifici**	**Indicatori di Risultato**
Piano regionale della Cultura alla Salute 2012-2013	Sviluppo delle attività di formazione su tutto il territorio regionale	▪ Progetti formativi di interesse regionale promossi dall'ORFS e dalle aziende inseriti nei PAF ▪ formazione manageriale ▪ progetti formativi relativi alla riorganizzazione, alla promozione e allo sviluppo dei servizi territoriali e alla riconversione delle strutture ▪ progetti formativi relativi alla promozione di funzioni organizzative innovative	▪ numero totale di partecipanti effettivi; ▪ raggiungimento degli obiettivi descritti nei singoli progetti definiti con un set di indicatori; ▪ applicazioni di linee guida e protocolli operativi finalizzati alla promozione di *best practice* di modelli assistenziali, organizzativi e/o amministrativi (es.

		▪ programmi di Prevenzione e sviluppo di Politiche di *Health Promotion* ▪ razionalizzazione del costo dei fattori produttivi della normativa nazionale e regionale (es. riduzione della spesa farmaceutica); ▪ cambiamento organizzativo finalizzato al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza sanitaria come verifica dell'effettiva ricaduta formativa	definizione del manuale pratico regionale sull'uso e sull'impiego degli approcci di HTA e HS); ▪ applicazione di percorsi assistenziali territoriali in linea con le linee guida nazionali e/o regionali (es. numero di pazienti affetti da patologie croniche presi in carico dal distretto); ▪ applicazione di percorsi e linee guida finalizzati alla promozione della Salute (es. riduzione del tasso di obesità infantile); .
Cronoprogramma	▪ **Obiettivi specifici: entro il 2014.** ▪ **Monitoraggio e verifica: 2015.**		
Impatto Economico	Il costo a preventivo delle attività formative inserite nel Piano regionale della Cultura alla Salute 2012-2013 è di **600.000,00** euro. Tali attività impattano sulla riduzione della spesa in modo indiretto con modalità di difficile quantificazione, per cui, ai fini della determinazione dei conti economici programmatici, si è tenuto conto della spesa relativa alla formazione, ma non della possibile riduzione della spesa collegata a: ▪ innalzamento del livello culturale e professionale degli operatori; ▪ ottenimento di sinergie e di economie di scale; ▪ riduzione dei costi diretti di formazione sostenuti da parte delle aziende sanitarie.		
Responsabile del Processo Attuativo	Organismo regionale per la Formazione in Sanità.		
Indicatori di risultato	▪ numero totale di partecipanti effettivi- entro il 2013; ▪ raggiungimento degli obiettivi descritti nei singoli progetti definiti con un set di indicatori - entro il 2014; ▪ applicazioni di linee guida e protocolli operativi finalizzati alla promozione di *best practice* di modelli assistenziali, organizzativi e/o amministrativi (es. definizione del manuale pratico regionale sull'uso e sull'impiego degli approcci di HTA e HS) - entro il 2014; ▪ applicazione di percorsi assistenziali territoriali in linea con le linee guida nazionali e/o regionali (es. numero di pazienti affetti da patologie croniche presi in carico dal distretto) - entro il 2015; ▪ applicazione di percorsi e linee guida finalizzati alla promozione della Salute (es. riduzione del tasso di obesità infantile) - entro il 2015; ▪ razionalizzazione del costo dei fattori produttivi in linea con quanto previsto dalle indicazioni del Piano di Rientro e di Riqualificazione 2010-2012 e della normativa nazionale e regionale (es. riduzione della spesa farmaceutica) - entro il 2015; ▪ cambiamento organizzativo finalizzato al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza sanitaria come verifica dell'effettiva ricaduta formativa. - entro il 2015.		

8.2 Formazione e comunicazione ai cittadini

In materia di comunicazione ed informazione ai cittadini in sanità, la Giunta Regionale con D.G.R.1101 del 16.5.2011 stabilisce che tutte le Aziende ed Istituti pubblici del SSR sono tenute all'attuazione di quanto previsto dai documenti "*Linee Guida per i siti web delle Aziende ed Istituti*

Pubblici del Servizio Sanitario Regionale e per l'utilizzo della posta elettronica certificata", allegato sub A) e *"Linee guida attuative del Sistema Integrato di Comunicazione e Informazione in Sanità"*, allegato sub B) che costituiscono parte integrante e sostanziale della delibera e che tale attuazione rappresenta obbligo informativo ai sensi dell'art.39 della L.R. n.4/2010 ed obiettivo posto a carico dei Direttori Generali delle Aziende ed Istituti pubblici del SSR.

In particolare l'allegato sub A alla delibera: "Linee Guida per i siti web delle Aziende ed Istituti Pubblici del Servizio Sanitario Regionale e per l'utilizzo della posta elettronica certificata" definisce le linee di indirizzo per la razionalizzazione, la riduzione dei siti web delle Aziende ed Istituti pubblici del Servizio Sanitario Regionale (SSR) in coerenza con quanto previsto dalla Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione n.8 del 26.11.2009 e dalle Linee Guida per i siti web della PA del 26.07.2010 previste dall'art.4 della medesima Direttiva.

Il percorso è volto alla riduzione e progressivo assorbimento dei siti web delle Aziende Sanitarie ed Istituti pubblici del SSR da parte del Portale Regionale della Salute di cui alla DGR. n.2005/2006 ed alla DGR. n.1079/2008.

A tal fine viene indicato che "Il Portale Regionale della Salute implementa specifiche e separate sezioni destinate ad ospitare servizi e comunicazioni istituzionali di ciascuna Azienda ed Istituto pubblico del Servizio Sanitario Regionale. Tali sezioni sono finalizzate a far convergere su un'unica piattaforma i contenuti, le informazioni, i servizi e la comunicazione istituzionale da parte del Servizio Sanitario Regionale al fine, anche, di mantenere una coerenza complessiva, una omogeneità generale nella comunicazione ed offerta di servizi ai cittadini.

Il processo di razionalizzazione e ottimizzazione dei siti web della PA introdotto dalle già citate Linee Guida nazionali deve essere raccolto nell'ottica della razionalizzazione dei costi complessivi a carico delle Aziende ed Istituti pubblici del SSR (es. gestione e manutenzione di più siti istituzionali e dei relativi servizi, ecc..), del potenziamento e della qualificazione della comunicazione istituzionale e dei servizi *on line* offerti ai cittadini nonché della valorizzazione del ruolo dei responsabili della comunicazione e della pubblicazione dei contenuti come previsto dalla Legge n.150/2000. Il mantenimento dei siti web istituzionali distinti e separati da parte di ciascuna Azienda Sanitaria ed Istituto pubblico del SSR deve, quindi, essere adeguatamente motivato sia sotto il profilo economico che da oggettive ragioni di tipo tecnico-organizzativo e deve considerarsi un'eccezione. In tal caso, ciascuna Amministrazione deve comunque assicurare la non sovrapposizione e ridondanza di contenuti e di servizi presenti sul sito istituzionale rispetto a quelli previsti dal progetto di Portale Regionale della Salute".

L'allegato sub B) "Linee guida del Sistema Integrato di Comunicazione ed Informazione in Sanità" definisce ruoli, funzioni e responsabilità delle commissioni individuate nel documento di indirizzo sul Sistema Integrato di Comunicazione e Informazione in Sanità, approvato con Delibera di Giunta Regionale 25 giugno 2008, n.1079, con riferimento sia a livello regionale sia a quello aziendale, nonché le modalità di interazione tra gli stessi.

In coerenza con queste indicazioni e in conformità con il DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 19 Maggio 1995, (in Gazzetta Ufficiale 31 maggio 1995, n. 125) e dello Schema generale di riferimento della "Carta dei servizi pubblici sanitari", nel Portale della salute sono presenti le carte dei Servizi di tutte le Aziende Sanitarie della regione, aggiornate periodicamente rispetto alle informazioni da assicurare ai cittadini.

Programma 8 - Formazione e comunicazione ai cittadini			
8.2 Formazione e comunicazione ai cittadini: Carta dei servizi			
Programma	**Obiettivo Generale**	**Obiettivi Specifici**	**Indicatori di Risultato**
Azione: **Promozione della carta dei servizi nelle Aziende sanitarie**	Assicurazione ai cittadini di in formazioni adeguate e di programmi di miglioramento della qualità	▪ Individuare un Referente per la manutenzione periodica delle Carte dei servizi ▪ Produrre una Linea guida per la corretta gestione del Processo Carta dei servizi	▪ Nomina formale di un Referente regionale per le Carte dei Servizi ▪ Atto di adozione di una Linea guida per la corretta gestione del Processo Carta dei servizi ▪ Diffusione della Linea Guida tra i soggetti interessati
Cronoprogramma	**Entro 31/12/2014** ▪ Nomina formale di un Referente regionale per le Carte dei Servizi **Entro 30/06/2015** ▪ Atto di adozione di una Linea guida per la corretta gestione del Processo Carta dei servizi **Entro 31/12/2015** ▪ Diffusione della Linea Guida tra i soggetti interessati		
Impatto Economico	Le azioni non comportano differenziali diretti rispetto al valore economico tendenziale		
Responsabile del Processo Attuativo	Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica		

8.3 Attivazione di azioni finalizzate alla rilevazione sistematica della qualità percepita dagli utenti/cittadini

L'art. 14 del D.Lgs 502/92 e s.m.i attribuisce alle regioni un compito assai rilevante rispetto alla "partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini", in quanto esse devono tener conto delle indicazioni ricavate dalla verifica degli indicatori di qualità ai fini della "…programmazione regionale, per la definizione degli investimenti di risorse umane, tecniche e finanziarie". Le regioni, inoltre, devono prevedere "…la partecipazione delle organizzazioni dei cittadini e del volontariato …nelle attività relative alla programmazione, al controllo ed alla valutazione dei servizi sanitari a livello regionale, aziendale e distrettuale". Gli indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie relativamente alla personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché all'andamento delle attività di prevenzione delle malattie sono stati pubblicati agli inizi del 1997 (D.M.S. 15.10.1996).

Lo stesso art. 14 prevede che le aziende sanitarie si avvalgano della collaborazione dei cittadini per " …la raccolta ed analisi dei segnali di disservizio". Inoltre, la verifica dell'andamento dei servizi, valutata in base al sistema degli indicatori, deve essere obbligatoriamente effettuata nel corso di una apposita Conferenza dei Servizi, organizzata annualmente dai Direttori Generali.

A rafforzare questi elementi normativi che rendono potenzialmente concreto il rapporto con i cittadini, intervengono anche le prescrizioni rispetto alla adozione della Carta dei Servizi, quale strumento di informazione e di "contrattazione" sui livelli di assistenza da garantire, ed, infine, gli obblighi di adeguamento ai requisiti minimi essenziali, ai fini dell'accreditamento istituzionale, che

prevedono una rispondenza positiva agli indicatori di cui agli artt.10 e 14. Per ultimo, il “Sistema di garanzie per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria”, pubblicato con D.M.S. 12.12.2001 (G.U. n.27 del 9.2.2002), in attuazione dell’art. 9 del D.Lgs. 18/02/00 n. 56, individua un set di indicatori e di parametri di riferimento finalizzati al monitoraggio del rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) nelle varie regioni, utilizzando le informazioni disponibili esistenti e integrando con altre aggiuntive al fine di rappresentare importanti aspetti dell’assistenza sanitaria non valutabili con dati correnti.

In esso risulta definito, quale indicatore della qualità del processo, la percentuale di Unità Operative di degenza che hanno rilevato il gradimento dei cittadini rispetto al totale delle Unità Operative di degenza sul territorio.

La regione Puglia con Circolare diffusa con nota prot. n° 3907m del, 09.09.2003,

ha inviato agli Uffici Relazioni con il Pubblico ha inviato un documento per un sistematico supporto e controllo delle attività, attraverso l'elaborazione di strumenti minimi di lavoro, denominati "*La cassetta degli attrezzi*", in ragione della loro caratteristica di strumenti di taglio operativo. Le indicazioni fornite con tale documento assumono valore di Linea guida per gli URP aziendali.

La Cassetta degli attrezzi ha consentito l’adozione del Regolamento di Pubblica Tutela, l'attivazione dei Comitati Consultivi Misti e della Commissione Mista Conciliativa, nonché il sistema omogeneo per la raccolta dei dati relativi ai reclami presentati, classificati secondo le categorie individuate..

La Regione Puglia ritiene necessario attivare una metodologia di indagine strutturata per la rilevazione della qualità percepita dai fruitori dei servizi sanitari, con procedure definite, al fine di garantire non solo massima attendibilità dei dati rilevati, ma soprattutto uniformità e ripetibilità metodologica sul territorio.

Programma 8 - Formazione e comunicazione ai cittadini			
8.3 Formazione e comunicazione ai cittadini: Qualità percepita			
Programma	**Obiettivo Generale**	**Obiettivi Specifici**	**Indicatori di Risultato**
Azione: **Attivazione di azioni finalizzate alla rilevazione sistematica della qualità percepita dagli utenti/cittadini**	Rilevare le opinioni ed i giudizi dei cittadini circa la qualità del SSR	▪ Gruppo di lavoro per la definizione di una proposta metodologica di rilevazione omogenea regionale ▪ Produrre una Linea guida per la corretta gestione dei Questionari per la qualità	▪ Individuazione di un Referente regionale per la qualità percepita e di un gruppo di lavoro ▪ Produzione di una proposta metodologica ▪ Atto di adozione di una Linea guida per la corretta gestione della valutazione della qualità percepita ▪ Diffusione della Linea Guida tra i soggetti interessati
Cronoprogramma	**Entro 31/12/2014** ▪ Individuazione di un Referente regionale per la qualità percepita e di un gruppo di lavoro ▪ Produzione di una proposta metodologica **Entro 31/12/2015** ▪ Atto di adozione di una Linea guida per la corretta gestione della valutazione della qualità percepita ▪ Diffusione della Linea Guida tra i soggetti interessati		
Responsabile del Processo Attuativo	Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica		

2.2 "Razionalizzazione dei fattori produttivi"

2.2.1 Programma 9 - Razionalizzazione della spesa

9.1 Razionalizzazione spesa

L'obiettivo del contenimento della spesa sanitaria, già assegnato dal "Piano di rientro" alla nostra Regione, ha comportato l'attuazione di specifici interventi funzionali alla **riduzione dei costi per l'acquisto di beni e servizi** da realizzarsi attraverso la razionalizzare delle procedure di spesa e mediante processi di **centralizzazione e/o aggregazione** negli acquisti.

La regione Puglia, in funzione degli obiettivi di razionalizzazione della spesa sanitaria per beni e servizi, si è attivata per tempo adottando specifici provvedimenti sia prima dell'avvio del Piano di rientro (DGR n.1288/2009), sia in vigenza dello stesso (DGR n. 1391/2012), promuovendo "unioni di acquisto" tra aziende/enti sanitari e procedure centralizzate di gestione delle gare, in attuazione del Regolamento regionale n. 25/2011 e della DGR n. 1392/2012.

1. In particolare con **deliberazione 10/07/2012, n.1391 (BURP n.113 del 31/07/2012)** la Giunta Regionale ha approvato le *"**Linee di indirizzo operative per la gestione centralizzata per gli acquisti del Servizio sanitario regionale (SSR) e per la gestione delle procedure in unione di acquisto tra Enti ed aziende del SSR**"*, fornendo indicazioni e specifiche prescrizioni, sia organizzative che operative, in funzione del contenimento e della razionalizzazione della spesa sanitaria per beni e servizi, nonché per assicurare massima trasparenza alle procedure di acquisto in un contesto di collaborazione ed integrazione operativa tra le strutture regionali e gli enti e le aziende del SSR. Con il provvedimento approvato, la Giunta regionale ha inteso addivenire alla realizzazione del "piano regionale delle attività negoziali del SSR" per beni e servizi (di cui alla DGR n.1288/2009) mediante Unioni di acquisto tra le Aziende Sanitarie, nonché attivare convenzioni quadro a livello regionale nell'ottica della razionalizzazione della spesa, del miglioramento della capacità di acquisto da parte del SSR, di una maggiore trasparenza ed efficienza nel settore.

   Ai direttori generali è stato affidato l'obiettivo di garantire gli opportuni interventi organizzativi e tecnici per assicurare il conferimento delle informazioni e dei dati necessari a realizzare l'analisi del fabbisogno e la programmazione delle attività negoziali nonché il monitoraggio costante della spesa sanitaria per beni e servizi, come dettagliatamente specificato nelle "Linee di indirizzo" adottate.

2. Con **deliberazione 10/07/2012, n.1392 (BURP n.113 del 31/07/2012)** la Giunta Regionale ha anche adottato lo *"**Schema di regolamento aziendale per la disciplina delle procedure di acquisto in economia,** ai sensi dell'art.125 del D.Lgs n. 163/2006 e s.m.i per le Aziende Sanitarie e gli enti del Servizio Sanitario Regionale"*, con l'obiettivo di uniformare le procedure aziendali adottate per l'esecuzione degli acquisti in economia - in linea con le vigenti disposizioni di legge e in ottemperanza alle prescrizioni in materia di *spending review* - mediante il potenziamento dell'attività di osservazione e di programmazione annuale da parte delle competenti strutture nonché attraverso l'adeguamento degli assetti organizzativi ed dei sistemi amministrativi, contabili e informativi in uso.

La Giunta regionale ha inteso procedere con il richiamato provvedimento alla immediata omogeneizzazione delle procedure relative all'acquisizione in economia di beni, servizi e lavori da parte delle Aziende Sanitarie ed Istituti pubblici del SSR, ai sensi dell' art.125 del Decreto

Legislativo n.163 del 12.04.06 e s.m.i. ed in coerenza con quanto già previsto dall'art. 31 commi 6, 7 e 8 della L.R. n.4/2010 e s.m.i. i Direttori regionali sono stati chiamati a porre in essere tutti gli adempimenti richiesti dalla Giunta regionale, a partire dalla immediata adozione dello schema – tipo di regolamento, anche in sostituzione della regolamentazione aziendale eventualmente già vigente, nonché ad adottare apposito atto di individuazione delle **strutture aziendali cui delegare gli acquisti in economia con i relativi limiti di importo,** nonché **le procedure per assicurare la programmazione annuale aziendale degli acquisti in economia**, anche al fine di evitare l'artificioso frazionamento delle forniture.

E' stata, inoltre, espressamente prevista **l'estensione dei contenuti della D.G.R. n.1392/2012 alle rispettive società di *in house providing*** eventualmente costituite al fine di assicurare uniforme regolamentazione per tutti gli acquisti in economia.

A partire dal 01/09/2012, è stato disposto, ancora, che tutte **le procedure di acquisizione di beni e servizi in economia avviate dalle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale** vengano effettuate **nel rispetto delle previsioni dello schema di regolamento** per le acquisizioni in economia, fatte salve le procedure di acquisizione di lavori in economia la cui esecuzione in conformità con quanto stabilito, dovrà essere adeguata a partire dal 01/01/2013.

E' stato previsto, inoltre, l'obbligo per tutte le strutture delle Aziende ed Istituti del SSR di adeguare, entro il 30/09/2012, l'organizzazione, le procedure ed i sistemi amministrativi, contabili e informatici a quanto stabilito nel provvedimento stesso, per assicurare il conferimento dei dati all'Osservatorio regionale Prezzi e Tecnologie del sistema Edotto, ai sensi dell'art.. 31 commi 5, 11, 12 e dall'art. 39 della L.R. n.4/2010 e s.m.i.

Con quest'ultima delibera ha, altresì, reso obbligatorio l'utilizzo della piattaforma EmPulia da parte di Aziende/enti del SSR per snellire, velocizzare e rendere più trasparenti le gare sotto-soglia comunitaria attraverso il ricorso a procedure telematiche.

Interventi e Azioni da realizzare

Con la DGR n. 1391 del 10/07/2012 la giunta Regionale Pugliese ha affidato alla Struttura di Progetto "Piano di Rientro" dell'*Area politiche per la promozione della salute, delle persone e delle pari opportunità* il compito di provvedere, con riferimento alla spesa specifica della sanità, alla rilevazione dei fabbisogni, preliminare alla definizione del piano regionale delle attività negoziali del SSR per beni e servizi, nonché al monitoraggio della spesa sanitaria regionale. Tale ricognizione, necessaria anche al fine di aggregare fabbisogni omogenei e programmare procedure in unione di acquisto tra aziende/enti sanitari regionali, è stata condotta attraverso il portale EmPulia, utilizzando una procedura "guidata" idonea ad acquisire dati ed informazioni omogenei, raffrontabili tra loro.

Sulla scorta dei dati raccolti a seguito di una prima rilevazione, conclusasi a fine marzo 2013 e ad oggi oggetto di attualizzazione e aggiornamento, si sta predisponendo **il Piano regionale delle attività negoziali** della sanità, mediante **aggregazione dei fabbisogni omogenei rilevati,** al fine di programmare, in funzione di questi, forme di centralizzazione delle procedure di acquisto attraverso gare uniche a livello regionale, ovvero attraverso Unioni di acquisto tra aziende/enti del SSR.

Una volta delineata la pianificazione delle attività negoziali, ovvero delle **gare da bandire a livello regionale,** anche sulla base di convenzioni/accordi quadro, si procederà a dare ulteriore **impulso alle Unioni di acquisto** tra Asl, definendo il cronoprogramma delle gare da attivare in forma aggregata (tenendo conto delle buone pratiche già realizzate, delle sinergie operative sviluppate sui

territori di riferimento dalle aziende nella gestione di gare pregresse, delle competenze specifiche acquisite dal personale). Le Unioni di acquisto fino ad oggi concretizzatesi hanno visto consolidarsi tre aggregazioni **per macroaree territorial**i (Bari, Bari-Nord e Grande Salento), e precisamente:

- ASL BR – ASL TA – ASL LE
- ASL BA – l'A.O. Universitaria "Consorziale Policlinico" di Bari, l'IRCCS Oncologico "Giovanni Paolo II" di Bari
- ASL BT, ASL FG, l'AO.U. Ospedali Riuniti di Foggia

La creazione di queste Unioni ha consentito non solo di coordinare e razionalizzare i processi di acquisizione di beni e servizi, con riduzione dei costi a fronte di maggiori volumi trattati , ma anche di ottimizzare le risorse scarse (soprattutto umane) disponibili, attraverso la valorizzazione di professionalità e competenze presenti in alcune aziende a beneficio di altre che ne risultano sprovviste.

La DGR n. 1392 del 10/07/2012, rendendo obbligatorio l'utilizzo della piattaforma EmPulia da parte di Aziende/enti del SSR, ha dato un forte impulso alla velocizzazione, allo snellimento delle gare sotto-soglia comunitaria, rendendo anche più trasparenti le procedure attraverso il ricorso alla telematica. Ha previsto, inoltre, l'obbligo per tutte le strutture delle Aziende ed Istituti del SSR di adeguare, entro il 30/09/2012, l'organizzazione, le procedure ed i sistemi amministrativi, contabili e informatici a quanto stabilito nel provvedimento stesso, per assicurare il conferimento dei dati all'Osservatorio regionale Prezzi e Tecnologie del sistema Edotto, ai sensi dell'art. 31 commi 5, 11, 12 e dall'art. 39 della L.R. n.4/2010 e s.m.i.

Il Piano sarà adottato entro il 31/12/2013 con Deliberazione della Giunta e individuerà le procedure da avviare nell'anno 2014 e nel 2015, secondo diverse scadenze temporali, in forma centralizzata a livello regionale e/o aggregata tra Aziende del SSR, mediante la piattaforma Empulia o in adesione a convenzioni Consip.

Al tal fine, si è già inoltrata specifica richiesta alle Direzioni Generali degli enti/aziende del SSR, affinché tramite le competenti strutture facciano pervenire un quadro complessivo delle procedure che, nell'anno in corso e nel biennio prossimo, esse hanno attivato o intendono attivare, in forma aggregata e/o mediante unioni di acquisto, avvalendosi o meno di EmPulia, sopra soglia e sotto la soglia comunitaria.

Obiettivi di carattere generale

- Grazie alla ricognizione dei fabbisogni, da effettuarsi annualmente, si procederà a definire il Piano delle attività negoziali recante indirizzi sulle priorità di spesa, sulle gare aggregate da indire e su quelle da bandire a livello regionale. Saranno privilegiate le modalità di gestione basate su procedure telematiche e attraverso la piattaforma EmPulia.
- Con il rafforzamento e l'ulteriore consolidamento delle Unioni di acquisto tra aziende/enti del SSR, si realizzerà un più efficace coordinamento dei processi di acquisizione di beni e servizi, con riduzione dei costi a fronte di maggiori volumi trattati, ma anche una ottimizzare delle risorse scarse (soprattutto umane) disponibili, attraverso la valorizzazione di professionalità e competenze presenti in alcune aziende a beneficio di altre che ne risultano sprovviste.
- Grazie al potenziamento di EmPulia, sia come piattaforma telematica che come centrale di committenza, nonché con l'avvio a regime di Edotto e dell'OPT sarà possibile attuare un più efficace governo della spesa attraverso la razionalizzazione delle procedure e il successivo

monitoraggio degli impatti, sia in termini di riduzione dei tempi di espletamento delle gare, di contenimento dei prezzi di acquisto, di efficientamento complessivo del sistema.

Razionalizzazione della spesa per l'assistenza protesica

L'art. 32 della legge regionale n. 4/2010 ha riorganizzato il settore dell'Assistenza protesica istituendo l'Elenco regionale delle imprese che intendono fornire e/o produrre dispositivi protesici con spesa a carico del SSN. A tal fine si sono stabiliti i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi che le imprese devono possedere per l'inserimento nel predetto Elenco regionale (rif. DGR 1312/2010 e s.m.i.). Tuttavia in Puglia la spesa per l'assistenza protesica registra annualmente un aumento così come riportato di seguito:

	2010	2011	2012
Elenco 1	40.492.651,00	43.914.257,00	47.540.000,00
Elenco 2 + 3	32.859.527,00	39.837.410,23	42.098.000,00
Totale	73.352.178,00	83.751.667,23	89.638.000,00

La legge 15 luglio 2011, n. 111 di conversione del decreto n. 98/2011 all'art. 17, co.1 lett.c dispone: *"a decorrere dal 1° gennaio 2013 la spesa sostenuta dal Servizio sanitario nazionale per l'acquisto dei dispositivi medici, tenuto conto dei dati riportati nei modelli di conto economico (CE),* ***compresa la spesa relativa all'assistenza protesica****, è fissata entro un tetto a livello nazionale e a livello di ogni singola regione, riferito rispettivamente al fabbisogno sanitario nazionale standard e al fabbisogno sanitario regionale standard di cui agli articoli 26 e 27 del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68. Ciò al fine di garantire il conseguimento degli obiettivi di risparmio programmati. Il valore assoluto dell'onere a carico del Servizio sanitario nazionale per l'acquisto dei dispositivi di cui alla presente lettera, a livello nazionale e per ciascuna regione, è annualmente determinato dal Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze. Le regioni monitorano l'andamento della spesa per acquisto dei dispositivi medici: l'eventuale superamento del predetto valore è recuperato interamente a carico della regione attraverso misure di contenimento della spesa sanitaria regionale o con misure di copertura a carico di altre voci del bilancio regionale. Non è tenuta al ripiano la regione che abbia fatto registrare un equilibrio economico complessivo"*

Nell'ottica di una razionalizzazione della spesa per l'assistenza protesica, si ritiene di dover mettere in atto le seguenti iniziative:

- Istituzione dell'Elenco regionale dei prescrittori di dispositivi protesici al fine di verificare l'appropriatezza prescrittiva, nonché il controllo della spesa;
- Attivazione di procedure ad evidenza pubblica da parte delle Aziende sanitarie per la fornitura dei dispositivi/ausili protesici di cui all'elenco 2 allegato al DM 332/99, così come previsto dall'art.32, co.32 della L.R. n.4/2010;

- Attivazione di procedure ad evidenza pubblica da parte delle Aziende sanitarie per il riutilizzo dei dispositivi/ausili protesici di cui all'elenco 2 allegato al DM 332/99.

Programma 9 - Razionalizzazione della spesa			
9.1 Razionalizzazione della spesa			
Azione	**Obiettivo Generale**	**Obiettivi Specifici**	**Indicatori di Risultato**
Razionalizzazione della spesa	Definizione Piano regionale annuale delle attività negoziali della sanità	▪ Acquisizione dei fabbisogni di beni e servizi delle Aziende /enti del SSR e individuazione delle gare ▪ 1. da bandire in forma aggregata (in Unione di acquisto tra Aziende/ Enti del SSR); ▪ 2. a livello centralizzato mediante stipula di gare regionali e accordi- quadro ▪ 3.con procedure telematiche attraverso la piattaforma EmPulia.	▪ 1.svolgimento delle procedure di gara in forma aggregata (in Unione di acquisto tra Aziende/ Enti del SSR); ▪ 2. stipula di gare regionali e di accordi –quadro ▪ 3. svolgimento di gare con procedure telematiche attraverso la piattaforma Empulia ▪ 4. incremento della % di transato in forma aggregata e con procedure telematiche
		▪ Cronoprogramma delle procedure di acquisto da avviare-espletare e aggiudicare	
Cronoprogramma	▪ Entro il 30/10/2014 approvazione della programmazione regionale annuale delle e attività negoziali della sanità ▪ entro dicembre 2014 rinnovo accordi quadro regionali in essere (fornitura ossigeno liquido, presidi per diabetici) ▪ gennaio 2015 avvio procedure programmate in unione di acquisto tra aziende/enti del SSR e stipula accordi quadro /convenzioni regionali (fornitura dispositivi per la ventilazione polmonare) , prioritariamente attraverso canali telematici e su piattaforma EmPulia - ▪ luglio 2015- verifica con le strutture preposte delle Asl/enti del SSR dello stato di avanzamento delle procedure di acquisizione attivate ▪ settembre 2015 – nuova programmazione acquisti per beni servizi della sanità annualità 2016 al 31/12/2015 report delle procedure istruite, avviate, concluse nel 2014-2015 in unione di acquisto e in forma centralizzata, mediante strumenti telematici su piattaforma Consip,, MePa, o ,EmPulia		
Impatto Economico	▪ Nel 2014 si ipotizza che la spesa complessiva per beni e servizi sia corrispondente a quella registrata nel 2013, atteso che i risparmi conseguiti (a seguito di centralizzazione-aggregazione degli acquisti e informatizzazione delle procedure di gara- vd accordo quadro distribuzione ossigeno liquido, accordo fornitura presidi per diabetici, accordo PHT epoietine) e che si consolideranno nel biennio 2014-2015, saranno impiegati per beni e servizi relativi alle nuove attività previste nel presente Piano al fine di garantire i Livelli Essenziali Assistenza, come da verifica adempimenti. ▪ Per le manutenzioni ed il godimento dei beni da parte di terzi non si prevedono risparmi nel 2015. Nel 2015 si prevedono maggiori manutenzioni correlati alle riconversioni delle attività assistenziali.		
Responsabile del Processo Attuativo	Servizio di staff Area		

Istituzione dell'Elenco regionale dei prescrittori di dispositivi protesici **Evidenza pubblica per la fornitura dei dispositivi/ausili protesici di cui all'elenco 2 allegato al DM 332/99** **Evidenza pubblica per il riutilizzo dei dispositivi/ausili protesici di cui all'elenco 2 allegato al DM 332/99**	Risparmi spesa per l'assistenza protesica	▪ Costituzione di un Gruppo di lavoro per individuare i criteri di eleggibilità per la redazione dell'Elenco prescrittori ▪ Istituzione dell'Elenco prescrittori ▪ Definizione linee guida regionali per le prescrizioni dei dispositivi/ausili protesici ▪ Direttive da trasmettere alle Aziende sanitarie in tema di evidenza pubblica per la fornitura dei dispositivi "finiti" ▪ Direttive da trasmettere alle Aziende sanitarie in tema di evidenza pubblica per il riutilizzo dei dispositivi "finiti" ▪ Controllo e monitoraggio spesa annuale per l'assistenza protesica	▪ Adozione provvedimento regionale di costituzione Gruppo di lavoro ▪ Adozione provvedimento regionale di Istituzione dell'Elenco prescrittori specificando i termini per la trasmissionedegli elenchi da parte delle ASL ▪ Adozione provvedimento regionale di approvazione dell'Elenco prescrittori ▪ Adozione provvedimento di approvazione linee guida regionali per le prescrizioni dei dispositivi/ausili protesici ▪ Predisposizione circolare sul tema dell'evidenza pubblica per la fornitura dei dispositivi "finiti" ▪ Predisposizione circolare sul tema dell'evidenza pubblica per il riutilizzo dei dispositivi "finiti" ▪ Predisposizione circolare per acquisizione dati di spesa annuale
Cronoprogramma	**Entro dicembre 2014** ▪ Costituzione di un Gruppo di lavoro per individuare i criteri di eleggibilità per la redazione dell'Elenco prescrittori ▪ Adozione provvedimento di Istituzione dell'Elenco prescrittori ▪ Predisposizione circolare sul tema dell'evidenza pubblica per la fornitura dei dispositivi "finiti" ▪ Predisposizione circolare sul tema dell'evidenza pubblica per la fornitura dei dispositivi "finiti" **Entro marzo 2015** ▪ Adozione provvedimento di approvazione dell'Elenco prescrittori ▪ Adozione provvedimento di approvazione linee guida regionali per le prescrizioni dei dispositivi/ausili protesici **Entro dicembre 2014** ▪ Adozione provvedimento relativo al tetto di spesa 2015 per l'assistenza protesica ▪ Predisposizione circolare per acquisizione dati di spesa annuale **Entro marzo 2015** ▪ Analisi sui dati di spesa 2014 **Entro dicembre 2015** ▪ Predisposizione circolare per acquisizione dati di spesa annuale **Entro marzo 2016** ▪ Analisi sui dati di spesa 2015		
Responsabile del Processo Attuativo	Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica		

9.2 Sviluppo e promozione HTA e HS

Lo sviluppo e la promozione dell'HTA (*Health Technology Assessment*) nella regione Puglia si realizza mediante l'attività di un gruppo di lavoro appositamente costituito ed istituzionalizzato (GdL HTA AReS Puglia).

Il Gruppo di Lavoro HTA è stato istituito con del. D.G. AReS Puglia 133/6.11.2009 con il compito di:

- seguire e sostenere la rete collaborativa HTA tra le strutture tecniche regionali e l'Age.na.s. ed in particolare, per le tecnologie e gli interventi sanitari di volta in volta individuati, di:
    - valutarne performance, sensibilità e specificità;
    - valutarne le conformità con le specifiche di fabbricazione, di affidabilità, di semplicità di utilizzo o di manutenzione;
    - analizzarne i rischi per i pazienti e per gli operatori;
    - valutare l'efficacia/beneficio che si trae utilizzando una tecnologia in relazione ad uno specifico problema in condizioni reali;
    - valutare l'efficienza/beneficio che si ottiene utilizzando una tecnologia per un particolare problema in condizioni di routine;
    - valutarne l'impatto economico in caso di nuova introduzione;
    - elaborare e redigere report HTA.

Analisi del Contesto

Il gruppo HTA, dal momento della sua istituzione, ha avviato i seguenti progetti/attività:

- Formulazione di "Raccomandazioni per la predisposizione di capitolati di appalto relativi alla fornitura di materiale protesico";
- Collaborazione al progetto di ricerca finalizzata 2007: "Hr&i Transfer – Analisi e sviluppo di un sistema di relazioni per l'utilizzo integrato delle evidenze scientifiche come base per l'innovazione dei servizi sanitari";
- Formulazione di: "Raccomandazioni per la predisposizione dei capitolati d'appalto relativi ai servizi di medicina di laboratorio";
- Formulazione di "Raccomandazioni per la predisposizione di capitolati di appalto relativi alla fornitura di *pacemakers* e defibrillatori impiantabili";
- Realizzazione di una guida/manuale alla stesura di report HTA;
- Partecipazione presso AGENAS alle attività della Rete Interregionale per l'HTA – RIHTA;
- Partecipazione al *board* scientifico istituito nell'ambito della RIHTA per le attività formative;
- Partecipazione al bando di ricerca finalizzata 2009 per il progetto: "Metodologie di analisi del fabbisogno di tecnologie e di disinvestimento";
- Partecipazione al bando di ricerca finalizzata 2009 per il progetto: "Valutazione dell'appropriatezza, dell'efficacia e della sicurezza dei *setting* assistenziali negli ospedali organizzati per intensità di cura";

- Progetto “Banca dei tessuti e terapia cellulare in Puglia”;
- Programma CCM 2010. Progetto: “Valutazione della costo-efficacia di un programma di screening audiologico neonatale nazionale universale”. Progetto finanziato dal Centro Nazionale Malattie € 90.000,00
- Predisposizione del “Atto di indirizzo per l’approvvigionamento di materiale per la colangiopancreatografia retrograda (E.R.C.P.)”;
- Formulazione di “Raccomandazioni per la predisposizione di capitolati di appalto relativi alla fornitura del 18-FDG.”
- Formulazione di “Raccomandazioni per la predisposizione di capitolati di appalto relativi alla fornitura di materiale di consumo per emodinamica”;
- Partecipazione all’elaborazione dei “criteri di standardizzazione di un modello finalizzato alla elaborazione dei capitolati di gara per il settore della dialisi”.

Come ulteriore contributo alla diffusione delle pratiche del HTA, il gruppo ha avviato una serie di incontri con le principali aziende produttrici di dispositivi medici e farmaci (GSK, Medtronic, …) e con alcune realtà innovative del territorio regionale (MASMEC, …).

Il GdL HTA in coerenza con il modello funzionale sviluppato ha istituito Tavoli Tecnici HTA per aree specialistiche che, attualmente, sono già una ventina (nefrologi, cardiologi, ematologi, ortopedici, radiologi interventisti, ecc.), per consentire un dinamico e tempestivo confronto al loro interno sulle tecnologie utilizzate o da utilizzare, una opportuna discussione sui migliori e più efficienti *setting* assistenziali di propria pertinenza, una ricerca sui requisiti per i profili professionali necessari al buon funzionamento delle loro organizzazioni, une verifica dei costi e delle relative risorse economiche ai fini del calcolo costi/benefici, la possibile rivisitazione delle tariffe e del loro adeguamento, una crescita, infine, della responsabilità dei professionisti nella oculata acquisizione delle risorse tecnologiche mediante la crescita, soprattutto per la quota dirigenziale, della responsabilità circa l’acquisizione delle risorse tecnologiche (*accountability*).

Il GdL HTA AReS Puglia ha inoltre:

- supportato con proprie valutazioni tecniche il lavoro del Nucleo Regionale Contratti ed Appalti;
- realizzato un percorso formativo diretto non solo verso i componenti del GdL ma anche indirizzato ai referenti aziendali di tutte le AASS pugliesi;
- ha realizzato, anche in formato elettronico, un ***“Quaderno /manuale HTA per la regione Puglia”;***
- elaborato un documento “*Position paper*” di proposta per la istituzionalizzazione del modello HTA pugliese.

Il gruppo si è riunito con cadenze regolari (almeno una volta al mese), selezionando gradualmente, al suo interno, un nucleo ormai consolidato di competenze multidisciplinari e multiprofessionali ed arruolando, al suo esterno, anche altre professionalità e competenze per lo più su indicazione ufficiale delle aziende territoriali, su richiesta dell’AReS.

La rete pertanto può cominciare a contare su un nocciolo duro di competenze utili a consolidare le proprie iniziative ed attività d’istituto. La valenza strategica e la forte carica innovativa per le politiche sanitarie di questa attività valutativa è stata più volte sottolineata dall’Assessore alle politiche della Salute pro tempore. Ciò spinge a ritenere, tra gli obiettivi prioritari di questo progetto, l’implementazione e la strutturazione funzionale di questo settore, fornendogli un percorso privilegiato nell’acquisizione di risorse adeguate al suo buon funzionamento nell’ambito delle attività valutative indicate.

Programma 9 - Razionalizzazione della spesa			
9.2 Health Technology Assessment **Obiettivi, Azioni da realizzare e Cronoprogramma**			
Programma	**Obiettivo Generale**	**Obiettivi Specifici**	**Indicatori di Risultato**
	Ambito IV – strutturare l'attività HTA nella Regione Puglia mediante le strategie ed i percorsi già indicati e posti in essere dal GdL HTA AReS Puglia e descritti in narrativa	▪ Implementazione del Manuale HTA AReS Puglia e proseguimento dei processi di formazione HTA presso le AASS pugliesi mediante atelier formativi (indicatore : n. eventi organizzati : ≥ 4); ▪ Attività organizzativa e partecipativa al Congresso SIHTA a Bari (indicatore n. di lavori presentati e relatori pugliesi coinvolti : ≥ 5); ▪ Prosecuzione attività di supporto tecnico al NRCA (indicatore n. di reports realizzati : ≥ 4) ▪ Costituzione dei TT HTA multidisciplinari /(indicatore n. TT : ≥ 20); ▪ Pareri per nuove tecnologie (indicatore n. di reports stilati : ≥ 5); ▪ Partecipazione attività progettuale/valutativa AGENAS (indicatore n. di partecipazioni progetti/ricerca : ≥ 2; ▪ Realizzazione di un apposito link sul sito AReS per la pubblicazione di tutte le attività svolte dal DdL HTA AReS e i relativi reports (indicatore: sì/no)	▪ Adozione provvedimento regionale di costituzione Gruppo di lavoro ▪ Adozione provvedimento regionale di Istituzione dell'Elenco prescrittori specificando i termini per la trasmissione degli elenchi da parte delle ASL ▪ Adozione provvedimento regionale di approvazione dell'Elenco prescrittori ▪ Adozione provvedimento di approvazione linee guida regionali per le prescrizioni dei dispositivi/ausili protesici ▪ Predisposizione circolare sul tema dell'evidenza pubblica per la fornitura dei dispositivi "finiti" ▪ Predisposizione circolare sul tema dell'evidenza pubblica per il riutilizzo dei dispositivi "finiti" ▪ Predisposizione circolare per acquisizione dati di spesa annuale
Cronoprogramma	Gli obiettivi generali sono raggiungibili secondo i tempi della realizzazione dell'area progettuale cui si riferiscono (mesi 36/48) Tutti gli obiettivi specifici elencati sono riferiti all'anno in corso (12 mesi).		
Responsabile del Processo Attuativo	Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica		

2.2.2 Programma 10 - Gestione del personale

Analisi del Contesto

Nel triennio 2010-2012, a seguito del blocco totale del turn-over derivante dall'applicazione delle leggi regionali n. 12/2010 e n. 2 del 09.02.2011 e art. 9 comma 28 della Legge 30.07.2010 n.122, si è avuta una diminuzione di unità di personale pari a n. 3571 complessive, ovvero circa l'8,5% della forza lavoro con cessazioni pari a circa il 4% annuo, come analiticamente descritto nella tabella 10.1 seguente:

Tabella 10.1

	31.12.2009	31.12.2010	31.12.2011	31.12.2012	Differenza 2010-2012
Unità di Personale a Tempo indeterminato	38.074	38.750	38.051	36.852	-1.222
Unità di Personale a Tempo determinato	3.929	2.938	1.884	1.700	-2.229
Altro Personale	281	277	186	161	-120
Totale	42.284	41.965	40.121	38.713	-3.571

Con la suddetta L.R. n.2/2011, di recepimento del Piano di Rientro, è stato anche disposto l'abbattimento del ricorso all'acquisto da parte delle Aziende/Enti alle prestazioni sanitarie aggiuntive, ex art.54 e 55 del CCNL 8.6.2000, pari all'80% di quelle acquistate nel 2009, attuata tramite accordi sindacali (DGR n. 487 del 13.03.2012)

Con atti di Giunta regionale n. 1388/2011 e 3008/2012 sono stati definiti ed applicati i parametri per il calcolo del numero massimo di strutture complesse, semplici, posizioni organizzative e coordinamenti per ciascuna Azienda/Ente del SSR.

Con i regolamenti n.11 del 07.06.2012 e n. 36 del 2012 la regione ha provveduto a dar seguito alla riorganizzazione della rete ospedaliera già intrapresa con il regolamento n. 18 del 16 dicembre 2010. Tale riorganizzazione prevedeva la riduzione delle strutture preesistenti e di conseguenza la sussistenza di personale in esubero da ricollocare. Al tal fine si è ritenuto dover emanare linee guida per la mobilità per le tre aree contrattuali del personale del SSN in caso di ristrutturazione aziendale e attraverso incontri con le OO.SS. si è arrivati a definire i regolamenti regionali n. 25, 26, e 27 del 17.10.2012 .

Con Regolamento regionale n. 20 del 20.08.2012 si è disposto l'azzeramento delle strutture complesse di Direzione Medica di Presidio e struttura complessa amministrativa negli ospedali classificati plessi aggregati ad ospedali di base, di livello intermedio e di riferimento;

Le suddette azioni, tutte in materia di contenimento del costo del personale, hanno determinato nel triennio di riferimento un extra risparmio, rispetto alla spesa programmata, di € 43.463.000.

Inoltre, come azione di razionalizzazione e miglioramento dei conti delle Aziende, si è attuato l'incremento forfettario al 30% quale valore minimo della quota tariffaria a favore delle Aziende per le prestazioni erogate in Libera Professione Intramuraria, quota che dovrà essere sostituita entro il 2014 dal calcolo analitico dei costi aziendali per ciascuna prestazione.

I limiti di spesa per il personale dettati dall'articolo 1, comma 565, della Legge Finanziaria 2007 e s.m.i. (spesa per il personale del 2004-1,4%) che per la regione Puglia nel Piano di Rientro erano stati appostati in € 1.856.860.000 e quindi con la necessità di risparmio di € 140.311.000, riferita alla spesa sostenuta nell'anno 2009 pari ad € 1.997.171.000, è stato ampiamente raggiunto atteso che la spesa del personale al 31.12.2012 è stata di € **1.795.320.041**.

Le Aziende stanno comunque provvedendo a riposizionare nel Sistema SICO le tabelle relative al Conto Annuale del 2004 con una rivalutazione della spesa sostenuta per il personale pari ad **€ 1.942.274.874, pur essendo ancora in fase di verifica l'importo di € 2.016.968.668 calcolato sui dati inseriti nei Conti Annuali,** così come evidenziato nella tabella 10.2.

Tabella 10.2 - Spesa del personale 2004 – 1,4%

ASL/AOU/IRCCS	Totale 2004 (in fase di verifica)	Totale 2004 (comunicato dalle Aziende)	Totale 2004 (dopo gli accorpamenti ASL e la riapertura CA)	Tetto 2004 (-1,4%)
BA	€ 385.663.504	€ 383.796.296	€ 446.648.286	€ 440.395.210
BR	€ 207.265.298	€ 181.631.944	€ 181.631.944	€ 179.089.097
BT	€ 230.361.000	€ 230.361.000	€ 169.327.010	€ 166.956.432
FG	€ 197.553.674	€ 194.041.260	€ 192.223.260	€ 189.532.134
LE	€ 397.826.418	€ 375.833.000	€ 375.833.000	€ 370.571.338
TA	€ 243.836.680	€ 236.740.000	€ 236.740.000	€ 233.425.640
Giov. Paolo II	€ 19.285.992	€ 19.048.817	€ 19.048.817	€ 18.782.134
S. de Bellis	€ 20.708.777	€ 19.729.677	€ 19.729.677	€ 19.453.462
OO.RR.	€ 113.260.400	€ 100.032.000	€ 100.032.000	€ 98.631.552
POL.	€ 201.205.025	€ 201.060.880	€ 201.060.880	€ 198.246.028
TOT	**€ 2.016.968.768**	**€ 1.942.274.874**	**€ 1.942.274.874**	**€ 1.915.083.026**

Occorre altresì evidenziare che ogni anno le Aziende/Enti del SSR riducono gli organici a seguito delle cessazioni del personale. Per il triennio 2013-2015 si **stima** che si avranno cessazioni di personale a tempo indeterminato che, al netto delle assunzioni già effettuate nello stesso anno con esclusione delle assunzioni in attuazione della DGR 581/2013, produrranno risparmi, in ragione d'anno, per un ammontare di € 133.822.655, come analiticamente riportato nella Tabella 10.3.

Tabella 10.3

Risparmi derivanti da cessazioni (relative all'anno precedente in ragione d'anno)				
	2013	**2014**	**2105**	**Totale**
Azienda/Ente	T.I.	T.I.	T.I.	T.I.
ASL BA	€ 18.837.854	€ 13.157.648	€ 7.104.450	€ 39.099.952
ASL BR	€ 6.116.400	€ 2.578.800	€ 1.627.200	€ 10.322.400
ASL BT	€ 7.874.000	€ 3.476.000	€ 2.028.000	€ 13.378.000
ASL FG	€ 5.169.042	€ 2.469.857	€ 279.195	€ 7.918.094
ASL LE	€ 17.346.000	€ 5.611.200	€ 3.720.000	€ 26.677.200
ASL TA	€ 8.688.400	€ 4.339.616	€ 3.122.988	€ 16.151.004
Policlinico Bari	€ 5.831.000	€ 4.238.000	€ 2.236.000	€ 12.305.000
O.O.R.R. Foggia	€ 3.303.922	€ 991.000	€ 1.479.083	€ 5.774.005
IRCSS S. de Bellis	€ 479.000	€ 371.000	€ 346.000	€ 1.196.000
IRCCS G.P. II	€ 359.000	€ 530.000	€ 112.000	€ 1.001.000
Totale	€ 74.004.618	€ 37.763.121	€ 22.054.916	€ 133.822.655

Azioni

Ferma restando l'applicazione delle disposizioni in materia di trattamento economico dei dipendenti pubblici recate dall'art.9 del DL 78/2010, dei limiti di spesa per il personale dettati dall'articolo 1, comma 565, della Legge Finanziaria 2007 e s.m.i. ovvero il comma 21 dell'Art.15 del D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla L. 7 agosto 2012, n. 135, e del numero massimo di strutture complesse, semplici, coordinamenti e posizioni organizzative calcolati per ciascuna Azienda giuste D.G.R. n.1388/2011 e 3008/2012, attesa la disponibilità economica rilevata ed il massiccio esodo di personale, sopra descritti, per il triennio 2013-2015 la Regione intende vincolare l'avvio di procedure di reclutamento del personale, da parte delle Aziende/Enti del SSR, ad atti autorizzativi della Giunta Regionale.

Ciò premesso le Aziende/Enti del SSR hanno provveduto a deliberare i propri piani assunzionali per il triennio 2013-2015, utilizzando come base di riferimento le dotazioni organiche provvisorie determinate con gli elaborandi criteri regionali. Da tali atti è scaturito il Piano assunzionale regionale **2013-2015** , riportato in tabella 10.5 e che prevede una spesa complessiva, a valori medi

regionali, **depurati degli aumenti contrattuali intervenuti dopo il 2004**, di **€ 188.301.000**, ovvero **€ 226.604.000 (comprensiva degli aumenti contrattuali intervenuti dopo il 2004)**, prevedendo nel piano anche i posti già autorizzati con le DGR 581/2013, riportata in tabella 10.4, e 183/2014.

Nella Tabella 10.6 è riportata la situazione economica di ciascuna Azienda dalla quale si evidenzia la disponibilità per nuove assunzioni derivante dalla differenza tra costo del personale a consuntivo 2012 e relativo tetto di spesa riferito al 2004-1,4%. Nella stessa tabella è riportata la valorizzazione del personale **a tempo indeterminato** cessato in ciascun anno dal 2012 al 2014, in ragione d'anno nell'anno successivo.

La disponibilità economica regionale per il 2014 derivante dai risparmi rispetto al tetto del 2004-1,4%, è di **€ 212.902.768**, al netto dei rinnovi contrattuali intervenuti dopo il 2004, che a fronte delle ulteriori cessazioni del 2014, ribaltate sul 2015 in ragione d'anno, diventa di **€ 231.281.864** per il 2015.

La tabella 10.7, modificata a seguito dei rilievi fatti dal Tavolo di verifica di cui al verbale del 27.11, mette in evidenza la disponibilità residua regionale di € 97.739.985 (*tale cifra differisce da quella riportata nel verbale del 27.11.2013 pari a €35.480.078 in quanto quest'ultima è stata rideterminata a seguito della riapertura dei CA 2004 e del ricalcolo della spesa per il 2012. La cifra di €61.928.078 precedentemente comunicata dall'IGOP, corrispondente al costo del personale del 2004-1,4% sottratto il costo a consuntivo 2012, è stata ricalcolata in € 119.762.985. Vedi Tabelle 10.4 e 10.7)* e la sua parziale ridistribuzione tra le Aziende/Enti del SSR sulla base delle necessità riferite alla erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza. La Regione con delibera n.183 del 19.02.2014, e successive modifiche, ha già autorizzato 701 assunzioni, a stralcio del presente piano operativo, per un importo pari a € 48.064.000 comprensivo dei rinnovi contrattuali intervenuti dopo il 2004.

Ai fini della richiesta di chiarimenti di cui al verbale del 27.11.2013 si precisa che i costi riportati per le assunzioni sono ottenuti sia applicando il costo medio regionale al netto dei rinnovi contrattuali intervenuti dopo il 2004, per consentire il confronto con il limite di spesa sostenuta 2004 -1,4%, che applicando il costo medio comprensivo dei rinnovi contrattuali, per quantificare la spesa effettiva da sostenere per la relativa copertura finanziaria.

In riferimento alla richiesta di cui al verbale del 27.11.2013 si precisa che le risorse resisi disponibili sono finalizzate esclusivamente all'assunzione di personale con contratto di lavoro a tempo indeterminato e che le Aziende sono tenute al rispetto del limite di spesa per il personale con contratto a tempo determinato previsto dall'art. 9, comma 28, della legge n.122 del 2010 e s.m.i. secondo la tabella di seguito riportata.

Azienda	*spesa pers. T.D. anno 2009*	*Limite del 50%*
ASL BA	49.698.432,00	24.849.216,00
ASL BT	19.857.849,82	9.928.924,91
ASL BR	17.422.383,55	8.711.191,78
ASL FG	26.778.350,00	13.389.170,00
ASL LE	29.136.104,00	14.568.052,00
ASL TA	20.270.703,43	10.135.351,72
Policlinico Bari	9.706.930,44	4.853.465,22
OORR Foggia	11.072.186,00	5.536.093,00
IRCCS "S. de Bellis"	1.385.065,00	692.532,00
IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II"	1.416.000,00	708.000,00
TOTALE Puglia	186.744.004,24	93.371.996,62

Tabella 10.4 - DGR 581/2013

Assunzioni a tempo indeterminato già autorizzate con DGR 581/2013 e già incluse nel piano assunzionale della Tabella 10.5

Azienda/Ente	Direttore Medico S.C.			Dirigente Medico			Infermiere/Tecnico			OSS/Altro			Totale *	Totale **
	Quantità	Costo *	Costo	Quantità	Costo *	Costo **	Quantità	Costo *	Costo **	Quantità	Costo *	Costo **		
ASL BA	4	480.000	584.000	25	2.300.000	2.800.000	36	1.332.000	1.584.000	0	0	0	**4.112.000**	**4.968.000**
ASL BR	1	120.000	146.000	9	828.000	1.008.000	0	0	0	0	0	0	**948.000**	**1.154.000**
ASL BT	0	0	0	8	736.000	896.000	13	481.000	572.000	0	0	0	**1.217.000**	**1.468.000**
ASL FG	0	0	0	9	828.000	1.008.000	0	0	0	0	0	0	**828.000**	**1.008.000**
ASL LE	0	0	0	5	460.000	560.000	0	0	0	0	0	0	**460.000**	**560.000**
ASL TA	0	0	0	13	1.196.000	1.456.000	2	74.000	88.000	0	0	0	**1.270.000**	**1.544.000**
Policlinico Bari	1	120.000	146.000	0	0	0	250	9.250.000	11.000.000	0	0	0	**9.370.000**	**11.146.000**
O.O.R.R. Foggia	0	0	0	13	1.196.000	1.456.000	30	1.110.000	1.320.000	0	0	0	**2.306.000**	**2.776.000**
IRCSS S. de Bellis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**	**0**
IRCCS G.P. II	0	0	0	10	920.000	1.120.000	16	592.000	704.000	0	0	0	**1.512.000**	**1.824.000**
Totale	6	720.000	876.000	92	8.464.000	10.304.000	347	12.839.000	15.268.000	0	0	0	**22.023.000**	**26.448.000**

*Al netto dei rinnovi contrattuali intervenuti dopo il 2004

** Comprensivo dei rinnovi contrattuali

Tabella 10.5 Piano assunzionale regionale 2013-2015 per posti a tempo indeterminato (comprensivo dei posti previsti con la DGR 581/2013)

Profilo professionale		ASL BA	ASL BR	ASL BT	ASL FG	ASL LE	ASL TA	Policlinico	O.O.R.R.	de Bellis	G.Paolo II	Totale
Direttore S.C Costo unitario: 120.000 * 146.000 **	Fabbisogno 2013-15	18	13	3	6	10	0	7	0	1	1	59
	Costo al netto dei rinnovi	€ 2.160.000	€ 1.560.000	€ 360.000	€ 720.000	€ 1.200.000	€ 0	€ 840.000	€ 0	€ 120.000	€ 108.000	€ 7.068.000
	Costo con rinnovi	€ 2.628.000	€ 1.898.000	€ 438.000	€ 876.000	€ 1.460.000	€ 0	€ 1.022.000	€ 0	€ 146.000	€ 128.000	€ 8.596.000
Dirigente medico Costo unitario: 92.000 * 112.000 **	Fabbisogno 2013-15	197	112	33	57	56	84	16	42	11	11	619
	Costo al netto dei rinnovi	€ 18.124.000	€ 10.304.000	€ 3.036.000	€ 5.244.000	€ 5.152.000	€ 7.728.000	€ 1.472.000	€ 3.864.000	€ 1.012.000	€ 1.012.000	€ 56.948.000
	Costo con rinnovi	€ 22.064.000	€ 12.544.000	€ 3.696.000	€ 6.384.000	€ 6.272.000	€ 9.408.000	€ 1.792.000	€ 4.704.000	€ 1.232.000	€ 1.232.000	€ 69.328.000
Dirigente sanitario Costo unitario: 78.000 * 95.000 **	Fabbisogno 2013-15	26	8	0	20	0	4	0	4	0	0	62
	Costo al netto dei rinnovi	€ 2.028.000	€ 624.000	€ 0	€ 1.560.000	€ 0	€ 312.000	€ 0	€ 312.000	€ 0	€ 0	€ 4.836.000
	Costo con rinnovi	€ 2.470.000	€ 760.000	€ 0	€ 1.900.000	€ 0	€ 380.000	€ 0	€ 380.000	€ 0	€ 0	€ 5.890.000
Dirigente PTA Costo unitario: 76.000 * 93.000 **	Fabbisogno 2013-15	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
	Costo al netto dei rinnovi	€ 608.000	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 608.000
	Costo con rinnovi	€ 744.000	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 744.000
nfermiere/Tecnico Costo unitario: 37.000 * 14.000 **	Fabbisogno 2013-15	449	53	41	45	94	326	268	70	51	18	1.415
	Costo al netto dei rinnovi	€ 16.613.000	€ 1.961.000	€ 1.517.000	€ 1.665.000	€ 3.478.000	€ 12.062.000	€ 9.916.000	€ 2.590.000	€ 1.887.000	€ 666.000	€ 52.355.000
	Costo con rinnovi	€ 19.756.000	€ 2.332.000	€ 1.804.000	€ 1.980.000	€ 4.136.000	€ 14.344.000	€ 11.792.000	€ 3.080.000	€ 2.244.000	€ 792.000	€ 62.260.000
mministrativo/Tecnico	Fabbisogno 2013-15	26	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26

non sanitario Costo unitario: 35.000 * 41.000 **	Costo al netto dei rinnovi	€ 910.000	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 910.000
	Costo con rinnovi	€ 1.066.000	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 0	€ 1.066.000
OSS/Operatore Tecnico Costo unitario: 27.000 * 32.000 **	Fabbisogno 2013-15	30	94	36	20	61	0	8	0	0	0	249
	Costo al netto dei rinnovi	€ 810.000	€ 2.538.000	€ 972.000	€ 540.000	€ 1.647.000	€ 0	€ 216.000	€ 0	€ 0	€ 0	€ 6.723.000
	Costo con rinnovi	€ 960.000	€ 3.008.000	€ 1.152.000	€ 640.000	€ 1.952.000	€ 0	€ 256.000	€ 0	€ 0	€ 0	€ 7.968.000
Totale fabbisogno 2013-15		754	280	113	148	221	414	299	116	63	30	2.438
Costo assunzioni (al netto dei rinnovi contratt.)		**€ 41.253.000**	**€ 16.987.000**	**€ 5.885.000**	**€ 9.729.000**	**€ 11.477.000**	**€ 20.102.000**	**€ 12.444.000**	**€ 6.766.000**	**€ 3.019.000**	**€ 1.786.000**	**€ 129.448.000**
Costo assunzioni (con rinnovi contratt.)		**€ 49.688.000**	**€ 20.542.000**	**€ 7.090.000**	**€ 11.780.000**	**€ 13.820.000**	**€ 24.132.000**	**€ 14.862.000**	**€ 8.164.000**	**€ 3.622.000**	**€ 2.152.000**	**€ 155.852.000**

* Costo al netto dei rinnovi contrattuali intervenuti dopo il 2004

** Costo comprensivo dei rinnovi contrattuali

Tabella 10.6 – Disponibilità rispetto a quanto previsto dall'art. 1, comma 565, della Legge Finanziaria 2007 e s.m.i. (spesa per il personale del 2004-1,4%)

Azienda/Ente	A) Tetto 2004-1,4%	B) Costo anno 2012 (al netto rinnovi contrattuali)	C) Disponibilità (Tetto 2004 - Consuntivo 2012) al 31.12.2012 (A-B)	D) Valorizzazione delle cessazioni 2012 per il 2013 *	E) Valorizzazione delle cessazioni 2013 per il 2014 *	F) Disponibilità per assunzioni 2013-2014 (C+D+E)	G) Valorizzazione delle cessazioni 2014 per il 2015 *	Disponibilità totale (F+G)
ASL BA	€ 440.395.210	€ 395.159.324	€ 45.235.886	€ 15.698.212	€ 10.964.707	€ 71.898.804	€ 5.920.375	€ 77.819.179
ASL BR	€ 179.089.097	€ 167.782.145	€ 11.306.952	€ 5.097.000	€ 2.149.000	€ 18.552.952	€ 1.356.000	€ 19.908.952
ASL BT	€ 166.956.432	€ 162.864.000	€ 4.092.432	€ 6.561.667	€ 2.896.667	€ 13.550.765	€ 1.690.000	€ 15.240.765
ASL FG	€ 189.532.134	€ 179.967.000	€ 9.565.134	€ 4.307.535	€ 2.058.214	€ 15.930.884	€ 232.663	€ 16.163.546
ASL LE	€ 370.571.338	€ 363.657.000	€ 6.914.338	€ 14.455.000	€ 4.676.000	€ 26.045.338	€ 3.100.000	€ 29.145.338
ASL TA	€ 233.425.640	€ 210.391.000	€ 23.034.640	€ 7.240.333	€ 3.616.347	€ 33.891.320	€ 2.602.490	€ 36.493.810
Policlinico Bari	€ 198.246.028	€ 183.870.842	€ 14.375.186	€ 4.859.167	€ 3.531.667	€ 22.766.019	€ 1.863.333	€ 24.629.353
O.O.R.R. Foggia	€ 98.631.552	€ 96.492.000	€ 2.139.552	€ 2.753.268	€ 825.833	€ 5.718.654	€ 1.232.569	€ 6.951.223
IRCSS S. de Bellis	€ 19.453.462	€ 17.708.000	€ 1.745.462	€ 399.167	€ 309.167	€ 2.453.795	€ 288.333	€ 2.742.128
IRCCS G.P. II	€ 18.782.134	€ 17.428.730	€ 1.353.404	€ 299.167	€ 441.667	€ 2.094.237	€ 93.333	€ 2.187.570
Totale	€ 1.915.083.026	€ 1.795.320.041	€ 119.762.985	€ 61.670.515	€ 31.469.268	€ 212.902.768	€ 18.379.097	€ 231.281.864

*Al netto dei rinnovi contrattuali

Tabella 10.7 – Confronto tra disponibilità 2013 e spesa prevista per le assunzioni

Azienda/Ente	A) Tetto 2004-1,4%	B) Costo anno 2012 (al netto rinnovi contrattuali)	C) Disponibilità (Tetto 2004 - Consuntivo 2012) al 31.12.2012 (A-B)	D) Costo assunzioni già autorizzate con DGR 581/2013	Disponibilità residua regionale (C-D)	Nuove assunzioni T.I. previste	Costo nuove assunzioni T.I.
ASL BA	€ 440.395.210	€ 395.159.324	€ 45.235.886	€ 4.112.000		418	21.576.000
ASL BR	€ 179.089.097	€ 167.782.145	€ 11.306.952	€ 948.000		60	4.750.000
ASL BT	€ 166.956.432	€ 162.864.000	€ 4.092.432	€ 1.217.000		0	0
ASL FG	€ 189.532.134	€ 179.967.000	€ 9.565.134	€ 828.000		25	1.548.000
ASL LE	€ 370.571.338	€ 363.657.000	€ 6.914.338	€ 460.000		28	1.504.000
ASL TA	€ 233.425.640	€ 210.391.000	€ 23.034.640	€ 1.270.000		158	9.310.000
Policlinico Bari	€ 198.246.028	€ 183.870.842	€ 14.375.186	€ 9.370.000		6	720.000
O.O.R.R. Foggia	€ 98.631.552	€ 96.492.000	€ 2.139.552	€ 2.306.000		0	0
IRCSS S. de Bellis	€ 19.453.462	€ 17.708.000	€ 1.745.462	€ 0		2	184.000
IRCCS G.P. II	€ 18.782.134	€ 17.428.730	€ 1.353.404	€ 1.512.000		4	271.000
Totale	€ 1.915.083.026	€ 1.795.320.041	€ 119.762.985	€ 22.023.000	€ 97.739.985	701	39.863.000

* la spesa del 2012, ai fini del rispetto del tetto 2004, è in fase di revisione da parte delle Aziende/Enti e dovrebbe determinare risparmi maggiori di quelli qui riportata

La regione intende altresì adottare gli interventi che seguono in materia di personale.

10.1 Rideterminazione Dotazioni Organiche delle Aziende/Enti SSR e assunzioni a tempo indeterminato

Con i regolamenti n.11 del 07.06.2012 e n. 36 del 31.12.2012 la regione ha provveduto a dar seguito alla riorganizzazione della rete ospedaliera già intrapresa con il regolamento n. 18 del 16 dicembre 2010. Tale riorganizzazione ha comportato variazioni quali/quantitative del fabbisogno di personale e che hanno richiesto la rideterminazione delle Dotazioni Organiche delle varie Aziende/Enti del SSR.

A tal fine è necessario avviare le seguenti azioni:

1. Entro il **31.12.2014** emanazione dell' atto delle linee di indirizzo regionali per la rideterminazione del fabbisogno di personale basati su criteri che tengano conto della complessità della casistica trattata, della quantità di prestazioni erogate, popolazione assistita e di altri criteri derivanti da norme e regolamenti regionali e nazionali. Le linee guida conterranno anche i criteri di determinazione del costo della dotazione organica, attraverso l'utilizzo di costi unitari medi regionali per ciascun profilo professionale ed inoltre conterranno vincoli sui tetti di spesa per il personale individuato per ciascun Livello di Assistenza e per l'Amministrazione centrale ed in particolare per i profili professionali amministrativi, atteso che il costo di questi ultimi dovrà essere, per le ASL, al massimo del 7% rispetto al costo totale della Dotazione Organica e del 7% rispetto al numero di addetti per i presidi ospedalieri.
2. Entro il **30.04.2015** adozione degli atti di rideterminazione delle Dotazioni organiche da parte delle Aziende/Enti.
3. Entro il **30.04.2015** adozione degli atti di cui all'art. 3 comma 1bis del D.Lgs. 502/92 s.m.i da parte delle Aziende/Enti.
4. Ogni anno del triennio 2013-15, verificato l'andamento della spesa del personale, valutate le richieste di ciascuna Azienda/Ente del SSR, la Giunta regionale adotta gli atti necessari a garantire il reclutamento di personale per le necessità urgenti e al fine di assicurare i LEA, nel rispetto delle disposizioni normative in materia di spesa del personale, ma con l'intento di superare in modo definitivo il problema del lavoro precario ed in relazione alle problematiche di innalzamento del rischio clinico che tale tipologia di lavoro comporta.

Inoltre le azioni di controllo regionali previste relative alle problematiche di gestione del personale sono le seguenti:

1. Verifica entro il I trimestre di ogni anno di adozione da parte delle Aziende del documento di programmazione annuale per i contratti a tempo determinato, con verifica del rispetto del limite di spesa previsto **dall'art. 9, comma 28, della legge n.122 del 2010 e s.m.i.**.
2. Utilizzo della proroga dei contratti a tempo determinato del personale sanitario ai sensi dell'art.4, comma 5, del DL 158/2012 – L.189/2012
3. Monitoraggio annuale del personale cessato;

Cronoprogramma

Entro il **31.12.2014**

- definizione dei criteri regionali per la rideterminazione delle Dotazioni organiche

Entro il **30.04.2015**

- adozione atti di rideterminazione delle Dotazioni organiche da parte delle Aziende/Enti
- Atti per l'autorizzazione all'assunzione di personale a tempo indeterminato previa verifica del vincolo economico e dei requisiti d'urgenza

Entro il **31.12.2014**

- Atti per l'autorizzazione all'assunzione di personale a tempo indeterminato previa verifica del vincolo economico, dei requisiti d'urgenza e dei vincoli derivanti dai parametri per la determinazione del numero massimo di strutture complesse e semplici

Entro il **31.12.2015**

- Atti per l'autorizzazione all'assunzione di personale a tempo indeterminato previa verifica del vincolo economico, dei requisiti d'urgenza e dei vincoli derivanti dai parametri per la determinazione del numero massimo di strutture complesse e semplici

Tabella 10.8 - sintesi degli obiettivi e dei relativi indicatori di risultato

Programma 10 - Gestione del personale			
10.1 Rideterminazione Dotazioni Organiche delle Aziende/Enti SSR			
Azione	**Obiettivi Generali**	**Obiettivi specifici**	**Indicatori di risultato**
Rideterminazione Dotazioni Organiche delle Aziende/Enti SSR	definizione dei criteri regionali per la rideterminazione delle Dotazioni organiche	Rideterminazione delle dotazioni organiche Atti di riorganizzazione aziendale Graduale superamento del lavoro "precario"	- Entro il **31.12.2014** approvazione dei criteri regionali per la rideterminazione delle Dotazioni organiche - Entro il **30.04.2015** adozione atti di rideterminazione delle Dotazioni organiche da parte delle Aziende/Enti - Atti per l'autorizzazione all'assunzione di personale a tempo indeterminato

Impatto Economico

Atteso che nel triennio 2010-2012 sono stati realizzati notevoli risparmi economici, come già sopra evidenziato, e considerato che la repentina diminuzione di personale, solo in parte sopperita con l'assunzione di personale a tempo determinato e con la ricollocazione del personale ospedaliero delle unità operative complesse e semplici dismesse, ha creato notevoli disagi sia al personale in servizio che ha dovuto sopportare maggiori carichi di lavoro, che all'utenza in quanto, pur avendo

garantito le prestazioni urgenti nei termini di legge, ha subito un ritardo nell'erogazione delle prestazioni programmate, la Regione procederà nel periodo 2013-2015, fermo restando tutti i vincoli normativi di contenimento della spesa, ad autorizzare assunzioni di personale, derivanti prima dalle necessità di mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza, e quindi dalla rideterminazione delle Dotazioni organiche delle Aziende/Enti del SSR.

Per la spesa del personale vanno fatte le seguenti considerazioni:

a) la Regione Puglia stima, con i dati comunicati dalle Aziende, una spesa per il personale con riferimento alla spesa sostenuta nel 2004 al netto della decurtazione dell'1,4%, nella misura di 1.942.274.874

b) la spesa per il personale sostenuta al 31.12.2012, al netto degli incrementi contrattuali intervenuti a far data dal 2004, è stata di € 1.795.320.041.

Pertanto, la differenza tra la disponibilità di cui al punto a) e la spesa di cui al punto b) costituisce il limite al piano assunzionale, al solo fine di valutare la sua compatibilità con il rispetto della L. 191/2009 e s.m.i.

Occorre evidenziare che la suddetta valutazione va integrata delle ulteriori disponibilità determinatesi a seguito delle cessazioni dal servizio che, per il 2013, si stimano nella misura di circa 61 Meuro e che per il 2014 e il 2015 si stimano rispettivamente pari a 31 Meuro e 18 Meuro.

Per sostenere il piano assunzionale 2013-2015, che la Regione stima in **3727** unità, la valutazione del fabbisogno finanziario deve essere attualizzata, ovvero deve essere rivalutata nella misura degli oneri contrattuali maturati a far data dal 2004.

Tabella 10.9

IMPATTO ECONOMICO PER L'AZIONE DI RIDEFINIZIONE DELLE DOTAZIONI ORGANICHE	
Tetto di spesa 2004-1.4%	€ 1.915.083.026
Spesa al 31.12.2012 (al netto degli aumenti contrattuali)	€ 1.795.320.041
Numero totale di unità di personale al 31.12.2012	38.745
Disponibilità economica al 1.1.2013 fino al raggiungimento del tetto 2004-1.4%	€ 119.762.985
Disponibilità economica complessiva comprensiva delle cessazioni 2012-2014	€ 212.902.768
Numero totale unità di personale da assumere nel triennio 2013-2015	3727
Costo totale per le assunzioni del triennio 2013-2015 (al netto rinnovi contrattuali)	€ 188.301.000
Costo totale per le assunzioni del triennio 2013-2015	€ 226.604.000

Il piano assunzionale di ciascuna Azienda riportato nelle varie tabelle, che comprende i posti già autorizzati a stralcio di questo piano operativo con DGR 581/2013 e 183/2014, determina una spesa

complessiva a regime di **€ 188.301.000**, al netto dei rinnovi contrattuali intervenuti dopo il 2004, e di **€ 226.604.000**, comprensivi dei rinnovi contrattuali, a fronte di un disponibilità complessiva stimata di **€ 221.902.768**, al netto dei rinnovi contrattuali intervenuti dopo il 2004, che quindi porta ad un costo totale ampiamente al di sotto del tetto del 2004-1,4% attualmente contabilizzato in €1.915.083.026. Per l'anno 2013 la disponibilità economica ammonta a € 119.762.985 (€ 61.928.078 comunicati dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali, verbale del 27.11.2013 prima delle modifiche apportate dalle Aziende ai rispettivi CA, e sono già state autorizzate 701 nuove assunzioni per € 48.064.000, oltre alle 445 già autorizzate con DGR 581/2013 per € 26.448.000, per un totale di 1146 assunzioni e per una spesa complessiva a costi attuali di € 74.516.000

La tabella 10.9.A riporta una simulazione della situazione economica nel triennio 2013-2015, riferita alla spesa del personale ai fini del rispetto del tetto 2004-1,4%, con base di partenza costo anno 2012 (€ 1.795.320.041) e con l'applicazione della valorizzazione delle cessazioni e delle assunzioni previste (al netto dei rinnovi contrattuali intervenuti dopo il 2004).

La tabella 19.9.B invece riporta la stima della spesa del personale nel triennio 2013-2015 sui valori della tabella precedente ma comprendenti i rinnovi contrattuali intervenuti dopo il 2004.

Tabella 10.9.A

Anno	Spesa personale anno precedente	Valorizzazione delle cessazioni	Costo Assunzioni	Costo anno (al netto dei rinnovi contrattuali dopo il 2004)	Tetto 2004 - 1,4%	Differenza rispetto al tetto 2004
2013	€ 1.795.320.041	€ 61.670.515	€ 22.023.000	€ 1.755.672.526	1.915.083.026	€ 159.410.500
2014	€ 1.755.672.526	€ 31.469.268	€ 83.100.000	€ 1.807.303.259	1.915.083.026	€ 107.779.768
2015	€ 1.807.303.259	€ 18.379.097	€ 83.178.000	€ 1.872.102.162	1.915.083.026	€ 42.980.864
		€ 111.518.879	€ 188.301.000			

Tabella 10.9.B

	Spesa personale anno precedente	Valorizzazione delle cessazioni	Costo Assunzioni	Costo	Assunzioni già autorizzate
2013	€ 2.146.048.033	€ 74.004.618	€ 26.448.000	€ 2.098.491.415	€ 26.448.000
2014	€ 2.098.491.415	€ 37.763.121	€ 100.000.000	€ 2.160.728.294	€ 48.064.000
2015	€ 2.160.728.294	€ 22.054.916	€ 100.156.000	€ 2.238.829.378	€ 0
		€ 133.822.655	€ 226.604.000		€ 74.512.000

Le assunzioni previste dal piano della Tabella 10.5 per gli anni 2014 e 2015 saranno autorizzate dalla Regione anno per anno, nel rispetto dei limiti previsti dalle leggi vigenti ivi compresi i limiti di cui agli standard per l'individuazione del numero massimo di strutture complesse e semplici e derivanti dalla rideterminazione delle dotazioni organiche, a seguito della verifica degli effettivi risparmi ottenuti a consuntivo rispetto all'anno precedente con l'aggiunta delle eventuali ulteriori risorse finanziarie disponibili a valere sul fondo sanitario.

In allegato sono analiticamente riportate per ciascuna Azienda e per profilo professionale le assunzioni già autorizzate per il 2013 da parte della Giunta regionale e quelle previste per il biennio 2014-2015.

In riferimento al costo del personale delle Società controllate dalle Aziende ed Enti del S.S.R. richiamato nel verbale della riunione congiunta del Tavolo tecnico del 27.11.2013, fermo restando che tali Società non concorrono all'obiettivo di finanza pubblica di riduzione della spesa del personale ai sensi dell'art. 2 comma 71 della L. 191/2009 (parere Ministero dell'Economia e delle Finanze prot. n.335/concul/14699 del 22.11.2013), si rappresenta che le stesse Società – ai sensi dell'art. 4, co. 12-bis del Decreto Legge n. 66 del 24/4/2014 convertito in Legge n. 89 del 23/6/2014 – devono attenersi al principio di riduzione dei costi del personale attraverso il contenimento degli oneri contrattuali e delle assunzioni di personale e che, pertanto, l'Azienda o Ente controllante, con proprio atto di indirizzo e tenuto conto delle disposizioni che stabiliscono a suo carico divieti o limitazioni alle assunzioni di personale, è tenuta a definire specifici criteri e modalità di attuazione del principio di contenimento dei costi del personale delle predette Società.

10.2. Rideterminazione dei fondi contrattuali

La regione effettua annualmente il monitoraggio dei fondi contrattuali al fine di verificare la corretta applicazione delle disposizioni di cui all'art. 9 comma 2-bis, del DL 78/2010 e relativa circolare MEF n.12/2011.

E' comunque intenzione della regione costituire un gruppo di lavoro per l'emanazione di linee di indirizzo per la rideterminazione dei fondi aziendali, anche a seguito della rideterminazione delle dotazioni organiche. Tali linee di indirizzo avranno lo scopo di allineare la quota pro-capite dei fondi di ciascuna azienda/ente del SSR, per la contrattazione integrativa, alla media nazionale. La ridefinizione dei fondi dovrà essere ottenuta attraverso specifici accordi sindacali.

Cronoprogramma

Entro il **31.12.2014**

- Con determinazione dirigenziale del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica n. 87 del 10.06.2013 è stato costituito un gruppo di lavoro, senza oneri economici, per la verifica dei fondi contrattuali
- Report di monitoraggio della consistenza annuale dei fondi contrattuali di ciascuna Azienda/Ente del SSR.
- Tavolo di confronto con le Organizzazioni sindacali per l'individuazione delle modalità di perequazione dei fondi contrattuali.

Entro il **31.12.2015**

- Adozione del provvedimento che individua le modalità di perequazione dei fondi contrattuali (**31.05.2015**)
- Adozione di provvedimenti di rideterminazione dei fondi contrattuali da parte delle Aziende/Enti entro due mesi dall'adozione del provvedimento di approvazione regionale delle modalità di perequazione suddette.
- Report di monitoraggio della consistenza annuale dei fondi contrattuali di ciascuna Azienda/Ente del SSR.

Entro il **31.12.2015**

- Adozione annuale di provvedimenti di rideterminazione dei fondi contrattuali da parte delle Aziende/Enti
- Report di monitoraggio della consistenza annuale dei fondi contrattuali di ciascuna Azienda/Ente del SSR.

Programma 10 - Gestione del personale			
10.2 Rideterminazione fondi contrattuali			
Azione	**Obiettivi Generali**	**Obiettivi specifici**	**Indicatori di risultato**
Rideterminazione dei fondi contrattuali	Perequazione dei fondi a livello regionale	Costituzione di un gruppo di lavoro per l'emanazione di linee di indirizzo per la rideterminazione dei fondi aziendali	- Costituzione di un gruppo di lavoro per la verifica dei fondi contrattuali - **Entro il 31.12.2014** Tavolo di concertazione con le OO.SS. - Entro il **31.05.2015** individuazione delle modalità di perequazione dei fondi in sede di confronto regionale con le OO.SS. - Adozione di

			provvedimenti di rideterminazione dei fondi contrattuali da parte delle Aziende/Enti entro due mesi dall'adozione del provvedimento di individuazione delle modalità di perequazione - Report di monitoraggio consistenza dei fondi contrattuali di ogni Azienda/Ente SSR

Impatto Economico

Poiché i fondi contrattuali costituiscono parte integrante del costo del personale l'impatto economico della loro rideterminazione, a seguito di variazioni della dotazione organica, è strettamente connesso ai vincoli di spesa previsti dall'articolo 1, comma 565, della Legge Finanziaria 2007 e s.m.i. (spesa per il personale del 2004-1,4%).

10.3. Gestione Attività Libero Professionale Intra-moenia

La Legge 120/2007, come modificata dall'art. 2 del D.L. n.158/2012, ha introdotto numerose novità nell'organizzazione, da parte delle Aziende/Enti del SSN, dell'attività Libero Professionale Intramuraria. La maggiore di queste interessa l'espletamento dell'attività ALPI al di fuori dell'Azienda, la cosiddetta ALPI allargata. Dal 01.05.2013 le Aziende dovranno cessare tale modalità di espletamento dell'attività libero professionale e richiedere preventiva autorizzazione alla regione per l'espletamento di programmi sperimentali che utilizzino l'infrastruttura di rete appositamente realizzata tra gli studi dei medici e l'Azienda, secondo quanto dettato dal Decreto del Ministero della Salute del 23.02.2013 sulle modalità tecniche per la realizzazione della stessa infrastruttura di rete e applicando lo schema di convenzione tra Azienda e professionista previsto dalla Conferenza Stato Regioni del 13.03.2013. A tal fine la regione aggiornerà il regolamento attualmente in vigore in modo da recepire le innovazioni introdotte dalla succitata legge, le Aziende/Enti inoltre dovranno ridefinire le proprie tariffe, fermo restando l'obbligo di contabilizzare con bilancio separato tutte le attività in ALPI, pena la decadenza automatica dei Direttori Generali inadempienti, in modo da determinare con precisione i costi diretti e indiretti, compresi quelli per l'infrastruttura di rete e di tutte le attività di supporto, per ciascuna prestazione.

Al fine di una migliore organizzazione e controllo delle attività in ALPI, la Regione ha istituito con DGR n.787 del 23.04.2013 **e DGR n. 1974 del 22.10.2013**, una commissione paritetica, composta da rappresentanti dei sindacati, della regione medesima e con la partecipazione delle organizzazioni

rappresentative degli utenti e di tutela dei diritti, prevista dall'accordo stato regioni del 18 novembre 2010, concernente l'attività libero-professionale dei dirigenti medici, sanitari e veterinari del Servizio Sanitario Nazionale Puglia, recepito con D.G.R. 31 agosto 2011, n. 1873.

La Regione, inoltre, ha avviato nuovi accordi con le organizzazioni sindacali per la regolamentazione dell'utilizzo delle "Prestazioni aggiuntive", ex articolo 55 comma 2 del Ccnl. Tali accordi prevedono un innalzamento del limite attuale dal 20% della spesa 2009 fino ad un importo pari al 50% del costo del 2009 finalizzato all'abbattimento delle liste d'attesa per alcune prestazioni con tempo medio d'attesa superiore a 60 giorni, come rilevato dal sistema informativo regionale. Si prevede inoltre l'utilizzo a tal fine della quota del 5% della tariffa prevista dalla Legge 120/2007, come modificata dall'art. 2 del D.L. n.158/2012, ma da utilizzarsi per ampliare l'apertura dei servizi nei giorni festivi e nella fascia oraria 20-24. In particolare si sta sperimentando il potenziamento dell'offerta nei campi della diagnostica radiologica, cardiologica e gastroenterologica, previa stesura da parte delle Aziende/Enti di un dettagliato piano operativo con indicazione delle necessità aziendali in rapporto ai volumi di prestazioni erogabili, erogate e da erogare. Tali accordi prevedono una fase sperimentale fino al 31.05.2014 e che previa verifica in corso dei risultati raggiunti rispetto all'abbattimento delle liste d'attesa, e **dei reali costi sostenuti dalle Aziende**, potrà essere ulteriormente prorogata.

Per la partecipazione a tutti gli organismi, gruppi di lavoro, tavoli tecnici individuati dal Piano Operativo, non è prevista la corresponsione di alcun compenso, gettone o altro emolumento.

Cronoprogramma

Entro il 31.12.2014

- Con determina dirigenziale n. 64 del 17.05.2013 è stato costituito un gruppo di lavoro, senza oneri economici, per l'aggiornamento del regolamento regionale sull'ALPI n. 616 del 28 maggio 2002, modificato e integrato dall'articolo 29 della legge regionale 12 gennaio 2005, n. 1.
- Con DGR n. 787 del 23.04.2013 è stata istituita la Commissione paritetica regionale per l'ALPI.
- Adozione del provvedimento di emanazione delle nuove linee guida sull'ALPI.
- Adozione del provvedimento di autorizzazione per le Aziende/Enti all'effettuazione del programma sperimentale dell'ALPI presso studi privati.
- Adozione dei provvedimenti di recepimento dei 3 accordi con le O.O.S.S. sull'abbattimento delle liste d'attesa.

Entro il 31.12.2015

- Atti di ridefinizione delle tariffe ALPI, in relazione all'emanazione delle linee guida regionali, da parte di ciascuna Azienda/Ente SSR (30.06.2015).
- Atti di verifica da parte delle Aziende/Enti SSR sulla congruità della quota percentuale a loro favore per la copertura dei costi diretti ed indiretti, comprensivi dei quelli per la infrastruttura di rete, relativi a ciascuna prestazione in ALPI.

Entro il 31.12.2015

- Verifica del programma sperimentale dell'ALPI presso studi privati che si conclude il 15 febbraio.

Programma 10 - Gestione del personale			
10.3 Gestione Attività Libero Professionale Intra-moenia			
Azione	**Obiettivi Generali**	**Obiettivi specifici**	**Indicatori di risultato**
Gestione Attività Libero Professionale Intra-moenia	Adeguamento delle Aziende/Enti alla L.120/2007 e s.m.i.	Avviamento del programma sperimentale per l'ALPI "allargata" Individuazione delle tariffe ALPI da parte delle Aziende/Enti con individuazione dei costi diretti ed indiretti per ciascuna prestazione Migliore utilizzo delle prestazioni aggiuntive per l'abbattimento delle liste d'attesa	- Emanazione nuove linee guida regionali - Istituzione Commissione Paritetica regionale - Atto di autorizzazione all'espletamento dell'ALPI con programma sperimentale presso studi privati - Atti di ridefinizione delle tariffe da parte delle Aziende/Enti SSR - Atti di verifica da parte delle Aziende/Enti SSR sulla congruità della quota percentuale a loro favore per la copertura dei costi per ogni prestazione in ALPI - Accordi con le O.O.S.S. per l'utilizzo delle prestazioni aggiuntive per l'abbattimento delle liste d'attesa - Verifica programma sperimentale dell'ALPI presso studi privati (06/2015)

Impatto Economico

Per sua natura l'Attività Libero Professionale non deve comportare costi per il Sistema Sanitario ma deve trovare nelle tariffe tutta la copertura economica necessaria per il relativo espletamento. Le Aziende/Enti dovranno garantire, attraverso lo strumento della contabilità separata per l'ALPI, la completa copertura dei relativi costi di gestione ed erogazione.

Non si ritiene opportuno incrementare al 50% la quota minima della tariffa a favore delle Aziende, come suggerito nel verbale del Tavolo di verifica del 27.11.2013, in quanto le Aziende

dovranno determinare analiticamente per ciascuna tipologia di prestazione, con apposita contabilità separata, i reali costi diretti ed indiretti.

Per le "prestazioni aggiuntive" si prevede un incremento del costo rispetto agli anni precedenti, al fine di abbattere le liste d'attesa di alcune prestazioni diagnostiche. Nella tabella seguente si riporta la spesa storica, attuale e prevista per ciascuna Azienda/Ente.

Tabella prestazioni aggiuntive ex art.55 comma 2 CCNL

Azienda/Ente	Spesa 2009	Spesa 2012	20%	50%	30%
ASL BA	€ 12.953.000	€ 2.236.000	€ 2.590.600	€ 6.476.500	€ 3.885.900
ASL BR	€ 3.293.000	€ 1.448.000	€ 658.600	€ 1.646.500	€ 987.900
ASL BT	€ 6.740.000	€ 930.000	€ 1.348.000	€ 3.370.000	€ 2.022.000
ASL FG	€ 1.940.000	€ 1.087.000	€ 388.000	€ 970.000	€ 582.000
ASL LE	€ 4.245.000	€ 1.501.000	€ 849.000	€ 2.122.500	€ 1.273.500
ASL TA	€ 7.135.000	€ 535.000	€ 1.427.000	€ 3.567.500	€ 2.140.500
A.O.U. Policlinico	€ 937.097	€ 0	€ 187.419	€ 468.549	€ 281.129
O.O.R.R.	€ 1.295.000	€ 429.000	€ 259.000	€ 647.500	€ 388.500
S. de Bellis	€ 251.640	€ 0	€ 50.328	€ 125.820	€ 75.492
G. Paolo II	€ 206.000	€ 34.000	€ 41.200	€ 103.000	€ 61.800
Totale Regionale	€ 38.995.737	€ 8.200.000	€ 7.799.147	€ 19.497.869	€ 11.698.721

10.4 Dirigenza sanitaria e governo clinico

Analisi di contesto

I procedimenti di nomina, valutazione ed eventuale decadenza dei Direttori generali delle Aziende ed Enti del S.S.R. sono disciplinati dall'art. 3-bis del D.Lgs. 502/1992 come recentemente modificato con la L. 189/2013 (cd. Legge Balduzzi), nonché regolamentati nel dettaglio da atti normativi ed amministrativi regionali.

Per quanto concerne il procedimento di nomina dei Direttori Generali delle Aziende del S.S.R., lo stesso è attualmente disciplinato dagli artt. 24 e 25 della L.R. n. 4/2010 come modificati dalla recente L.R. n. 21/2013, che ha adeguato la normativa regionale in materia di nomina dei Direttori generali alle disposizioni della citata Legge n. 189/2012.

La Giunta Regionale della Puglia inoltre – in applicazione del citato art. 3-bis del D.Lgs. 502/1992 s.m.i., nonché dell'art. 1 del D.P.C.M. n. 502/1995 e dell'art. 4, co. 2 del D.Lgs. n. 517/1999 s.m.i. – ha approvato gli schemi di contratto da stipularsi con i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie

Locali e delle Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R., rispettivamente, con D.G.R. n. 2341 del 24/10/2011 (integrata e modificata dalla D.G.R. n. 2467 del 27/11/2012) per le ASL e con D.G.R. n. 1969 del 12/10/2012 per le AOU.

Quindi nel corso degli anni 2011 e 2012 sono state effettuate le nuove nomine - di durata triennale - dei Direttori generali delle Aziende Sanitarie Locali del Servizio Sanitario Regionale della Puglia, i quali hanno sottoscritto i rispettivi contratti redatti secondo lo schema di cui alla D.G.R. n. 2341/2011 s.m.i.

Nel corso dell'anno 2012, inoltre, è stata effettuata la nuova nomina - di durata quinquennale - del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Policlinico" di Bari, il quale ha sottoscritto il relativo contratto redatto secondo lo schema approvato con la D.G.R. n. 1969/2012.

Resta da effettuare la nomina del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia, da scegliersi in apposito elenco di idonei formulato a seguito di avviso pubblico, che dovrà essere predisposto ai sensi della predetta L.R. 21/2013, nonché ai sensi dell'Atto di modifica all'Intesa Regione/Università degli Studi di Bari e Foggia del 2/12/2011 concernente i requisiti e le procedure per la nomina dei Direttori Generali delle Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R., attualmente in attesa di sottoscrizione da parte del Presidente della Regione Puglia e dei Rettori delle Università di Bari e Foggia.

Per quanto concerne il procedimento di valutazione di cui all'art. 3-bis, comma 6 del D.Lgs n. 502/1992 s.m.i., la Regione Puglia opera regolarmente la valutazione di metà mandato dei Direttori generali delle Aziende Sanitarie e delle Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R., finalizzata alla conferma o meno dell'incarico fino alla sua naturale scadenza.

Il procedimento di verifica di metà mandato dei Direttori Generali degli IRCCS del S.S.R. della Puglia, trattandosi di Istituti non trasformati in Fondazione, è invece di competenza dei relativi Consigli di Indirizzo e Verifica (C.I.V.), cui spetta la nomina degli stessi Direttori Generali ai sensi della normativa vigente in materia (D.Lgs. 288/2003; Intesa Stato-Regioni 1/7/2004; L.R. 12/2005 s.m.i.) e dunque anche la relativa valutazione.

Per i Direttori Generali in carica delle ASL BA, BR, BT, LE e TA, ricorrendo le condizioni normativamente prescritte per la verifica di metà mandato, è stato avviato il procedimento di valutazione di metà mandato in questione con D.G.R. n. 1036/2013. E' attualmente in corso di predisposizione, inoltre, l'atto giuntale di avvio del procedimento di verifica per il Direttore Generale della ASL FG, nominato successivamente agli altri e per il quale dunque si colloca successivamente anche la scadenza di metà mandato.

La Regione Puglia inoltre, negli schemi di contratto dei Direttori generali di cui alle citate DD.GG.RR. n. 2341/2011, n. 2467/2012 e n. 1969/2012, ha previsto che il Direttore generale delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere del SSR venga sottoposto, oltre che alla valutazione di metà mandato di cui all'art. 3-bis, comma 6 del D.Lgs. 502/1992 s.m.i., finalizzata alla conferma o meno dell'incarico, anche ad una valutazione degli obiettivi gestionali annuali finalizzata al riconoscimento del trattamento economico di risultato di cui all'art. 1, co. 5 del D.P.C.M. n. 502/1995 s.m.i.

Occorre evidenziare, a tale proposito, la differenza fra le due tipologie di valutazione di cui innanzi, rammentando che la retribuzione di risultato è facoltativa e - qualora prevista - è connessa alla valutazione degli obiettivi gestionali annuali assegnati dalla Giunta Regionale al Direttore generale, da non confondere con gli obiettivi di mandato, indicati in ciascuna delibera di nomina con riferimento all'intera durata del mandato e verificati in corso d'opera (verifica di metà mandato ai sensi dell'art. 3-bis, comma 6 del D.Lgs. 502/1992 s.m.i.) ai fini della conferma o meno

dell'incarico stesso fino alla sua naturale scadenza. La predetta retribuzione di risultato, infatti, è disciplinata dall'art. 1, comma 5 del D.P.C.M. n. 502/95 s.m.i., il quale attribuisce alle Regioni la facoltà di integrare il trattamento economico annuo dei Direttori generali delle Aziende ed Enti S.S.R. con "una ulteriore quota, fino al 20 per cento dello stesso, previa valutazione (…) dei risultati di gestione ottenuti e della realizzazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, assegnati al direttore generale annualmente dalla regione".

A tal fine la Giunta Regionale, con la Deliberazione n. 3009 del 27/12/2012, ha attribuito ai Direttori generali delle Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R. gli obiettivi gestionali per l'anno 2012, disponendo espressamente di fare riferimento per tale valutazione finalizzata all'erogazione del trattamento economico di risultato annuale "agli obiettivi individuati dal punto 1.3 ("Obiettivi generali, specifici ed interventi operativi") del "Piano di rientro e di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2010-2012" approvato con L.R. n. 2/2011 ed aventi effetti sulla riduzione della spesa, per quanto attribuibili alle singole Aziende ed Enti in ragione della specifica tipologia, articolati in dettaglio come da punto 2.1 ("Interventi con effetti sulla riduzione della spesa") dell'Allegato operativo allo stesso Piano di Rientro e schematizzati in Allegato 1 al presente provvedimento quale sua parte integrante e sostanziale". Tale deliberazione regionale riferita all'anno 2012, pure adottata a fine anno, si configurava come una semplice presa d'atto degli obiettivi generali e specifici già individuati dal "Piano di rientro e di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2010-2012" per l'intero triennio di vigenza del Piano (ivi compreso l'anno 2012) a carico del Sistema Sanitario Regionale nel suo complesso, e dunque segnatamente di ogni singola Azienda o Ente del predetto SSR.

La valutazione degli obiettivi gestionali annuali per l'anno 2012 è attualmente in corso di svolgimento.

Successivamente, con la D.G.R. n. 788 del 23/4/2013, la Giunta Regionale ha attribuito ai Direttori generali gli obiettivi gestionali annuali per l'anno 2013, opportunamente diversificando gli obiettivi attribuiti ai Direttori Generali delle AA.SS.LL. da quelli attribuiti ai Direttori Generali delle Aziende Ospedaliero-Universitarie.

Con riferimento ad entrambe le tipologie di valutazione dei Direttori generali, tuttavia, occorre rilevare l'inapplicabilità del sistema di valutazione di cui al D.Lgs. 150/2009, che si riferisce al lavoro dipendente da Pubbliche Amministrazioni, mentre il rapporto di lavoro intercorrente fra Direttori generali ed Azienda sanitaria - come attestato dai relativi contratti di diritto privato - si configura come rapporto di lavoro autonomo (prestazione d'opera intellettuale).

Per quanto concerne il procedimento di decadenza, la Regione Puglia procede – ove ricorrano le condizioni previste dall'art. 3-bis, comma 7 del D.Lgs. 502/1992 s.m.i. ovvero le condizioni ulteriori previste dal contratto individuale sottoscritto dal Direttore generale interessato – alla risoluzione del contratto del Direttore generale, dichiarandone la decadenza, ed alla sua sostituzione.

La valutazione dei Direttori Amministrativi e Sanitari, nonché dei dirigenti medici, sanitari, tecnici ed amministrativi di ciascuna Azienda ed Ente del S.S.R., correlata alla relativa retribuzione di risultato, non rientra fra le dirette competenze della Regione.

I Direttori amministrativo e sanitario, nominati dal Direttore generale dell'Azienda o Ente del SSR, vengono infatti valutati annualmente da quest'ultimo sulla base degli obiettivi assegnati loro dallo stesso Direttore generale: tali obiettivi generalmente risultano correlati - per competenza - a quelli attribuiti al medesimo Direttore generale dalla Regione.

Analogamente, i dirigenti medici, sanitari, tecnici ed amministrativi di ciascuna Azienda vengono anch'essi valutati annualmente dal Direttore generale sulla base degli obiettivi dallo stesso assegnati loro in sede di attribuzione e ripartizione di budget.

Occorre precisare che per la valutazione dei Direttori amministrativi e sanitari vale la medesima inapplicabilità del sistema di valutazione di cui al D.Lgs. 150/2009 innanzi richiamata per i Direttori generali, trattandosi di rapporto di lavoro autonomo (prestazione d'opera intellettuale) e non dipendente.

Il sistema di valutazione di cui al D.Lgs. 150/2009, viceversa, si applica a tutta la dirigenza medica, sanitaria, tecnica ed amministrativa delle Aziende ed Enti del S.S.R.

Con specifico riferimento ai dirigenti medici e sanitari, inoltre, l'art. 15, co. 5 del D.Lgs. 502/1992 come recentemente novellato dalla L. 189/2012 ha stabilito che gli stessi *"sono sottoposti a una verifica annuale correlata alla retribuzione di risultato, secondo le modalità definite dalle regioni, le quali tengono conto anche dei principi del titolo II del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e successive modificazioni", disponendo altresì che "gli strumenti per la verifica annuale dei dirigenti medici e sanitari (…) provvedono alla valutazione delle strategie adottate per il contenimento dei costi tramite l'uso appropriato delle risorse"*.

Si rende dunque necessaria una definizione regionale delle modalità di valutazione annuale dei predetti dirigenti medici e sanitari delle Aziende ed Enti del SSR, da effettuarsi nel rispetto del sistema di valutazione di cui al D.Lgs. 150/2009 nonchè di quanto stabilito in materia di verifica e valutazione della dirigenza dai contratti collettivi vigenti delle rispettive Aree di appartenenza.

Programma 10 - Gestione del personale			
10.4 Dirigenza sanitaria e governo clinico			
Azione	**Obiettivo Generale**	**Obiettivi Specifici**	**Indicatori di Risultato**
Dirigenza sanitaria e governo clinico	Definizione e controllo procedimenti di nomina, valutazione e decadenza della dirigenza delle Aziende ed Enti del SSR.	▪ Disciplina e gestione procedimento di nomina dei Direttori generali Aziende ed Enti SSR; ▪ Definizione criteri di valutazione di metà mandato e gestionale annuale dei Direttori generali Aziende ed Enti SSR; ▪ Definizione modalità di valutazione annuale dei dirigenti medici e sanitari delle Aziende ed Enti del SSR.	▪ Approvazione avviso pubblico per la predisposizione di un elenco regionale di candidati idonei alla nomina di Direttore Generale delle Aziende ed Enti del S.S.R.; ▪ Valutazione metà mandato DD.GG. ASL BA, ASL BR, ASL BT, ASL LE ed ASL TA; ▪ Valutazione obiettivi gestionali annuali DD.GG. 2012; ▪ Definizione obiettivi gestionali annuali DD.GG. 2013; ▪ Definizione delle modalità di valutazione annuale dei dirigenti medici e sanitari delle Aziende ed Enti del SSR.

Cronoprogramma	▪ Stipula, entro il 30/6/2013, di apposito Protocollo d'Intesa Regione-Università in materia di requisiti e procedure per la nomina dei Direttori generali di Azienda Ospedaliero-Universitaria in adeguamento alla L. 189/2012. ▪ Approvazione da parte della Giunta Regionale, entro il 31/1/2014, di apposito avviso pubblico per la predisposizione di un elenco regionale di candidati idonei alla nomina di Direttore Generale delle Aziende ed Enti del S.S.R., ai sensi della L. 189/2012 e degli artt. 24 e 25 della L.R. n. 4/2010 s.m.i.; ▪ Conclusione, entro il 28/2/2014, del procedimento di verifica di metà mandato per i Direttori Generali delle AA.SS.LL. BA, BR, BT, LE e TA; ▪ Valutazione, entro il 31/1/2014, degli obiettivi gestionali annuali attribuiti ai Direttori generali di ASL ed AOU del S.S.R. per l'anno 2012, secondo le modalità e procedure definite con D.G.R. n. 3009 del 27/12/2012. ▪ Definizione, entro il 31/07/2014, delle modalità di valutazione annuale dei dirigenti medici e sanitari delle Aziende ed Enti del SSR, ai sensi dell'art. 15, co. 5 del D.Lgs. 502/1992 come recentemente novellato dalla L. 189/2012.
Responsabile del Processo Attuativo	Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica

10.5. Strutture organizzative ed atti aziendali

Analisi di contesto

L'atto aziendale è un atto di diritto privato attraverso cui il Direttore Generale dell'Azienda o Ente del Sistema Sanitario Regionale disciplina l'organizzazione ed il funzionamento aziendale, individuando le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale in conformità alla vigente normativa nazionale e regionale, ai sensi rispettivamente dell'art. 3, co. 1-bis e 1-quater del D.Lgs. 502/1992 s.m.i., dell'art. 3, co. 2 e 3 del D.Lgs. 517/1999 e dell'Intesa Stato-Regioni del 1 luglio 2004 in materia di IRCCS non trasformati in Fondazioni.

La Giunta Regionale della Puglia, al fine di favorire il completamento delle procedure di ridefinizione degli atti aziendali rispetto agli interventi di riorganizzazione e riqualificazione della rete ospedaliera operata con Regolamenti Regionali n. 18/2010 s.m.i. e n. 11/2012 s.m.i., ha approvato con D.G.R. n. 1388 del 21/6/2011 e successivamente confermato con D.G.R. n. 3008 del 27/12/2012 i parametri standard regionali per l'individuazione di strutture semplici, complesse, posizioni organizzative e coordinamenti per il personale delle Aziende ed Enti del SSR ex art. 12, co. 1, lett. b) Patto per la Salute 2010-2012, prevedendo espressamente che tali parametri standard, nonché ogni loro eventuale integrazione o rettifica, debbano essere recepiti dalle Aziende ed Enti del S.S.R. all'interno dei rispettivi atti aziendali e regolamenti di organizzazione.

Si ritiene pertanto opportuno l'aggiornamento delle linee guida regionali in materia di predisposizione degli atti aziendali da parte delle Aziende ed Enti del S.S.R., alla luce della normativa vigente nonché dei parametri standard regionali relativi alle strutture organizzative (semplici, complesse e dipartimentali).

Al riguardo si ritiene opportuno precisare che la Regione Puglia, con nota prot. AOO_151-6238 del 13/6/2013 inserita nel Sistema SIVEAS con prot. n. 60 del 13/6/2013, ha fornito chiarimenti in relazione alla D.G.R. 3008/2012 osservata dai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, con specifico riguardo sia alla metodologia di valutazione adottata che all'impatto economico-organizzativo degli standard individuati.

Con la predetta nota si evidenziava in sintesi che, da una valutazione comparativa dell'impatto economico degli standard approvati dal Comitato LEA e degli standard approvati dalla Giunta Regionale della Puglia con D.G.R. n. 1388/2011 e successiva D.G.R. n. 3008/2012, emerge un risparmio complessivo nettamente maggiore derivante dall'applicazione degli standard approvati dalla Giunta Regionale della Puglia (il delta di risparmio rispetto all'applicazione degli standard approvati dal Comitato LEA in data 26/3/2012 è pari ad € 4.468.502).

Con la medesima nota si osservava inoltre che, raffrontando la Tabella 6 – "Impatto organizzativo" della D.G.R. 3008/2012 con la tabella di simulazione relativa all'impatto organizzativo delle strutture organizzative derivante dall'applicazione degli standard approvati dal Comitato LEA aggiornati con il nuovo assetto della rete ospedaliera regionale post-riordino, non solo i parametri standard regionali determinano un numero di strutture complesse standard (735) significativamente inferiore al numero di strutture complesse riveniente dall'applicazione dei parametri del Comitato LEA (831), ma anche il numero di strutture semplici derivanti dall'applicazione dei parametri standard regionali (1.088) si attesta su di un valore numerico ed economico comunque inferiore a quello riveniente dall'applicazione dei parametri del Comitato LEA (1.089).

La programmazione regionale di cui innanzi determina pertanto un risparmio rispetto agli stessi parametri del Comitato LEA, evidentemente scongiurando, per il futuro, ogni ipotetico rischio di nuovi oneri finanziari aggiuntivi.

Trattasi, peraltro, di una scelta organizzativa volta a riequilibrare il rapporto tra strutture complesse e semplici sul territorio regionale, garantendo comunque – come innanzi dettagliatamente riferito – il pieno rispetto degli obiettivi di contenimento della spesa del presente Programma Operativo.
Da qui l'opportunità di confermare i parametri standard regionali per l'individuazione di strutture semplici e complesse delle Aziende ed Enti del S.S.R. approvati con la D.G.R. n. 1388/2011 e confermati con successiva D.G.R. n. 3008/2012.
La scelta della Regione Puglia in tema di strutture complesse e semplici – effettuata peraltro prima della individuazione definitiva degli standard a cura del Comitato LEA – corrisponde ad esigenze del modello organizzativo regionale, connesse ad un preciso rapporto tra le due tipologie di strutture. L'eventuale applicazione del rapporto strutture complesse/strutture semplici previsto dal Comitato LEA (pari ad 1,31) determinerebbe uno scompaginamento del modello regionale: le strutture complesse che sono già state declassate a strutture semplici, infatti, dovrebbero scomparire, con un evidente pregiudizio dell'efficienza ed efficacia del modello organizzativo scelto.
Ne consegue la necessità, in alternativa, di rivedere l'intero modello organizzativo con una nuova valutazione del parametro standard di strutture complesse, per poi applicare conseguentemente il parametro standard pari all'1,31 per le strutture semplici necessarie alla piena funzionalità del SSR.
Per quanto concerne, viceversa, gli incarichi di posizione organizzativa e coordinamento, la citata D.G.R. n. 3008/2012 ha confermato "*provvisoriamente e fino alla determinazione dei predetti standard da parte del Comitato LEA, gli standard approvati con la D.G.R. n. 1388 del 21/6/2011 in relazione alle posizioni organizzative e coordinamenti del personale delle Aziende ed Enti del S.S.R.*". Con successivo provvedimento, ad avvenuta determinazione dei predetti standard da parte del Comitato LEA, la Giunta Regionale provvederà a stabilire in via definitiva lo standard di posizioni organizzative e coordinamenti attribuibili da parte di ciascuna Azienda o Ente del SSR.

<table>
<tr><th colspan="4">Programma 10 - Gestione del personale</th></tr>
<tr><th colspan="4">10.5 Strutture organizzative ed atti aziendali</th></tr>
<tr><th>Azione</th><th>Obiettivo Generale</th><th>Obiettivi Specifici</th><th>Indicatori di Risultato</th></tr>
<tr><td>Azione 10.5
Strutture organizzative ed atti aziendali</td><td>Razionalizzazione dell'articolazione organizzativa delle Aziende ed Enti del SSR.</td><td>▪ Definizione standard P.O. e Coordinamenti, ad integrazione degli standard già definiti per S.C. ed S.S.;
▪ Aggiornamento Linee guida per l'elaborazione degli atti aziendali;
▪ Adozione degli atti aziendali delle Aziende ed Enti del SSR ed approvazione degli stessi da parte della Giunta Regionale;
▪ Monitoraggio applicazione atti aziendali e regolamenti di organizzazione.</td><td>- Definizione standard P.O. e COORD.;
- Linee guida su atti aziendali;
- Approvazione atti aziendali Aziende ed Enti SSR;
- Esiti monitoraggio semestrale (N. incarichi di direzione/responsabilità di struttura organizzativa per singola Azienda)</td></tr>
<tr><td>Cronoprogramma</td><td colspan="3">▪ Definizione definitiva, entro il 31/3/2014, dello standard di posizioni organizzative e coordinamenti attribuibili da parte di ciascuna Azienda o Ente del SSR, ad avvenuta determinazione di tali standard da parte del Comitato LEA.
▪ Aggiornamento, con Delibera di Giunta Regionale da approvarsi entro il 30/6/2014, delle Linee guida per la predisposizione degli atti aziendali da parte delle Aziende ed Enti del S.S.R. alla luce della normativa vigente nonché dei parametri standard regionali relativi alle strutture organizzative (semplici, complesse, posizioni organizzative e coordinamenti)di cui alle DD.GG.RR. n.</td></tr>
</table>

	1388/2011 e 3008/2012. ▪ Adozione o aggiornamento da parte delle Aziende ed Enti del S.S.R. – entro 6 mesi dall'approvazione delle Linee guida di cui al punto precedente – degli atti aziendali, che dovranno essere sottoposti alla successiva approvazione della Giunta Regionale, previa verifica della conformità degli stessi alle predette Linee guida regionali nonché alle previsioni dei piani di riordino della rete ospedaliera e territoriale; ▪ Monitoraggio semestrale relativo all'applicazione degli atti aziendali e regolamenti di organizzazione delle Aziende ed Enti S.S.R., con specifico riguardo all'attribuzione degli incarichi di direzione/responsabilità di struttura organizzativa.
Responsabile del Processo Attuativo	Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica

Impatto economico

A seguito della ridefinizione degli atti aziendali, in particolare attraverso la razionalizzazione dell'articolazione organizzativa (strutture semplici, complesse e dipartimentali, posizioni organizzative ed incarichi di coordinamento) delle Aziende ed Enti S.S.R., nonché a seguito del conseguente adeguamento delle dotazioni organiche, si attende un risultato in termini di riduzione della spesa complessiva per il personale. Il relativo risparmio, tuttavia, non risulta allo stato quantificabile.

2.3 Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

Il Comitato LEA prevede, ai fini della verifica degli adempimenti, che uno degli elementi ritenuti essenziali è il rispetto preliminare dell'impegno assunto in fase di verifica LEA, quale elemento pregiudiziale alla valutazione di quell'adempimento per l'anno successivo.

Una notazione di valore riguarda il modello di *governance* che la Regione utilizzerà per assicurare non solo la trasmissione dei flussi e delle informazioni necessarie alla compilazione del Questionario e delle Griglie LEA necessarie alla valutazione da parte del Comitato LEA, ma anche ad assicurare un raccordo costante tra livelli di indirizzo e governo e livelli gestionali, con l'obiettivo di mantenere sotto osservazione l'andamento in itinere dei processi funzionali all'erogazione dei LEA.

2.3.1 "Prevenzione": Programma 11 - Sanità pubblica

In data 29 aprile 2010 è stata sottoscritta l'Intesa sul Piano nazionale della prevenzione 2010-2012. In attuazione di quanto previsto nell'Intesa la Regione Puglia con DGR n.2994/2010 ha approvato il Piano Regionale di prevenzione 2010-2012.

La Regione Puglia ha ottenuto la certificazione del PRP per gli anni 2010, 2011 e 2012: il raggiungimento di questo obiettivo ha consentito lo sblocco dei finanziamenti per la realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale.

In un quadro istituzionale che considera prioritario, per lo sviluppo delle politiche di Prevenzione, la valorizzazione delle azioni di sistema e il consolidamento della rete di rapporti attraverso l'integrazione e le sinergie con le Istituzioni e le Parti Sociali, acquisiscono particolare importanza le esperienze maturate in Puglia, nel corso degli ultimi anni, con l'Ufficio Scolastico Regionale e l'INAIL. Nel 2011 è stato sottoscritto, tra Assessorato alle politiche della salute e Ufficio Scolastico regionale, un Protocollo d'Intesa per favorire iniziative e progetti di qualità atti a rendere sistematica l'attività di promozione dell'educazione alla salute nella Scuola attraverso un modello di *governance* interistituzionale. La collaborazione con l'USR ha avuto un prologo con l'inserimento di una specifica linea progettuale nei Piani Regionali della Prevenzione 2010-2012: "Scuola in Salute".

Le principali finalità del Protocollo sottoscritto sono:

- l'individuazione e il monitoraggio dei bisogni e la definizione delle priorità ai fini della programmazione di interventi di prevenzione e promozione della salute nella comunità scolastica;
- la progettazione di interventi tipo e di strumenti operativi;
- la formazione degli operatori sanitari e scolastici;
- la valutazione dell'efficacia degli interventi.

Quale risultato concreto di tale collaborazione, nel 2012 è stato approvato il primo Piano Strategico, un catalogo di proposte progettuali di qualità che vengono messe a disposizione dei Dirigenti Scolastici di tutti gli ordini scolastici della regione, per promuovere l'educazione alla salute nell'ambito della propria offerta formativa, pur nel rispetto della piena autonomia delle scelte. Si stanno promuovendo percorsi e azioni coerenti con i programmi nazionali di "Guadagnare Salute, operando nelle aree d'intervento relative all'alimentazione, attività fisica, fumo, abuso di sostanze, incidenti stradali, salute mentale, affettività e sessualità, sicurezza nei luoghi di lavoro. Nel corso di

quest'anno scolastico 2012-13, le adesioni garantiscono una copertura pari al 20% circa dell'intera popolazione scolastica pugliese.

Azioni coerenti con il Programma nazionale di Prevenzione

La regione Puglia ha attuato da tempo una programmazione per migliorare la qualità della vita e del benessere degli individui e della società in generale, promuovendo stili di vita sani e agendo in particolare sui principali fattori di rischio delle malattie cronico-degenerative, attraverso un costante investimento nella prevenzione e nel controllo delle malattie croniche.

Con l'approvazione del Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012, in adempimento a quanto previsto nell'Intesa del 29.4.2010, la Regione ha programmato una serie coordinata di interventi con l'obiettivo primario di agire in modo integrato e coordinato sui quattro principali fattori di rischio modificabili concretizzatasi nel Piano Strategico Regionale(PSR).

Il Piano Strategico Regionale, in linea con il programma europeo Guadagnare salute, risponde alla esigenza di interagire con tutti gli attori di sistema in considerazione del fatto che i maggiori fattori di rischio e di promozione di comportamenti salutari sono esterni alla capacità di intervento del servizio sanitario.

Il PSR si inserisce, inoltre, nelle azioni programmate e avviate con l'Ufficio Scolastico Regionale con la finalità di regolare il rapporto di collaborazione tra il sistema sanitario ed il sistema scolastico della regione Puglia sul fronte della promozione di interventi che mirino ad assicurare, ai destinatari stessi, un maggiore controllo sulla propria salute anche mediante la promozione di stili di vita positivi e responsabili.

Un investimento da valutare a lungo periodo, con la riduzione del peso delle malattie croniche sul sistema sanitario e sulla società e, nel breve, con il miglioramento della qualità della vita dei singoli individui. La programmazione tieni conto, altresì, delle indicazioni per la costruzione dell'approvando Piano Regionale di Prevenzione 2014-2020 orientato alla promozione della salute attraverso politiche integrate ed intersettoriali.

Programma 11 - Sanità pubblica			
11.1 e 11.2 Piano Regionale Prevenzione			
Azione	**Obiettivo Generale**	**Obiettivi Specifici**	**Indicatori di Risultato**
Azione 11.1 Piano Strategico Regionale per la Promozione della Salute nella Scuola	Favorire iniziative e progetti di qualità atti a rendere sistematica l'attività di promozione di educazione alla salute nella scuola attraverso un modello di *governance* istituzionale	▪ Promuovere percorsi e azioni coerenti con i programmi nazionali di "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari" operando nelle aree di intervento relative all'alimentazione, attività fisica, fumo, abuso di sostanze, incidenti stradali, salute mentale, affettività e sessualità, sicurezza nei luoghi di lavoro. ▪ Promuovere una visione di programmazione partecipata sugli stili di vita, in un'ottica di rete, con il coinvolgimento attivo di docenti, studenti e genitori e con la possibilità di alleanze con altri soggetti pubblici e privati, quali associazioni sportive, di volontariato, enti locali, ecc.	▪ Approvazione Piano Strategico 2013-14, 2014-2015, 2015-2016. ▪ Coinvolgimento di almeno 30 mila alunni per anno

Azione 11.2.1 Piano regionale di prevenzione 2013	Riprogrammazione del Piano regionale di prevenzione 2010-2012	▪ Rimodulazione, eliminazione delle linee di attività che non hanno raggiunto i risultati programmati	Approvazione della Deliberazione 2013 entro maggio 2013 (proroga 2013 del Piano 2010-2012)
Azione 11.2.2 Piano regionale di prevenzione 2014-2018	Potenziamento delle attività di prevenzione	▪ Rafforzare la *governance* della prevenzione, ▪ ridurre esposizione a fattori di rischio della popolazione	Approvazione della Deliberazione 2014-2018
Cronoprogramma	**Entro 30.09.2013** ▪ Approvazione Piano Regionale di Prevenzione 2013 **Entro 31.12.2013** ▪ Approvazione Piano Strategico 2013-14 **Entro 31.12.2014** ▪ Approvazione Piano Strategico 2014-15. ▪ Approvazione Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018 **Entro 31.12.2015** ▪ Approvazione Piano Strategico 2015-16		
Responsabile del Processo Attuativo	Dirigente Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione		

11.3 Qualificazione dei Programmi di screening (oncologici, malattie infettive, etc.) e adeguamento degli screening aziendali agli standard nazionali

In Puglia, le attività di prevenzione dei tumori è stata avviata nel 2007 in maniera diversificata nelle Aziende Sanitarie. Ad oggi sono attivi tutti e tre gli screening oncologici. L'estensione del mammografico e cervicouterino è sul 100% del territorio regionale, il colon retto è stato avviato solo a fine 2011 nelle provincie di Bari e BAT.

Con Deliberazione di Giunta regionale n. 914/2010, nell'approvare il Piano regionale Screening 2007-2009, la Giunta Regionale, si sono definite modalità e criteri di realizzazione dei programmi per il superamento delle criticità presenti per l'erogazione delle prestazione di screening oncologici.

La riprogrammazione avviata ha toccato tutti i punti del sistema screening: software informatici, integrazione con l'Anatomia Patologica, rapporti con i fornitori. Il fulcro della riorganizzazione parte dalla necessità di riordinare ed armonizzare le procedure di erogazione dello screening nelle aziende, nonché di valorizzare il ruolo del centro regionale Screening che accentrerà tutte le funzioni di I livello delle 6 Aziende Sanitarie in tal modo le strutture di II livello e i centri aziendali screening potranno lavorare a pieno regime alla presa in carico degli utenti, organizzando in maniera più efficace il percorso di II e III livello.

Operativamente al fine di riorganizzare i percorsi di screening aziendali, nell'ottica di uniformare l'offerta sul territorio regionale, sono stati avviati audit regionali con tutti i responsabili dei programmi di screening delle 6 ASL che hanno messo a disposizione il materiale utile alla descrizione del modello organizzativo adottato a livello aziendale e dei percorsi di screening attivi.

Per il prossimo triennio la programmazione verterà sull'attuazione della programmazione avviata.

Per quanto attiene alla prevenzione delle malattie infettive, la programmazione regionale è in linea con il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014 recepito da ultimo con Deliberazione della Giunta Regionale 18 febbraio 2013, n. 241.

Programma 11 - Sanità pubblica			
11.3 Qualificazione dei Programmi di screening			
Azione	**Obiettivo Generale**	**Obiettivi Specifici**	**Indicatori di Risultato**
Azione 11.3.1 Screening mammografico	diminuire la mortalità specifica per cancro della mammella nella popolazione invitata al I livello	• 100% di donne 50-69 invitate ad eseguire una mammografia ogni 2 anni • tasso di richiamo <6%	▪ ≥ 60% di donne in età target che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per mammella; ▪ monitoraggio semestrale nell'ambito del Programma Operativo;
Azione 11.3.2 Screening cervico uterino	riduzione della mortalità dovuta ai tumori del collo dell'utero ed il miglioramento del rapporto costi-benefici del trattamento di queste neoplasie, sia in termini qualitativi che quantitativi..	▪ 100% di donne 25-64 invitate al pap test ogni 3 anni ▪ raccomandazione alla ripetizione della citologia <5% ▪	▪ ≥ 50% di donne in età target che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per cervice uterina ▪ monitoraggio semestrale nell'ambito del Programma Operativo;
Azione 11.3.3 Screening Colon retto	identificare precocemente le forme invasive di tumore del colon retto, individuare e rimuovere possibili precursori nella popolazione 50-69 anni	▪ 100% popolazione target al quale è stato inviato un SOF ogni 2 anni ▪ ▪ detection rate per SOF e RS	▪ ≥ 50% persone in età target che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per colon retto ▪ monitoraggio semestrale nell'ambito del Programma Operativo;
Azione 11.3.4 Malattie infettive	Armonizzazione delle strategie vaccinali al fine di garantire equità nella prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione superando i ritardi e le insufficienze presenti e assicurando parità di accesso alle prestazioni vaccinali da parte di tutti i cittadini	▪ Garantire l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni prioritarie per la popolazione generale al fine del raggiungimento e del mantenimento dei livelli di copertura necessari a prevenire la diffusione delle specifiche malattie infettive ▪ Potenziare la sorveglianza delle malattie suscettibili di vaccinazione	▪ Anti HPV: – 2013 ≥ 80% ragazze coorte di verifica 2002; ≥ 70% ragazze coorte di verifica 1995 – 2014 ≥ 95% ragazza coorte di verifica 2003; ≥ 80% ragazze coorte di verifica 1996 ▪ Anti Pneumococcica: -2013: ≥ 95% coorte di verifica 2011; ≥ 40% coorti di verifica 1938-1943-1948 – 2014 ≥ 95% coorte di verifica 2012; ≥ 50% coorti di verifica 1939-1944-1949 ▪ Anti-Meningococcica (Men C): – 2013 ≥ 95% coorte di verifica 2011; 2014 ≥ 95% coorte di verifica 2012; ▪ Anti-Meningococcica (Men ACYW135): – 2013 ≥ 85% coorte di verifica 1998;

			2014 ≥ 85% coorte di verifica 1999 ▪ Anti Morbillo-Parotite-Rosolia-Varicella: – 2013 ≥ 95% coorti di verifica 2011-2006-1998; -2014 ≥ 95% coorti di verifica 2012-2007-1999 ▪ Anti Epatite A: – 2013 ≥ 80% coorti di verifica 2011-1998; 2014 ≥ 80% coorti di verifica 2012-1999 ▪ monitoraggio semestrale nell'ambito del Programma Operativo; ▪
Cronoprogramma	**Entro 30.12.2013** ▪ Approvazione delle Linee guida Regionali ▪ Calendarizzazione delle attività di accentramento del I livello per singolo programma di screening **Entro 30.12.2014** ▪ Programmazione delle attività di comunicazione per gli screening mammografico e cervico-uterino ▪ Estensione del programma di screening del colon retto alle ASL FG, BR, TA, LE ▪ Completamento delle attività di integrazione delle Anatomia Patologica ▪ Ricognizione del parco tecnologico dei centri inseriti nei screening ▪ Censimento e riorganizzazione dei centri di diagnosi ▪ Promozione di campagne di comunicazione sociale e sensibilizzazione della popolazione e dei MMG e PLS ▪ Avvio delle campagne di comunicazione oncologica per tutti gli screening ▪ Avvio della Formazione per il personale dedicato allo screening **Entro 31.12.2013** ▪ Anti Pneumococcica - : ≥ 95% coorte di verifica 2011; ≥ 40% coorti di verifica 1938-1943-1948 ▪ Anti Epatite A - ≥ 80% coorti di verifica 2011-1998 ▪ Anti HPV - ≥ 80% ragazze coorte di verifica 2002. ≥ 70% ragazze coorte di verifica 1995 ▪ Anti-Meningococcica (Men ACYW135) - ≥ 85% coorte di verifica 1998 ▪ Anti-Meningococcica (Men C) - ≥ 95% coorte di verifica 2011 ▪ Anti Morbillo-Parotite-Rosolia-Varicella - ≥ 95% coorti di verifica 2011-2006-1998 **Entro 31.12.2014** ▪ Anti Pneumococcica - ≥ 95% coorte di verifica 2012; ≥ 50% coorti di verifica 1939-1944-1949 ▪ Anti Epatite A - ≥ 80% coorti di verifica 2012-1999 ▪ Anti HPV - ≥ 95% ragazza coorte di verifica 2003; ≥ 80% ragazze coorte di verifica 1996 ▪ Anti-Meningococcica (Men C) - ≥ 95% coorte di verifica 2012 ▪ Anti-Meningococcica (Men ACYW135) - ≥ 85% coorte di verifica 1999 ▪ Anti Morbillo-Parotite-Rosolia-Varicella - ≥ 95% coorti di verifica 2012-2007-1999		
Responsabile del Processo Attuativo	Dirigente Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione		

11.4 Prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro

La Regione Puglia è impegnata da diversi anni nella programmazione di attività inerenti la prevenzione dei luoghi di vita e di lavoro. Con il Piano Regionale di Prevenzione, approvato con DGR n. 2994/2010, la Regione Puglia ha intensificato le proprie attività in ambito edilizio, agricolo e delle malattie professionali.

La strategia regionale è improntata sulla valorizzazione delle attività del Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 del D.Lgs. 81/08 e s.m.i. ed ad una programmazione di interventi basati sul rischio.

In tale senso si è osservato un progressivo potenziamento quali-quantitativo delle prestazioni erogate dai Servizi delle AA.SS.LL.. Se, da un lato, si è riscontrato l'adempimento degli obblighi programmatori previsti dalla pianificazione nazionale e regionale in merito alle attività di vigilanza, dall'altro le attività di promozione della cultura della salute e sicurezza sul lavoro hanno interessato principalmente il mondo della scuola, oltre agli operatori della prevenzione sul territorio.

Le modalità di comunicazione afferiscono alla rappresentazione teatrale di casi di infortuni mortali, riproposti in una forma narrativa, scelta che ha raccolto consensi in differenti occasioni, anche di rilievo nazionale.

Programma 11 - Sanità pubblica			
11.4 Prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro			
Azione	**Obiettivo Generale**	**Obiettivi Specifici**	**Indicatori di Risultato**
Azione 11.4.1 Prevenzione degli infortuni sul lavoro	Riduzione degli infortuni mortali o con esiti invalidanti in edilizia	• Potenziamento quali-quantitativo della vigilanza sul territorio in una prospettiva risk oriented • Potenziamento quali-quantitativo della vigilanza nei cantieri di bonifica dell'amianto	• Vigilanza di una quota di cantieri pari al 12% delle notifiche nel 2013; • Vigilanza di una quota di cantieri pari al 15% delle notifiche nel 2014-2015 • Nel 2014 Vigilanza per amianto di una quota di cantieri pari al 40% dei piani di lavoro
Azione 11.4.2 Prevenzione degli infortuni sul lavoro	Riduzione degli infortuni mortali o con esiti invalidanti in agricoltura	▪ Sensibilizzazione dei lavoratori mediante organizzazione di eventi informativi ▪ Potenziamento qualitativo della vigilanza sul territorio	▪ N. 1 evento formativo all'anno con i gruppi di interesse (datori di lavoro, lavoratori, etc.) ▪ N. 300 aziende all'anno
Azione 11.4.3 Prevenzione delle malattie professionali e lavoro-correlate	Miglioramento della gestione del rischio ergonomico in comparti prioritari	▪ Diffusione di buone prassi valutative del rischio ergonomico mediante la pubblicazione di linee di indirizzo regionali nella collana I quaderni della prevenzione ▪ Sensibilizzazione degli operatori della prevenzione sulla gestione dei rischi ergonomici, con particolare riguardo ai comparti prioritari, mediante adozione di percorsi formativi mirati ▪	▪ Pubblicazione di linee di indirizzo regionali sulla gestione del rischio ergonomico nella collana I quaderni della prevenzione ▪ N. 2 eventi formativi per operatori della prevenzione nel triennio 2013-2015

Azione 11.4.4 Prevenzione delle malattie professionali e lavoro-correlate	Miglioramento della gestione del rischio chimico, con particolare riferimento al fenomeno delle neoplasie professionali	▪ Formazione mirata dei medici del lavoro e dei tecnici della prevenzione in materia di igiene industriale e caratterizzazione delle esposizioni professionali ▪ Formazione mirata dei medici del lavoro dei Servizi delle ASL ed operanti sul territorio (medici competenti) in materia di epidemiologia occupazionale ▪ Potenziamento quali-quantitativo della vigilanza sul rischio chimico e con priorità per gli agenti cancerogeni e mutageni, congiuntamente con l'Autorità competente regionale REACH-CLP ▪	▪ N. 1 evento formativo in materia di igiene industriale caratterizzazione delle esposizioni professionali nel 2014 ▪ N. 1 evento formativo per medici del lavoro dei Servizi ed operanti sul territorio (medici competenti) in materia di epidemiologia occupazionale nel 2015 ▪ N. 150 aziende sottoposte a vigilanza sul rischio chimico nel 2014 ▪ Pubblicazione di linee di indirizzo regionali sulla gestione del rischio chimico alla luce dei regolamenti REACH e CLP nella collana *I quaderni della prevenzione* nel 2014 ▪ N. 50 aziende sottoposte a vigilanza sul rischio chimico congiuntamente con l'Autorità competente regionale REACH-CLP all'anno 2014
Cronoprogramma	**Entro 30.09.2013** ▪ Pubblicazione di linee di indirizzo regionali sulla gestione del rischio ergonomico nella collana I quaderni della prevenzione **Entro 31.12.2014** ▪ Potenziamento quali-quantitativo della vigilanza sul territorio in una prospettiva risk oriented ▪ Potenziamento quali-quantitativo della vigilanza nei cantieri di bonifica dell'amianto ▪ eventi di Sensibilizzazione dei lavoratori mediante organizzazione di eventi informativi ▪ Potenziamento qualitativo della vigilanza sul territorio ▪ Potenziamento quali-quantitativo della vigilanza sul rischio chimico e con priorità per gli agenti cancerogeni e mutageni, congiuntamente con l'Autorità competente regionale REACH-CLP ▪ Potenziamento quali-quantitativo della vigilanza sul territorio in una prospettiva risk oriented ▪ Potenziamento quali-quantitativo della vigilanza nei cantieri di bonifica dell'amianto ▪ eventi di Sensibilizzazione dei lavoratori mediante organizzazione di eventi informativi ▪ Potenziamento qualitativo della vigilanza sul territorio ▪ Pubblicazione di linee di indirizzo regionali sulla gestione del rischio chimico alla luce dei regolamenti REACH e CLP nella collana I quaderni della prevenzione ▪ Formazione mirata dei medici del lavoro e dei tecnici della prevenzione in materia di igiene industriale e caratterizzazione delle esposizioni professionali ▪ Potenziamento quali-quantitativo della vigilanza sul rischio chimico e con priorità per gli agenti cancerogeni e mutageni, congiuntamente con l'Autorità competente regionale REACH-CLP **Entro 31.12.2015** ▪ Potenziamento quali-quantitativo della vigilanza sul territorio in una prospettiva risk oriented		

	▪ Potenziamento quali-quantitativo della vigilanza nei cantieri di bonifica dell'amianto ▪ eventi di Sensibilizzazione dei lavoratori mediante organizzazione di eventi informativi ▪ Potenziamento qualitativo della vigilanza sul territorio ▪ Formazione mirata dei medici del lavoro dei Servizi delle ASL ed operanti sul territorio (medici competenti) in materia di epidemiologia occupazionale ▪ Potenziamento quali-quantitativo della vigilanza sul rischio chimico e con priorità per gli agenti cancerogeni e mutageni, congiuntamente con l'Autorità competente regionale REACH-CLP
Responsabile del Processo Attuativo	Dirigente Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione

11.5 Integrazione Ambiente e Salute

Analisi del contesto

Il caso Taranto ha assunto negli ultimi anni significato paradigmatico, non solo in Regione Puglia, in relazione al tema dell'integrazione delle competenze in materia di ambiente e salute, esplicitando il conflitto tra scelta dei modelli di sviluppo economico e tutela dell'ambiente e della salute, ed esaltando in maniera drammatica le contrapposizioni sociali tra i diversi portatori di interesse.
In questo contesto, l'epidemiologia ambientale ha offerto un contributo decisivo, mettendo in luce le evidenze degli effetti sanitari associati all'inquinamento ambientale di origine industriale, ma anche facendo emergere le criticità di sistema che rendono indispensabile un riallineamento almeno funzionale delle competenze istituzionali in tema di ambiente e salute.
Schematicamente, è possibile ricondurre a quattro le situazioni che richiedono specifiche modalità di gestione affinché si sia in grado di offrire una risposta appropriata. Per fare ciò si rende indispensabile ripensare il modello di *governance* stabilendo le opportune integrazioni tra i diversi livelli di responsabilità tra gli enti di protezione ambientale e le strutture sanitarie:

1. Effetti sanitari attuali dovuti ad esposizioni pregresse, non più presenti: i risultati degli studi epidemiologici, sia descrittivi che analitici, mostrano eccessi per patologie tumorali caratterizzati da lunga latenza, rispetto ai quali è necessario impostare programmi di sorveglianza sanitaria ed epidemiologica, pur nella consapevolezza che, per la maggior parte delle patologie in questione, non esistono programmi di screening efficaci.
2. Effetti sanitari dovuti agli inquinanti organici persistenti: in questi casi, l'intervento appropriato corrisponde all'attivazione di programmi di bonifica
3. Effetti sanitari dovuti alle emissioni attuali: rispetto alle contaminazioni in corso, è fondamentale disporre di rigorosi monitoraggi ambientali, che possano consentire azioni di prevenzione primaria essenzialmente legati all'intervento sulle fonti inquinanti
4. Impatti sanitari stimati e relativa definizione di limiti emissivi: a questo aspetto corrisponde la possibilità di intervenire nel contesto delle autorizzazioni ambientali per provare a definire dei limiti emissivi che siano *health-based*.

Interventi attuati

Il tema della **valutazione del danno sanitario** associato ai limiti emissivi è stato affrontato dalla Regione Puglia con un intervento normativo specifico, la legge regionale n. 21 del 24 giugno 2012: i criteri metodologici e applicativi sono stati formalizzati con il Regolamento n.24 del 3 ottobre 2012 ed essenzialmente prevedono la definizione di una fase conoscitiva, sulla base della rassegna dei dati ambientali e sanitari disponibili; secondo la procedura definita, che ha come oggetto di

indagine specifici stabilimenti delle aree a rischio di crisi ambientale e dei siti di interesse nazionale per le bonifiche, la valutazione del quadro epidemiologico funge da filtro per la prosecuzione della valutazione: se ci sono criticità sanitarie potenzialmente associate con i fattori di rischio identificati nella fase precedente si prosegue con gli *step* successivi, fondati sulla realizzazione di una procedura di *risk assessment* i cui risultati, in senso qualitativo, vengono valutati alla luce di opportune misure epidemiologiche nell'area di massima ricaduta degli inquinanti. Se sia le stime di rischio che i dati epidemiologici evidenziano un danno sanitario, si dà seguito alle indicazioni di riduzione delle emissioni, dopo aver acquisito le osservazioni del gestore, ovvero, nel caso di ILVA, al riesame dell'AIA. Nel caso in cui non vi sia tale concordanza (da intendersi in senso puramente qualitativo), si procede ad un approfondimento epidemiologico, attraverso ad esempio uno studio di coorte residenziale.

Contestualmente, nell'ottobre 2012, con Deliberazione di Giunta Regionale n. 1980 del 12 ottobre 2012, viene finanziato il primo **Programma Straordinario Ambiente e Salute per Taranto**, le cui linee di intervento hanno trovato il proprio razionale nel contesto delle evidenze epidemiologiche disponibili e nelle ulteriori esigenze conoscitive, anche a supporto della procedura di valutazione di danno sanitario. L'evoluzione successiva delle linee di intervento, disposta con la DGR 2337/2013 non ha modificato l'assetto organizzativo, che risulterà confermato nella formulazione definitiva, secondo cui l'operatività viene garantita da un'integrazione funzionale delle competenze di ARPA Puglia, l'Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari e la ASL Taranto, collocata all'interno del Centro Salute Ambiente (vedi programma 19)

Obiettivi

In sintesi, la formulazione delle risposte in tema di ambiente e salute passa attraverso il potenziamento dei servizi di vigilanza e controllo del Dipartimento ARPA e del Dipartimento di Prevenzione della, l'interconnessione funzionale delle loro attività, il rafforzamento delle attività epidemiologica anche all'interno del Dipartimento di Prevenzione della ASL, di ARPA Puglia e di AReS Puglia, l'attivazione di specifiche attività di sorveglianza sanitaria connesse con le evidenze ambientali ed epidemiologiche nel territorio per migliorare l'efficienza e l'efficacia del sistema della prevenzione.

In questo contesto diventa cruciale la definizione condivisa delle competenze. Il tema paradigmatico è rappresentato dalla valutazione dell'esposizione: nella filiera che illustra la storia naturale delle malattie causate dalle emissioni industriali, una condivisa e razionale ripartizione delle competenze tra enti di protezione ambientale e strutture di tutela sanitaria potrebbe assegnare alle prime le attività che vanno dall'inventario delle emissioni sino alla stima della dose esterna (attraverso la stima o misura della concentrazione degli inquinanti a livello del recettore umano, per i rischi da inalazione), mentre alle seconde le attività di valutazione che vanno dalla misura della dose interna (attraverso il biomonitoraggio), sino agli *outcome* prettamente sanitari.

Risulta necessario impostare modelli di *governance* della tematica ambiente e salute, in grado di fornire risposte adeguate rispetto all'insieme delle problematiche connesse all'interazione tra fattori di rischio ambientali e impatti sanitari, attraverso la costruzione di tavoli di confronto permanenti sia a livello centrale che a livello periferico che giungano alla produzione di protocolli condivisi, in cui siano chiaramente identificati, per ciascuna area, le azioni da mettere in campo e le responsabilità.

Programma 11 - Sanità pubblica			
11.5 Integrazione ambiente-salute			
Azione	**Obiettivo Generale**	**Obiettivi Specifici**	**Indicatori di Risultato**
Costituzione di un Tavolo di lavoro congiunto ARPA/Dipartimenti di Prevenzione	Integrazione funzionale tra ARPA e ASL per il potenziamento dell'efficacia delle azioni di tutela ambientale e sanitaria.	▪ Potenziamento delle attività di controllo e vigilanza e incremento della loro efficacia ▪ Potenziamento delle attività di prevenzione legata agli aspetti di integrazione ambiente e salute	▪ N. di protocolli congiunti prodotti
Attività di sorveglianza epidemiologica	▪ Potenziamento delle attività di epidemiologia ambientale	▪ prosecuzione attività registro tumori e mortalità, attivazione registro malformazioni congenite	▪ N. studi di epidemiologia ambientale ▪ Aggiornamento del rapporto di Valutazione di Danno Sanitario
Attività di formazione e comunicazione	▪ Potenziamento delle attività di comunicazione alla cittadinanza e di formazione degli operatori	▪ Attivazione di specifici percorsi formativi rivolti agli operatori per il miglioramento delle loro competenze ▪ Attivazione di percorsi formativi rivolti ai MMG e PLS ▪ Attivazione di specifici percorsi formativi congiunti di educazione ambientale e sanitaria ▪ Potenziamento degli strumenti di comunicazione e di informazione	▪ N. Corsi di formazione sulle tematiche di integrazione ambiente salute ▪ N. interventi di educazione ambientale/sanitaria ▪ Creazione di un portale dedicato
Cronoprogramma	**Entro 31.12.2014** ▪ Istituzione del Tavolo Tecnico **Entro 31.07.2015** ▪ Redazione di protocolli specifici congiunti per ogni area di integrazione ambiente/salute ▪ Progettazione di azioni congiunte di educazione ambientale e sanitaria **Entro 31.12.2015** ▪ Verifica ed eventuale adeguamento dei protocolli ▪ Realizzazione delle iniziative di formazione		
Responsabile del Processo Attuativo	Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione ARPA Puglia		

2.3.2 "Prevenzione": Programma 12 - Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare

12.1 Riorganizzazione e riqualificazione del "nodo" regionale

L'art.7 dell'intesa del 13/11/2008 "linea guida per la gestione operativa del sistema d'allerta per alimenti e mangimi destinati al consumo umano", recepita con DGR n.634/2009 nonché il Reg. CE n. 16/2011, prevede che ciascuna Autorità Regionale designi il proprio " Nodo regionale "per la gestione dei Sistema di allerta , per lo scambio delle informazioni rapide con le Regioni, il Ministero e con gli organi di controllo sul territorio (ASL, Laboratori pubblici)

Programma 12 - Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare			
12.1 Riorganizzazione e riqualificazione del "nodo" regionale			
Azione	**Obiettivo Generale**	**Obiettivi Specifici**	**Indicatori di Risultato**
Azione 12.1.1 Istituzione del nodo regionale ai sensi dell'intesa Stato-Regioni 13/11/08 e Reg. CE 16/2011 ai fini della gestione operativa del sistema di allerta per alimenti destinati a consumo umano e mangimi	Istituzione del Nodo regionale per la gestione del sistema di allerta.	▪ Istituzione formale del nodo regionale con definizione di ruoli, funzioni e competenze per la gestione dei casi di allerta alimentare	▪ Approvazione Determina dirigenziale di istituzione del Nodo Regionale nell'anno 2014
Azione 12.1.2 Standardizzazione delle modalità di gestione ed operative del Nodo regionale	▪ Standardizzare le modalità di gestione ed operative del nodo regionale , individuando degli indicatori qualitativi e di efficienza. ▪ Monitorare i punti di contatto locali e le azioni intraprese.	▪ Elaborazione delle Linee guida sulla gestione operativa del sistema d'allerta in conformità ai requisiti stabiliti dalla normativa vigente ed in grado di garantire l'efficace e coerente funzionamento del sistema d'allerta in tutto il territorio regionale. ▪ Monitoraggio le attività a livello regionale.	▪ Approvazione Determina dirigenziale sulle Linee guida regionali sulla gestione del sistema d'allerta nell'anno 2014 ▪ Report annuale RASFF
Azione 12.1.3 Riqualificazione e formazione del personale afferente al Nodo regionale	▪ Riqualificazione e formazione dei Punti di contatto regionali e locali sulle modalità operative delle allerte alimentari, sulle procedure operative del Nodo regionale, di livello ministeriale e UE e sulla principale normativa di riferimento.	▪ Realizzazione di un evento formativo per anno destinato al personale del Nodo regionale.	▪ Realizzazione di un evento formativo ECM nell'anno 2015
Cronoprogramma	**Entro 31.12.2014** ▪ D.D. di istituzione del Nodo Regionale nell'anno 2014 **Entro 31.12.2014** ▪ D.D. approvazione Linee guida regionali sul sistema d'allerta **Entro 31.01.2015** ▪ Report annuale RASFF 2014 **Entro 31.12.2015**		

	▪ Evento formativo ECM sull'allerta
Responsabile del Processo Attuativo	Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione

12.2 Coerenza delle linee di attività programmate a livello regionale con quelle riportate nel Piano Nazionale integrato 2011-2014

Il Piano nazionale Integrato (PNI) dei controlli ufficiali anni 2011-2014 è stato approvato in Conferenza Stato-Regioni con l'intesa del 16/12/2010.

Detto piano delinea il sistema dei controlli ufficiali in materia di alimenti, mangimi, sanità e benessere animale con l'obiettivo di verificare la conformità alla normativa di riferimento, prevenire i rischi per la salute pubblica e proteggere gli interessi dei consumatori.

E' finalizzato alla razionalizzazione delle attività ed ottimazione degli interventi, attraverso un approccio coerente, completo ed integrato, che abbracci tutti i settori e tutte le fasi della catena alimentare, con l'individuazione delle priorità in funzione dei rischi e di procedure di controllo più efficaci.

Inoltre, prevede l'adozione da parte delle Regioni di un proprio Piano regionale dei controlli finalizzato a garantire l'efficacia degli interventi, la coerenza con gli obiettivi delle vigenti disposizioni comunitarie, l'appropriatezza, la uniformità per frequenza, criteri e modalità di attuazione in tutto il territorio regionale.

Programma 12 - Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare			
12.2 Coerenza delle linee di attività programmate a livello regionale con quelle riportate nel Piano Nazionale integrato 2011-2014			
Azione	**Obiettivo Generale**	**Obiettivi Specifici**	**Indicatori di Risultato**
Azione 12.2.1 Predisposizione di un Piano Regionale dei controlli ufficiali in materia di sicurezza alimentare per gli anni 2013-2014	▪ In conformità ai principi contenuti nel PNI è stato predisposto il Piano Regionale dei Controlli in materia di sicurezza alimentare, inerente al periodo di programmazione 2013-2014. ▪ Il PRC è stato predisposto a partire degli obiettivi strategici nazionali generali di cui al capitolo 1 del PNI 2011-2014 opportunamente integrato con i seguenti obiettivi strategici Regionali: ▪ Consolidamento e rafforzamento dei controlli nei principali settori produttivi	▪ Fornire ai Direttori Generali delle AA.SS.LL. criteri e gli indirizzi operativi per la programmazione, l'esecuzione, la verifica e la rendicontazione delle attività di controllo ufficiale sul territorio regionale, al fine di garantire l'efficacia, l'appropriatezza e l'imparzialità degli interventi, la coerenza con gli obiettivi delle vigenti disposizioni comunitarie, l'uniformità sul territorio per frequenza e modalità di attuazione. Sono stabiliti nel dettaglio le regole e gli obiettivi per la programmazione ed esecuzione dei controlli ufficiali per l'anno 2013 e fornite indicazioni di massima per gli anni successivi.	▪ Delibera di Giunta Regionale di approvazione del PRC nell'anno 2013

	regionali ▪ Miglioramento della qualità, dell'efficacia, dell'efficienza e dell'uniformità dei controlli ufficiali ▪ Costituzione dell'Anagrafe imprese alimentari coerente con le vigenti disposizioni ▪ Realizzazione di una adeguata attività di formazione del personale addetto ai controlli ufficiali ▪ Coordinamento con altri Enti ed Organi che effettuano attività di controllo ufficiale in materia di sicurezza alimentare ▪ Programmazione e attuazione di un sistema di audit su OSA e sulle AA.SS.LL. ▪ Miglioramento nella organizzazione e nella funzione del Nodo regionale e dei Punti di contatto locale per la gestione dei casi di allerta alimentare ▪ Ottimizzazione dei flussi informativi ▪ Tavolo Regionale di monitoraggio del Piano dei Controlli Ufficiali		
Cronoprogramma	**Entro 31.07.2013** ▪ DGR di approvazione del PRC		
Responsabile del Processo Attuativo	Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione		

12.3 Definizione di un Piano Regionale integrato dei controlli ufficiali, o il suo eventuale aggiornamento con tutte le linee di attività previste dalla pianificazione nazionale

Il Piano regionale viene modificato, aggiornato ed integrato sulla base dei risultati dei controlli e degli Audit effettuati nell'anno precedente, al fine di garantire il miglioramento dei processi di programmazione dei Servizi delle AASSLL e l'efficacia e l'appropriatezza dei controlli ufficiali.

Programma 12 - Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare			
12.2 Piano Regionale integrato dei controlli ufficiali			
Azione	**Obiettivo Generale**	**Obiettivi Specifici**	**Indicatori di Risultato**
Azione 12.3.1 Definizione ed aggiornamento annuale di un Piano Regionale integrato dei controlli ufficiali in materia di sicurezza alimentare	Promuovere un approccio coerente, completo ed integrato ai controlli ufficiali dei mangimi e degli alimenti, della normativa sulla salute e sul benessere degli animali, abbracciando tutti i settori e tutte le fasi della catena alimentare animale e umana, comprese l'importazione e l'introduzione	Fornire al territorio le regole e gli obiettivi per la programmazione ed esecuzione dei controlli ufficiali inclusa la ripartizione territoriale dei campionamenti in ogni anno.	Delibera di giunta regionale di adozione / aggiornamento /estensione del Piano regionale dei controlli annuale
Azione 12.3.2 Attuazione della pianificazione regionale dei controlli ufficiali in conformità del Piano regionale integrato di controllo ufficiale	La Regione Puglia con il Piano Regionale di Campionamento Ufficiale Alimenti 2013 - 2014, annualità 2013, intende fornire ai competenti Servizi delle ASL le linee di indirizzo al fine di garantire sul territorio regionale una maggiore armonizzazione dei controlli ed una ottimizzazione delle risorse. A tal proposito, nel presente Piano sono individuate le principali categorie e matrici alimentari da sottoporre a campionamento per la ricerca dei più comuni agenti patogeni e dei contaminanti chimici più frequentemente associati a patologie a trasmissione alimentare.	Esecuzione di campionamenti di analisi di matrici alimentari nel rispetto di quanto programmato dal piano regionale dei controlli	≥ 85% dei campioni complessivamente pianificati negli anni successivi all'adozione. (Valore medio nel biennio 2014-2015)
Cronoprogramma	**Entro 31.07.2013** ▪ DGR di approvazione del PRC **Entro 31.12.2014** ▪ Provvedimento di aggiornamento 2014 del PRC **Entro 31.12.2014** ▪ ≥85% dei campioni complessivamente pianificati per il 2014		
Responsabile del Processo Attuativo	Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione		

12.4 Miglioramento della rete dei laboratori, con ampliamento del bacino di metodiche accreditate a supporto delle attività regionali di controllo ufficiale, riducendo l'aggravio sui soggetti extraregionali

Il Reg. CE 882/04, all'art.12, stabilisce che le analisi dei campioni prelevati durante i controlli ufficiali debbano essere eseguiti da laboratori accreditati.

In quest'ottica, al fine di non vanificare le attività di controllo e analisi previste dai Piani regionali, è stato perseguita l'attività di rafforzamento della capacità dei Laboratori di riferimento.

Programma 12 - Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare			
12.4 Miglioramento della rete dei laboratori, con ampliamento del bacino di metodiche accreditate a supporto delle attività regionali di controllo ufficiale , riducendo l'aggravio sui soggetti extraregionali			
Azione	**Obiettivo Generale**	**Obiettivi Specifici**	**Indicatori di Risultato**
Azione 1.1 Il Reg. CE 882/04, all'art.12, stabilisce che le analisi dei campioni prelevati durante i controlli ufficiali debbano essere eseguiti da laboratori accreditati	Mantenimento ed ampliamento delle prove accreditate dell'ARPA Puglia in riferimento alle attività di campionamento per analisi previste dal Piano Regionale dei Controlli Ufficiali.	▪ Richiesta e ottenimento del mantenimento in accreditamento delle prove già previste da Piano Regionale dei Controlli 2013-2014 e estensione dell'accreditamento per prove previste in aggiornamenti del Piano Regionale dei Controlli	▪ Attestazione di mantenimento dell'accreditamento per le prove previsti nel Piano dei Controlli relativi all'anno 2013 -2014 ▪ Attestazione estensione accreditamento per prove previste in aggiornamenti al Piano dei Controlli
Cronoprogramma	**Entro 31.12.2014** ▪ Attestazione di mantenimento dell'accreditamento **Entro 31.12.2015** ▪ Attestazione di mantenimento dell'accreditamento		
Responsabile del Processo Attuativo	Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione		

12.5 Assegnazione di obiettivi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, con ribaltamento a cascata su tutta la struttura operativa

L'attuazione degli interventi previsti nel Piano regionale dei controllo ufficiali costituisce obiettivo di importanza strategica per la Regione anche in relazione alla stretta correlazione con gli obiettivi previsti dai LEA. Pertanto, i Piani Locali di controllo ufficiale costituiscono obiettivo strategico per i Direttori Generali.

Programma 12 - Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare			
12.5 Assegnazione di obiettivi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali , con ribaltamento a cascata su tutta la struttura operativa			
Azione	**Obiettivo Generale**	**Obiettivi Specifici**	**Indicatori di Risultato**
I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali devono disporre di obiettivi in materia di	Previsione nel Piano Regionale dei Controlli Ufficiali di obiettivi per le AA.SS.LL in materia	Assegnazione ai Direttori Generali delle AA.SS.LL. di obiettivi in materia di sicurezza alimentare da realizzare attraverso la predisposizioni di Piani	Verifica della predisposizione da parte dei Direttori Generali di n°6 atti relativi ai piani locali di

Sicurezza Alimentare correlati al Piano Regionale dei controlli ufficiali.	di sicurezza alimentare in coerenza con il Piano Regionale dei controlli ufficiali.	Locali di controllo ufficiale.	controllo ufficiale delle singole AA.SS.LL.
Cronoprogramma	**Entro 31.12.2014** ▪ Verifica della predisposizione da parte dei Direttori Generali di n°6 atti relativi ai piani locali di controllo ufficiale delle singole AA.SS.LL.		
Responsabile del Processo Attuativo	Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione		

12.6 Adozione ed attuazione di un sistema di audit sulle Autorità Competenti , nonché implementazione di un piano di formazione

Le vigenti disposizioni comunitarie, art.4 paragrafo 6 del reg.882/04, prevedono che le Autorità competenti siano tenute sia ad eseguire attività di audit per verificare che si stiano raggiungendo gli obiettivi previsti dalle disposizioni comunitarie, nazionali e regionali in materia di sicurezza alimentare e quelli stabiliti con i Piani di programmazione regionale ,sia ad assicurare che tutto il personale che esegue controlli ufficiali riceva, per il proprio ambito di competenza, una formazione adeguata in relazione alla specifica attività svolta, al fine di consentire di espletare i propri compiti con competenza e professionalità.

Programma 12 - Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare			
12.6 Adozione ed attuazione di un sistema di audit sulle Autorità Competenti , nonché implementazione di un piano di formazione			
Azione	**Obiettivo Generale**	**Obiettivi Specifici**	**Indicatori di Risultato**
Azione 1.1 Programmare un sistema di audit sulle Autorità competenti locali in materia di sicurezza alimentare	Effettuare audit al fine di verificare che si stiano raggiungendo gli obiettivi previsti dalle disposizioni comunitarie, nazionali e regionali in materia di sicurezza alimentare	▪ Esecuzione di un Audit sul sistema di allerta per ogni ASL nel biennio 2013/2014 (3 per anno).	Emissione di: ▪ N°3 Rapporti di Audit 2013; ▪ N°3 Rapporti di Audit 2014;
Azione 1.2 Recepimento e attuazione dello standard per il funzionamento ed il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte delle Autorità Competenti in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria con particolare riguardo ai lavori di "collaborazione solidaristica" previsti al	Recepimento e attuazione della linea guida per il funzionamento ed il miglioramento dell'attività di controllo ufficiale da parte delle Autorità Competenti in materia di sicurezza degli alimenti e sanità pubblica veterinaria recepito con l'intesa Stato-Regioni del 07/02/2013 attraverso i lavori del "Comitato Tecnico delle Regioni e Provincie Autonome" di cui all'allegato 4 della	▪ Partecipazione ai comitati tecnici di cui all'allegato 4 dell'intesa 07/02/13 ai fini dell'allineamento e implementazione di procedure unificate per l'attuazione dei controlli ufficiali e di audit sulle Autorità Competenti Locali.	Verbali del comitato tecnico o altri atti regionali ai fini dell'allineamento e implementazione di procedure unificate per l'ACR

	suddetta intesa.		
Cronoprogramma	**Entro 31.12.2013** ▪ Emissione di 3 Rapporti di Audit dell'Autorità Competente Regionale sulle ASL **Entro 31.12.2014** ▪ Emissione di 3 Rapporti di Audit dell'Autorità Competente Regionale sulle ASL		
Responsabile del Processo Attuativo	Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione		

2.4 Riqualificazione della Rete assistenziale

2.4.1 Programma 13 – Reti assistenziali per intensità di cure

Sviluppo reti assistenziali per intensità di cure

La reingegnerizzazione dei modelli organizzativi del sistema di offerta ospedaliero legata alla attivazione di Reti cliniche rappresenta uno dei temi più attuali e maggiormente rilevanti nel panorama del dibattito in corso sulle prospettive di evoluzione del sistema sanitario, sia a livello nazionale che regionale.

A partire dall'anno 2000, infatti, si è assistito nel nostro paese a un sempre maggiore ricorso alla integrazione delle cure e alla organizzazione a rete dei servizi

Nel **PSN 2006-2008**, con riferimento alla assistenza ospedaliera**,** veniva affermato che, per l'altissima specializzazione richiesta agli ospedali "emerge la necessità di concentrare l'offerta ospedaliera in strutture dislocate strategicamente sul territorio. Gli ospedali ad alta specializzazione rappresentano lo snodo regionale ed interregionale di un sistema integrato di rete che consente il collegamento con presidi ospedalieri di livello locale e con strutture territoriali (DSS, Ospedale di comunità, Casa della Salute, ADI) per la realizzazione di modelli organizzativi finalizzati alla presa in carico del paziente, alla realizzazione di percorsi sanitari appropriati, alla garanzia della continuità delle cure e dello sviluppo dell'accessibilità da parte dei cittadini" .

Nonostante alcune complessità, le reti cliniche hanno assunto da subito un ruolo fondamentale in termini di efficienza gestionale, decisionale e di integrazione. Nel corso del tempo sono poi emersi altri aspetti legati a doppio filo alla creazione delle reti cliniche: la multidisciplinarietà, la medicina *evidence based*, l'equità di accesso alle cure, la continuità della presa in carico e la centralità del paziente.

Ad oggi, però, nonostante le esperienze di organizzazione a rete dei servizi che le Regioni hanno promosso di concerto con le comunità di professionisti del territorio si siano moltiplicate, la maggior parte di esse, anche quando ben funzionanti, deve ancora "essere messa a sistema" con la elaborazione di protocolli condivisi e la chiara definizione del sistema di *governance* e quindi dei ruoli degli attori che vi sono coinvolti.

Il tema delle reti cliniche è entrato da tempo nel dibattito sulle prospettive dei modelli assistenziali socio-sanitari anche nella regione Puglia.

Dopo la istituzione nel 2003 della rete per le Malattie Rare (DGR 223/03, DGR 464/05, DGR 171/08, DGR 2485/09, DGR 1591/12 e DGR 1695/12) e nel 2005 di quella Trapianti con il Piano Regionale di intervento nel settore del Prelievo e del trapianto di organi 2005-2007, il tema ha trovato una prima chiara esplicitazione programmatica nel Piano Regionale di Salute 2008-2010, che individuava tra gli obiettivi prioritari di sistema la attivazione di alcune reti strategiche :

- Rete Emergenza-Urgenza
- Rete dell'Infarto Acuto del Miocardio(IMA) e della Sindrome Coronarica Acuta (SCA)
- Rete dello Stroke
- Rete Neonatologica
- Rete Oncologica

e ne proponeva altre: Dialisi, Cure Palliative, Disturbi del Comportamento Alimentare.

Ad oggi risulta consolidata la rete delle Malattie Rare e avviate la rete IMA-SCA e quella Ematologica.

La **Rete delle Malattie Rare**, istituita in attuazione del Piano Regionale della Salute 2008-2010, del DM n. 279/01 e delle Direttive sancite nell'Accordo Stato-Regioni del 10/10/2007, recepito con DGR n. 588/08, ha previsto la individuazione presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Policlinico" di Bari del Centro di assistenza e ricerca sovraziendale per le malattie rare, mentre presso l'Agenzia Sanitaria Regionale (AReS) è stato costituito il Coordinamento Regionale per le malattie rare (CoReMaR), con il compito di affiancare e sostenere il Centro Sovraziendale.

Il Coordinamento ha effettuato una ricognizione delle attività svolte dai centri di riferimento già identificati dalla DGR 2238/2003 e s.m.i..

Con DGR 1591/2012 è stata aggiornata la rete pugliese dei Centri di riferimento (CIR) e dei Presidi della rete delle malattie rare.

Con successiva DGR 1695/2012 è stato avviato il Sistema Informativo Malattie Rare della Regione Puglia (SIMaRRP).

Per l'istituzione del registro regionale Malattie Rare, il CoReMaR, ha valutato appropriata l'adesione al Registro malattie rare della Regione Veneto, sia dal punto di vista metodologico che tecnico.

Nell'anno 2012 l'AReS ha stipulato la convenzione con il Registro della Regione Veneto.

Particolare attenzione è stata posta nella necessità di integrazione del SIMaRRP con gli altri sistemi informativi (SI) del Piano della Sanità elettronica della Regione Puglia, in particolare con in Sistema Edotto (integrazione al minimo con le Aree Anagrafe assistiti, Farmaceutica, Assistenza protesica, Assistenza domiciliare, Assistenza riabilitativa), con il Sistema Informativo Sanitario Territoriale (Fascicolo Sanitario Elettronico), con il Portale regionale della Salute secondo specifiche tecniche da definirsi.

Il Registro Regionale delle Malattie Rare del Veneto (RRMR) è l'output del sistema informativo ed è uno strumento importantissimo a supporto dell'assistenza resa alle persone con malattia rara, con le seguenti funzioni/componenti:

1. Sistema per la certificazione ed esenzione dei nuovi malati;
2. Sistema per il recupero del pregresso, ovvero dei malati già presenti e con diagnosi già nota ai servizi;
3. Sistema per l'estrazione dei dati e modulo delle statistiche in linea;
4. Funzione di estrazione ed invio dei dati richiesti dal Registro Nazionale delle Malattie Rare presso l'ISS;
5. Portale WEB per la gestione delle attività dei gruppi di lavoro costituiti per la definizione dei protocolli assistenziali;
6. Sistema per la gestione delle prescrizioni, distribuzioni ed eventualmente somministrazioni di farmaci (compreso il monitoraggio dei farmaci orfani), parafarmaci, dietetici e quant'altro contenuto nel piano terapeutico personalizzato;
7. Sistema per la gestione dei controlli clinici.

Il SIMaRRP è già attivo per le prime quattro funzioni mentre le ulteriori funzionalità saranno attivate progressivamente.

Nel SIMaRRP sono stati inseriti registrati oltre 6.000 assistiti con malattia rara e proseguono, comunque, le attività di registrazione dei dati.

Nel corso del 2014 è prevista la approvazione mediante apposito provvedimento di Giunta Regionale dei Piani Diagnostico Terapeutici Assistenziali con individuazione delle prestazioni da garantire ai cittadini e definizione delle relative procedure autorizzative e di erogazione

La **Rete Ematologica Pugliese**, nel contesto e nel rispetto della più ampia **Rete Oncologica**, si è prefissa di perseguire la realizzazione, con il supporto del Tavolo per la Sanità Elettronica di Puglia, di un modello di informatizzazione delle attività con l'obiettivo di:

- Integrare un unico "network di patologia" la rete dei servizi (modello e strumento organizzativo) al fine di realizzare percorsi diagnostici, terapeutici, assistenziali condivisi;
- Realizzare uno scambio efficace di informazioni e riferimenti tra pazienti, Medici delle Cure Primarie e Strutture Ospedaliere, per la gestione delle condizioni di patologia ematologica consentendo, di fatto, la presa in carico globale del paziente, con integrazione tra ospedale e livelli di assistenza gestiti sul territorio;
- Offrire e garantire diagnosi coerenti, migliore accessibilità alle cure per gli utenti, trattamenti di qualità ed efficacia rispetto ai risultati ottenuti negli ultimi anni della cura delle emopatie indipendentemente dal luogo di residenza.
- Realizzare un *Registro di Patologia*, in particolare per le Sindromi Mielodisplastiche
- Implementare *Linee Guida Nazionali* nelle realtà regionali (collaborazione AReS-Puglia, Assessorato alle Politiche della Salute)

La rete è affiancata e sostenuta nei compiti e nelle funzioni sopra riportate da un " Coordinamento regionale delle malattie ematologiche (CRME) " istituito con DGR n.912/2010 come modificata dalla DGR n. 1313 del 3.6.2010.

Il Tavolo per la Sanità Elettronica di Puglia in data 10/10/2013 ha deciso di avviare, congiuntamente al Coordinamento della Rete Ematologica pugliese una sperimentazione "pilota" del sistema informativo a supporto della rete e delle strutture di Ematologia, presso l' Azienda Ospedaliera Policlinico di Bari, prevedendone una valutazione a breve termine dei risultati per la successiva estensione all'intera Rete Ematologica di Puglia.

Obiettivi della rete sono:

1. Migliorare la qualità dell'assistenza dei malati onco-ematologici.
2. Ridurre la migrazione extraregionale.
3. Garantire uniformità nell'accessibilità alle cure del paziente.
4. Consolidare il dialogo e l'integrazione tra Specialista e MMG.
5. Condividere informazioni e modalità di approcci alla prevenzione, diagnosi e cura di malattie ematologiche.
6. Intercettare la patologia dispersa tra internisti e altri specialisti.
7. Implementare i PDTA delle patologie per una migliore appropriatezza del percorso assistenziale.
8. Promuovere la continuità assistenziale nelle varie fasi del percorso di cura.
9. Condividere modelli di assistenza comune.

Di sicuro il Piano di Rientro 2010-2012 ha creato rallentamenti per lo sviluppo delle reti in attesa del completamento del riordino della rete ospedaliera, conclusosi con la approvazione del Regolamento n. 36/2012.

Individuazione dei presidi in base al modello Hub & Spoke secondo la logica dell'intensità delle cure e relativa individuazione dei Centri di riferimento.

Le Reti per intensità di cure vengono definite sulla scorta dei seguenti criteri:

1) *Individuazione delle strutture (presidi) costitutivi della rete: modello Hub & Spoke*

   L'idea di fondo che guida questo processo di specializzazione e riposizionamento strategico delle singole strutture appartenenti alla rete è identificabile nel **modello organizzativo reticolare** del tipo poli/antenne: all'interno del *network* vengono identificati dei centri o poli di eccellenza (*hub*) rispetto a precise aree di intervento sanitario e delle unità operative che fungono da antenne o centri periferici (*spoke*) e sono quindi dislocate nelle strutture che non ospitano il polo.

   Di conseguenza due sono le alternative:

   - una struttura ospita il polo di riferimento e le restanti fungono da antenne, cioè accolgono il paziente, ma senza trattarlo lo inviano direttamente al polo;
   - una struttura ospita il polo di riferimento e le restanti ospitano centri periferici che operano una selezione dei casi secondo un modello che prevede il trasferimento nel polo di riferimento dei casi di maggiore complessità (con ritorno in periferia nelle successive fasi di riabilitazione e follow up), mentre quelli di minore severità vengono gestiti nel centro periferico di accettazione (ospedaliero o territoriale), sulla base di protocolli e percorsi diagnostico-terapeutici predefiniti.

   - La prima soluzione si adatta alla gestione di patologie a bassa prevalenza/incidenza nella popolazione ovvero di patologie che richiedano approcci diagnostici/terapeutici di elevata complessità. Un esempio appropriato di questa categoria di patologie è rappresentato dalla **Sclerosi Laterale Amiotrofica**
   - La seconda può essere implementata per patologie ad elevata prevalenza/incidenza, per le quali è opportuno attivare percorsi di presa in carico globale del paziente omogenei sul territorio regionale, sulla base di linee guida e protocolli concordati tra tutti gli attori del sistema. E' questo il caso ad es. **della patologia neoplastica, delle cardiopatie ischemiche e più in generale di tutte le patologie croniche ad elevato impatto sociale.**

In ogni caso, indipendentemente dal modello adottato, il principale risultato che la regione si attende dall'assetto a rete e dal riposizionamento delle strutture ad essa partecipanti, consiste in una aumentata capacità di contatto con il cittadino, dato che nella rete si moltiplicano i possibili punti di accesso rispetto a ciascuna struttura.

Questo fatto ha delle ovvie implicazioni positive sulla capacità competitiva di ciascuna struttura, la quale può sfruttare indirettamente la forza attrattiva delle restanti.

2) *Modello di Governance*

   Definizione dei PDT appropriati, con relativa produzione di documenti di indirizzo alle Aziende (Regolamenti, Linee Guida, Protocolli e Procedure): viene effettuata da tavoli tecnici ad hoc per ciascuna rete, con il coinvolgimento delle Società Scientifiche ed esperti (in analogia a quanto già fatto per la Rete Ima/Sca, Rete Ematologica….)

3) Strumenti di Analisi

Utilizzo dei dati relativi alle attività di ricovero (flussi SDO) per la valutazione della tipologia dei ricoveri, con analisi del percorso del paziente (eventuali trasferimenti da altri presidi, procedure effettuate, eventuali ricoveri ripetuti, ecc…). I dati di attività ospedaliera saranno incrociati con i flussi relativi al servizio dell'emergenza-urgenza per l'analisi del percorso del paziente preso in carico attraverso il 118.

Il modello d'analisi riproporrà il metodo utilizzato per l'analisi del percorso del paziente con IMA/SCA.

Le definizioni di dettaglio per le singole reti saranno effettuate da specifici tavoli di lavoro che saranno attivati per ciascuna tematica, in relazione al bacino di utenza ed al fabbisogno storico e teorico. A tali tavoli di lavoro è demandato in particolare il compito di procedere alla definizione della metodologia da impiegare per l'individuazione dei presidi coinvolti, il modello di governance, gli strumenti da utilizzare nell'analisi della loro funzionalità.

Relativamente allo stato attuale di implementazione ovvero di programmazione delle azioni relative alle singole Reti tempo dipendenti si riportano di seguito gli atti sinora adottati:

IMA-SCA

1. DGR 397/2008, con cui è stato approvato il "Progetto obiettivo di rilevanza regionale per la realizzazione di una rete regionale per IMA (infarto miocardio acuto) e SCA (sindrome coronaria acuta)".
2. DGR n. 3006 e DGR n. 3007 del 2012 e DGR 1240 del 2013 per rete cardiologie completa (HUB + SPOKE); nel programma di riorganizzazione della rete cardiologica è stato confermata la denominazione di UTIC solo per le unità di cardiologia dotate di laboratorio di emodinamica. Nelle cardiologie è stata prevista l'attivazione di posti letto di area critica in numero tale da rispettare lo standard del rapporto 3:1 tra posti letto di cardiologia e posti letto dedicati alla terapia intensiva cardiologica.

STROKE

1. DGR n. 1251 del 31/8/2006 "Documento di indirizzo per l'organizzazione della rete regionale di assistenza ai pazienti con ictus cerebrale."
2. Legge Regionale n. 26/2006 art.11 comma 2, che ha disposto che le ASL provvedano all'attivazione di almeno un modulo di sei posti letto di terapia semintensiva neurologica (*stroke unit*).
3. Legge regionale n. 23/2008 (Piano regionale salute 2008-2010), che prevede l'attivazione delle *stroke unit* nell'ambito delle UUOO di neurologia in Puglia anche per effettuare la terapia trombolitica.

TRAUMA

Si rinvia al Programma 15 - Rete dell'emergenza-urgenza.

ONCOLOGIA

La Regione Puglia ha previsto nel Piano Regionale di Salute 2008-2010, approvato con la L.R. n. 23/08, l'istituzione di una Rete Oncologica Pugliese (ROP), finalizzata al perseguimento di una

aggregazione funzionale ed integrata di unità operative e servizi ospedalieri e territoriali che operi nel rispetto dell'autonomia clinico - assistenziale delle singole componenti.

Il Piano Regionale di Salute 2008-2010 ha previsto per la rete oncologica una modello organizzativo articolato nel modo seguente:

Consulta Oncologica Regionale permanente con un *Comitato Operativo*, con il compito di elaborare un modello di organizzazione della filiera prevenzione-diagnosi-cura-riabilitazione in campo oncologico.

Registro Tumori della Regione Puglia, istituito con DGR 1500/2008, come struttura tecnico-scientifica della Rete Oncologica regionale, deputato al conseguimento dei seguenti obiettivi:

- la **misurazione della mortalità, della incidenza, della prevalenza e della sopravvivenza** del cancro in modo omogeneo e standardizzato sull'intero territorio;
- la redazione di una **relazione annuale** sulla frequenza della patologia neoplastica in Puglia e sullo stato di prevenzione primaria e secondaria del cancro, sulla base della quale individuare aree critiche e priorità;
- lo svolgimento di **indagini epidemiologiche** intese a stimare i rischi cancerogeni nel territorio regionale;
- il **supporto all'Assessorato** per le Politiche della Salute e alle Aziende Sanitarie Locali per la **pianificazione, l'attuazione e la valutazione di interventi di prevenzione primaria e secondaria**, la **valutazione dell'efficacia di programmi di screening** per i tumori;
- il **monitoraggio e la valutazione dei dati relativi all'accesso e alla qualità dei servizi** diagnostici e terapeutici, alla sopravvivenza dei pazienti affetti da cancro, fornendo confronti con altre regioni o paesi e indicazioni utili alla programmazione sanitaria

Il Registro Tumori ha sede l'IRCCS Oncologico Giovanni Paolo II di Bari.

Unità di Coordinamento

L'*IRCCS Oncologico di Bari Giovanni Paolo II*, già individuato dalla Regione come "Centro di Riferimento Oncologico Regionale", l'*IRCCS "S. De Bellis" di Castellana Grotte* per le neoplasie di pertinenza gastroenterologica, le *Aziende Ospedaliere Universitarie* operanti nella regione, in collaborazione con la Consulta Oncologica Regionale.

Dipartimenti integrati ospedale-territorio

Attività di indirizzo e supporto, sia ospedaliere che territoriali

- Screening
- Diagnosi
- Degenza ordinaria o in day hospital
- Follow up
- Riabilitazione
- Terapie Domiciliari

Centro di Orientamento Oncologico (C.O.R.O) che collabora con il MMG, secondo le modalità operative del "*Care Management*", attraverso l'utilizzo della cartella informatizzata del paziente, fonte dati per il Registro Tumori Regionale**.**

Gruppi Patologia Interdisciplnari (GPI)

Unità Oncologiche

- Unità Operative Ospedaliere (ricovero ordinario, in day-hospital, in day-service)

- Articolazioni Operative del Distretto (prevenzione secondaria, diagnostica di primo livello, ADI, riabilitazione)
- *Hospice*, previsti dalla programmazione regionale

13.1 Definizione dei percorsi di cura secondo la logica dell'intensità delle cure e relativa individuazione dei Centri di riferimento.

Programma 13 – Reti assistenziali per intensità di cure			
13.1 Definizione dei percorsi di cura secondo la logica dell'intensità delle cure e relativa individuazione dei Centri di riferimento			
Programma	**Obiettivo Generale**	**Obiettivi Specifici**	**Indicatori di Risultato**
Sviluppo delle reti cliniche	▪ **Rete IMA-SCA** Completamento della rete secondo il modello d'organizzazione Hub e Spoke delle strutture, incluse quelle private accreditate.	Elaborazione di Linee Guida e Protocolli Operativi al fine di: 1) Uniformare le procedure di gestione del paziente STEMI in ambito regionale 2) Favorire la diagnosi precoce 3) Aumentare la percentuale di pazienti trattati precocemente con terapia riperfusiva 4) Ridurre la mortalità e morbilità degli stessi	• Incremento di almeno il 10% per anno dei pazienti con diagnosi di IMA/STEMI presi in carico attraverso il 118 sul n. totale di pazienti con diagnosi di IMA/STEMI • Incremento del n. di PTCA primarie eseguite in pazienti con IMA/STEMI entro 90 min. dal primo contatto medico (118/PS) sul n. totale di ricoveri per IMA/STEMI • N. pazienti con IMA/STEMI trattati con PTCA nel corso del primo ricovero sul totale dei pazienti con IMA/STEMI presi in carico dal 118
	▪ **Rete STROKE** Attuazione del progetto integrato di rilevanza regionale per la realizzazione di una rete regionale per la prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza di persone con Malattia Cerebro Vascolare acuta (include ictus ischemico, emorragico, emorragia subaracnoidea e TIA)	a) Definizione del progetto con identificazione delle priorità di intervento per migliorare la gestione della patologia, garantire una maggior qualità dell'assistenza offerta al paziente, e mantenere la sostenibilità per il sistema sanitario. – Elaborazione di Linee Guida e Protocolli Operativi al fine di favorire la presa in carico e l'assistenza complessiva offerta al paziente. b) Definizione del percorso del paziente con ictus ischemico in fase acuta da sottoporre a trombolisi venosa. Completamento della rete attraverso l'organizzazione secondo criteri Hub e Spoke delle strutture dedicate alla	• Elaborazione e stesura del Piano regionale Stroke. • Attivazione in ognuna delle tre macroaree regionali : Nord (ASL FG - BT), area metropolitana Bari (ASL BA), Sud (ASL BR - TA - LE) di due Unità di Terapia Subintensiva con 6 PL nell'ambito di UO di Neurologia, allocate in Ospedali di riferimento (DEA II livello) • Incremento almeno del

		gestione del paziente con ictus in fase acuta (stroke unit). Elaborazione di Linee Guida e Protocolli Operativi al fine di: – Uniformare le procedure di gestione del paziente con ictus in fase acuta in ambito regionale – Favorire la diagnosi precoce – Aumentare la percentuale di pazienti con ictus ischemico trattati precocemente con terapia trombolitica venosa – Ridurre mortalità e morbilità di questa patologia. c) Definizione di un percorso per la prevenzione primaria e secondaria dell'ictus nei pazienti con fibrillazione atriale. Elaborazione di Linee Guida e Protocolli Operativi al fine di: – Uniformare le procedure di gestione del paziente con fibrillazione atriale in ambito regionale – Ridurre la mortalità e morbilità di questa patologia. d) Definizione del quadro assistenziale riabilitativo dei pazienti con ictus in fase acuta. Valutazione e analisi dell'attuale assistenza riabilitativa del paziente con ictus in fase acuta nelle strutture dedicate (stroke unit)	5% di pazienti con diagnosi di ictus ischemico trattati con trombolisi sul n. totale dei pazienti eleggibili entro le 4 ore e mezza dall'evento. • Incremento del n. di pazienti con FA trattati secondo le linee guida sul n. totale dei pazienti noti con FA non valvolare. • Incremento del n. di pazienti sottoposti a riabilitazione precoce nella fase acuta dell'ictus
	▪ **Rete TRAUMA** Attuazione dell'Accordo Stato-Regioni del 4 aprile 2002 "linee guida per l'organizzazione di un sistema di assistenza integrato di assistenza ai pazienti con mielolesioni e /o cerebro lesioni da trauma" definisce i criteri per l'assistenza ai soggetti colpiti da traumatismo imperniati su strutture ospedaliere competenti nella cura del trauma definite "Centri Trauma o Trauma Centers" e sui Centri di Riabilitazione.	1)Elaborazione di Linee Guida e Protocolli Operativi al fine di: 1) Individuare un modello di rete integrata "hub e spoke". 2) 3) Il modello deve assicurare anche l'integrazione con le Strutture di Riabilitazione in modo da garantire con tempestività sia la riabilitazione del soggetto traumatizzato nella fase del ricovero in acuzie che la successiva presa in carico, in rapporto alla situazione clinica del paziente, da parte delle strutture che operano nella fase post-acuta (Unità Spinali, UO di Medicina Riabilitativa)	• Individuazione e attivazione di un Centro Trauma per Macro Area (ASL FG-BT, ASL BA, ASL TA-BR-LE)
	▪ **Rete ONCOLOGICA** Gli obiettivi della Rete Oncologica della Puglia (ROP) sono:	1) Elaborazione di Linee Guida e Protocolli Operativi al fine di :	• Riduzione della

	• Ottimizzare il percorso diagnostico, terapeutico ed assistenziale del paziente • Razionalizzare l'impiego di risorse umane e materiali in ambito sanitario • Superare la frammentarietà e la disomogeneità delle prestazioni sanitarie in ambito oncologico tramite la condivisione di protocolli all'interno della Rete e l'affidamento del paziente al nucleo operativo più appropriato in funzione della fase della malattia.	• Migliorare la capacità di attrazione della ROP nei confronti dei pazienti con patologie neoplastiche • Definire la gestione coordinata delle procedure diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di oncologia, nelle forme più efficaci possibili • Garantire la presa in carico globale del paziente e del suo nucleo familiare, anche sotto il profilo del sostegno psicologico • Sviluppare le attività di audit clinico tra tutti gli operatori 2) Individuazione di una figura infermieristica con funzioni di "Care Manager" per la presa in carico del paziente oncologico per l'attuazione del PDT	mobilità extraregionale passiva per patologie neoplastiche (anno di riferimento 2012) • Miglioramento della mobilità extraregionale attiva per patologie neoplastiche in ambito ematologico (anno di riferimento 2012) • Riduzione della mobilità extraregionale passiva per ricoveri in ambito oncologico, con particolare riferimento ai DRGs ad alto rischio di in appropriatezza (anno di riferimento 2012) • Adozione entro giugno 2014 di Linee Guida e Protocolli assistenziali EBM per patologie oncologiche prevalenti (con riferimento alle LG AIOM), attraverso specifiche Consensus Conference • Riduzione della mobilità intraregionale per prestazioni in ambito oncologico (attività di ricovero e specialistica territoriale-anno di riferimento 2012) • Rispetto dei tempi di attesa previsti per i PDT oncologici nel PNGLA sia per la fase diagnostica che per quella terapeutica
Cronoprogramma	**Entro il 31.10.2014** ▪ definizione del nuovo modello regionale delle reti tempo dipendenti ed oncologica attraverso: 1) la costituzione di gruppi di lavoro 2) produzione di documenti di analisi ed indirizzo 3) riorganizzazione delle reti assistenziali per gli ambiti di maggiore impatto con contestuale rivisitazione dei centri Hub & Spoke **Entro il 31.03.2015**		

	▪ stabilizzazione delle reti attivate con implementazione del modello di governance **Entro il 31.12.2015** ▪ definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali per almeno tre aree di particolare interesse, in aggiunta all'area oncologica e cardiovascolare.
Impatto Economico	Per quanto attiene la definizione delle reti cliniche, la misura non comporta differenziali rispetto al valore economico tendenziale in quanto incide sul miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria e del governo clinico.
Responsabile del Processo Attuativo	Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione

13.2 Definizione dei percorsi diagnostico terapeutici relativi ad alcune aree di particolare interesse, in aggiunta all'area oncologica e cardiovascolare, che prevedano la integrazione ospedale/territorio.

I Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) sono piani interdisciplinari di cura creati per rispondere a bisogni complessi di salute del cittadino. Sono altresì strumenti di gestione clinica usati da chi eroga prestazioni sanitarie per definire la migliore sequenza di azioni, nel tempo ottimale, degli interventi efficaci rivolti a pazienti con particolari patologie.

Lo scopo dei PDTA è di centrare l'assistenza sui bisogni complessi di salute del cittadino, promuovere la continuità assistenziale, favorire l'integrazione fra gli operatori, ridurre la variabilità clinica, diffondere la medicina basata sulle prove (EBM), utilizzare in modo congruo le risorse. Per quanto riguarda le patologie tempo dipendenti i relativi protocolli terranno conto della organizzazione del sistema di emergenza-urgenza.

Programma 13 – Reti assistenziali per intensità di cure			
13.2 Definizione dei percorsi di cura			
Programma	**Obiettivo Generale**	**Obiettivi Specifici**	**Indicatori di Risultato**
Definizione di PDTA	**PDTA BPCO/ASMA:** promuovere e mantenere le migliori condizioni di salute possibili del malato con BPCO mediante: ▪ promozione di interventi e comportamenti individuali e collettivi a valenza protettiva: lotta al fumo, vaccinazioni, sorveglianza degli ambienti di lavoro, ossigenoterapia, educazione sanitaria ▪ incremento del numero di diagnosi precoci corrette e stadiazione di BPCO ▪ trattamento del paziente affetto da BPCO in modo conforme allo stato di gravità	▪ Implementazione dei nuovi PDT BPCO proposti dalle Società Scientifiche (AIPO, SIMeR e SIMG) ha come obiettivi: ▪ rendere le linee guida della Regione Puglia (Giusta Deliberazione della Giunta Regionale Puglia n. 91 del 10.06.2011) omogenee alle più recenti linee guida internazionali e nazionali ▪ migliorare lo stato di salute dei pazienti affetti da BPCO, incidendo sulla qualità di vita e sul numero di riacutizzazioni	1) n. complessivo dei pazienti affetti da BPCO (coorte stabilita dal MMG e dalla banca dati assistiti) secondo il percorso e loro classificazione per ciascuno stadio (MMG) 2) n. di ricoveri per DRG riconducibili ad ostruzione bronchiale 3) consumo di farmaci broncodilatatori/cortisonici e/o antibiotici

	▪ utilizzo razionale dei farmaci nella fase cronica e nelle riacutizzazioni **PDTA Oncologici** Definire percorsi di qualità per il cittadino/paziente, rispetto ai quali integrare competenze e risorse. **PDTA Cardiovascolari** **Ipertensione arteriosa :** ▪ Fornire a tutti gli operatori sanitari un modello per la gestione del paziente iperteso ▪ Migliorare l'individuazione ed il controllo dell'ipertensione arteriosa e ridurre il rischio cardio vascolare globale ottimizzare l'intervento sanitario **Scompenso Cardiaco:** ▪ Creazione, per il malato dimesso dopo scompenso acuto, di percorsi condivisi tra Ospedale e Territorio che siano differenziati in relazione alla	"Sviluppare reti oncologiche con modelli tipo "Hub" e "Spoke", dedicate in particolare allo sviluppo e all'applicazione di nuove metodologie diagnostiche e terapeutiche ad alto contenuto tecnologico, secondo l'Intesa Stato-Regioni 10/02/2011 che ha approvato il "Piano Oncologico Nazionale"e quindi la definizione di linee guida o percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali ▪ PDTA Cr Mammella ▪ PDTA Cr Polmone ▪ PDTA Cr Colonretto ▪ PDTA Cr Utero ▪ Incrementare il n. di pazienti ipertesi in buon controllo pressorio ▪ Definire l'approccio organizzativo ass.le e i Centri di gestione integrata ▪ Definire il percorso diagnostico ▪ Definire gli indirizzi dell'intervento farmacologico ▪ Predisporre strumenti per la diffusione e condivisione delle Linee Guida ▪ Predisporre strumenti per la verifica dell'applicazione ed efficacia delle Linee Guida ▪ Adozione, alla dimissione ospedaliera post-SC acuto, di un modello di Lettera di Dimissione strutturata, destinata a contenere tutte le informazioni necessarie affinché la gestione del paziente successiva alla dimissione possa avvenire nella modalità più adeguata. ▪ Mantenimento e/o istituzione di uno o più Ambulatori dedicati alla cura dello SC, cui afferisce un team multidisciplinare. Tali Ambulatori devono consentire un canale preferenziale di accesso del Medico di Medicina Generale (MMG) alla consulenza specialistica. A tali ambulatori i pazienti afferiscono dopo	1) n. 1 percorso diagnostico-terapeutico assistenziale attivato per le seguenti patologie oncologiche: ▪ Cr Mammella ▪ Cr Polmone ▪ Cr Colonretto ▪ Cr Utero ▪ Riduzione N. DRG per ipertensione in 1-2 diagnosi di ricovero ▪ N. ricoveri ripetuti a 30 e 90 gg. dalla dimissione ▪ N. accessi in PS/DEA dopo la dimissione ▪ Mortalità intraospedaliera e a 30gg dalla dimissione ▪ N. pz dimessi e seguiti in ADI ▪ N. pz dimessi e seguiti dai MMG in ADP

	gravità del quadro clinico dello scompenso ▪ Per la funzionalità di tali percorsi differenziati, un requisito fondamentale dovrà essere rappresentato dalla definizione di specifici criteri di accesso dei pazienti alle varie tipologie d'intervento (continuità assistenziale/cure riabilitative) **PDTA Malattie Metaboliche (Diabete, Iperdislipidemia….)** Ottimizzare la cura della malattia diabetica e prevenire le complicanze mediante: ▪ Diagnosi precoce della malattia diabetica ▪ Promozione della partecipazione attiva del malato alla gestione della propria malattia ▪ Monitoraggio/gestione metodica del paziente diabetico da parte del MMG ▪ Cura e diagnosi delle complicanze con integrazione delle diverse competenze professionali ▪ Utilizzo appropriato delle risorse disponibili	valutazione cardiologica conseguente a visita cardiologica ambulatoriale. Implementazione dei PDT per il paziente diabetico	▪ N. diabetici totali ASL, Distretto, per Sesso ed età su totale popolazione ▪ N. diabetici totali in carico al singolo MMG suddivisi per sesso ed età ▪ Consumo quantitativo di prestazioni di ricovero, diagnostica ambulatoriale, visite specialistiche, presidi, e farmaci collegati alla patologia diabetica.

Cronoprogramma	**Entro il 31.10.2014** ▪ in parallelo con la riorganizzazione delle reti assistenziali con contestuale rivisitazione dei centri Hub & Spoke, individuazione di tre aree ritenute di particolare impatto (es. oncologica, cardiovascolare, malattie metaboliche) all'interno delle quali procedere alla definizione di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali **Entro il 31.03.2015** ▪ sviluppo dei PDTA già individuati, con implementazione del relativo modello di *governance* **Entro il 31.12.2015** ▪ stabilizzazione dei PDTA attivati e individuazione di ulteriori PDTA anche in altre aree
Impatto Economico	Per quanto attiene la definizione dei percorsi di cura e dei PDTA, la misura non comporta differenziali rispetto al valore economico tendenziale in quanto incide sul miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria e del governo clinico.
Responsabile del Processo Attuativo	Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione

13.3 Definizione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) per le cronicità

La Regione Puglia ha recepito con Deliberazione di Giunta Regionale n. 164 del 16.02.2014 il Piano Nazionale Diabete.

Nei 22 Comuni pugliesi interessati dal Riconversione delle strutture ospedaliere, a seguito del piano di riordino, sono state previste forme organizzate di Cure Primarie in un'ottica di offerta multiprofessionale.

L'obiettivo generale è quello di offrire servizi in grado di promuovere *setting* assistenziali appropriati.

I 49 Distretti coprono una Regione che presenta una conformazione territoriale estremamente disomogenea con differenze epidemiologiche, demografiche ed orografiche del territorio regionale e della conformazione degli ambiti territoriali distrettuali e dei servizi sanitari censiti.

Si è ritenuto opportuno suddividere grossomodo il territorio della Regione Puglia nelle seguenti "macrozone":

- **Zona Nord:** coincidente con il territorio della ASL FG, che conta n. 61 comuni **(di cui 13 superano 10.000 Ab.)** e che presenta una criticità specifica relativa soprattutto alla numerosità dei comuni piccoli presenti, tra l'altro, in zone disagiate e deprivate come i monti Dauni, il Gargano e le isole Tremiti;
- **Zona Centro**: coincidente con il territorio delle AASSLL di BT e BA, che in "soli" n. 51 comuni **(41 ASL BA e 10 ASL BT, di cui 8 non superano 10.000)** somma 1.638.512 Ab., **(40% del totale)** in comuni di media e grande dimensione con specifiche esigenze in merito alla distribuzione dei servizi ed all'offerta sanitaria;
- **Zona Sud**: coincidente con il territorio delle AA.SS.LL. di Brindisi, Lecce e Taranto, il cosiddetto "Grande Salento", che solo nella provincia di Lecce conta 97 comuni **(cui "solo" 13 superano 10.000)** dislocati su un territorio vasto, anche se meno problematico in termini di viabilità rispetto alla zona nord, e che richiede soluzioni legate alla fruibilità dei servizi ed alla prossimità delle cure totalmente differenti rispetto alla prime due zone.

La riorganizzazione della rete ospedaliera è stata programmata anche sulla scorta dell'evidenza mostrata dai dati dei ricoveri degli ospedali in riconversione, successivamente raccolti ed analizzati nell'allegato alla Delibera DG AReS n. 175/2011, che metteva in luce l'inappropriatezza del *setting*

assistenziale del ricovero ospedaliero rispetto ai bisogni manifestati dai residenti dei Comuni coinvolti nel processo di rifunzionalizzazione delle strutture.

In continuità con tutte le azioni intraprese per avviare il cambiamento di sistema del Servizio Sanitario Regionale, l'AReS ha chiesto alla Giunta Regionale l'autorizzazione all'utilizzo di risorse finanziarie proprie per avviare un modello assistenziale per la gestione dei pazienti cronici, già sperimentato nella ASL di Lecce con il Progetto denominato "Leonardo".

AReS Puglia ha messo a punto un piano di implementazione dello stesso modello assistenziale che, nella sua prima fase di attuazione, è stato denominato "Progetto Nardino" (stessa Delibera D.G. n. 175/2011) e nella fase successiva, di implementazione su tutto il territorio regionale, "Progetto *Care* Puglia", con l'obiettivo di rendere ordinario il modello assistenziale del Chronic Care su tutto il territorio regionale

Il Piano di implementazione del modello prevede il graduale coinvolgimento, attraverso tre distinte fasi, delle aggregazioni monoprofessionali della Medicina Generale e delle Strutture Distrettuali attraverso l'attivazione degli ambulatori infermieristici e degli ambulatori delle cronicità.

Il modello assistenziale adottato si basa sulla presa in carico del paziente cronico, nell'ambito delle cure primarie, secondo il *Chronic Care Model*.

Le patologie croniche, diabete mellito, Malattia Cardio-Vascolare (MCV) cronica conclamata o alto rischio per MCV, Scompenso Cardiaco, Bronco-Pneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) sono le prime ad essere entrate nel percorso assistenziale, tenuto conto della loro maggiore prevalenza.

Principio fondamentale del modello è l'individuazione dei compiti assistenziali dei diversi professionisti coinvolti, soprattutto nei collegamenti tra Territorio-Ospedale-Territorio (chi fa che cosa?), e la forte integrazione tra di essi attraverso momenti istituzionalizzati di integrazione multiprofessionale.

Si tratta di applicare il protocollo di presa in carico delle persone fragili e affette da patologie croniche attraverso l'introduzione della figura *dell'Infermiere Care Manager nelle forme evolute di associazionismo medico e nel Servizio Infermieristico ed Ostetrico Distrettuale*, già previsto all'interno dell'organizzazione del Distretto dal Regolamento regionale n. 6/2011.

Elemento innovativo è l'Infermiere *Care Manager* (CM), una figura professionale per molti aspetti nuova che coniuga le capacità professionali infermieristiche con quelle di informazione, educazione al *self-management* e *coaching* del paziente, che svolge funzioni di assistenza ma anche di collegamento tra i diversi attori del percorso assistenziale, favorendo l'integrazione e fungendo da tutor del paziente.

Attraverso l'educazione e la responsabilizzazione del paziente e la sua collaborazione con i MMG, *Care Manager* e specialisti territoriali ed ospedalieri, si migliora l'aderenza ai percorsi diagnostico – terapeutici - assistenziali, con una forte attenzione agli stili di vita salutari, per ottenere migliori *outcome* clinici.

L'obiettivo generale, in questo modo si realizza attraverso percorsi assistenziali appropriati che consentono di procrastinare il più possibile l'insorgenza di comorbilità e, quindi, lo stato di non autosufficienza che presuppone *setting* assistenziali ad alta intensità.

La prima fase, ancora in corso, prevede il coinvolgimento dei 20 Comuni interessati dalla riconversione delle Strutture Ospedaliere. In questa fase è prevista l'assegnazione degli infermieri.

La seconda fase, già avviata, coinvolge tutti i Comuni che compongono i 16 Distretti SocioSanitari interessati dalla riconversione degli Ospedali.

Nella terza fase, il "*Chronic Care Model*" viene proposto come modello standard di riferimento, da estendere su tutto il Territorio Regionale, attraverso il coinvolgimento dei restanti 33 Distretti, in modo da consolidare e diffondere il modello ordinario di Gestione dei Protocolli Diagnostico-Terapeutici e Assistenziali (PDTA) per la presa in carico della Persona affetta da patologia a lungo termine.

L'ipotesi prevista dalla terza fase è quella di avviare nelle sedi scientifiche ed istituzionali preposte, comprese quelle sindacali, un programma che, attraverso la condivisione del modello, l'analisi dei risultati del progetto (prima e seconda fase) possa essere implementato su tutto il territorio regionale in maniera sistemica.

Vale la pena ribadire che si tratta di **risorse finanziarie proprie dell'AReS pari a € 3.923.272,34 relative a residui di assegnazione indistinta degli anni precedenti.**

Le tipologie organizzative già previste nel Programma "*Care* Puglia" e più coerenti con l'organizzazione distrettuale rilevata sul territorio regionale, attraverso le quali attuare il protocollo di presa in carico, sono:

- modello basato sulle forme complesse di associazionismo della Medicina Generale;
- modello basato sulle Case della Salute o Centri Territoriali di Assistenza;
- modello basato sul Servizio Infermieristico ed Ostetrico Distrettuale che prevede l'attivazione degli Ambulatori Infermieristici all'interno dell'Assistenza Specialistica Territoriale che rappresenta un sistema molto diffuso nella rete dell'offerta regionale.

Tuttavia, si tratta di tipologie flessibili che possono contemplare altre forme multi professionali e monoprofessionali come quelle previste dalle norme nazionali e regionali, come:

- Unità Territoriale di Assistenza Primaria (UTAP);
- Unità Complessa Cure Primarie (UCCP;)
- Nuclei Cure Primarie (NCP);
- Casa della Salute;
- Centri di Assistenza Primaria (CAP);
- Centri di Assistenza Primaria Territoriale (CAPT);
- Presidi Territoriali di Assistenza (PTA);
- Centri Clinico-Assistenzali Distrettuali (CeCAD).

I primi risultati riportati nelle tabelle che seguono, pur essendo confortanti ed in linea con le esperienze internazionali e nazionali, potranno essere valutati a medio termine, quando il processo di presa in carico delle persone arruolate sarà strutturato e consolidato.

Tuttavia, si tratta di un modello assistenziale, "*Chronic Care Model*" (CCM), i cui risultati sono stati abbondantemente evidenziati da numerosi studi scientifici effettuati negli Stati Uniti d'America dove il modello è stato attuato a partire dal 2001.

Il modello concettuale del CCM si basa essenzialmente sulla costruzione di una forte integrazione tra il paziente (informato e attivato nei confronti della sua condizione clinica) ed il team degli operatori (preparati e attivamente impegnati in interventi di prevenzione e promozione della salute).

Recentemente, l'organizzazione "*Pan American Health Organization*" ha pubblicato un rapporto in cui viene fatto il punto sulla diffusione nell'intero continente americano di tale modello assistenziale. Il rapporto medesimo, infatti, evidenzia come ormai il modello è universalmente

diffuso (dal Canada al Perù, passando per gli USA e per gli altri stati del Centro America). Il rapporto, inoltre, mette in luce le esperienze più avanzate nei diversi paesi presi in esame e di ciascuno di essi illustra in modo analitico gli specifici campi in cui il CCM ha trovato applicazione.

Il dibattito sul modello di presa in carico delle cronicità e delle fragilità è su tutti i tavoli delle Società Scientifiche, del Ministero della Salute e per il suo tramite dell'Agenzia Nazionale Sanitaria (AgeNaS). Un dibattito che ha generato modelli assistenziali che, anche in Italia, si sono tradotti in numerose esperienze sul campo, in alcuni casi già avanzate e consolidate, come ad esempio quella attuata in Toscana dalla ASL di Arezzo. I risultati di tali esperienze sono stati presentati in un confronto avvenuto presso l'Università Bocconi di Milano, dove l'AReS è stata chiamata a esporre il progetto assieme ad altre sei regioni che sperimentano analoghi percorsi di assistenza e presa in carico. I dati presentati dalla ASL di Arezzo, per questo già citata, sono particolarmente incoraggianti in quanto, avendo già attuato il CCM da più di tre anni, ha presentato risultati lusinghieri (agli atti di questa Agenzia sono disponibili le slide della presentazione).

In Puglia, la necessità di avviare forme e modalità di implementazione del CCM, nasce dall'acuirsi di criticità diverse sia di natura demografica che epidemiologica. Il quadro epidemiologico, infatti, è in profonda evoluzione e si sostanzia attraverso l'emersione di una nuova epidemia globale: la cronicità e l'invecchiamento della popolazione.

La valutazione degli indicatori di processo e di esito di tali sperimentazioni, sebbene realizzati in contesti differenti, indicano che:

- Il modello organizzativo favorisce il coordinamento dell'assistenza tra i professionisti sanitari e fa migliorare la relazione con il paziente;
- I *care managers* beneficiano della relazione fiduciaria tra medico di famiglia e paziente, rafforzandola poi con il loro ruolo di sostegno e supporto;
- E' altissima la soddisfazione di tutti gli attori coinvolti (MMG, CM, Specialisti e Pazienti);
- Il modello assistenziale è efficace nel migliorare i comportamenti salutari e gli *outcome* psicosociali e clinici dei pazienti;
- Il modello di presa in carico dei pazienti promuove una adeguata adesione alle Linee guida ed ai Protocolli assistenziali;
- Il progetto dimostra il valore della personalizzazione del piano assistenziale.

Un'ultima considerazione riguarda i riflessi sulla riduzione dei rischi per i pazienti cronici nelle cure territoriali, garantita dal processo di presa in carico dei pazienti e dalla gestione secondo PDT e protocolli assistenziali disegnati per la cronicità.

L'analisi dei risultati permette di affermare che questo nuovo modello organizzativo può garantire vantaggi a tutti gli attori del sistema sanitario.

I risultati del Progetto Leonardo sono stati pubblicati in uno speciale del Sole24ore Sanità e sono stati oggetto di numerosissime comunicazioni scientifiche e pubblicazioni in ambito nazionale ed internazionale. In virtù dei risultati ottenuti, al Progetto Leonardo è stato conferito il 1° Premio assoluto per la sezione Educare alla salute nella VIII Edizione del Forum P.A. 2007 ed è stato "Progetto Segnalato" nella ed. 2008 del Premio nazionale "T. Terzani per l'Umanizzazione della Medicina".

D'altra parte, già a un anno dall'avvio del Progetto Nardino sono stati riscontrati incrementi notevoli nel raggiungimento degli obiettivi prefissati dal profilo di cure impostato attraverso la procedura di presa in carico dei pazienti diabetici, con scompenso cardiaco e con rischio cardiovascolare attraverso il CCM. Tutti i parametri considerati dagli indicatori d'esito dimostrano

risultati favorevoli: essi sono costantemente monitorati attraverso il software di gestione e sono verificabili in tempo reale.

Proprio sulla scorta dei risultati derivanti dalla sperimentazione del Progetto Leonardo e dalla pressante richiesta di cambiamento del sistema cosiddetto prestazionale, questa Agenzia Regionale ha chiesto alla Giunta Regionale di proseguire nella attuazione del modello assistenziale CCM, sistema della presa in carico, nei comuni in cui era presente una struttura ospedaliera da riconvertire, dando vita al "Progetto Nardino".

Si sta valutando, inoltre, attraverso opportune procedure di *linkage*, il possibile collegamento tra la base di dati del progetto e la Banca Dati Assistiti (B.D.A.) contenente tutti gli eventi sanitari dentro e fuori Regione riconducibili al singolo soggetto presenti nel sistema informativo regionale Edotto.

Tale collegamento riveste particolare rilevanza per il differente e complementare contributo informativo fornito dalle due banche dati.

Infatti:

- il Sistema Informativo del progetto consente la disponibilità di dati puntuali, ad hoc, raccolti direttamente, *face-to-face*, da personale addestrato con procedure e strumenti validati e standardizzati su un campione rappresentativo della popolazione pugliese;
- la Banca Dati Assistiti BDA Puglia 2011 (sviluppata nell'ambito del POAT Salute, attraverso il *record linkage* delle anagrafi "assistibili regionale" e "Sogei" e delle prestazioni sanitarie SDO, farmaceutica, specialistica) include N° 4.429.908 soggetti e tutti gli interventi sanitari erogati. Fornisce un imprescindibile strumento di sorveglianza epidemiologica di popolazione e di valutazione degli interventi sanitari in ambito territoriale soprattutto nella gestione di patologie croniche.

La disponibilità di una Banca Dati Assistiti (BDA) contenente tutti gli eventi sanitari (dentro e fuori Regione) riconducibili al singolo soggetto rappresenta un imprescindibile strumento di sorveglianza epidemiologica di popolazione e di valutazione degli interventi sanitari in ambito territoriale soprattutto nella gestione di patologie croniche.

La BDA Puglia 2011 (sviluppata nell'ambito del POAT Salute attraverso il *record linkage* delle anagrafi "assistibili regionale" e "Sogei" e delle prestazioni sanitarie SDO, farmaceutica, specialistica) include N° 4.429.908 soggetti e tutti gli interventi sanitari erogati. Attraverso l'incrocio delle informazioni fornite da BDA con l'archivio informativo del Care Puglia sarà possibile stimare l'impatto, in termini economici e di adeguatezza dei percorsi assistenziali, dei pazienti presi in carico dal programma. I dati sottoriportati sono stati elaborati con la collaborazione della Fondazione Mario Negri Sud.

Ad una prima analisi grezza l'uso di risorse di tale gruppo di popolazione è risultato mediamente maggiore rispetto alla popolazione di controllo per tutte le voci di spesa considerate:

- circa 3 volte per la spesa farmaceutica territoriale
- 1,8 volte per la specialistica
- 1,6 volte per la spesa ospedaliera

I dati confermano il conseguimento di un primo obiettivo del programma *Care* Puglia (ed una verifica dei criteri di inclusione) ovvero la presa in carico di pazienti che, a causa delle loro particolari condizioni di salute, sono esposti ad un maggior carico assistenziale

Questa tipologia di valutazione necessita di consolidamento, monitoraggio, osservazione longitudinale per un periodo di tempo adeguato (3-5 anni) per poter valutare efficacia, efficienza e

qualità dei programmi di intervento, la loro sostenibilità economica e gestionale e, soprattutto, la loro ricaduta in termine di salute-benessere.

***Care* Puglia: i primi risultati**		
Pazienti presi in carico		**n.**
Femmine		**1109**
Maschi		**965**
Totale		**2074**
Pazienti presi in carico per fasce d'età		
Anni	**n.**	**%**
< 25	**13**	**0,63**
26 - 35	**26**	**1,25**
36 – 45	**65**	**3,13**
46 – 65	**776**	**37,41**
> 65	**1.194**	**57,57**
Totale	**2.074**	**100**
Pazienti presi in carico per Patologia*		
Anni	**n.**	**%**
Diabete tipo I	**91**	**4,07**
Diabete tipo II	**921**	**41,21**
Rischio MCV	**730**	**32,66**
Scompenso Cardiaco	**26**	**1,16**
Rischio Diabetico	**34**	**1,52**
BPCO	**161**	**7,20**
MCV conclamata	**272**	**12,17**

*** N.B. il numero complessivo dei pazienti arruolati è inferiore al numero totale delle patologie, trattandosi di procedure in atto in fase di chiusura**

E' utile ribadire che il raffronto, allo stato, è possibile all'interno della popolazione arruolata in quanto non vi sono modelli in Puglia, altrettanto complessi e standardizzati di presa in carico delle cronicità.

Tuttavia, all'inizio dell'anno 2013 è stato messo a punto un manuale per svolgere le attività di audit, verifica, monitoraggio e valutazione di processo e di esito del Progetto, attraverso un protocollo standardizzato e la procedura è stata da poco attuata nei primi Distretti coinvolti.

Lo strumento utilizzato per il monitoraggio e la valutazione dei risultati, relativi all'attuazione del modello assistenziale, è un software gestionale in dotazione all'equipe di cura che permette di registrare su una Scheda di Valutazione del Paziente tutti i dati relativi alla presa in carico.

Le informazioni raccolte all'interno del software diventano patrimonio sia dell'équipe di cura che del *"Comitato Tecnico Scientifico per il monitoraggio e la valutazione del modello Chronic Care Model"*, Deliberazione AReS n. 176 del 6 settembre 2012. L'obiettivo generale è quello di

consolidare uno strumento utile alla raccolta e all'analisi dei dati per la lettura del fenomeno e, di conseguenza, per la programmazione regionale.

L'Agenzia si è dotata di un software dedicato alla gestione integrata del paziente affetto da patologie croniche, utile per l'intero processo clinico-assistenziale sin dalla fase iniziale di presa in carico globale della persona autosufficiente e non.

Il software è stato concepito in modo da interfacciarsi con il Nuovo Sistema Informativo Sanitario Regionale "EDOTTO". Attualmente è allo studio la modalità di trasferimento del software nel Sistema Informativo in modo che diventi il trentacinquesimo applicativo di "EDOTTO" e consolidi la procedura digitale di presa in carico secondo il *Chronic Care Model*.

Programma 13 – Reti assistenziali per intensità di cure			
13.3 Definizione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) per le cronicità			
Azioni	**Obiettivo Generale**	**Obiettivi Specifici**	**Indicatori di Risultato**
Modello assistenziale di gestione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici	Programma di completamento del modello assistenziale di gestione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici e di presa in carico di persone con patologie croniche nel territorio regionale	▪ Completare l'attivazione del modello assistenziale nei Comuni ove sono in riconversione le strutture ospedaliere (prima fase); ▪ Coinvolgere l'intero territorio di riferimento del Distretto nel quale è stata espletata la prima fase (seconda fase); ▪ Prevede il coinvolgimento di tutti gli altri Distretti SocioSanitari presenti sul territorio regionale (terza fase); ▪ Offrire un percorso assistenziale razionale e aderente alle linee guida nazionali e locali; ▪ Favorire l'aderenza al follow up da parte del paziente cronico rendendo i servizi assistenziali più facilmente fruibili nel territorio di residenza; ▪ Evitare la mobilità dei pazienti cronici e il ricorso al ricovero ospedaliero inappropriato; ▪ Azzerare l'attesa per i pazienti coinvolti, incidendo anche sulle "liste d'attesa" aziendali. ▪ Offrire un livello assistenziale efficiente a tutta la popolazione	▪ N. Comuni ove sono in riconversione le strutture ospedaliere/ N. totale dei comuni ove sono in riconversione le strutture ospedaliere; ▪ N. Distretti ove sono in riconversione le strutture ospedaliere/ N. totale dei Distretti ove sono in riconversione le strutture ospedaliere; ▪ N. Distretti ove non sono in riconversione le strutture ospedaliere/ N. totale dei Distretti della Regione; ▪ Miglioramento di pazienti arruolati dell'aderenza alla terapia farmacologica, periodicità 6 mesi: 1. il n. pazienti deve essere compreso tra il 70% e il 90% del numero totale; 2. l'incremento del numero di pazienti deve essere compreso tra il 5% e il 10% rispetto al valore iniziale; ▪ Incremento della percentuale di pazienti arruolati che progrediscono almeno di una fase nello stadio del cambiamento, periodicità 6 mesi: il numero di pazienti deve essere compreso tra il 70%

			e il 90% del numero totale ▪ Incremento della percentuale di pazienti arruolati che bevono meno o bevono la quantità loro raccomandata, periodicità 6 mesi: l'incremento della percentuale deve essere il 10% rispetto al valore iniziale; ▪ Incremento della percentuale di pazienti arruolati che riducono il numero di sigarette, periodicità 6 mesi: incremento della percentuale di pazienti che riducono il numero di sigarette deve essere il 10% rispetto al valore iniziale ; ▪ Incremento della percentuale di pazienti arruolati che smettono di fumare, periodicità 6 mesi: l'incremento della percentuale di pazienti deve essere il 5% rispetto al valore iniziale; ▪ Incremento della percentuale di pazienti arruolati che effettuano l'automisurazione della pressione arteriosa (solo ipertesi), periodicità 6 mesi: l'incremento della percentuale di pazienti deve essere il 10% rispetto al valore iniziale; ▪ Incremento della percentuale di pazienti arruolati che effettuano l'automisurazione della glicemia (solo diabetici), periodicità 6 mesi: l'incremento della percentuale deve essere il 10% rispetto al valore iniziale; ▪ Incremento della percentuale di pazienti arruolati che effettuano l'autoesame del piede (solo diabetici), periodicità 6 mesi: l'incremento della percentuale deve essere il 10% rispetto al valore iniziale

Cronoprogramma	**Entro il 1° semestre 2013** ▪ implementazione del programma in almeno un comune per ogni ASL ove sono in riconversione le strutture ospedaliere; **Entro il 2° semestre 2013** ▪ implementazione del programma in un ulteriore comune per ogni ASL ove sono in riconversione le strutture ospedaliere; **Entro il 1° semestre 2014** ▪ completamento del programma in tutti i comuni ove sono in riconversione le strutture ospedaliere; **Entro il 2° semestre 2014** ▪ implementazione del programma in un Distretto per ogni ASL ove sono in riconversione le strutture ospedaliere; **Entro il 1° semestre 2015** ▪ implementazione del programma in un Distretto per ogni ASL ove non sono in riconversione le strutture ospedaliere; **Entro il 2° semestre 2015** ▪ completamento del programma in tutti i Distretti della Regione Puglia;
Responsabile del Processo Attuativo	Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione

2.4.2 Programma 14 – Riequilibrio ospedale-territorio

14. 1 Rimodulazione rete ospedaliera

Analisi del contesto

La rete ospedaliera su cui si è intervenuti nell'ambito del Piano di Rientro e nello spirito del Piano di Salute 2008-2010 della Regione Puglia nel 2010 constava di 102 stabilimenti ospedalieri, uno ogni 2,5 comuni. 19 ospedali pubblici, sui 68 pubblici presenti (quindi il 28% delle strutture pubbliche, il 19% del totale) disponevano di meno di 70 pl ed erogavano circa il 3% dei ricoveri regionali. Il 50% dei ricoveri veniva effettuato in 12 ospedali, il restante 50% in 90.

Nei fatti, l'intera offerta assistenziale è stata per anni concentrata esclusivamente negli ospedali, percepiti come unico luogo per l'erogazione delle cure. Nel 2002, il tasso di ospedalizzazione dei ricoveri (standardizzato per età) era pari a 230, e si è mantenuto sopra 215 fino al 2008, ben al di sopra delle indicazioni nazionali. Ancora più significativo il tasso di ospedalizzazione per DRG ad alto rischio di inappropriatezza, del 50% superiore a quello che si è registrato nel 2011.

Questi dati dicono che una rete ospedaliera pletorica, in assenza di opzioni assistenziali alternative, ha raccolto negli anni l'intero bisogno di salute delle comunità, congestionandosi con prestazioni inappropriate, e ha drenato la gran parte delle risorse, frammentandole in un sistema disperso senza possibilità di graduare e concentrare gli interventi in funzione dei bisogni.

Per contrastare tali fenomeni, il processo di riordino della rete ospedaliera è intervenuto sul miglioramento dell'appropriatezza organizzativa (trasformazione dei ricoveri in setting assistenziali più appropriati a minore consumo di risorse) e sulla riarticolazione dell'offerta ospedaliera (dotazione posti letto, distribuzione per disciplina, articolazione unità operative), integrando la stessa secondo l'ottica del continuum dei Livelli Essenziali di Assistenza.

In particolare, i criteri utilizzati per l'attuazione del programma di riordino della rete ospedaliera possono essere sinteticamente rappresentati come di seguito:

- **disattivazione di stabilimenti ospedalieri con un numero di posti letto inferiore ad una soglia** da determinarsi nell'ambito del piano di riordino della rete, ovvero di ospedali con meno di tre unità operative per acuti, (come da modelli HSP12);
- **accorpamenti e disattivazioni di singole UU.OO**. all'interno di ospedali che non sono destinati alle operazioni di chiusura riconversione di ospedali disattivati in strutture sanitarie territoriali;
- **riconversione di ospedali disattivati in strutture sanitarie territoriali;**
- **definizione di un piano di investimenti pluriennale** a valere su fondi UE (FESR), fondi nazionali (FSC e Art. 20 l. n. 67/1988) e fondi regionali (bilancio autonomo) per la realizzazione di nuovi ospedali al fine di riqualificare la rete esistente con la realizzazione di un ospedale di riferimento aziendale per l'area jonica – il nuovo Ospedale San Cataldo di Taranto - e di quattro ospedali intermedi per dismettere plessi vetusti e poco accessibili al fine di riqualificare l'offerta ospedaliera e potenziare contestualmente anche l'offerta sanitaria distrettuale con la riconversione dei presidi da dismettere.

Il riordino della rete ospedaliera introdotto dal Piano di rientro prevedeva, entro il 31/12/2010, le seguenti azioni:

- disattivazione di 1.411 posti letto, di cui 1.224 per acuti e 187 per post-acuti;
- chiusura di 15 stabilimenti ospedalieri;
- riconversione di 3 stabilimenti ospedalieri in strutture sanitarie territoriali;
- nel medio periodo, realizzazione di n. 5 nuovi presidi, in sostituzione di n. 10 presidi esistenti e con un numero di posti letto complessivi inferiore complessivamente alla dotazione degli attuali presidi, in una logica di razionalizzazione della rete e di qualificazione dell'offerta di elevata intensità assistenziale.

A tali azioni si è provveduto nella prima fase del riordino attraverso l'emanazione del Regolamento Regionale 16 dicembre 2010, n. 18, integrato dal Regolamento Regionale 22 dicembre 2010, n. 19.

La seconda fase è stata completata con il Regolamento Regionale 27 dicembre 2012, n. 36 e n. 38, prevedendo la disattivazione di 370 posti letto nelle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale, 130 negli Enti Ecclesiastici e IRCCS privati nonché di 300 posti letto delle Case di cura private accreditate, previa revisione delle pre-intese approvate con DGR n. 813 del 13/6/2006.

Con tali atti sono stati stabiliti:

- la rimodulazione dei punti nascita sulla base sulla base delle indicazioni del succitato Accordo Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome del 16.12.2010, con riferimento al numero annuale di parti. Fa eccezione il punto nascita di Scorrano, che rimane attivo per garantire la copertura territoriale dell'attività assistenziale.
  - disattivazione di 10 Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia: Lucera, Manfredonia, Canosa, Trani, Terlizzi, Molfetta, Ostuni, Fasano, Manduria, Gallipoli, Casarano;
  - attivazione in ciascuno dei punti nascita, laddove non già previste, di UUOO neonatologiche/pediatriche;
- la rimodulazione delle dotazioni di posti letto risultati in eccesso rispetto agli standard individuati dall'AGENAS per la riorganizzazione della rete ospedaliera, così come segnalato dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Economia e della Finanze con parere PUGLIA DGPROG-16/06/2011-136-P;
- la rimodulazione delle dotazioni di posti letto per disciplina in linea con quanto stabilito dal Piano di Salute 2008-2010 della regione Puglia, approvato con la L.R. 23/2008;
- la riconversione in strutture di assistenza territoriale degli ospedali che risultavano, in esito al RR 18/2010, con una dotazione di posti letto inferiore a 70;
  - Ospedale Jaia di Conversano (Ba) – 53 posti letto;
  - Ospedale Sambiasi di Nardò (Le) – 58 posti letto;
- Il mantenimento, quali plessi aggregati ad ospedali di base, intermedio o di riferimento regionale di ospedali che risultavano, in esito al RR 18/2010, con una dotazione di posti letto inferiore a 70;
  - Ospedale San Camillo di Mesagne (Br) – 56 posti letto;
- L'aggregazione di ospedali che risultano, in esito all'attuale rimodulazione, non in possesso di tutte le discipline necessarie per configurare un ospedale di base – come da L.R. 23/2008;

Con riferimento specifico al Piano di investimenti regionale per l'edilizia sanitaria che definisce le scelte strategiche della Regione Puglia:

- per il breve periodo – con la realizzazione dei primi due nuovi Ospedali, quello di Taranto (ASL TA) e quello intermedio di Monopoli-Fasano (ASL BA)
- per il medio periodo che guarda al ciclo 2014-2020 sia per la programmazione dei fondi UE sulla nuova dotazione di strutture sanitarie territoriali e distrettuali, favorendo prioritariamente la riconversione e il riuso del patrimonio edilizio esistente, sia per la programmazione dei fondi nazionali, e principalmente del Fondo Sviluppo e Coesione (FSC), per la realizzazione di ulteriori tre nuovi ospedali (Andria – ASL BT, Bisceglie-Terlizzi – ASL BA-BT, Maglie-Melpignano – ASL LE),

la Giunta Regionale si è già espressa con una pluralità di atti tra cui è opportuno citare la Del. G.R. n. 1725 del 7 agosto 2012, che ha approvato il Documento programmatico elaborato con Metodologia MExA recante la proposta complessiva di realizzazione dei nuovi presidi ospedalieri, e la Del. G.R. n. 2787 del 14 dicembre 2012 che ha tra l'altro preso atto del quadro di interventi ammessi a finanziamento a valere sulle risorse del FSC di cui alle Del. CIPE n. 79 e 92 /2012, mediante la stipula imminente dell'Accordo di Programma Quadro rafforzato "Benessere e Salute". A tal riguardo, per una più analitica trattazione del quadro di coerenza delle scelte di investimento regionali con il presente Programma Operativo 2013-2015 si rinvia all'Allegato III, che ne costituisce parte integrante e sostanziale.

E' stato inoltre previsto che il fabbisogno territoriale delle strutture di riabilitazione extraospedaliera Centri Risveglio sarà soddisfatto attraverso l'attivazione delle stesse, da parte delle Aziende Sanitarie Locali, in strutture pubbliche allocate nei territori interessati dalla disattivazione degli ospedali di cui alle lettere b) e c) del comma 1 dell'art. 4 del Regolamento Regionale 18/2010 e s.m.i. nonché di cui alla lettera e) del comma 1bis dell'art. 4 del presente Regolamento e nel rispetto dei requisiti disposti dal Regolamento Regionale 2 novembre 2011, n. 24.

La rete scaturita dal processo di riorganizzazione come risulta dai citati regolamenti regionali, aventi ad oggetto gli erogatori pubblici (ospedali di aziende territoriali, aziende ospedaliero-universitarie, IRCCS pubblici) e una parte della spedalità privata rappresentata da Enti Ecclesiastici e IRCCS privati, si compone di 11.481 posti letto, di cui 1097 dedicati alla post-acuzie.

Per quanto riguarda la restante rete ospedaliera privata, il regolamento regionale 28 dicembre 2012, n. 38 "Abrogazione Art. 1 del R.R. n. 15/2006 - Rideterminazione, rimodulazione e qualificazione del fabbisogno dei posti letto accreditati rientranti nella rete ospedaliera privata accreditata" ha determinato che il fabbisogno dei posti letto ripartiti per disciplina da autorizzare all'esercizio ammontano a complessivi n. 2588 posti letto, di cui:

- n. 2.145 destinati all' accreditamento delle case di cura private;
- n. 443 autorizzati all'esercizio.

Con deliberazione di giunta regionale n. 1240 del 04.07.2013 si è quindi provveduto ad approvare anche la rimodulazione e qualificazione del fabbisogno dei posti letto accreditati insistenti nella provincia di Taranto e rientranti nella rete ospedaliera privata accreditata.

Gli obiettivi di riduzione dei posti letto sono stati interamente raggiunti, rimodulando le disattivazioni dell'offerta ospedaliera della post-acuzie in modo da non diminuire lo standard per 1000 abitanti. La tabella 14.1 mostra l'evoluzione della configurazione della rete ospedaliera dal 2009 alla attuale programmazione. La tabella 14.2 realizza un focus sugli effetti della rimodulazione della rete ospedaliera pubblica e dell'offerta degli Enti Ecclesiastici effettuata con il Regolamento Regionale n. 36/2012. La tabella 14.3 mostra il confronto tra gli effetti del precedente provvedimento di riordino di posti letto delle case di cura private accreditate (2006) e la situazione

programmata con gli atti di regolamentazione adottati nel 2012/2013. La tabella 14.4 riepiloga la distribuzione per disciplina dell'offerta di posti letto globale regionale come risultante dagli atti di programmazione rispetto alla dotazione di posti letto che è stata complessivamente disponibile nell'arco del 2012, al lordo delle chiusure che si sono realizzate in tempi successivi per effetto delle rimodulazioni.

In sintesi, in tutte le aziende sanitarie sono stati rimodulati i posti letto per acuti in maniera proporzionale ai fabbisogni valutati sul territorio, tenendo conto dei dati di mobilità passiva intraregionale, con il duplice scopo di riequilibrare le funzioni all'interno delle singole province e garantire l'autosufficienza a livello provinciale e/o comunque di bacino, attraverso l'individuazione di centri di riferimento.

In questo senso, sulla base delle indicazioni dei pareri ministeriali si è provato a definire un riequilibrio della dotazione di posti letto per disciplina in funzione del bacino di utenza, vincolando tuttavia la rimodulazione in funzione del profilo epidemiologico delle popolazioni, delle dinamiche di utilizzo e consumo di prestazioni, della rete territoriale di offerta di servizi, nelle more del completamento del potenziamento dell'assistenza territoriale e delle ulteriori iniziative di razionalizzazione dell'erogazione dell'assistenza sanitaria complessiva.

Tabella 14.1

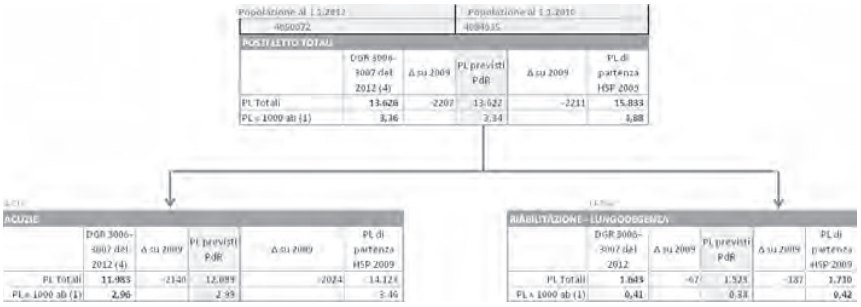


Tabella 14.2

Rimodulazione della rete ospedaliera pubblica e degli Enti Ecclesiastci, ai sensi del RR 18/2010 e smi e del RR 36/2012.

	HSP 2010	PL I Fase (Regolamento 18/2010 e 19/2011)	Delta I-2010	PL II Fase (Regolamento 36/2012)	Delta I -II
ASL BARI	1.827	1560	*-267*	1404	*-156*
AOU Policlinico Bari	1472	1392	*-80*	1392	*0*
IRCCS Oncologico	104	130	*26*	130	*0*
IRCCS De Bellis	105	122	*17*	122	*0*
EE Miulli	577	600	*23*	571	*-29*
IRCCS Maugeri	226	230	*4*	230	*0*
Totale Bari	4.311	4034	*-277*	3849	*-185*
ASL BT	921	769	*-152*	747	*-22*
Divina Provvidenza	100	100	*0*	100	*0*
Totale BT	1021	869	*-152*	847	*-22*
ASL Brindisi	1350	1206	*-144*	1110	*-96*
IRCCS Medea	25	30	*5*	30	*0*
Totale Brindisi	1375	1236	*-139*	1140	*-96*
ASL Foggia	990	725	*-265*	652	*-73*
Ospedali Riuniti Foggia	923	808	*-115*	808	*0*
IRCCS Casa Sollievo	1041	907	*-134*	887	*-20*
Totale Foggia	2954	2440	*-514*	2347	*-93*
ASL Lecce	2152	1951	*-201*	1853	*-98*
EE Panico	386	407	*21*	400	*-7*
Totale Lecce	2538	2358	*-180*	2253	*-105*
ASL Taranto	1360	1044	*-316*	1045	*1*
Totale Taranto	1360	1044	*-316*	1045	*1*
					0
Totale	13.559	11.981	*-1578*	11.481	*-500*

Tabella 14.3 – Confronto dotazioni posti letto per disciplina delle case di cura private 2006-2012.

Raffronto Posti Letto Case di Cura Private

Fonti: DGR 3007 del 27/12/2012 DGR 1240 del 04/07/2013			REGIONE				113				114				115				106				116				112			
			TOTALI				ASL BAT				ASL BARI				ASL FOGGIA				ASL BRINDISI				ASL LECCE				ASL TARANTO			
			160				160099				160145				160092				160095				160140				160087			
codice_reparto_a_4_cifre	codice reparto	descrizione_reparto	POSTI LETTO PREINTESE [DG R813/2006] ACCREDITATI	POSTI LETTO PREINTESE [DGR 813/2006] AUTORIZZATI	POSTI LETTO PREINTESE MODIFICA [DGR 1240/2013] ACCREDITATI	POSTI LETTO PREINTESE MODIFICA [DGR 1240/2013] AUTORIZZATI	POSTI LETTO PREINTESE [DG R813/2006] ACCREDITATI	POSTI LETTO PREINTESE [DGR 813/2006] AUTORIZZATI	POSTI LETTO PREINTESE MODIFICA [DGR 1240/2013] ACCREDITATI	POSTI LETTO PREINTESE MODIFICA [DGR 1240/2013] AUTORIZZATI	POSTI LETTO PREINTESE [DG R813/2006] ACCREDITATI	POSTI LETTO PREINTESE [DGR 813/2006] AUTORIZZATI	POSTI LETTO PREINTESE MODIFICA [DGR 1240/2013] ACCREDITATI	POSTI LETTO PREINTESE MODIFICA [DGR 1240/2013] AUTORIZZATI	POSTI LETTO PREINTESE [DG R813/2006] ACCREDITATI	POSTI LETTO PREINTESE [DGR 813/2006] AUTORIZZATI	POSTI LETTO PREINTESE MODIFICA [DGR 1240/2013] ACCREDITATI	POSTI LETTO PREINTESE MODIFICA [DGR 1240/2013] AUTORIZZATI	POSTI LETTO PREINTESE [DG R813/2006] ACCREDITATI	POSTI LETTO PREINTESE [DGR 813/2006] AUTORIZZATI	POSTI LETTO PREINTESE MODIFICA [DGR 1240/2013] ACCREDITATI	POSTI LETTO PREINTESE MODIFICA [DGR 1240/2013] AUTORIZZATI	POSTI LETTO PREINTESE [DG R813/2006] ACCREDITATI	POSTI LETTO PREINTESE [DGR 813/2006] AUTORIZZATI	POSTI LETTO PREINTESE MODIFICA [DGR 1240/2013] ACCREDITATI	POSTI LETTO PREINTESE MODIFICA [DGR 1240/2013] AUTORIZZATI
0201	02	DAY HOSPITAL	10	-	-	-					10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9801	98	DAY SURGERY	-	10	12	-					-	-	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	-	-	-	-	-	-
0701	07	CARDIOCHIRURGIA	115	50	115	-					73	20	77	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30	30	25	-	12	-	13	-
0801	08	CARDIOLOGIA	138	30	174	30					64	-	87	17	24	10	30	9	-	-	-	-	16	20	21	4	34	-	36	-
0901	09	CHIRURGIA GENERALE	223	90	206	75					91	50	69	24	41	5	31	3	16	15	10	2	27	20	38	21	48	-	58	25
1001	10	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	15	10	5	-					5	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	10	-	-	-	-	-	-
1101	11	CHIRURGIA PEDIATRICA	8	10	8	-					-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	10	8	-	-	-	-	-
1201	12	CHIRURGIA PLASTICA	-	-	5	10					-	-	5	5	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1301	13	CHIRURGIA TORACICA	10	-	10	-					10	-	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1401	14	CHIRURGIA VASCOLARE	38	-	41	4					20	-	23	-	-	-	-	-	10	-	10	2	8	-	8	-	-	-	-	2
1901	19	MALATTIE ENDOCRINE DEL RICAMBIO E D	20	-	-	-					20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2101	21	GERIATRIA	64	15	82	-					22	-	20	-	-	15	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	42	-	42	-
2601	26	MEDICINA GENERALE	278	85	275	54					97	20	75	41	68	65	64	3	16	-	16	-	15	-	16	2	82	-	104	8
2901	29	NEFROLOGIA	10	10	10	-					10	-	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	-	-	-	-	-	-
3001	30	NEUROCHIRURGIA	40	20	40	5					20	10	20	5	-	-	-	-	-	-	-	-	10	10	10	-	10	-	10	-
3101	31	NIDO	-	3	-	-					-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3201	32	NEUROLOGIA	28	-	20	14					10	-	10	10	10	-	10	4	-	-	-	-	8	-	-	-	-	-	-	-
3401	34	OCULISTICA	24	40	18	6					11	30	7	5	-	-	-	-	-	-	-	-	8	10	6	1	5	-	5	-
3601	36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	241	51	254	51					94	35	96	25	30	-	36	5	-	-	5	-	47	16	44	14	70	-	73	7
3701	37	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	220	30	117	34					86	30	68	15	16	-	-	-	16	-	19	5	28	-	14	14	74	-	16	-
3801	38	OTORINOLARINGOIATRIA	25	-	6	9					5	-	-	5	10	-	-	-	-	-	-	-	10	-	6	2	-	-	-	2
3901	39	PEDIATRIA	8	-	-	8					-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	-	-	8	-	-	-	-
4001	40	PSICHIATRIA	67	-	16	-					44	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23	-	16	-	-	-	-	-
4301	43	UROLOGIA	32	20	51	5					18	20	26	-	-	-	8	-	-	-	-	-	8	-	11	1	6	-	6	4
4901	49	TERAPIA INTENSIVA	61	-	67	-					38	-	38	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23	-	23	-	-	-	6	-
5001	50	UNITA' CORONARICA	32	16	44	-					18	-	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	-	8	-	6	16	14	-
5601	56	RECUPERO E RIABILITAZIONE	580	436	486	156					199	20	164	19	44	55	53	-	10	10	-	10	110	161	84	42	217	190	185	85
5701	57	FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE U	-	5	-	-					-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5801	58	GASTROENTEROLOGIA	30	-	15	-					10	-	10	-	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	-
6001	60	LUNGODEGENTI	-	35	10	43					-	-	10	35	-	25	-	8	-	-	-	-	-	10	-	-	-	-	-	-
6201	62	NEONATOLOGIA	-	-	6	-					-	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6401	64	ONCOLOGIA	40	15	5	5					20	-	-	-	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	10	15	3	5
6801	68	PNEUMOLOGIA	37	15	32	5					-	-	-	2	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22	15	32	3
7401	74	RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	-	10	-	-					-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	-	-	-	-	-	-
7501	75	NEURORIABILITAZIONE	-	30	15	-					-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30	15	-	-	-	-	-
8201	82	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	-	4	-	-					-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		TOTALI	2.394	1.040	2.145	514	-	-	-	-	995	242	870	208	288	175	252	37	68	30	60	19	405	357	355	109	638	236	608	141

Tabella 14.4 – Posti letto per disciplina – pubblici e privati accreditati

	Fonte HSP ANNO 2012						Fonte DGR 3006-3007 ANNO 2012	
	160						160	
	REGIONE						REGIONE	
	Totali		Ordinari		Day Hospital		Totali	
DISCIPLINA	POSTI LETTO	PL x 1000 AB.	POSTI LETTO	PL x 1000 AB.	POSTI LETTO	PL x 1000 AB.	POSTI LETTO	PL x 1000 AB.
Angiologia	-	-	-	-	-	-	-	-
Cardiochirurgia Pediatrica	2	0,0	2	0,0	-	-	-	-
Cardiochirurgia	171	0,0	169	0,0	2	0,0	186	0,0
Chirurgia generale	1.434	0,4	1.335	0,3	99	0,0	1.359	0,3
Chirurgia maxillo-facciale	35	0,0	32	0,0	3	0,0	54	0,0
Chirurgia pediatrica	94	0,0	85	0,0	9	0,0	94	0,0
Chirurgia plastica	80	0,0	74	0,0	6	0,0	105	0,0
Chirurgia toracica	95	0,0	89	0,0	6	0,0	101	0,0
Chirurgia vascolare	147	0,0	137	0,0	10	0,0	192	0,0
Neurochirurgia	214	0,1	205	0,1	9	0,0	246	0,1
Neurochirurgia pediatrica	-	-	-	-	-	-	-	-
Oculistica	238	0,1	154	0,0	84	0,0	201	0,0
Odontoiatria e stomatologia	18	0,0	6	0,0	12	0,0	12	0,0
Ortopedia e traumatologia	1.206	0,3	1.126	0,3	80	0,0	1.196	0,3
Ostetricia e ginecologia	1.208	0,3	1.122	0,3	86	0,0	1.049	0,3
Otorinolaringoiatra	253	0,1	229	0,1	24	0,0	210	0,1
Urologia	416	0,1	376	0,1	40	0,0	450	0,1
Fisiopatologia della riproduzione	-	-	-	-	-	-	-	-
Urologia pediatrica	10	0,0	9	0,0	1	0,0	-	-
Day Surgery	-	-	-	-	-	-	12	0,0
Totale Area Chirurgica	**5.621**	**1,4**	**5.150**	**1,3**	**471**	**0,1**	**5.467**	**1,3**
Allergologia	-	-	-	-	-	-	-	-
Day Hospital	10	0,0	-	-	10	0,0	-	-
Cardiologia	631	0,2	600	0,1	31	0,0	728	0,2
Medicina sportiva	-	-	-	-	-	-	-	-
Ematologia	190	0,0	145	0,0	45	0,0	202	0,0
Malattie endocrine	111	0,0	96	0,0	15	0,0	112	0,0
Immunologia	-	-	-	-	-	-	-	-
Geriatria	436	0,1	424	0,1	12	0,0	358	0,1
Residuale manicomiale	-	-	-	-	-	-	-	-
Malattie infettive e tropicali	221	0,1	183	0,0	38	0,0	223	0,1
Medicina del Lavoro	-	-	-	-	-	-	-	-
Medicina generale	1.734	0,4	1.576	0,4	158	0,0	1.497	0,4
Nefrologia	312	0,1	288	0,1	24	0,0	274	0,1
Neurologia	496	0,1	477	0,1	19	0,0	451	0,1
Neuropsichiatria infantile	28	0,0	24	0,0	4	0,0	33	0,0
Pediatria	548	0,1	490	0,1	58	0,0	416	0,1
Psichiatria	245	0,1	236	0,1	9	0,0	263	0,1
Tossicologia	-	-	-	-	-	-	-	-
Nefrologia (abilitato al trapianto rene)	-	-	-	-	-	-	-	-
Dermatologia	97	0,0	86	0,0	11	0,0	75	0,0
Emodialisi	-	-	-	-	-	-	-	-
Gastroenterologia	262	0,1	240	0,1	22	0,0	263	0,1
Neonatologia	126	0,0	124	0,0	2	0,0	239	0,1
Oncologia	281	0,1	178	0,0	103	0,0	314	0,1
Oncoematologia pediatrica	34	0,0	30	0,0	4	0,0	50	0,0
Oncoematologia	-	-	-	-	-	-	-	-
Pneumologia	401	0,1	393	0,1	8	0,0	377	0,1
Radioterapia	6	0,0	6	0,0	-	-	6	0,0
Reumatologia	39	0,0	29	0,0	10	0,0	47	0,0
Nefrologia pediatrica	10	0,0	9	0,0	1	0,0	-	-
Totale Area Medica	**6.218**	**1,5**	**5.634**	**1,4**	**584**	**0,1**	**5.928**	**1,5**
Grandi ustioni pediatriche	-	-	-	-	-	-	-	-
Grandi ustionati	15	0,0	15	0,0	-	-	14	0,0
Terapia intensiva	266	0,1	263	0,1	3	0,0	334	0,1
Unità coronarica	262	0,1	262	0,1	-	-	170	0,0
Terapia intensiva neonatale	67	0,0	67	0,0	-	-	70	0,0
Rianimazione	-	-	-	-	-	-	-	-
Totale Terapia Intensiva	**610**	**0,2**	**607**	**0,1**	**3**	**0,0**	**588**	**0,1**
Nido	104	0,0	104	0,0	-	-	-	-
Astanteria	-	-	-	-	-	-	-	-
Pensionati	-	-	-	-	-	-	-	-
Detenuti	-	-	-	-	-	-	-	-
Totale PL Tecnici	**104**	**0,0**	**104**	**0,0**	**-**	**-**	**-**	**-**
Farmacologia clinica	-	-	-	-	-	-	-	-
Medicina nucleare	-	-	-	-	-	-	-	-
Radiologia	-	-	-	-	-	-	-	-
Radioterapia oncologica	-	-	-	-	-	-	-	-
Totale Servizi	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
Unità spinale	14	0,0	14	0,0	-	-	54	0,0
Recupero e riabilitazione funzionale	1.131	0,3	1.110	0,3	21	0,0	1.196	0,3
Neuro-riabilitazione	115	0,0	115	0,0	-	-	112	0,0
Totale Riabilitazione	**1.260**	**0,3**	**1.239**	**0,3**	**21**	**0,0**	**1.362**	**0,3**
LUNGODEGENZA	**245**	**0,1**	**245**	**0,1**	**-**	**-**	**281**	**0,1**
TOTALE	**14.058**	**3,5**	**12.979**	**3,2**	**1.079**	**0,3**	**13.626**	**3,4**

Si evidenzia, tuttavia, come mostrato nella tabella di seguito riportata, che la fotografia dei posti letto attivi all'1.1.2013 evidenzia, come mostrato nella tabella allegata, un deficit di disponibilità di posti letto effettivi rispetto al programmato: ciò è essenzialmente legato al processo di accreditamento in corso per le nuove unità operative nonché alla carenza di personale, in assenza del quale non è possibile dare corso alle ulteriori attivazioni di posti letto e, in generale, alla riconfigurazione del sistema di offerta ospedaliero. Pertanto, il raggiungimento della dotazione a regime è strettamente vincolato alla disponibilità delle figure professionali necessarie per le nuove attivazioni.

Tabella 14.5 - Posti letto per disciplina – pubblici e privati accreditati

	DISCIPLINA	Fonte HSP ANNO 2013 (NETTO APERTURE)							
			PL x 1000 AB.		PL x 1000 AB.		PL x 1000 AB.		PL x 1000 AB.
06	Cardiochirurgia Pediatrica	0	0,0	0	0,0	-	-	-	-
07	Cardiochirurgia	171	0,0	169	0,0	2	0,0	192	0,0
09	Chirurgia generale	1.365	0,3	1.281	0,3	84	0,0	1.389	0,3
10	Chirurgia maxillo-facciale	59	0,0	57	0,0	2	0,0	54	0,0
11	Chirurgia pediatrica	96	0,0	87	0,0	9	0,0	94	0,0
12	Chirurgia plastica	75	0,0	71	0,0	7	0,0	105	0,0
13	Chirurgia toracica	93	0,0	87	0,0	6	0,0	101	0,0
14	Chirurgia vascolare	159	0,0	149	0,0	10	0,0	192	0,0
30	Neurochirurgia	213	0,1	206	0,1	7	0,0	248	0,1
34	Oculistica	220	0,1	149	0,0	71	0,0	201	0,0
35	Odontoiatria e stomatologia	18	0,0	6	0,0	12	0,0	12	0,0
36	Ortopedia e traumatologia	1.170	0,3	1.097	0,3	73	0,0	1.199	0,3
37	Ostetricia e ginecologia	1.140	0,3	1.069	0,3	71	0,0	1.021	0,3
38	Otorinolaringoiatra	249	0,1	226	0,1	23	0,0	310	0,1
43	Urologia	394	0,1	360	0,1	34	0,0	480	0,1
78	Urologia pediatrica	18	0,0	9	0,0	1	0,0	-	-
98	Day Surgery	-	-	-	-	-	-	12	0,0
	Totale Area Chirurgica	5.419	1,3	5.001	1,2	418	0,1	5.468	1,3
02	Day Hospital	9	0,0	1	-	8	0,0	1	-
08	Cardiologia	828	0,2	698	0,1	30	0,0	731	0,2
18	Ematologia	188	0,0	143	0,0	45	0,0	202	0,0
19	Malattie endocrine	100	0,0	83	0,0	17	0,0	112	0,0
21	Geriatria	349	0,1	337	0,1	12	0,0	359	0,1
24	Malattie infettive e tropicali	227	0,1	190	0,0	37	0,0	223	0,1
26	Medicina generale	1.883	0,4	1.467	0,4	116	0,0	1.519	0,4
29	Nefrologia	318	0,1	294	0,1	22	0,0	274	0,1
32	Neurologia	468	0,1	440	0,1	18	0,0	461	0,1
33	Neuropsichiatria infantile	30	0,0	26	0,0	4	0,0	33	0,0
39	Pediatria	487	0,1	442	0,1	45	0,0	416	0,1
40	Psichiatria	212	0,1	203	0,1	9	0,0	263	0,1
52	Dermatologia	79	0,0	66	0,0	13	0,0	75	0,0
58	Gastroenterologia	268	0,1	245	0,1	23	0,0	288	0,1
62	Neonatologia	120	0,0	118	0,0	2	0,0	239	0,1
64	Oncologia	369	0,1	174	0,0	95	0,0	309	0,1
65	Oncoematologia pediatrica	30	0,0	26	0,0	4	0,0	50	0,0
68	Pneumologia	350	0,1	343	0,1	7	0,0	379	0,1
70	Radioterapia	6	0,0	6	0,0	-	-	6	0,0
71	Reumatologia	39	0,0	29	0,0	10	0,0	47	0,0
77	Nefrologia pediatrica	18	0,0	9	0,0	1	0,0	-	-
	Totale Area Medica	5.758	1,4	5.239	1,3	519	0,1	6.965	1,5
47	Grandi ustionati	15	0,0	15	0,0	-	-	14	0,0
49	Terapia intensiva	266	0,1	263	0,1	3	0,0	340	0,1
50	Unità coronarica	240	0,1	240	0,1	-	-	178	0,0
73	Terapia intensiva neonatale	67	0,0	67	0,0	-	-	70	0,0
	Totale Terapia Intensiva	588	0,1	585	0,1	3	0,0	602	0,1
	Totale Servizi	-	-	-	-	-	-	-	-
28	Unità spinale	14	0,0	14	0,0	-	-	84	0,0
56	Recupero e riabilitazione funzionale	1.128	0,3	1.108	0,3	20	0,0	1.184	0,3
75	Neuro-riabilitazione	113	0,0	113	0,0	-	-	112	0,0
	Totale Riabilitazione	1.255	0,3	1.235	0,3	20	0,0	1.330	0,3
	LUNGODEGENZA	236	0,1	236	0,1	-	-	281	0,1
	TOTALE (NETTO PL TECNICI)	13.256	3,3	12.296	3,0	960	0,2	13.626	3,4

Nonostante i tagli dei posti letto, nonostante le carenze di personale, nonostante il prosciugarsi delle risorse, il sistema mostra oggi un **miglioramento di tutti i principali indicatori di performance**: la mobilità passiva dal 2006 al 2012 si è ridotta in termini di numero di ricoveri del 19% (passando da circa 74.000 ricoveri a meno di 60.000), il tasso di ospedalizzazione è sceso nel 2011 per la prima volta sotto 200 (193 per 1000 abitanti) e nel 2012 per la prima volta sotto 180 per 1000 abitanti (175,7), in ulteriore diminuzione nel 2013.

Dal punto di vista del contenimento del fenomeno della mobilità passiva extraregionale, attraverso la stipula di specifici accordi bilaterali, si prevede prudenzialmente una riduzione dei costi di circa 5 mln di euro nel 2014 e 5 mln di euro nel 2015.

Ciò che si evidenzia con chiarezza è che la quota di ricoveri che è diminuita appartiene alla categoria dei potenzialmente inappropriati: a fronte di una riduzione del 13% dei ricoveri totali, i ricoveri appartenenti ai DRG di cui all'allegato B del Patto di Salute 2010-2012, si riducono del 26% dal 2011 al 2012. Il tasso di ospedalizzazione per questi DRG passa da 34,96 nel 2009 a 27,54 (ricoveri ordinari maggiori di 0-1 giorni dei residenti pugliesi) nel 2012, un dato ancora elevato ma indubbiamente in miglioramento.

	ANNO 2012				ANNO 2011		
	RICOVERI TOTALI				RICOVERI TOTALI		
	ORD	DH	TOT.	Δ SUL TOTALE RICOVERI 2011	ORD	DH	TOT.
DRG LEA	148.580	121.867	270.447	-26%	170.750	171.337	342.087
TOTALI	551.435	159.475	710.910	-13%	588.617	212.535	801.152

Che questo sia l'effetto delle politiche sanitarie regionali lo si apprezza osservando come il maggior decremento sia registrato per i DRG per cui è stato attivato, nel 2011, il regime di Day Service:

	ANNO 2012				ANNO 2011		
	RICOVERI TOTALI				RICOVERI TOTALI		
DESCRIZIONE	ORD	DH	TOT.	Δ SUL TOTALE RICOVERI 2011	ORD	DH	TOT.
Decompressione del tunnel carpale	657	1.286	**1.943**	-136%	1.537	3.044	**4.581**
Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	2.188	14.005	**16.193**	-103%	4.620	28.207	**32.827**
Ipertensione	2.269	6.445	**8.714**	-131%	3.345	16.771	**20.116**
Diabete, età > 35 anni	1.637	3.126	**4.763**	-114%	1.968	8.248	**10.216**
TOTALI	551.435	159.475	710.910	-13%	588.617	212.535	801.152

Fonti: SDO e Specialistica Ambulatoriale Interna e Privata Accreditata – Anni 2010-2012

RISULTATI REALI ANNO 2012			RISULTATI REALI ANNO 2010		
SETTING	Nr. Ricoveri / Prestazioni	% su tot. Complessivo	SETTING	Nr. Ricoveri / Prestazioni	% su tot. Complessivo
Ordinari > 1g.	477.997	49,0%	Ordinari > 1g.	544.312	46,2%
Ordinari 0-1 g.	73.438	7,5%	Ordinari 0-1 g.	82.801	7,0%
DH/DS	159.475	16,3%	DH/DS	233.936	19,9%
Day Service	31.561	3,2%	Day Service		0,0%
TOT. RICOVERI	**710.910**	**72,9%**	**TOT. RICOVERI**	**861.049**	**88,3%**
TOT. COMPLESSIVO	**975.384**	**100,0%**	**TOT. COMPLESSIVO**	**1.177.786**	**120,8%**

1 GG. di ricovero per gli ord. contando 1 g. per i diurni e nr. di accessi per i DH/DS

Tasso standardizzato di ricoveri LEA Patto della Salute 2010-2012

	ANNO 2010			ANNO 2011			ANNO 2012		
POPOLAZIONE PUGLIA CENSIMENTO 2011	POPOLAZIONE AL 01/01/2010	N. dimissioni in degenza ordinaria (di o più giornate) con DRG LEA	TASSO (su pop. Censimento	POPOLAZIONE AL 01/01/2011	N. dimissioni in degenza ordinaria (di o più giornate) con DRG LEA	TASSO (su pop. Censimento)	POPOLAZIONE AL 01/01/2012 (*)	N. dimissioni in degenza ordinaria (di o più giornate) con DRG LEA	TASSO (su pop. Censimento
4.020.707	4.084.035	144.230	35,9	4.091.259	121.208	30,1	4.088.868	105.665	26,3

Si registra un incremento dei ricoveri chirurgici sul totale dei ricoveri ordinari e una riduzione del tasso di ricoveri diurni di tipo diagnostico:

Percentuale di Ricoveri Chirurgici

ANNO 2010			ANNO 2011			ANNO 2012		
TOT. RICOVERI ORDINARI	Di Cui Chirurgici	TASSO	TOT. RICOVERI ORDINARI	Di Cui Chirurgici	TASSO	TOT. RICOVERI ORDINARI	Di Cui Chirurgici	TASSO
627.113	207.883	33,1%	588.617	199.389	33,9%	551.435	188.436	34,2%

Tasso di Ricovero Diurno di Tipo Diagnostico

	ANNO 2010				ANNO 2011				ANNO 2012			
POPOLAZIONE PUGLIA CENSIMENTO 2011	POPOLAZIONE AL 01/01/2010	NR. RICOVERI (DH, Diagnostici, Acuti, a carico del SSN)	TASSO (su pop. Dell'anno)	TASSO (su pop. Censimento)	POPOLAZIONE AL 01/01/2011	NR. RICOVERI (DH, Diagnostici, Acuti, a carico del SSN)	TASSO (su pop. Dell'anno)	TASSO (su pop. Censimento)	POPOLAZIONE AL 01/01/2012 (*)	NR. RICOVERI (DH, Diagnostici, Acuti, a carico del SSN)	TASSO (su pop. Dell'anno)	TASSO (su pop. Censimento)
4.020.707	4.084.035	92.624	23	23	4.091.259	79.209	19	20	4.088.868	57.597	14	14

Gli interventi previsti

Gli ulteriori interventi per la riqualificazione dell'assistenza ospedaliera sono essenzialmente rivolti a proseguire il percorso intrapreso verso la deospedalizzazione, attraverso due direttrici principali:

- potenziare l'erogazione di prestazioni in regimi alternativi al ricovero ordinario e diurno, individuando nuovi day service, incrementando l'attività ambulatoriale;

- sviluppare e monitorare l'adozione di efficaci modelli per la presa in carico delle cronicità;
- migliorare l'appropriatezza delle attività, incrementando i controlli sia dal punto di vista qualitativo che dal punto di vista quantitativo.

Tali azioni, al fine di verificarne l'efficacia e l'adeguatezza, devono essere accompagnate dall'implementazione di un sistema di monitoraggio e valutazione delle performance del sistema in evoluzione. In questa direzione è da leggersi peraltro l'adozione della DGR 788/2013 ("Determinazione degli obiettivi gestionali annuali attribuiti ai Direttore Generali delle ASL e AOU del SSR per l'anno 2013 ai fini della erogazione del trattamento economico di risultato") che introduce quale parametro di valutazione dei Direttori Generali la verifica del grado di raggiungimento di alcuni indicatori della griglia LEA.

Anche la **riorganizzazione dei punti nascita**, tanto discussa dai comuni oggetto delle disattivazioni che stanno promuovendo ricorsi amministrativi con esiti tutti favorevoli all'amministrazione regionale, ha l'esclusivo obiettivo di aumentare la sicurezza del percorso nascita.

In Puglia, nel 2012, la percentuale di parti cesarei riportata nella Griglia di Valutazione LEA 2012 è pari al 26,63%, sei punti al di sopra di quanto previsto nazionali dagli standard nazionali.

Il Piano di riorganizzazione pugliese non ha previsto solo ed esclusivamente la disattivazione dei punti nascita al di sotto dei 500 parti l'anno, ma ha riguardato anche e soprattutto il potenziamento e il miglioramento dell'assistenza alle donne e ai nuovi nati.

Tutti i punti nascita che continuano la loro attività dopo la fase di riorganizzazione, sono stati dotati di posti letto di Neonatologia; inoltre, ogni provincia pugliese è stata dotata, all'interno delle strutture che si configurano come Hub della rete, di almeno una UTIN (Terapia Intensiva Neonatale), a seconda della popolosità della ASL e delle necessità espresse dai territori. Nel 2012 si registra un lieve miglioramento, per quanto il dato sia lontano dall'essere soddisfacente: dal momento che l'intervento sui punti nascita diventa effettivo dal 31.12.2012 gli effetti della riorganizzazione saranno misurati a partire dal 2013. Ciò ha avuto ovviamente ripercussioni anche sulla efficacia delle chiusure dei punti nascita con meno di 500 parti l'anno, che è stata avviata a partire dal gennaio 2013: è evidente, peraltro, che sono necessari interventi di adeguamento in alcuni presidi che dovranno erogare un numero maggiore di prestazione per effetto delle disattivazioni. Lo stato di avanzamento al I semestre 2013 è pari al 50% del programmato: in considerazione dei lavori citati in corso, il completamento al 100% delle disattivazioni sarà conseguito al 31.12.2014.

Tra gli interventi mirati alla riduzione della percentuale di parti cesarei, a partire dal 2013, vanno inoltre citate due ulteriori azioni:

- assegnazione di un obiettivo specifico ai Direttori Generali delle Aziende sanitarie (DGR 788/2013 citata)
- abbattimenti tariffari come individuati dalla DGR 951/2013 "D.M. 18 OTTOBRE 2012 - Remunerazione delle Prestazioni di assistenza Ospedaliera, di riabilitazione, di lungodegenza e di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili dal SSR - Approvazione del nuovo tariffario regionale" per i DRG del parto in assenza di motivazioni cliniche che giustifichino il ricorso al taglio cesareo.

Il percorso sarà completato con l'organizzazione di un sistema di trasporto protetto della gravida a rischio (STAM) e del neonato a rischio (STEN), che prevede l'identificazione di un *Hub* di riferimento, rappresentato dalle strutture ospedaliere dotate di Unità di Terapia Intensiva Neonatale, e di *spoke*, rappresentati dagli altri punti nascita, collegati tra loro sulla base di protocolli condivisi.

Ridefinizione della rete ospedaliera acuti e post-acuti, con individuazione analitica del numero dei posti letto suddivisi per struttura, disciplina, DH e ordinari, unità operative (nel rispetto delle indicazioni degli standard nazionali e dell'emanando regolamento).

Programma 14 – Riequilibrio ospedale-territorio			
14.1 Rimodulazione della Rete Ospedaliera			
Azione	**Obiettivo Generale**	**Obiettivi Specifici**	**Indicatori di Risultato**
Rete ospedaliera	Rimodulazione della rete ospedaliera	▪ Mappatura strutture in termini di livelli organizzativi, discipline, numero di posti letto, dimensioni reparti, appropriatezza prestazioni e tasso di ospedalizzazione per provincia; ▪ rimodulazione tendenziale della dotazione di posti letto per disciplina in funzione dei fabbisogni e degli standard vigenti ed emendati; ▪ Completamento della rete dei punti nascita, attraverso l'organizzazione secondo criteri Hub e spoke delle strutture, incluse quelle private accreditate, e l'organizzazione del trasporto neonatale;	▪ Report; ▪ Adozione dei provvedimenti regionali e aziendali di riordino della rete ospedaliera. ▪ Dotazione di pl come risultanti dai flussi HSP validati al 31.12.2015; ▪ Adozione dei provvedimenti finalizzati al completamento della rete dei punti nascita ▪ Assenza di SDO che riportino DRG del parto dai punti nascita disattivati entro il 31.12.2014 ▪ Riduzione di dell'indicatore LEA parti cesarei
Implementazione e adozione di sistemi di valutazione dell'appropriatezza	Miglioramento dell'appropriatezza e potenziamento dei meccanismi di controllo	▪ Prosecuzione dell'individuazione forme alternative di assistenza (day service, ambulatorio, residenziale) per DRG selezionati ▪ Monitoraggio e valutazione dell'efficienza e dell'efficacia dell'assistenza ospedaliera e territoriale	▪ Adozione dei provvedimenti regionali. Trasferimento al termine del triennio del 30% dei ricoveri potenzialmente inappropriati in *setting* alternativi ▪ Incremento del numero di cartelle cliniche controllate ▪ Implementazione Sistema regionale per la valutazione delle performance e degli esiti dei presidi assistenziali ospedalieri e territoriali ▪ Riduzione del tasso standardizzato di ospedalizzazione ▪ Riduzione del Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio

			inappropriatezza in regime ordinario
Cronoprogramma	**Entro 30.06.2014** ▪ Prosecuzione e monitoraggio del processo di trasferimento di prestazioni ospedaliere riferite a DRG ad alto rischio di inappropriatezza verso forme di assistenza alternative al ricovero anche territoriali (day service, ambulatorio, assistenza residenziale, domiciliare ecc.) e monitoraggio; **Entro 31.12.2014** ▪ Mappatura strutture in termini di livelli organizzativi, discipline, numero di posti letto, dimensioni reparti, appropriatezza prestazioni e tasso di ospedalizzazione per provincia; ▪ Implementazione di un sistema regionale di valutazione delle performance e degli esiti delle strutture ospedaliere e territoriali ▪ rimodulazione tendenziale della dotazione di posti letto per disciplina, con allineamento della situazione programmata alla dotazione reale ▪ Completamento della rete dei Punti Nascita, dal punto di vista qualitativo e quantitativo, anche con riferimento ai trasporti materni; Definizione dei criteri per il governo dei percorsi assistenziali, garanzia di equità di accesso alle cure e della qualità dei servizi percepita dalla collettività **Entro 31.12.2015** ▪ Miglioramento del governo dei percorsi assistenziali, garanzia di equità di accesso alle cure e della qualità dei servizi percepita dalla collettività, anche attraverso i flussi informativi		
Impatto Economico	L'impatto economico derivante dalla definizione del piano di riordino della rete ospedaliera è da ascriversi, principalmente, agli effetti di spesa correlati alla rideterminazione delle dotazioni organiche, per la cui quantificazione si rimanda alle relative azioni di cui al presente Programma. Per quanto attiene invece l'impatto di economie sugli ulteriori fattori produttivi (beni e servizi) non si ritiene di dovere effettuarne la quantificazione nell'assunzione che i costi cessanti derivanti dal processo di riconversione trovino compensazione nei costi sorgenti derivanti dal potenziamento del territorio. Si prevede una riduzione dei costi associati al fenomeno della mobilità passiva extraregionale pari a 5 mln di euro nel 2014 e di 5 mln di euro nel 2015. Analogamente, per quanto attiene la definizione delle reti cliniche, la misura non comporta differenziali rispetto al valore economico tendenziale in quanto incide sul miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria e del governo clinico.		
Responsabile del Processo Attuativo	Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione		

14.2 Lo stato di avanzamento della Riconversione delle strutture ospedaliere in Presidi Territoriali di Assistenza

Sul versante del macro sistema territoriale è in atto la costruzione di un Programma Operativo per l'attuazione della fase di riorganizzazione e reingegnerizzazione territoriale in modo da governare i percorsi di diagnosi, cura e riabilitazione, mirando ad una forte integrazione tra *Territorio* ed *Ospedale* e tra il *Sociale* e il *Sanitario.*

- Il Regolamento Regionale n. 6 del 18 Aprile 2011, in attuazione alla L.R. n. 25/2006 e alla L.R. n. 26/2006, prevede che la Direzione di Distretto Socio Sanitario si avvale di una serie di livelli organizzativi e funzioni di staff che vanno implementati monitorati ed omogeneizzati su tutto il territorio regionale;
- Infatti, al fine di rendere omogeneo e capillare il processo di reingegnerizzazione del sistema e considerate le differenze epidemiologiche, demografiche ed orografiche del territorio regionale e della conformazione degli ambiti territoriali distrettuali e dei servizi sanitari censiti, il

territorio della Regione Puglia, come già detto, è stato analizzato facendo riferimento a tre "macrozone" (**Zona Nord - Zona Centro - Zona Sud) più omogenee**;

- In questo contesto, il Distretto Socio Sanitario diventa il coordinamento indispensabile per promuovere e valorizzare i nuovi modelli organizzativi, assistenziali ed i programmi di attività orientati alla centralità del paziente e della famiglia.

Questo processo ha coinvolto la riconversione degli ospedali dismessi. nei tre ospedali della Provincia di Foggia, che servivano a poco meno del 12% dei cittadini residenti in quei comuni, oggi sono stati allocati una R.S.A., moduli dedicati all'Alzheimer, moduli di *Hospice*; a Ceglie Messapica è stato creato un Ospedale di Comunità con 8 pl cui hanno aderito tutti i MMG del Comune con ambulatori specialistici e il day service Chirurgico; a Cisternino la struttura ospedaliera ospita oggi l'Associazione di tutti i MMG del Comune organizzati in Super Rete e l'ospedale di comunità; nella BAT è stato attivato l'ambulatorio infermieristico per la presa in carico delle cronicità e delle fragilità; a Massafra sono presenti Servizi di assistenza specialistica che si stanno organizzando secondo un modello organizzativo (day service ambulatoriale-DSA) di assistenza ambulatoriale complessa ed integrata, centrata sul problema clinico del paziente e finalizzata ad affrontare problemi clinici di tipo diagnostico e terapeutico che necessitano di prestazioni multiple integrate e/o complesse e che non richiedono sorveglianza od osservazione medica e/o infermieristica protratta per tutta la durata dei singoli accessi. Solo nel corso dei primi nove mesi del corrente anno sono state attivate oltre 140 ore specialistiche settimanali. E' stato attivato il Centro Donna: per percorsi diagnostico-terapeutici per la prevenzione oncologica nelle donne nell'ambito dell'integrazione ospedale-territorio.

La Riconversione delle strutture ospedaliere in Presidi Territoriali di Assistenza è finalizzata al perseguimento dell'assistenza territoriale integrata, secondo i principi della continuità assistenziale, delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali e attraverso la presa in carico secondo il modello "*Chronic Care Model*".

I risultati ad oggi ottenuti, nei Comuni coinvolti nell'applicazione del nuovo modello assistenziale, mettono in evidenza che le persone affette da patologie croniche ricevono assistenza guidata e personalizzata attraverso la presa in carico globale.

A seguito delle buone esperienze effettuate sul campo nei primi Distretti SocioSanitari si è avviata la seconda fase, contestualmente alla prima, partendo dai Distretti di Maglie e di Campi Salentina, ritenendo questi già maturi anche per l'implementazione del Modello.

Si è ritenuto opportuno, pertanto, accelerare il processo di diffusione di detto modello assistenziale in tutti i Distretti della Puglia (terza fase) e proporlo come "Modello ordinario di Gestione dei Protocolli Diagnostico- Terapeutici e Assistenziali (PDTA) per la presa in carico della Persona affetta da patologie a lungo termine".

In quest'ultima fase le figure infermieristiche coinvolte sono quelle presenti nelle forme di Associazionismo Medico e presso gli Ambulatori Distrettuali. Lo standard di riferimento, del tutto indicativo, previsto dal Programma *Care* Puglia è di n. 1 Infermiere *Care Manager* ogni 5.000 assistibili.

Naturalmente gli infermieri, opportunamente formati, saranno assegnati alle forme associative più complesse. Tuttavia, al momento la contrattazione con i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta, benché avviata, è in una fase interlocutoria in quanto si è in attesa di stabilire l'entità delle risorse necessarie e il modello di gestione ordinaria dei pazienti cronici e fragili. E' evidente che le risorse per incrementare il numero degli infermieri adibiti a tale attività vanno

intercettate nell'ambito dell'assistenza primaria attraverso processi virtuosi di appropriatezza prescrittiva diagnostica e terapeutica.

In virtù delle esperienze acquisiste nella prima fase e seconda fase di attuazione del Progetto e ad ulteriori progetti inerenti le patologie croniche di cui l'AReS è l'ente attuatore, si sta valutando la possibilità di ampliare il "Modello di Gestione dei Protocolli Diagnostico-Terapeutici e Assistenziali (PDTA)" anche ad altre patologie e all'età pediatrica.

L'obiettivo strategico è quello di riqualificare la rete dei servizi distrettuali, all'interno della quale si colloca la progettazione dei PTA (Presidi Territoriali di Assistenza).

Si riporta di seguito una tabella sintetica sullo stato di avanzamento della Riconversione delle strutture ospedaliere in Presidi Territoriali di Assistenza all'interno della Struttura Complessa Cure Primarie, e si rinvia al documento allegato (All. IV), contenente specifici quadri sinottici per ciascuna delle strutture in riconversione, che descrivono gli impegni specifici, lo stato dell'arte e gli assetti previsti a regime.

Sintesi dello stato di avanzamento della Riconversione delle strutture ospedaliere in Presidi Territoriali di Assistenza all'interno della Struttura Complessa Cure Primarie
R.R. n. 6/2011 - (Legge n. 189 del 8 novembre 2012)

ASL	Comuni	Servizi Distrettuali													Servizi Dipartimentali Territoriali						
		Sede DSS	Spec. Ambul	Day Service	Amb. Inferm	Rx Lab. Terr.	Consultorio	P.U.A	MMGAssociaz.mo	PLSAssociaz.mo	Cont.tà Assis.le	H di Com.ità	Hospice	R.S.A	Farm.ca Territ	CSM	Ser.T.	Riab.	Igiene e Prev.ne	P.P.I.	118
BA	Bitonto	SI	SI	SI		SI	SI				SI	SI			SI			SI		SI	SI
BA	Conversano (*)	SI	SI	SI		SI	SI	SI			SI							SI		SI	SI
BA	Gioia Del Colle		SI	SI		SI														SI	SI
BA	Grumo Appula	SI	SI	SI		SI		SI			SI		SI							SI	SI
BA	Noci						SI	SI			SI					SI		SI		SI	SI
BA	Rutigliano		SI				SI	SI			SI				SI		SI	SI	SI	SI	
BA	Ruvo Di Puglia	SI	SI	SI		SI	SI	SI			SI				SI		SI	SI	SI	SI	SI
BA	Santeramo in Colle		SI			SI	SI				SI				SI	SI		SI	SI	SI	SI
BR	Ceglie Messapica		SI	SI	SI	SI		SI			SI	SI			SI			SI	SI	SI	SI
BR	Cisternino		SI		SI	SI	SI	SI			SI	SI							SI	SI	SI
BT	Minervino Murge				SI	SI	SI	SI			SI					SI		SI	SI	SI	SI
BT	Spinazzola		SI		SI	SI		SI			SI			SI		SI		SI	SI	SI	SI
FG	Monte Sant'Angelo		SI	SI		SI	SI	SI			SI		SI	SI					SI	SI	SI
FG	San Marco in Lamis	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI			SI			SI	SI			SI	SI	SI	SI
FG	Torremaggiore		SI			SI	SI				SI	SI	SI			SI	SI		SI	SI	SI
LE	Campi Salentina		SI	SI	SI	SI	SI					SI			SI		SI	SI	SI	SI	SI
LE	Gagliano Del Capo	SI	SI	SI	SI	SI	SI				SI				SI	SI		SI	SI	SI	SI
LE	Maglie			SI		SI					SI					SI	SI	SI		SI	SI
LE	Nardò (*)		SI	SI		SI	SI	SI			SI					SI				SI	SI
LE	Poggiardo	SI	SI	SI		SI	SI				SI							SI	SI	SI	SI
TA	Massafra	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI		SI	SI				SI	SI	SI	SI	SI	SI
TA	Mottola		SI				SI											SI		SI	SI
	Totale																				

(*) Ospedali riconvertiti in Strutture di Assistenza Territoriale dal secondo Piano di Riordino della Rete Ospedaliera (DGR n. 1110 del 05 giugno 2012);

Per quanto concerne le modalità erogative di prestazioni “a gestione ospedaliera” residuali, tali prestazioni vengono erogate in regime ambulatoriale o in day service chirurgici e medici e si integrano con le attività distrettuali attraverso accordi di programma fra l’Ospedale di riferimento e il Distretto SocioSanitario di competenza. Il modello organizzativo di riferimento è l’“Ambulatorio delle Cronicità” in cui si integrano sia le attività distrettuali, ma anche alcune attività a “gestione ospedaliera” per prestazioni di alta specializzazione.

Nel contempo è in atto una concertazione a livello regionale ed aziendale affinché forme associative già costituite, nei comuni in cui è presente una struttura ospedaliera in riconversione, si trasferiscano all’interno delle stesse.

Inoltre, si prevede l’attivazione di nuove forme associative del tipo “Unità Complessa di Cure Primarie” in modo da conseguire i seguenti obiettivi:

- “Costruire” strutture a vocazione multifunzionale e a gestione multiprofessionale;
- Favorire il passaggio dall’associazionismo monoprofessionale a quello multiprofessionale;
- Assicurare la presa in carico H24 dei bisogni complessi dei pazienti;
- Integrare tutte le attività svolte a livello distrettuale dai professionisti che contribuiscono alla salute ed al benessere del cittadino con le attività sociali e con quelle ospedaliere.

L’attivazione di tali forme associative è attualmente oggetto di contrattazione aziendale, qualora ci siano disponibilità di fondi.

In quelle aziende sanitarie in cui non c’è la disponibilità di fondi contrattuali, allo stato, l’adesione non può che essere volontaria in quanto trattasi di materia oggetto di accordi regionali.

Attualmente la contrattazione regionale è sospesa in attesa che le linee guida nazionali della Medicina Generale consolidino un accordo nazionale dal quale far discendere l’accordo integrativo regione (AIR). Inoltre, è necessario che a seguito dell’atto di indirizzo relativo alla Legge 189/2011 si chiarisca il modello che in futuro sarà alla base dell’assistenza primaria. E’ utile ribadire che i MMG hanno dato la loro disponibilità in quei Presidi Territoriali di Assistenza dove sono stati attivati posti letto di Ospedale di comunità. Considerando che la presa in carico h24 è un punto cruciale per la corretta risposta ai bisogni complessi dei pazienti cronici, si individua nel sistema della Continuità Assistenziale (C.A.) organizzato sull’intero arco delle 24 ore per tutti i giorni della settimana, il cardine sul quale far ruotare il sistema, rivalutando professionalmente, economicamente e funzionalmente questo Servizio, e prevedendo comunque l'integrazione con i Medici di Assistenza Primaria, per quanto di loro competenza su un piano di collaborazione fra pari, pur con ruoli distinti.

Programma 14 – Riequilibrio ospedale-territorio			
14.2 Lo stato di avanzamento della Riconversione delle strutture ospedaliere in Presidi Territoriali di Assistenza			
Azione	**Obiettivo Generale**	**Obiettivi Specifici**	**Indicatori di Risultato**
Riconversioni Ospedali	Rimodulazione della rete ospedaliera	▪ Emanazione Linee Guida e direttive regionali sulla organizzazione funzionamento dei Presidi Territoriali di Assistenza; ▪ Mappatura strutture in termini di livelli organizzativi, servizi, appropriatezza prestazioni per struttura; ▪ Rimodulazione tendenziale delle risorse umane e tecnologiche in funzione dei fabbisogni e degli standard vigenti ed emendati; ▪ Completamento tendenziale del processo di riconversione in conformità con le indicazioni nazionali e regionali relative ai Presidi Territoriali di Assistenza (P.T.A.); ▪ Attivazione nei P.T.A. di forme organizzative Multiprofessionali della Medicina Generale (U.C.C.P.)	▪ Adozione Linee Guida; ▪ Report; ▪ Adozione dei provvedimenti finalizzati al completamento tendenziale del processo di riconversione delle strutture ospedaliere chiuse n. U.C.C.P. attivati nei P.T.A.
Riequilibrio ospedale/territorio	Riconversioni e integrazione ospedale/territorio	▪ Completamento della dismissione delle funzioni ospedaliere non più previste nei presidi ospedalieri oggetto di riconversione, ridefinendo le attività territoriali previste in maniera standardizzata (vedi capitolo assistenza distrettuale) ▪ ▪ Adozione dei Protocolli per le dimissioni protette e programmate (vedi anche A.D.I.); ▪ Rimodulazione dei percorsi clinici ospedale/territorio	▪ monitoraggio degli atti aziendali per la valutazione dell'assetto conseguente al completamento delle riconversioni ▪ protocolli per l'integrazione ospedale territorio
Implementazione e adozione di sistemi di valutazione dell'appropriatezza	Miglioramento dell'appropriatezza e potenziamento dei meccanismi di controllo	▪ vedi obiettivi specifici Rimodulazione Rete Ospedaliera	▪ vedi indicatori della Rimodulazione Rete Ospedaliera
Cronoprogramma	In linea con quanto previsto con la rimodulazione della rete ospedaliera: **Entro 30.06.2014** ▪ Completamento e monitoraggio del processo di trasferimento di prestazioni ospedaliere riferite a DRG ad alto rischio di inappropriatezza verso forme di assistenza alternative al ricovero anche territoriali (day service, ambulatorio, assistenza residenziale, domiciliare ecc.) e monitoraggio **Entro 31.12.2014** ▪ Emanazione Linee Guida Presidi Territoriali di Assistenza ▪ Completamento della dismissione delle funzioni ospedaliere non più previste nei presidi ospedalieri oggetto di riconversione, ridefinendo le attività territoriali previste in maniera standardizzata		

	▪ Sperimentazione di protocolli di integrazione ospedale-territorio **Entro 31.12.2015** ▪ Implementazione di un sistema regionale di valutazione delle performance e degli esiti delle strutture ospedaliere e territoriali ▪ Definizione dei criteri per il governo dei percorsi assistenziali, garanzia di equità di accesso alle cure e della qualità dei servizi percepita dalla collettività ▪ Sperimentazione dei protocolli di integrazione/ospedale territorio **Entro 31.12.2015** ▪ Implementazione di percorsi clinici ospedale/territorio ▪ Attivazione nei P.T.A. di forme organizzative Multiprofessionali della Medicina Generale (U.C.C.P.) ▪ Miglioramento del governo dei percorsi assistenziali, garanzia di equità di accesso alle cure e della qualità dei servizi percepita dalla collettività, anche attraverso i flussi informativi
Impatto Economico	In linea con quanto previsto con la rimodulazione della rete ospedaliera, l'impatto economico derivante dalla definizione del piano di riordino **dell'Assistenza Distrettuale** è da ascriversi, principalmente, agli effetti di spesa correlati alla rideterminazione delle dotazioni organiche, per la cui quantificazione si rimanda alle relative azioni di cui al presente Programma. Per quanto attiene invece l'impatto di economie sugli ulteriori fattori produttivi (beni e servizi) non si ritiene di dovere effettuarne la quantificazione nell'assunzione che i costi cessanti derivanti dal processo di riconversione trovino compensazione nei costi sorgenti derivanti dal potenziamento del territorio.
Responsabile del Processo Attuativo	Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione

Emanazione, o aggiornamento, delle linee guida regionali per l'adozione degli Atti Aziendali

Per quanto concerne l'aggiornamento delle linee guida regionali per l'adozione degli atti aziendali, sarà adottata apposita Delibera di Giunta Regionale entro il 31/12/2013.

L'interdipendenza dell'atto aziendale con una serie di provvedimenti legati alla gestione delle risorse umane è dettagliata del Programma 10 al quale si rinvia anche per il crono programma e gli indicatori.

14.3 Cure palliative e terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico: **Programma di interventi per la definizione del modello organizzativo della Rete delle Cure palliative e della Rete di Terapia del dolore**

Le disposizioni dettate dalla legge n.38/2010 prevedono che l'accesso alle Cure Palliative ed alle Terapie del Dolore deve essere adeguato alle necessità di cura della popolazione residente in ciascuna regione, con specifica previsione per l'assistenza pediatrica, garantendo il supporto alle famiglie.

Pertanto, è necessario che le Reti dei servizi coinvolti - costituite dall'insieme delle strutture sanitarie (ospedaliere e territoriali), delle figure professionali e degli interventi diagnostici e terapeutici - siano organizzate secondo standard omogenei su tutto il territorio nazionale, come previsto dall'Intesa Stato-Regioni 25/7/2012 di approvazione del Documento del Ministro Salute sui requisiti minimi e per l'accreditamento dei servizi in parola.

<table>
<tr><th colspan="4">Programma 14 – Riequilibrio ospedale-territorio</th></tr>
<tr><th colspan="4">14.3 Cure palliative e terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico</th></tr>
<tr><th>Azione</th><th>Obiettivo Generale</th><th>Obiettivi Specifici</th><th>Indicatori di Risultato</th></tr>
<tr><td>Definizione e realizzazione del modello organizzativo delle Reti Cure palliative e Terapia del dolore, in attuazione dell'Intesa Stato-Regioni 25 Luglio 2012, al fine di assicurare prestazioni omogenee e la continuità delle cure su tutto il territorio regionale</td><td>Riqualificazione dell'assistenza ai pazienti terminali attraverso l'organizzazione di Reti locali di cure palliative e terapia del dolore, che integrino l'assistenza domiciliare, ambulatoriale, a ciclo diurno e di ricovero</td><td>A.
▪ Monitoraggio delle strutture attive sul territorio regionale;

B.
▪ Definizione di linee guida regionali sui requisiti delle Reti, sulle modalità organizzative e sulle modalità di presa in carico dei pazienti e di inserimento in Hospice o in ADI-CP

C.
▪ Attuazione di piani di formazione degli operatori della rete</td><td>A.1
▪ Definizione dello strumento ricognitivo

A.2
▪ Report di monitoraggio

B.1
▪ Deliberazione di Giunta Regionale di approvazione delle linee guida

C.1
▪ Definizione e realizzazione dei programmi di formazione rivolti agli operatori</td></tr>
<tr><td>Cronoprogramma</td><td colspan="3">Entro 31.12.2014
▪ Azione 1. – Obiettivo Specifico A. – Indicatore di risultato A.1
▪ Azione 1. – Obiettivo Specifico A. – Indicatore di risultato A.2
Entro 31.12.2015
▪ Azione 1. – Obiettivo Specifico B. - Indicatore di risultato B.1
▪ Azione 1. – Obiettivo Specifico C. - Indicatore di risultato C.1</td></tr>
<tr><td>Responsabile del Processo Attuativo</td><td colspan="3">Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica
Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione</td></tr>
</table>

14.4 Assistenza primaria

Riorganizzazione dell'assistenza primaria secondo le indicazioni della legge 189/2012

L'organizzazione del Sistema Ospedaliero si orienta sempre più all'Hub & Spoke che obbliga ad una revisione della rete ospedaliera partendo dalla chiusura dei piccoli ospedali e che si sostanzia nella produzione e distribuzione dell'assistenza ospedaliera secondo il principio di *Integrazione nella Rete*.

La chiusura dei piccoli, nel nostro caso anche piccolissimi ospedali, genera tensioni nelle comunità che vanno superate comunicando l'evidenza dei limiti oggettivi di sicurezza che quel sistema determina e assicurando ai potenziali fruitori, sempre più competenti, soluzioni efficaci e sicure da punto di vista del rischio clinico:

- sviluppando il sottosistema dell'emergenza e urgenza;
- costruendo dentro le comunità e nei luoghi dove le stesse esprimono la propria identità, il Sistema Territoriale per le cure primarie per sostenere la non autosufficienza, la cronicità, la disabilità, i minori, ecc.;

- promuovendo la prevenzione.

I tre macro livelli di assistenza, Sistema Territoriale, Sistema Ospedaliero, e Sistema della Prevenzione, devono poter contare e ottimizzare la propria programmazione Nazionale ma soprattutto Regionale e locale all'interno dei limiti certi dei finanziamenti percentualmente previsti (44% Ospedale, 5% prevenzione, 51% servizi distrettuali).

La certezza dei finanziamenti è una delle questioni determinanti per il consolidamento della *Rete* e del protagonismo territoriale.

Sono necessari provvedimenti chiari, forti, e stabili. Anche prevedendo, a livello locale, soluzioni radicali di separazione gestionale e amministrativa tra Sistema dell'offerta Territoriale e Sistema dell'offerta Ospedaliera, in modo da assegnare ai due risorse definite e finalizzate a obiettivi LEA sostenibili e chiari.

Tuttavia l'integrazione tra i due sistemi, ancora in una fase critica, si deve realizzare sui livelli di produzione integrata e condividendo specifici strumenti organizzativi.

All'interno di questo quadro, diventava indispensabile sviluppare un sistema regionale che permetta di:

- governare un'articolata rete di servizi e di percorsi di cura, centrati sul bisogno della persona;
- guidare e orientare il cittadino nella complessità dei servizi per garantirgli un percorso assistenziale personalizzato e una vera presa in carico;
- abbattere la barriera che separa i servizi e le prestazioni sanitarie da un lato ed i servizi e le prestazioni a carattere socio-sanitario e assistenziale dall'altro.

La costruzione di documenti per l'organizzazione funzionale, gli standard organizzativi, gli strumenti e le metodologia di monitoraggio e valutazione e la riorganizzazione delle cure primarie

L'iniziativa intende consolidare il ruolo gestionale del Direttore di Distretto SocioSanitario attraverso l'esplicitazione di tutte le funzioni di governo delle attività territoriali: programmazione, monitoraggio, valutazione e controllo, organizzazione dei servizi distrettuali, gestione dei rapporti con MMG, PLS e CA, l'attuazione delle norme contrattuali, la gestione complessiva delle Cure Primarie e di tutta la produzione sanitaria e sociosanitaria.

Il territorio è un macrosistema organizzato ancora più complesso di quello ospedaliero in quanto deve far convivere, al suo interno, numerosi e importanti attori professionali, portatori di competenze specifiche, strutturati attraverso differenti rapporti contrattuali con il Servizio Sanitario Regionale.

Non soltanto i privati convenzionati, ma anche i MMG e PLS, i Medici di Continuità Assistenziale e dell'Emergenza 118, i Medici Specialisti dei Poliambulatori e altri (veterinari, psicologi, biologi ecc.)

Il processo di monitoraggio, valutazione e controllo deve essere inteso non solo come sviluppo di una gestione efficace, ma anche come una dinamica di consolidamento dell'identità produttiva.

Soprattutto, nella costruzione delle Cure Primarie, devono essere affrontati e risolti gli aspetti legati alla committenza ed alla produzione valorizzando, quindi, la funzione gestionale e la funzione di interfaccia con la committenza aziendale, partendo prorio dall'art. 1 della Legge 189/2012.

Il tema della gestione dei flussi informativi, supportati dalle tecnologie informatiche, in ambito sanitario prevede l'acquisizione di competenze tecniche sempre più elevate che permettano di organizzare, implementare e monitorare il delicato processo di rilevazione di dati attendibili, della loro conservazione e del rispetto dei tempi di tras.m.i.ssione.

All'interno dei temi sopracitati è obiettivo generale la realizzazione di documenti finalizzati alla definizione di standard organizzativi relativi all'assistenza distrettuale.

D'intesa con il Tavolo Tecnico Regionale dei Rappresentanti delle Conferenze Aziendali dei Distretti SocioSanitari e con il coinvolgimento di tutti gli altri Direttori di Distretto si stanno definendo i protocolli necessari per costruire l'organizzazione funzionale e gli standard organizzativi del D.S.S..

Tali documenti saranno oggetto di costruzione all'interno di "gruppi di lavoro" formati dai Direttori di Distretto, referenti di livello nazionale, tecnici dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari (AgeNaS) e referenti professionali coinvolti a seconda delle materie trattate.

Elementi di contesto

In Puglia, negli ultimi anni, è stata dedicata una particolare attenzione alla realizzazione di azioni importanti per sostenere l'obiettivo "Cure Primarie". Attraverso l'Accordo Regionale della Medicina Generale, pubblicato sul BURP del 18 gennaio 2008, la Regione Puglia ha costruito un modello di governo delle Cure Primarie:

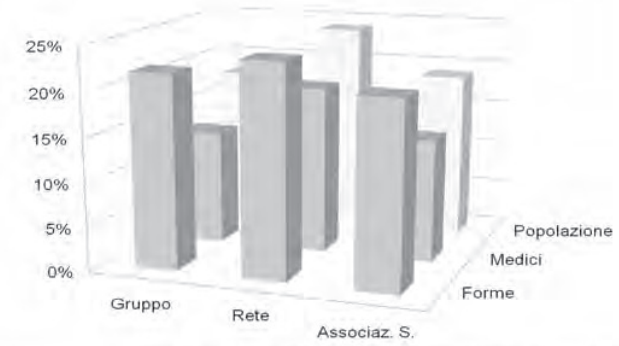
- I MMG in Puglia sono n. 3.319;
- L'ambito di riferimento in cui si sviluppa il modello dell'associazionismo medico è quello Distrettuale;
- I Distretti Socio Sanitari in Puglia sono n. 49, la media della popolazione per distretto è 83.259 con una punta massima di 141.315 e una minima di 41.996;
- Il numero dei comuni in Puglia è 258;
- I 49 Distretti coprono una Regione che presenta una conformazione territoriale estremamente disomogenea alternando situazioni ad altissima densità demografica concentrata in grossi comuni, per lo più nella fascia costiera e centrale, ad altre che presentano bassa densità demografica, disseminata, per altro, in piccoli comuni e frazioni;
- La popolazione di riferimento è quella assistita dai MMG residente che ammonta a 2.849.554 su un totale di 4.078.476 (anno di riferimento 2010).



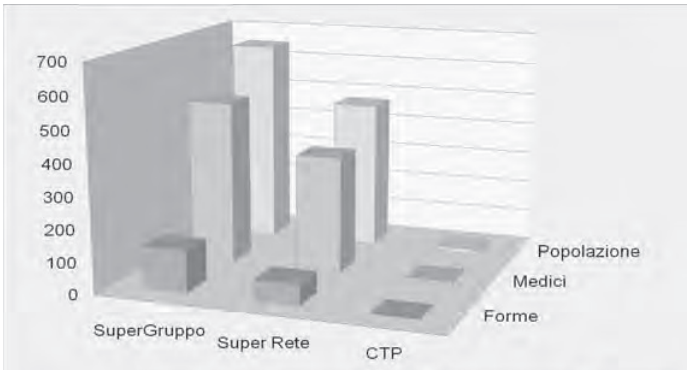
Modalità org

Non vi sono modelli organizzativi finalizzata all'assistenza H24.

Allo stato sono in fase di realizzazione modelli di aggregazione funzionali territoriali finalizzati al minore ricorso ai ricoveri impropri e ai codici bianchi e a dare risposta alla domanda espressa dalle popolazioni rimaste prive dei presidi ospedalieri. È all'interno di questa riorganizzazione funzionale e strutturale che si prevede di elevare il grado di accessibilità ai servizi in modo da portarlo in maniera omogenea ad H12 e gradualmente ad H24.



	Gruppo	Rete	Associaz. S.
Forme	22%	24%	21%
Medici	13%	19%	14%
Popolazione	18%	24%	19%



	SuperGruppo	Super Rete	CTP
Forme	133	66	1
Medici	516	368	8
Popolazione	648,412	469,85	10,633

Programma 14 – Riequilibrio ospedale-territorio			
14.*4 Riorganizzazione dell'assistenza primaria secondo le indicazioni della legge 189/2012*			
Azione	**Obiettivo Generale**	**Obiettivi Specifici**	**Indicatori di Risultato**
Standard Organizzativi del DSS	Allineare l'organizzazione delle strutture e dei Servizi all'art. 1 della L. 189/2012, alla L.R. n. 25/2006 ed al R.R. n. 6/2011, disciplinarne il funzionamento e costruire una dotazione organica sostenibile ed omogenea in rapporto al n. di popolazione ed al n. dei comuni.	▪ modulare i livelli organizzativi (standard organizzativi) e livelli funzionali in rapporto al n. della popolazione residente ed al n. dei comuni, al fine di elaborare uno standard per struttura e per servizio e di conseguenza generare lo standard complessivo organizzativo per distretto;	▪ Adozione di un Protocollo Operativo di funzionamento complessivo del D.S.S. in Puglia
La Struttura complessa delle Cure Primarie	Definire l'organizzazione ed il funzionamento del Sistema Cure Primarie	▪ particolare attenzione alla costruzione di un sistema di Cure Primarie che contempli la Struttura Complessa costruita sulla scorta di quanto previsto dall'art. 1 della Legge 8 novembre 2012 n. 189 che prevede aggregazioni multiprofessionali con un impegno h 24.	▪ Adozione di un Protocollo Operativo di funzionamento delle Cure Primarie in Puglia, ricompreso nel protocollo D.S.S., con individuazione dei criteri per la definizione della struttura complessa e per l'attribuzione dell'incarico.
La funzione di Committenza del DSS	costruire i singoli processi della funzione di committenza del DSS	▪ Analisi e definizione dei bisogni di salute; ▪ promozione della salute; ▪ definizione di strategie di prevenzione, di concerto con il Dip. di Prevenzione, soprattutto per la prevenzione collettiva; ▪ governo dei volumi e delle tipologie di prestazioni acquistate dall'Azienda e assegnate con la politica di budget; ▪ il monitoraggio dei volumi e delle tipologie di tutte le prestazioni erogate al fine di garantire l'equità di accesso.	▪ Linee Guida per la definizione dei ruoli e delle funzioni della Direzione del Distretto e della Direzione Cure Primarie.
Accordi con MMG/PLS: individuazione o rimodulazione delle forme di associazionismo;	revisione degli accordi regionali per ampliamento dell'offerta e promozione dell'efficienza del sistema attraverso percorsi terapeutici multi professionali di presa in carico	i contenuti specifici: ▪ revisione delle forme associative nella forma base di "Super Gruppo"; ▪ tenuta e aggiornamento del Fascicolo Elettronico per tutte le cronicità; ▪ Integrazione dei "Super Gruppo" all'interno delle aggregazioni multiprofessionali con impegno h 24. ▪ Adeguamento dei software gestionali dei MMG e PLS al sistema EDOTTO con l'introduzione nel fascicolo elettronico della funzionalità relativa alla presa in carico delle patologie a lungo termine e/o delle fragilità.	▪ Adozione del nuovo Accordo Integrativo Regionale dei MMG E PLS; ▪ Adozione della DGR per la diffusione del *Chronic Care Model* come "modello ordinario di gestione delle patologie a lungo termine e/o delle fragilità"; ▪ Adozione della DGR per modulare il software del *Chronic Care Model* all'interno del Sistema

			EDOTTO come 35° applicativo.
Cronoprogramma	**Entro 30.09.2014** ▪ Costituzione, all'interno del Tavolo Regionale dei Rappresentanti delle Conferenze Aziendali dei Distretti SocioSanitari, dei gruppi di lavoro integrati con i rappresentanti dei MMG e PLS, con affiancamento di esperti AgeNaS ed Università; ▪ Adozione della DGR per la diffusione del *Chronic Care Model* come "modello ordinario di gestione delle patologie a lungo termine e/o delle fragilità"; **Entro 31.12.2014** ▪ Adozione della DGR per modulare il software del *Chronic Care Model* all'interno del Sistema ▪ Definizione delle Linee Guida per l'organizzazione multi professionale dei Presidi Territoriali di Assistenza (P.T.A.) ▪ Avvio delle attività di monitoraggio dell'attuazione del modello in tutte le AA.SS.LL.; **Entro 31.12.2015** ▪ Adozione di un Protocollo Operativo di funzionamento complessivo del D.S.S. in Puglia ▪ Inserimento negli atti aziendali del modello organizzativo del D.S.S. e Cure Primarie; ▪ Linee Guida per la definizione dei ruoli e delle funzioni della Direzione del Distretto e della Direzione Cure Primarie; ▪ Attività di valutazione dell'attuazione ed omogeneizzazione delle funzioni in tutti i DD.SS.SS. ▪ Consolidamento in tutta la regione del modello adottato.		
Responsabile del Processo Attuativo	Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione		

14.5 Riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private di laboratorio

La tabella che segue riporta un riepilogo delle strutture pubbliche e private eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio aggiornato al 31.12.2012.

REGIONE PUGLIA- QUESTIONARIO LEA 2012 - SEZIONE AK

PUBBLICO

	N. Lab. Analisi	N. Lab. Analisi		N. Prestazioni 2012
		territ.	osped.	
ASL BA	17	8	9	10.760.394
ASL BR	9	1	8	5.737.105
ASL BT	5	0	5	3.319.252
ASL FG	9	5	4	5.097.635
ASL LE	12+2 spec.	6	6+2	10.633.948
ASL TA	6	0	6	7.688.002
AOU Policlinico Bari	7	0	7	7.349.475
AOU OO.RR. Foggia	4	0	4	4.740.442
IRCCS "De Bellis"	1	0	1	426.000
IRCCS "Giovanni P.II"	3		3	294.395
TOTALI	**75**	**20**	**55**	56.046.648

PRIVATO Accred.

	N. Lab. Analisi	N. Lab. Analisi		N. Prestazioni 2012
		territ.	osped.	
Strutture ASL BA	63	63		2.569.982
Strutture ASL BR	26	26		1.144.353
Strutture ASL BT	19	19		1.197.083
Strutture ASL FG	39	39		938.463
Strutture ASL LE	58	58		3.043.782
Strutture ASL TA	46	46		1.703.346
Osp. Card "Panico" Tricase	1	0	1	1.847.672
Osp. "Miulli" Acquaviva	1	0	1	1.905.588
IRCCS "Casa Soll. Soff."	1	0	1	3.279.829
IRCCS "Maugeri"	1		1	154.953
IRCCS "Medea"	0	0	0	-
TOTALI	**255**	**251**	**4**	17.785.051

Con DGR 2087 del 03/11/2009 recante “Riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private di diagnostica di laboratorio. Approvazione linee guida e crono programma attuativo”. Con DGR 730 del 15.03.2010 ha normato il Service di laboratorio.

Questa ulteriore fase di sviluppo del programma di riordino della medicina di laboratorio è direttamente correlata:

- Al completamento delle misure strutturali di rimodulazione della rete ospedaliera e conseguente rifunzionalizzazione di alcuni presidi, i cui laboratori saranno trasformati in “punti prelievo”; a seguito del processo di trasformazione degli stessi presidi in strutture territoriali
- all’ulteriore aggregazione della rete laboratoristica interna alle Aziende Ospedaliere ed ai Policlinici Universitari sulla base delle risultanze della mappatura delle attività di laboratorio
- alla correlata omogeneizzazione delle gare con valutazione di eventuali procedure di centralizzazione per acquisizione di strumentazioni e reagenti nell’ottica di una razionalizzazione dei costi.

Programma 14 – Riequilibrio ospedale-territorio			
14.5 Riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private di laboratorio			
Azione	**Obiettivo Generale**	**Obiettivi Specifici**	**Indicatori di Risultato**
Rimodulazione rete laboratoristica	Razionalizzazione dei laboratori pubblici e privati	▪ Mappatura delle attività di laboratorio per sede, tipologia di erogatore, volumi di attività ▪ Definizione di un “Piano di Aggregazione” finalizzato ad addivenire progressivamente, entro il 20415, a una soglia minima di 200.000 esami/anno, attraverso la promozione dell’aggregazione dei laboratori con volumi di produzione inferiori alle 200.000 prestazioni annue ▪ Definizione dei criteri di raccordo con le strutture ospedaliere e territoriali ▪ Definizione di protocolli per la standardizzazione delle procedure	▪ Report ▪ Adozione degli atti regionali e aziendali di organizzazione ▪ N. di laboratori con produzione in linea con la normativa ▪ Riduzione dei centri di produzione ▪ Adozione degli atti regionali e aziendali
	Monitoraggio della riorganizzazione	▪ Implementazione della metodologia di monitoraggio	▪ elaborazione report ▪ di monitoraggio e verifica dei piani di adeguamento aziendali al Programma ▪ Regionale e analisi degli scostamenti ▪ ante e post razionalizzazione.
Cronoprogramma	**Entro 31.12.2014** ▪ Mappatura delle attività di laboratorio per sede, tipologia di erogatore, volumi di attività ▪ Definizione dei criteri di razionalizzazione della rete dei laboratori ▪ Definizione dei criteri di raccordo ▪ Definizione di protocolli per la standardizzazione delle procedure e per la pianificazione dei controlli di qualità e di accreditamento		

	▪ Implementazione della metodologia di monitoraggio **Entro 31.12.2015** ▪ Completamento dei processi di accorpamento ▪ Elaborazione report di monitoraggio e verifica dei piani di adeguamento aziendali al Programma ▪ Regionale e analisi degli scostamenti ante e post razionalizzazione.
Impatto Economico	Il processo di aggregazione dei laboratori pubblici, a seguito del quale si attende l'efficientamento della rete di offerta, un aumento del livello qualitativo delle prestazioni diagnostiche nonché l'ottimizzazione delle risorse impiegate, non ha al momento un riflesso economico nelle valutazioni del CE tendenziale e programmatico. L'impatto economico derivante dalla definizione del piano di riorganizzazione della rete dei laboratori è da ascriversi agli effetti di spesa correlati alla rideterminazione delle dotazioni organiche e alla razionalizzazione degli acquisti per beni e servizi unitamente, anche, alla parallela riorganizzazione della rete laboratoristica privata accreditata sempre nell'ambito dei tetti spesa assegnati alle strutture accreditate. L'esatta quantificazione economica è dipendente dalle relative azioni di cui al presente Programma.
Responsabile del Processo Attuativo	Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica

14.6 Piano regionale di contenimento dei tempi d'attesa, sulla base della normativa vigente, che preveda il monitoraggio dei relativi flussi informativi, anche attraverso il Sistema Tessera Sanitaria.

La Regione Puglia ha recepito i Piani Nazionali per il Governo delle Liste d'Attesa (Intesa Stato-Regioni 28 marzo 2006, adottando due delibere di Giunta, la n. 1200 dell'agosto 2006 e la n. 68 del febbraio 2007, e Intesa Stato-Regioni 28 ottobre 2010 recepita con DGR n. 1397 del 24 giugno 2011).

Nel corso di questi anni sono state avviate dalla regione Puglia una serie azioni, alcune già realizzate altre in via di realizzazione, in materia di contenimento dei tempi d'attesa:

- Appropriatezza e Diffusione di Linee guida
- Formazione
- Potenziamento dei CUP
- Gestione delle liste d'attesa secondo criteri di priorità negli accessi
- Informazioni sulla disponibilità di servizi
- Modalità di Accesso alle prestazioni e distribuzione dell'offerta di prestazioni
- Partecipazione dei cittadini e controllo sulla funzionalità dei servizi
- Monitoraggio dei tempi d'attesa (Accordo Stato-Regioni 7.11.2002)

Un contributo rilevante per il superamento delle criticità è stato ottenuto da una forte qualificazione dei contratti per l'acquisizione di prestazioni dalle strutture Sanitarie private accreditate, per cui, oltre al numero e tipologia di prestazioni effettivamente indispensabili per la riduzione dei tempi d'attesa, è stato concordato l'inserimento nel CUP dell'offerta di prestazioni anche dei soggetti privati accreditati (DGR 1494/09).

Una fase di forte crisi si è realizzata alla fine del 2010, per effetto del Piano di Rientro che dispose, con effetto immediato, il blocco invalicabile dei tetti di spesa relativi agli accordi contrattuali con i privati accreditati. Quella crisi, che ebbe grande risalto sugli organi di stampa, fu affrontata con la DGR n. 2268 del 26 ottobre 2010 ("Disposizioni urgenti in materia di liste d'attesa"), con cui

furono anticipate alcune disposizioni contenute nel nuovo Piano nazionale dei tempi d'attesa, che prevedevano, tra l'altro, la garanzia dei tempi d'attesa per le prestazioni caratterizzate da priorità d'accesso, riconoscibili attraverso appositi codici contenuti nella prescrizione/ricetta del medico prescrittore. Con quell'atto si volle affermare che le liste d'attesa possono essere controllate solo attraverso un forte processo di governo clinico e che la stratificazione dei tempi d'attesa deve essere coerente con i bisogni dei pazienti, in relazione alla gravità della situazione di ciascuno.

Il Piano regionale per il 2010-12 ed i successivi piani attuativi aziendali hanno recepito l'elenco delle prestazioni sia ambulatoriali che di ricovero, per le quali viene garantito il rispetto dei tempi d'attesa previsti per ciascuna priorità d'accesso.

La Puglia effettua tutti i monitoraggi previsti dal PNGLA.

Un aspetto qualificante del Piano dei tempi d'attesa è quello relativo alla gestione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici per le patologie a maggiore prevalenza (patologie croniche e malattie oncologiche). Per quanto riguarda le prime, la Regione sta implementando, con il Progetto Nardino, la presa in carico dei pazienti cronici, che ha dimostrato che è possibile governare le liste d'attesa per i controlli programmati da eseguire periodicamente ai pazienti cronici. Per quanto riguarda le secondo, è in corso di definizione la riorganizzazione della rete oncologica, nell'ambito delle azioni previste dal riordino ospedaliero.

La Puglia assicura, il rispetto dei tempi previsti (30 giorni massimo per la fase di accertamento diagnostico e 30 giorni per l'esecuzione della terapia prevista) per i carcinomi della mammella, del polmone e del colon-retto e per l'esecuzione del by-pass aorto-coronarico.

E' attivo, già dal 2004, un monitoraggio sui reclami che vengono presentati dai cittadini, che comprende anche la categoria dei tempi d'attesa.

Sul sito del Portale della salute della regione Puglia è attivo il link per assicurare informazioni ai cittadini sui tempi d'attesa nella Regione e nelle singole A.S..

Con deliberazione di Giunta Regionale n. 479 del 18/03/2014 sono state approvate le Linee Guida per la prescrizione e la prenotazione secondo criteri di priorità delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Programma 14 – Riequilibrio ospedale-territorio			
14.6 Piano regionale di contenimento dei tempi d'attesa, sulla base della normativa vigente, che preveda il monitoraggio dei relativi flussi informativi, anche attraverso il Sistema Tessera Sanitaria			
Azione	**Obiettivo Generale**	**Obiettivi Specifici**	**Indicatori di Risultato**
Piano Regionale di contenimento dei tempi d'attesa	Miglioramento della gestione delle liste d'attesa	▪ Costituzione di un Gruppo di lavoro per l'adeguamento ai contenuti dell'emanando PNGLA 2013-15 ▪ Elaborazione di una proposta che indichi le condizioni patologiche per l'uso appropriato dei criteri di priorità ▪ Assicurazione dei monitoraggi previsti per il monitoraggio ALPI, sospensioni erogazioni e PDT oncologici e cardiovascolari ▪ Periodica valutazione sull'attuazione dei Piani aziendali e monitoraggio delle azioni da quelli previste	▪ Adozione del PRGLA 2013-15 entro i tempi previsti. ▪ Produzione di un Documento che indichi le condizioni patologiche per l'uso appropriato dei criteri di priorità da proporre al confronto dei soggetti interessati ▪ Adozione del Documento con atto formale ▪ Trasmissionedei report

		▪ Informazione/formazione periodica dei referenti aziendali	previsti nelle scadenze ▪ Incontri periodici del Referente regionale con i responsabili aziendali per le liste d'attesa e per i CUP ▪ Incontri periodici del Referente regionale con i responsabili aziendali per le liste d'attesa e per i CUP
Cronoprogramma	**Entro 60 giorni dalla emanazione del PNGLA 2013-15** ▪ Adozione del PRGLA 2013-15 entro i tempi previsti. **Entro 31.03.2014** ▪ Produzione di un Documento che indichi le condizioni patologiche per l'uso appropriato dei criteri di priorità da proporre al confronto dei soggetti interessati ▪ Adozione del Documento con atto formale **Entro giugno e dicembre di ciascun anno** ▪ Trasmissionedei report previsti nelle scadenze		
Impatto Economico	La misura non comporta differenziali diretti rispetto al valore economico tendenziale		
Responsabile del Processo Attuativo	Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica		

14.7 Assistenza Distrettuale

Il processo di **rafforzamento della rete distrettuale e delle cure primarie** è stato avviato con l'adozione del Regolamento Regionale n. 6 del 18 Aprile 2011, di organizzazione dei distretti sociosanitari, e con l'approvazione della DGR n. 691 del 12 Aprile 2011, concernente le Linee guida regionali per l'accesso ai servizi sanitari territoriali ed alla rete integrata dei servizi socio-sanitari, con cui si dettano indicazioni operative alle ASL ed agli Enti Locali ai fini della presa in carico degli utenti complessi e multiproblematici, attraverso l'implementazione della Porta Unica di Accesso e dell'Unità di Valutazione Multidimensionale.

È volontà dell'Assessorato che le proposte di Riorganizzazione dell'Assistenza Distrettuale, così come sancita dai LEA, devono essere, necessariamente, elaborate nell'ambito di un ampio progetto di riorganizzazione del sistema sanitario regionale che deve vedere allineate e funzionalmente contigue altre macrostrutture territoriali, dipartimentali e sovra distrettuali e le strutture ospedaliere.

Infatti, all'interno del più ampio processo di riorganizzazione, orientato alla conferma e potenziamento della dimensione universalistica del **Sistema Sanitario Regionale**, sono state delineate, le **politiche di salute** e i relativi obiettivi prioritari attraverso i documenti di pianificazione che hanno definito il sistema regionale pugliese di ***"protezione sociale e sanitaria a rete"*** .

Tali obiettivi prioritari necessitano di una rifunzionalizzazione del sistema distrettuale in termini di competenze umane e di tecnologie.

Le risorse umane, soprattutto devono essere adeguate, ricollocate in maniera più omogenea e coerente con i bisogni espressi dalle comunità di riferimento distrettuale e riqualificate per fornire risposte di qualità, appropriate, efficaci ed efficienti.

Interventi da attuare:

Attraverso l'emersione delle maggiori criticità che abbiamo dettagliato è stato possibile "lavorare sui problemi e sulle priorità". Tutto ciò si è reso possibile a seguito del lavoro analitico di

conoscenza dell'assistenza distrettuale e l'analisi dei fattori che rallentano il sistema dell'Assistenza Sanitaria e Socio-Sanitaria Integrata.

Attraverso questa programmazione operativa saranno sviluppati strumenti, procedure e percorsi necessari per sostenere la trasformazione del sistema in modo da realizzare con efficacia l'integrazione dei servizi all'interno delle Aziende Sanitarie Locali e promuovere una relazione organica con i Servizi Sociali comunali e con il privato sociale affidatario di servizi pubblici.

Il sistema portante di tutta la rifunzionalizzazione dell'assistenza distrettuale ruota intorno alla valutazione e alla ridefinizione, numerica e qualitativa, di un'adeguata *dotazione di competenze*.

La ricaduta sul numero, sulla qualità dei servizi e sull'efficacia dell'assistenza è automatica e certa.

Proposte di riorganizzazione:

- migliorare il rapporto con i cittadini;
- costruire nuove forme di reciprocità sociale;
- ridefinire delle reti dei servizi e degli interventi sociali e sanitari;
- mantenere e migliorare i livelli di assistenza raggiunti;
- garantire l'equità sociale e assicurare la prossimità degli interventi;
- individuare nuove domande di assistenza in rapporto all'emergere di nuove categorie di bisogni per migliorare l'offerta;
- sviluppare nuovi ambiti e modelli di intervento per soddisfare una domanda sociale che si caratterizza per una marcata differenziazione, specificità e priorità da persona a persona.

Azioni preliminari alla riorganizzazione distrettuale

Il D.Lgs. 502/92 non fornisce riferimenti sul "modello organizzativo", osservando che l'attuazione dei Distretti in Italia deve ***"garantire una popolazione minima di almeno 60.000 abitanti, salvo che la Regione, in considerazione della caratteristiche geomorfologiche del territorio o dalla bassa intensità della popolazione residente, disponga diversamente"***.

All'art. 3, comma 1-bis, dello stesso decreto, si sancisce che la competenza di articolare l'Azienda Unità Sanitaria Locale in Distretti è del Direttore generale, nell'ambito dell'atto aziendale, *sulla base dei criteri indicati dalle Regioni, ed in particolare tenendo conto delle peculiarità demografiche e territoriali*.

Si tratta di riferimenti di massima che, tuttavia, devono essere riconsiderati in un alveo più rigido in modo da garantire quanto già espresso in precedenza e che sinteticamente ribadiamo:

- *il governo della domanda (ruolo di committenza: valutare quali servizi per quali bisogni, quali funzioni per quali servizi e quante persone per quanti bisogni) e gestire i servizi sanitari territoriali (ruolo di produzione).*
- *l'omogeneità, l'equità e la prossimità dell'assistenza su tutto il territorio regionale;*
- *i rapporti strutturali e funzionali tra la Direzione del Distretto SocioSanitario e le Cure Primarie, ma anche i rapporti istituzionali tra Distretto e rappresentanti delle Comunità Locali e i rapporti funzionali con l'Ospedale, i Dipartimenti e le altre Strutture Sovradistrettuali territoriali.*

Affinché queste azioni possano trovare un riferimento amministrativo e normativo è necessario avviare un processo di consenso sugli atti già descritti ampiamente nel punto "Assistenza Primaria":

1. Regolamento per l'accreditamento istituzionale della funzione distrettuale;

2. Linee Guida per l'organizzazione della Struttura Complessa "Cure Primarie" e per le aggregazioni multi professionali;

3. Linee Guida regionali per la definizione della funzione di Committenza:

- *processo di budget;*
- *attività di valutazione e monitoraggio e gli indicatori del sistema;*
- *Il sistema di reporting multidimensionale dei risultati;*
- *La gestione per processi: strumenti e metodologie;*
- *L'organizzazione del settore Long-Term-Care: la gestione delle patologie croniche attraverso* la medicina d'iniziativa del Chronic Care Model.

Le azioni programmate

a) Regolamento organizzativo dell'assistenza riabilitativa:

è stato deliberato un documento redatto all'interno del Tavolo Tecnico del Servizio PAOS dell'Assessorato alle Politiche della Salute che riorganizza tutta la funzione riabilitativa affidandone la responsabilità ad un Dipartimento, al fine di ottimizzare le risorse e migliorare la qualità delle cure;

b) Regolamento organizzativo del dipartimento di salute mentale:

è allo studio un documento a cura del Servizio PAPT dell'Assessorato alle Politiche della Salute che riorganizza il sistema della Salute Mentale in Puglia. Il documento è coordinato con quanto verrà assunto in merito alla riorganizzazione territoriale dei Distretti SocioSanitari;

c) Riorganizzazione dei poliambulatori specialistici ambulatoriali:

secondo lo standard previsto per i Poliambulatori specialistici ambulatoriali di 1° - 2° - 3° livello:

d) Riorganizzazione dell'assistenza consultoriale:

Contestualmente alla riorganizzazione territoriale, una delle criticità da superare è la dinamica dei centri consultoriali diffusi in maniera disomogenea sul territorio e la loro capacità di offerta. La funzione sarà valutata all'interno del processo di costruzione dei criteri per l'accreditamento istituzionale;

e) Le proposte di riorganizzazione dei Distretti SocioSanitari:

partendo da questo documento di studio e da altri opportunamente redatti, e forniti al decisore politico, verranno assunte decisioni in merito al riassetto territoriale dei Distretti, alla loro rifunzionalizzazione e alle risorse necessarie per superare la criticità legata al volume e alla qualità dell'offerta in questa fase di riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale

Obiettivi, Azioni da realizzare e Cronoprogramma

Per gli Obiettivi, Azioni da realizzare e Cronoprogramma si fa riferimento a tutti i seguenti punti già trattati in questo documento:

- La costruzione di documenti per l'organizzazione funzionale, gli standard organizzativi, gli strumenti e le metodologia di monitoraggio e valutazione e la riorganizzazione delle cure primarie;
- Assistenza primaria;

- Riorganizzazione dell'assistenza primaria secondo le indicazioni della legge 189/2012;
- La costruzione di documenti per l'organizzazione funzionale, gli standard organizzativi, gli strumenti e le metodologia di monitoraggio e valutazione e la riorganizzazione delle cure primarie.

14.8 Assistenza specialistica ambulatoriale (riorganizzazione dei laboratori con previsione di forme di accorpamento)

Linee di sviluppo

La riorganizzazione dei poliambulatori come principali servizi distrettuali si fonda su tre obiettivi generali:

- La costruzione di servizi caratterizzati dalla gestione/responsabilità unitaria e dall'uniformità di erogazione nel territorio a garanzia dell'equità nell'accesso
- L'adeguamento al variare dei bisogni e della domanda di servizi espressa da una popolazione suscettibile di modifiche epidemiologiche
- La declinazione dei nuovi orientamenti in tema di politiche socio-sanitarie comunitarie introdotte dalla 328 e successive variazioni ed integrazioni in materia (Piani Comunitari per la Salute, Piano Sociale d'Ambito, etc.)

Concorrono alla definizione delle priorità di programmazione, sia in veste di principi progettuali che di vincoli d'ordine di sistema, i seguenti aspetti:

- La valutazione delle risorse impegnate (ovviamente soprattutto umane) e la verifica dei margini di recupero per effetto di eventuali "economie di scala" prodotte dalla "centralizzazione" gestionale e funzionale dei servizi e dalle sinergie operative realizzabili con i partners comunitari (ambito sociale, ecc.)
- La riconversione delle risorse così recuperate nei servizi distrettuali storicamente marginalizzati e nei servizi necessari a rispondere alla variazione della domanda espressa
- Le indicazioni normative regionali sia generali che di settore.

Sviluppo Organizzativo

La situazione organizzativa e strutturale invariata da diversi anni, nel corso dei quali le risorse si sono assottigliate per effetto del blocco del turnover, costituisce una condizione di elevata criticità della specialistica ambulatoriale e di tutto il "Sistema" Distrettuale.

Le ultime disposizioni legislative regionali vanno a modificare tale situazione che dovrà essere complessivamente rivalutata anche come allocazione delle risorse, per un adeguamento della domanda/offerta.

Nel nuovo assetto distrettuale, in relazione alle necessità di ricondurre ad una responsabilità unitaria il governo di questo livello assistenziale la funzione viene centralizzata e alla stessa vengono assegnati i seguenti obiettivi di sviluppo:

- programmazione dell'attività specialistica in base i bisogni espressi dalla popolazione ed in coerenza con quanto previsto dalla programmazione zonale;
- raccordo organizzativo ed operativo con le attività specialistiche ospedaliere.

Le Azioni

1. Definire modalità e priorità di accesso alle prestazioni con i MMG e PLS per generare un comportamento responsabile nel governo della domanda;
2. Presidiare attivamente tutte le fasi dei percorsi assistenziali Ospedale-Domicilio caratterizzate da multidisciplinarietà ed elevato grado di integrazione attraverso accordi operativi (linee guida, protocolli diagnostico terapeutici condivisi) con i specialisti ospedalieri e MMG/PLS;
3. Ampliamento delle ore di funzionamento dei poliambulatori al fine di garantire un servizio più continuo possibile sul territorio e ridurre il ricorso a ricoveri ospedalieri impropri per pazienti ad elevato carico assistenziale. Coinvolgimento degli specialisti ospedalieri nell'azione;
4. Riduzione delle liste di attesa anche attraverso una riduzione del rapporto tra visite specialistiche prenotate e prestazioni effettuate e la presa in carico delle cronicità che prevede percorsi diagnostici dedicati;
5. Definire, in collaborazione con il CUP, un modello di sistema informativo integrato per il monitoraggio dei tempi di attesa e dei volumi di attività, inclusa la libera professione intramoenia, che risponda alle necessità del territorio e soddisfi il debito informativo regionale;
6. Ottimizzare l'utilizzo delle risorse umane e tecnologiche delle strutture e monitorare l'efficacia mediante la rilevazione di specifici indicatori: sedi di erogazione, branche presenti, n° ambulatori, n° professionisti, orario di attività, costi rilevati.

Nonostante l'oggettiva impossibilità a riconvertite tutte le risorse professionali recuperabili dai processi di riconversione, nel 2012 è cresciuta del 20% la disponibilità di specialistica ambulatoriale. In soli due anni si è passati da 17.545 ore a 21.108 ore di servizi erogati ai cittadini direttamente sui loro territori di riferimento. Più nello specifico, i picchi di aumento delle ore di specialistica ambulatoriale si sono registrati nelle provincie di BAT (54% con un monte ore complessivo che passa da 987 a 1.516) e Taranto (38% di incremento, si passa da 2.688 ore nel 2010 a 3.701 ore nel 2012).

Mese/Anno	Bari	Brindisi	Foggia	Lecce	Taranto	Bat	Totali
gen-10	4.796,5	1.554,0	3.821,5	3.697,5	2.688,5	987,5	17.545,5
gen-11	5.310,0	1.845,0	4.469,5	3.743,5	3.093,5	1.259,0	19.720,5
gen-12	6.233,0	1.886,5	4.123,0	3.648,5	3.701,0	1.516,5	21.108,5
	30%	21%	8%	-1%	38%	54%	20%

La modalità di calcolo dei bacini di riferimento relativi alla standardizzazione della tipologia dei Poliambulatori (tipologia 1° livello standard 30.000 abitanti; tipologia 2° livello standard 60.000 abitanti; tipologia 3° livello standard 400.000 abitanti) per il 1° ed il 2° livello è quella del Distretto SocioSanitario di appartenenza, mentre per il 3° livello l'ambito è sovradistrettuale o aziendale. Il calcolo terrà conto della coesistenza nell'ambito territoriale di riferimento della specialistica ambulatoriale ospedaliera.

La telemedicina

La telemedicina, in forte diffusione nell'ambito delle strutture ambulatoriali territoriali, si è dimostrata uno strumento utile non solo nella gestione delle emergenze, ma anche nell'ambito della presa in carico dei soggetti cronici.

Sui pazienti reclutati dal Progetto di gestione delle cronicità, il sistema della telecardiologia ha consentito non solo di favorire il decongestionamento delle liste d'attesa e la riduzione dei codici bianchi presso i P.S., ma anche di diagnosticare infarti miocardici acuti in atto, attivando già a partire dalle strutture di MG il percorso IMA.

Nei distretti di Campi Salentina, Maglie e nelle aree del Sub Appennino Dauno è stato inoltre effettuato lo start up del programma di telediabetologia, un ulteriore strumento per la presa in carico delle cronicità.

Il Progetto "Telecardiologia nelle Emergenze", esteso a tutti i mezzi del 118, ha superato nel 2012 le 500.000 prestazioni. La procedura è stata di primaria importanza in circa 6.000 casi di IMA con ST sovraslivellato (avviati immediatamente a riperfusione coronarica mediante angioplastica primaria), in oltre 20.000 sindromi coronariche acute e in quasi 34.000 aritmie minacciose.

In complessivi 60.000 casi circa, dunque, la riduzione del *time to treatement* è risultata di importanza decisiva nel ridurre le conseguenze dell'evento acuto, quando non è stata determinante per la vita stessa del paziente

Questi progetti descrivono al meglio le linee strategiche di sviluppo delle politiche sanitarie per avvicinare il sistema al cittadino, utilizzando al meglio le innovazioni tecnologiche.

Programma 14 – Riequilibrio ospedale-territorio			
14.8 Assistenza specialistica ambulatoriale territoriale			
Programma	**Obiettivo Generale**	**Obiettivi Specifici**	**Indicatori di Risultato**
Sviluppo del sistema dei Poliambulatori Specialistici Territoriali	Programmazione dell'attività specialistica territoriale in base i bisogni espressi dalla popolazione ed in coerenza con quanto previsto dalla programmazione zonale ed eventualmente dalla presenza di strutture ospedaliere	▪ Studio per la rimodulazione dei Poliambulatori secondo la definizione di 1°, 2° e 3° livello in rapporto alla popolazione ed ai bisogni espressi ▪ Nel nuovo assetto distrettuale: ricondurre ad una responsabilità unitaria il governo di questo livello assistenziale ▪ Allocazione delle risorse, per un adeguamento della domanda/offerta. ▪ Centralizzazione della funzione a livello di ogni singolo distretto sociosanitario per il coordinamento con specialistica ospedaliera; ▪ Raccordo organizzativo ed operativo con le attività specialistiche ospedaliere. ▪ Programma di sviluppo dei percorsi diagnostici attraverso l'uso della Telemedicina coordinati con la presa in carico dei pazienti cronici e dei pazienti non autosufficienti; ▪ Allineamento territoriale tra Dipartimento di Salute Mentale e Distretto SocioSanitario per l'ottimizzazione delle risorse disponibili nei Piani di Zona finalizzati all'assistrnza SocioSanitaria	▪ Atti regionali e aziendali relativi alla rimodulazione (1°, 2° e 3° livello) dei Poliambulatori specialistici Territoriali ▪ Protocollo Operativo di funzionamento (vedi riorganizzazione Cure Primarie) ▪ Provvedimenti regionali di approvazione ▪ Provvedimenti aziendali di istituzione ▪ Indicatori di outcome (valutazione esiti: delta pre-post attivazione rete) ▪ redazione dell'atto amministrativo relativo; ▪ attivazione di almeno n. 1 postazione di telemedicina per Distretto SocioSanitario nel Servizio Infermieristico; ▪ Sottoscrizione di accordi di programma con gli Enti Locali;

Cronoprogramma	**Entro il 31.12.2013** ▪ Studio per la rimodulazione dei Poliambulatori secondo la definizione di 1°, 2° e 3° livello in rapporto alla popolazione ed ai bisogni espressi; ▪ Mappatura delle attività di specialistica ambulatoriale per sede, tipologia di erogatore, volumi di attività; ▪ Definizione dei criteri di razionalizzazione della rete dei Poliambulatori Specialistici Territoriali; ▪ Definizione dei criteri di raccordo e di accorpamento; **Entro il 30.06.2014** ▪ Protocollo Operativo di funzionamento (vedi riorganizzazione Cure Primarie); ▪ Definizione di protocolli per la standardizzazione delle procedure e per la pianificazione dei controlli di qualità e di accreditamento; ▪ Implementazione della metodologia di monitoraggio ; **Entro il 31.12.2015** ▪ Allocazione delle risorse, per un adeguamento della domanda/offerta e completamento dei processi di accorpamento; ▪ Centralizzazione della funzione a livello di ogni singolo distretto sociosanitario per il coordinamento con specialistica ospedaliera; ▪ Raccordo organizzativo ed operativo con le attività specialistiche ospedaliere; ▪ Elaborazione report di monitoraggio e verifica dei piani di adeguamento aziendali al Programma Regionale e analisi degli scostamenti ante e post razionalizzazione..
Impatto Economico	Il processo di riorganizzazione dei poliambulatori specialistici territoriali, a seguito del quale si attende l'efficientamento della rete di offerta, un aumento del livello qualitativo delle prestazioni diagnostiche nonché l'ottimizzazione delle risorse impiegate, non può non avere un riflesso economico nelle valutazioni del CE tendenziale e programmatico. L'impatto economico derivante dalla riorganizzazione è da ascriversi agli effetti di spesa correlati alla rideterminazione delle dotazioni organiche di supporto, delle ore di specialistica necessarie per saturare la domanda e alla razionalizzazione degli acquisti per beni e servizi. L'esatta quantificazione economica è dipendente dalle relative azioni di cui al presente Programma. Effetti di compensazione possono verificarsi da eventuali accorpamenti e da trasferimenti di risorse da ospedali ai Distretti.
Responsabile del Processo Attuativo	Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione

14.9 La Salute Mentale

Programma di interventi per la riorganizzazione e rafforzamento del Dipartimento di Salute Mentale

La necessità di rivedere e razionalizzare l'organizzazione del Sistema Sanitario Regionale alla luce delle risorse disponibili, decretata dal Piano di Rientro e di riqualificazione del SSR 2010-2012 approvato con L.R. n. 2/2011, riguarda anche l'assistenza in salute mentale e la macrostruttura deputata a tale assistenza, il Dipartimento di Salute Mentale.

E' un settore di alto rilievo simbolico e strategico poiché si occupa di assistere persone con disturbi prevalentemente gravi e ad andamento cronico, con bisogni individuali di salute significativi e complessi associati il più delle volte ad alto rischio di esclusione sociale e a profondi stati di sofferenza dei nuclei familiari in cui sono inseriti; si tratta quindi di fasce di popolazione tra le più deboli, con scarso potere contrattuale, che proprio nei momenti di maggiore crisi rischiano di vedere disattesi i più elementari diritti di cittadinanza e di cura.

Al fine di riqualificare l'assistenza socio – sanitaria a favore dei pazienti psichiatrici è necessario partire dalla disamina delle principali criticità rilevate nel sistema per predisporre gli interventi di miglioramento ritenuti necessari a livello sia territoriale che ospedaliero.

Nell'ambito del Dipartimento di Salute Mentale trova particolare evidenza l'area specifica delle patologie neurologiche e psichiatriche nell'età evolutiva in quanto le patologie neuropsichiatriche dell'adulto fondano molto spesso le basi nell'età evolutiva.

Dal punto di vista organizzativo è necessario, anche per l'assistenza ai minori, garantire una cooperazione di diverse professionalità (neuropsichiatri infantili, psicologi, terapisti, educatori professionali, assistenti sociali), in collaborazione con i servizi di fisiatria per quanto riguarda la riabilitazione neuro-motoria.

Come previsto dalla legislazione di settore, a ciascuna ASL afferisce un Dipartimento di Salute Mentale, articolato in Centri di Salute Mentale (n° 39 CSM a livello regionale), in Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (con un'offerta complessiva di n° 259 pl), in Unità Operative di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, articolati in n° 23 Servizi Territoriali, ed Unità Operative di Psicologia Clinica (n°1 per DSM).
L'assistenza residenziale è articolata per intensità riabilitativa.
Attualmente la rete è composta da 46 strutture accreditate ad alta intensità riabilitativa con copertura assistenziale nelle 24 ore, per complessivi n° 674 posti letto, e 49 strutture accreditate per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo con copertura assistenziale diversificata, per complessivi n° 280 posti letto.
I Centri Diurni accreditati sono 18, per complessivi n° 360 posti ospitalità.
Le strutture residenziali a carattere sociosanitario, che vedono la compartecipazione delle rette tra ASL e Comuni, constano, ad oggi, di circa 750 pl.

Programma 14 – Riequilibrio ospedale-territorio			
14.9 La salute mentale			
Programma	**Obiettivo Generale**	**Obiettivi Specifici**	**Indicatori di Risultato**
1.1 Riorganizzazione e rafforzamento del Dipartimento di Salute Mentale	Rideterminazione del modello organizzativo del DSM al fine del potenziamento e della riqualificazione della assistenza psichiatrica territoriale	**A.** Rideterminazione della rete dei Centri di Salute Mentale, apertura h12 degli stessi ed implementazione delle dotazioni organiche, in coerenza con gli standard organizzativi stabiliti dalla DGR 1400/2007. **B** Potenziamento dell'assistenza ambulatoriale, domiciliare e territoriale	A.1 Apertura h12 nel triennio del 50% dei CSM B.1 Aumento, nell'anno, del 10% delle prestazioni ambulatoriali, domiciliari e territoriali (verifica al 31-12-2015 rispetto al 2014)
1.2 Riorganizzazione e rafforzamento del Dipartimento di Salute Mentale	Potenziamento e miglioramento della qualità della assistenza psichiatrica ospedaliera	**A.** Rafforzamento dell'assistenza erogata dai Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, attraverso l'implementazione delle dotazioni organiche, in coerenza con gli standard organizzativi stabiliti dalla DGR 1442/2009, e potenziamento del lavoro di equipe. **B.** Completa attuazione delle Raccomandazioni di buone pratiche sulla gestione integrata delle emergenze-urgenze psichiatriche	A.1 Aumento del grado di soddisfazione dell'utenza, rilevata attraverso questionari somministrati al 31-12-2014 ed al 31-12-2015 B.1 Diminuzione del 10% degli infortuni degli operatori interessati alla gestione dell'emergenza-urgenza (verifica al 31-12-2015 rispetto al 2014)

		C. Attuazione della Linee Guida relative alla prevenzione delle contenzioni meccaniche in SPDC	Diminuzione nell'anno del 10% del numero di ricoveri a rischio di inappropriatezza secondo i LEA (verifica al 31-12-2015 rispetto al 2014). C.1 Diminuzione del 20% delle contenzioni (verifica al 31-12-2015 rispetto al 2014).
1.3 Riorganizzazione e rafforzamento del Dipartimento di Salute Mentale	Ridefinizione del modello organizzativo della riabilitazione psichiatrica	**A.** Rideterminazione del fabbisogno di posti letto terapeutico riabilitativi, socio riabilitativi e socio sanitari h24, h12 ed a fasce orarie **B.** Completamento della definizione dei requisiti richiesti per l'accreditamento delle strutture residenziali **C.** Disciplina della assistenza domiciliare, a casa del paziente o in appartamenti messi a disposizione dalle AA.SS.LL. e/o dagli Enti Locali per piccoli nuclei di convivenza **D.** Attuazione delle Linee Guida Regionali per l'inserimento lavorativo della persone con disagio psichico	A.1 Diminuzione pl h24 ed aumento pl h12 e a fasce orarie (verifica al 31-12-2015 rispetto al 2014) B.1 Completamento delle diverse tipologie di strutture previste dall'Accordo CU 17-10-2013 C.1 Delibera di Giunta Regionale D.1 Report di monitoraggio
1.4 Riorganizzazione e rafforzamento del Dipartimento di Salute Mentale	Qualificazione e potenziamento dell'assistenza neuropsichiatrica all'infanzia ed all'adolescenza, a livello territoriale ed ospedaliero	**A.** Attuazione, nelle ASL, delle direttive per il potenziamento dei servizi di NPIA, di cui alla DGR n. 1721/2012, ed implementazione delle dotazioni organich,e anche tramite l'utilizzo dei finanziamenti all'uopo finalizzati. **B** Redazione dei requisiti di accreditamento per le strutture di riabilitazione dei disturbi del comportamento alimentare. **C.** Attivazione di posti letto dedicati alla gestione delle acuzie psichiatriche in adolescenza	**A.1** Aumento del 10% delle prestazioni ambulatoriali, domiciliari e territoriali (verifica al 31-12-2015 rispetto al 2014) **B.1** Adozione Regolamento **C.1** Diminuzione del 20% della mobilità passiva extra-regionale nel triennio
Cronoprogramma	**Entro 31.12.2014**Azione 1.4 - Obiettivo Specifico B – indicatore di risultato B.1 ▪ Azione 1.4 - Obiettivo Specifico C – indicatore di risultato C.1 **Entro 31.12.2015** ▪ Azione 1.1 - Obiettivo Specifico A – indicatore di risultato A.1 ▪ Azione 1.1 - Obiettivo Specifico B – indicatore di risultato B.1 ▪ Azione 1.2 - Obiettivo Specifico A – indicatore di risultato A.1 ▪ Azione 1.2 - Obiettivo Specifico B – indicatore di risultato B.1 ▪ Azione 1.2 - Obiettivo Specifico C – indicatore di risultato C.1 ▪ Azione 1.3 - Obiettivo Specifico A – indicatore di risultato A.1		

	▪ Azione 1.3 -Obiettivo Specifico B – indicatore di risultato B.1 ▪ Azione 1.3 -Obiettivo Specifico C – indicatore di risultato C.1 ▪ zione 1.3 - Obiettivo Specifico D – indicatore di risultato D.1 ▪ Azione 1.4 - Obiettivo Specifico A – indicatore di risultato A.1
Responsabile del Processo Attuativo	Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione

14.10 La riorganizzazione e il rafforzamento del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche

Il processo di razionalizzazione dell''organizzazione del Sistema Sanitario Regionale alla luce delle risorse disponibili, decretata dal Piano di Rientro e di riqualificazione del SSR 2010-2012 approvato con L.R. n. 2/2011, interessa e coinvolge anche l'area delle dipendenze patologiche e la macrostruttura di riferimento che è il Dipartimento delle Dipendenze patologiche

Trattasi di un area particolarmente a rischio in cui si segnalano significativi incrementi delle forme di dipendenza dovute non solo all'assunzione di sostanze tossiche ma anche a forme di dipendenza non da sostanze caratterizzate da andamento cronico e recidivante, in grado di compromettere lo stato di salute e la socialità delle persone affette da tali disturbi (gambling, internet, ecc).

Da ciò deriva l'attenzione particolare e l'impegno specifico che la Regione Puglia dedica a tale settore dell'assistenza sanitaria, che ha portato all'approvazione della LR 43/2013 "Contrasto alla diffusione del GAP ".

L'assetto dei Servizi consta di un Dipartimento Dipendenze Patologiche per ciascuna ASL, articolato in SERT.

Attualmente, in Puglia, sono attivi nr 54 SERT, con un rapporto medio Popolazione/Servizio di circa 75.000 abitanti.

Le strutture riabilitative si articolano in pedagogico-riabilitative (nr 24 strutture, con nr 415 pl residenziali e nr 48 posti semiresidenziali) e terapeutico-riabilitative (nr 33 strutture, con nr 603 pl residenziali e nr 163 semiresidenziali), oltreché in Centri di Ascolto e Reinserimento Sociale.

Programma 14 – Riequilibrio ospedale-territorio			
14.10 Le Dipendenze Patologiche			
Programma	**Obiettivo Generale**	**Obiettivi Specifici**	**Indicatori di Risultato**
Azione 14.10.1 **Riorganizzazione e rafforzamento del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche**	Rideterminazione del modello organizzativo del DDP per una riqualificazione dell'assistenza territoriale delle dipendenze patologiche.	A. ▪ Rimodulazione territoriale della rete dei Sert al fine di garantire una omogenea assistenza sul territorio regionale. Implementazione e rivisitazione delle dotazioni organiche.	A.1 Misurazione in ogni Sert del rapporto operatore/n. utenti, a dicembre 2015 rispetto all'anno precedente, con conseguimento di un miglioramento medio del rapporto di almeno il 20%
Azione 14.10.2 **Riorganizzazione e rafforzamento del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche**	Integrazione del privato sociale accreditato, del volontariato e delle cooperative sociali nell'organizzazione dei DDP	A. ▪ Adeguamento rette regionali al Tasso Inflazione Programmato B. ▪ Offerta di servizi in grado di	A.1 ▪ Conseguimento adeguamento rette attraverso Delibera Giunta Regionale

		rispondere alle esigenze di prevenzione primaria, cura e riabilitazione dei soggetti a rischio, attraverso la realizzazione di specifici moduli organizzativi utili a rispondere ai bisogni emergenti	B.1 ▪ Adozione di regolamento di autorizzazione ed accreditamento delle strutture del privato sociale. B.2 ▪ Riduzione, nel biennio di almeno il 5% dei costi attualmente sostenuti per l'invio di utenti pugliesi tossicodipendenti in Comunità Terapeutiche extraregione.
Cronoprogramma	**Entro 31.12.2014** ▪ Azione 1.2 – Obiettivo Specifico A – Indicatore di risultato A1 **Entro 31.12.2015** ▪ Azione 1.1 – Obiettivo Specifico A. – Indicatore di risultato A.1 ▪ Azione 1.2 – Obiettivo Specifico B – Indicatore di risultato B.1 ▪ Azione 1.2 – Obiettivo Specifico B – Indicatore di risultato B.2		
Responsabile del Processo Attuativo	Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione		

14.11 Piano di riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza domiciliare integrata

Analisi del contesto

L'assistenza domiciliare ha un ruolo strategico in quanto concorre a:

- Fornire ai cittadini assistenza presso il proprio domicilio per salvaguardare la rete di rapporti personali e familiari;
- Contenere la spesa farmaceutica;
- Ridurre i ricoveri ospedalieri e residenziali extraospedalieri impropri;
- Ridurre la degenza ospedaliera e il turn-over dei P.L. sia nelle strutture ospedaliere che residenziali sanitarie e sociosanitarie.

L'assistenza domiciliare nella nostra Regione ha assunto in questi ultimi anni una valenza cruciale in quanto vi è stata una azione di sviluppo che ha allineato il profilo demografico-epidemiologico, della popolazione di riferimento, al modello organizzativo che è stato programmato per aree prioritarie d'intervento, bisogni di salute, obiettivi e risorse. E tuttavia alcuni vincoli esterni, in primis il blocco del turn-over per il personale delle ASL e il contenimento della spesa rispetto alle esternalizzazioni, hanno imposto un limite al potenziamento della rete domiciliare e alla costituzione delle equipe dedicate.

A questo occorre aggiungere che il ritardo nella attivazione e messa a regime delle Unità di Valutazione Multidimensionale fino al 2010 non ha consentito la presa in carico corretta del paziente cronico e non autosufficiente né ha favorito la predisposizione di Progetti Assistenziali

Individualizzati che guardassero alla rete domiciliare e alla filiera dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali per offrire risposte più appropriate e più efficienti sul piano tecnico-economico.

E' dunque cruciale l'impatto che alcune azioni dirette e indirette avranno sull'incremento dell'indicatore LEA e ObServ. % Anziani in ADI, lungo la strada per arrivare al 4% entro il 2015; tra queste azioni spiccano evidentemente:

1) il potenziamento delle UVM per la corretta presa in carico integrata dei pazienti cronici e dei non autosufficienti;
2) la messa a regime del flusso SIAD nel sistema EDOTTO dei flussi informativi per una piena quantificazione del numero di casi trattati, del volume di prestazioni erogate e per una piena determinazione della spesa sanitaria per le prestazioni domiciliari integrate;
3) la definizione di linee guida regionali che definiscano i percorsi di accesso, i contenuti professionali, gli standard organizzativi e funzionali, i parametri tariffari delle cure domiciliari integrate (CDI);
4) la definizione di Accordi di programma tra Comuni associati e Distretti Sociosanitari per implementare ogni sforzo organizzativo e finanziario utile per il potenziamento delle reti locali di welfare domiciliare;
5) la messa a regime del *Chronical Care Model* per la presa in carico dei pazienti cronici, in funzione di potenziamento dei protocolli di cura domiciliari e per la de istituzionalizzazione e la riduzione dei ricoveri ospedalieri inappropriati.

Con specifico riferimento al triennio 2010-2012 si riporta di seguito il dettaglio dei dati relativi all'Indicatore LEA – ObServ (%Anziani in ADI) nelle singole ASL pugliesi:

Azienda	Anno	Casi trattati	Casi trattati - anziani=>65 anni in ADI	Utenti in lista di attesa		Popolazione =>65 anni	% in ADI Popolazione =>65 anni
BR	**2012**	**2.874**	**2.321**	**0**		**79.447**	**2,92%**
TA	**2012**	**4.734**	**3.182**	**53**		**110.463**	**2,88%**
BT	**2012**	**1.268**	**1.151**	**217**		**64.428**	**1,79%**
BA	**2012**	**4.443**	**3.105**	**62**		**229.712**	**1,35%**
FG	**2012**	**4.020**	**3.650**	**370**		**118.172**	**3,09%**
LE	**2012**	**4.143**	**3.655**	**76**		**168.964**	**2,16%**
Regione	**2012**	**21.482**	**17.064**	**778**		**771.186**	**2,21%**
Azienda	**Anno**	**Casi trattati**	**Casi trattati – anziani =>65 anni in ADI**	**Utenti in lista di attesa**		**Popolazione =>65 anni**	**%**
BR	**2011**	**2.737**	**2.133**	**0**		**76.257**	**2,80%**
TA	**2011**	**4.208**	**2.995**	**78**		**104.332**	**2,87%**
BT	**2011**	**1.132**	**1.049**	**245**		**60.725**	**1,73%**
BA	**2011**	**3.245**	**1.767**	**92**		**216.903**	**0,81%**
FG	**2011**	**3.950**	**3.645**	**239**		**115.010**	**3,17%**
LE	**2011**	**4.364**	**3.528**	**28**		**162.297**	**2,17%**
Regione	**2011**	**19.636**	**15.117**	**682**		**735.524**	**2,06%**

Azienda	Anno	Casi trattati	Casi trattati – anziani =>65 anni in ADI	Utenti in lista di attesa		Popolazione =>65 anni	%
BR	**2010**	**3.078**	**2.457**	**0**		**76.257**	**3,22%**
TA	**2010**	**2.889**	**2.313**	**86**		**104.332**	**2,22%**
BT	**2010**	**1.062**	**995**	**231**		**60.725**	**1,64%**
BA	**2010**	**3.023**	**1.493**	**165**		**216.903**	**0,69%**
FG	**2010**	**3.710**	**3.515**	**250**		**115.010**	**3,06%**
LE	**2010**	**3.423**	**2.658**	**30**		**162.297**	**1,64%**
Regione	**2010**	**17.185**	**13.431**	**762**		**735.524**	**1,83%**

I dati evidenziano come a fronte dei risultati assai positivi conseguiti da alcune ASL vi sono aree di grande sofferenza, come quella della ASL BA, che richiedono interventi più cogenti e vincolanti che interessino:

- la programmazione *ex ante* del *budget* sanitario con l'allocazione di risorse del FSR adeguate rispetto all'obiettivo da conseguire in termini di copertura della popolazione target e di volume di prestazioni da erogare;
- la definitiva implementazione delle linee guida regionali per l'accesso alle prestazioni (PUA – UVM) e per la costruzione di PAI realmente integrati in collaborazione con i Comuni, già approvate con Del. G.R. n. 691 del maggio 2011;
- la definizione di un adeguato mix tra impiego di risorse umane interne – con specifico riferimento alle unità mediche e infermieristiche già assegnate ai presidi ospedalieri dismessi e che possono essere reimpiegate nelle prestazioni territoriali – e esternalizzazione di una parte delle prestazioni che concorrono al Servizio ADI, anche in collaborazione con i Comuni associati in ambito territoriale (es: prestazioni OSS per l'aiuto infermieristico e per la cura continuativa della persona, pasti a domicilio, trasporto dedicato, SAD, ecc.)
- il potenziamento della dotazione strumentale e tecnologica per rafforzare e riqualificare le prestazioni domiciliari anche con l'apporto della teleassistenza e della telemedicina, per il telemonitoraggio delle funzioni vitali e dei principali parametri connessi alle specifiche patologie croniche.

Nel solco delle raccomandazioni contenute nel Piano Nazionale di Salute 2006/08, nel Piano Regionale di Salute 2008/10 e nel Piano Regionale delle Politiche Sociali 2009-2012, nonché dei documenti CIPE per l'erogazione di risorse premiali per l'Obiettivo di Servizio – S.06 ADI Anziani e del Piano di Azione e Coesione Servizi di cura (2012) del Dipartimento Coesione e Sviluppo (MISE), l'assistenza domiciliare in tutte le sue articolazioni si pone al vertice degli interventi sociosanitari della nostra Regione, assieme allo sviluppo dell'assistenza residenziale e semiresidenziale, al fine di completare la filiera delle prestazioni che in modo complementare tra loro concorrono ad assicurare una presa in carico appropriata ed efficiente del paziente cronico e gravemente non autosufficiente in alternativa alle strutture sanitarie ospedaliere e/o riabilitative.

L'obiettivo generale è quello di ritardare ovvero di evitare il più possibile l'istituzionalizzazione, ma anche di ridurre la durata inappropriata dei ricoveri dei pazienti cronici e non autosufficienti, in presenza di protocolli per le dimissioni protette che possano concretamente assicurare una presa in carico efficace del paziente sul territorio e non proprio contesto di vita.

Le persone affette da patologie croniche fortemente invalidanti o da patologie terminali, preferiscono, qualora ce ne sia la possibilità, essere curati nella propria casa.

In ragione di questa considerazione, ogni intervento di assistenza domiciliare deve tener conto della necessità di mantenere e salvaguardare ogni abilità residua (ADL), allo scopo di garantire il mantenimento dei livelli più alti possibili di autonomia, indipendenza e di qualità di vita.

I principi su cui la Regione Puglia si accinge a redigere le linee guida A.D.I. per migliorarne l'organizzazione, la gestione e la produzione sono:

- chiarezza dell'offerta e facilità di accesso alla rete delle cure domiciliari;
- credibilità e fattibilità degli interventi domiciliari;
- valutazione degli outcome;
- razionalizzazione ed economicità della spesa;
- appropriata interazione con gli accessi programmati del MMG (ADP);
- scambio comunicazionale tra i protagonisti della rete, formale ed informale, delle cure domiciliari (intercomunicabilità tra Fascicolo sanitario e Cartella sociale)
- umanizzazione delle cure;
- partecipazione del cittadino/utente alle Cure Domiciliari, anche in termini di compartecipazione economica.

Allo stato attuale l'obiettivo da compiere è quello di incrementare il volume di prestazioni domiciliari ADI da erogare alla popolazione target, con specifico riferimento alla popolazione anziana (65 anni e oltre) tanto da portare l'indicatore S.06 della Puglia dal 2,06% del 2012 al 3,5% entro il 2014, che rappresenta il valore target al 2013 per le Regioni del Mezzogiorno, e al 4,1% entro il 2005, che rappresenta il valore medio nazionale.

A tal fine il Ministero del Lavoro e Politiche Sociali, il Ministero della Salute, il Dipartimento Sviluppo e Coesione Territoriale di concerto con le Regioni hanno avviato e finanziato il **Piano di Azione e Coesione Servizi di Cura per gli Anziani** tra il 2013 e il 2015 prevede:

- la attivazione in tutti gli Ambiti territoriali sociali (Comuni associati coincidenti con il Distretto sociosanitario) di equipe dedicate per l'erogazione delle prestazioni ADI, quindi equipe multiprofessionali e integrate sul piano istituzionale con l'apporto dei Comuni (per le prestazioni sociali, ausiliarie e sociosanitarie) e delle ASL (per le prestazioni medico-infermieristiche e altre prestazioni sanitarie specialistiche);
- il potenziamento delle UVM per accrescere la capacità di presa in carico corretta da aprte dei Distretti;
- l'investimento in nuove tecnologie per supportare e qualificare l'ADI anche con la teleassistenza e la telemedicina.

Le risorse a ciò dedicate sono quelle del PAC Anziani pari a 78,7 Meuro per la Puglia, di cui circa 31,380 Meuro già ripartiti tra gli Ambiti territoriali Sociali, a cui si aggiungono risorse per circa 14 Meuro a valere sul FSC-Obiettivi di Servizio. Tutte queste risorse saranno erogate con vincolo di utilizzo agli Ambiti territoriali sociali a seguito della elaborazione di un apposito Piano di Intervento, da redigere al massimo entro 6 mesi a partire dalla divulgazione delle apposite linee guida ministeriali (maggio 2013). Il Piano di Intervento vede quale suo principale strumento attuativo uno specifico Accordo di Programma tra Comune capofila di ciascun Ambito territoriale e Distretto Sanitario corrispondente (ovvero il Direttore del Distretto con delega del Direttore Generale della ASL) al fine di fissare obblighi e impegni reciproci in materia di:

- risorse apportate dai Comuni (autonome e derivati dal riparto PAC-FSC) e dalle ASL (a valere sul Fondo Sanitario Regionale, oltre che su fondi aggiuntivi da Bilancio Autonomo regionale) per la costituzione delle equipe;
- modalità di coordinamento professionale di tutte le risorse umane impiegate;
- tecnologie da acquisire;
- modalità di presa in carico attraverso l'UVM di tutti i pazienti in ADI e dei pazienti che ricevendo a domicilio altre prestazioni sanitarie (domiciliare sanitaria, oncologica, riabilitativa) richiedono a domicilio anche l'apporto di prestazioni socioassistenziali (SAD) ;
- alimentazione del flusso informativo SIAD e del monitoraggio LEA da questo derivante;
- riqualificazione del personale sanitario e ausiliario da riconvertire per le prestazioni territoriali (caso del personale già in carico ai presidi ospedalieri dismessi).

Perché le ASL possano sottoscrivere i suddetti Accordi di Programma e consentire al territorio regionale di mettere a valore la totalità delle risorse già assegnate per l'ADI, è necessario che l'obiettivo di servizio ADI assuma rilievo centrale, e non più residuale, nella programmazione sanitaria della ASL e dei singoli distretti con una assegnazione programmata di risorse del FSR già a partire dal 2013.

Inoltre la Regione Puglia – Assessorato al Welfare ha disposto misure specifiche per sostenere la domanda di servizi qualificati per le persone non autosufficienti, con riferimento alle prestazioni semiresidenziali nei centri socioeducativi e riabilitativi, a valenza sociosanitaria, e alle prestazioni domiciliari integrate, con l'erogazione di Buoni Servizio di Conciliazione rivolti a sostenere le famiglie nel pagamento della quota sociale (in genere 50% del costo della prestazione ovvero della tariffa praticata dal soggetto erogatore, pubblico o privato) delle suddette prestazioni. La misura dei **Buoni Servizio di Conciliazione** è finanziata a valere sul PO FESR 2007-2013 Asse III – Azione 3.3.2 e dal Fondo Nazionale Non Autosufficienza per una dotazione iniziale di 19,5 Meuro che sarà integrata per tutto il periodo 2015-2015 da una quota aggiuntiva di risorse del PAC Servizio di Cura. E' opportuno precisare che anche l'accesso al Buono Servizio di Conciliazione è subordinato alla valutazione multidimensionale in UVM per tutti i pazienti che ne richiedono il beneficio, ed è gestita su piattaforma informatica, in modo da poter alimentare i flussi informativi già implementati.

Governo del sistema dell'Assistenza Domiciliare Regionale

Il governo clinico dell'assistenza domiciliare, che la Regione Puglia si accinge a potenziare, si sviluppa seguendo una **visione sistemico-culturale** ispirata a valori condivisi, rispettosa della complessità e in linea con i requisiti regionali per l'accreditamento.

Gli strumenti già messi in campo per realizzare un sistematico governo clinico sono stati:

- procedure definite per l'accesso e l'utilizzo della rete delle cure domiciliari (Assistenza Domiciliare Prestazionale, Assistenza Domiciliare Integrata, Assistenza Domiciliare Oncologia) e per gli inserimenti in RSA e RSSA, nonché nei centri diurni socioeducativi e riabilitativi (ex art. 60 e 60 ter di cui al Reg. R. n. 4/2007 e s.m.i.);
- linee guida regionali per l'accesso integrato alle prestazioni sociosanitarie e sanitarie territoriali (DGR n. 691/2011), per regolare il funzionamento della Porta Unica di Accesso (PUA), per orientare gli utenti/pazienti all'utilizzo del sistema integrato dei Servizi socio-sanitari (Distretto) e socio-assistenziali (Comune), e dell'Unita di Valutazione Multidimensionale

(UVM) per la formulazione mediante utilizzo delle schede S.Va.M.A. e la redazione dei Piani di Assistenziali Individuali (PAI);

- sviluppo di percorsi di formazione e affiancamento, finalizzati alla costruzione, all'interno della rete, di Piani Assistenziali Individuali sempre più articolati ed orientati alla costruzione di un sistema di protezione sanitaria e sociosanitaria che includa la rete formale ed informale.

Allo stato attuale e viste le linee di attività in corso di attivazione come descritte al sub-paragrafo precedente, gli ulteriori strumenti che è necessario mettere in campo già entro il 2013 sono i seguenti:

- linee guida per l'organizzazione ed erogazione delle Cure Domiciliari Integrate (CDI) e dell'ADI – Assistenza Domiciliare Integrata, in particolare, per livelli di intensità assistenziale, relativo apporto professionale, costo unitario delle prestazioni;
- delibera regionale per l'approvazione delle tariffe regionali di riferimento per le CDI;
- percorsi di riqualificazione professionale del personale ausiliario delle ASL, con titoli OSA e OTA da riqualificare in OSS, nonché del personale delle imprese erogatrici di servizi domiciliari.

Obiettivi specifici:

- incremento delle dotazioni organiche relative alle Cure Domiciliari, riferite prioritariamente al ruolo infermieristico, riabilitativo e degli operatori sociosanitari (in collaborazione con i Comuni), in modo da rendere coerente il nuovo modello organizzativo distrettuale e orientare l'offerta tendenzialmente allo standard previsto dalla griglia LEA; con specifico riferimento alle dotazioni organiche relative al profilo infermieristico è impegno della Regione Puglia destinare circa il 30% delle maggiori possibilità assunzionali definite per il biennio 2014-2015 (pari complessivamente a circa 1400 unità infermieristiche) per le cure domiciliari integrate che i distretti sociosanitari dovranno assicurare, e quindi circa 450 unità di personale per una spesa stimata di circa 18 milioni di euro nel biennio;
- definizione criteri e modalità omogenee per il ricorso eventuale alle esternalizzazioni di servizi che concorrano al conseguimento di volumi adeguati di ADI, fermo restando il coordinamento del Distretto e la presa in carico congiunta Distretto – Comuni attraverso l'UVM; a partire dalla spesa consolidata nell'annualità 2012 di ciascuna ASL per l'acquisto di beni e servizi, mediante esternalizzazione a soggetti terzi, la spesa per esternalizzazione vincolata all'acquisto di maggiori prestazioni per cure domiciliari integrate dovrà essere incrementata di 14 Meuro per l'anno 2014 rispetto al 2013, e di ulteriori 6 Meuro per l'anno 2015 rispetto al 2014;
- protocolli di intesa e linee guida, condivise con i MMG/PLS e Medici Specialisti, per un uso appropriato delle risorse infermieristiche e tecnico-specialistiche per concorrere al volume di prestazioni ADI;
- protocolli d'intesa tra Ospedale – Distretto SocioSanitario – Comuni per le procedure inerenti le dimissioni protette dai reparti di ricovero con specifico riferimento ai pazienti cronici e gravemente non autosufficienti;
- questionari di gradimento per la rilevazione permanente del grado di soddisfazione espresso dagli utenti e interviste ai cittadini/utenti per la valutazione della qualità percepita (customer satisfaction);

- sistemi di comunicazione interni all'organizzazione e verso l'esterno per sviluppare uno scambio informativo virtuoso e perciò efficace;
- produzione e diffusione di materiale informativo e pubblicitario (Carta della rete delle cure domiciliari, guide alla rete dei servizi domiciliari, pieghevoli);
- verifica dell'appropriatezza dei ricoveri nelle strutture riabilitative psichiatriche e riconversione di alcuni percorsi con il potenziamento della domiciliarità psichiatrica.

Programma 14 – Riequilibrio ospedale-territorio			
14.11 Piano di riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza domiciliare integrata			
Programma	**Obiettivo Generale**	**Obiettivi Specifici**	**Indicatori di Risultato**
Azione 1	Riorganizzazione della funzione ADI come sancito dal Regolamento Regionale n.6/2012	▪ Adozione di un Protocollo Operativo di funzionamento coordinato con il Tavolo di lavoro relativo alle linee guida CDI ▪ Sottoscrizione degli Accordi di Programma Distretti – Comuni associati per l'organizzazione dell'ADI nell'ambito del PAC Servizi di Cura	▪ Adozione Protocollo Operativo di funzionamento in tutte le AA.SS.LL. ▪ Sottoscrizione di 45 Accordi di Programma per l'ADI
Azione 2	Ritardare il più possibile l'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti	▪ redigere le linee guida per le CDI per migliorarne l'organizzazione, la gestione e la produzione dei servizi relativi agli anziani non autosufficienti ▪ definire le tariffe di riferimento regionale per le CDI	▪ Adozione linee guida; ▪ In tutti i DD.SS.SS.: protocolli d'intesa Ospedale di riferimento – D.S.S. – Comuni per le procedure inerenti le dimissioni protette e programmale, a supporto degli stessi Accordi di Programma; ▪ questionari di gradimento;
Azione 3	Implementazione dell'Assistenza Domiciliare: tendenziale 4% standard previsto dalla griglia L.E.A.	▪ Analisi dei fabbisogni tecnologici e delle dotazioni organiche A.D.I. per comune e per distretto sociosanitario ▪ Incremento delle dotazioni organiche dedicate all'assistenza domiciliare ▪ Incremento della quota di FSR per "Altra Assistenza Sanitaria" vincolata per l'ADI ▪ Incremento delle dotazioni tecnologiche	▪ Adozione delle dotazioni organiche da parte delle AA.SS.LL. ▪ n. di operatori dedicati all'A.D.I.: raffronto anni 2012-2013-2014-2015 (incremento di 450 unità infermieristiche nel biennio 2014-2015) ▪ Incremento della spesa sanitaria (+ 18 Meuro annui per personale, + 20 Meuro annui dal 2015)

			▪ attivazione procedure di acquisizione di prestazioni sociali e sociosanitarie da parte dei Comuni
Cronoprogramma	**Entro 31.12.2014** ▪ Adozione linee guida e delle tariffe di riferimento regionale per le CDI ▪ Adozione dotazioni organiche specifiche per le CDI ▪ Primo step di rifunzionalizzazione delle dotazioni dedicate all'A.D.I. con allineamento al 3% degli anziani ultra sessantacinquenni presi in carico; ▪ Secondo step di rifunzionalizzazione delle dotazioni dedicate all'A.D.I. con allineamento al 3,5% degli anziani ultra sessantacinquenni presi in carico; ▪ Incremento della spesa per il personale infermieristico (+ 450 unità e + 18 Meuro entro il biennio 2014-2015) ▪ Incremento della spesa per l'esternalizzazione di servizi domiciliari integrati e acquisizione di beni e servizi (+ 14 Meuro) **Entro 30.06.2015** ▪ Monitoraggio dell'avvio della riorganizzazione dell'A.D.I. a livello aziendale ▪ Adozione dello schema di Accordo di Programma tra ASL e Comuni per le CDI **Entro 31.12.2015** ▪ Secondo step di rifunzionalizzazione delle dotazioni dedicate all'A.D.I. con allineamento al 4% degli anziani ultra sessantacinquenni presi in carico; ▪ Incremento della spesa per il personale infermieristico (+ 450 unità e + 18 Meuro entro il biennio 2014-2015) ▪ Incremento della spesa per l'esternalizzazione di servizi domiciliari integrati e acquisizione di beni e servizi (+ 20 Meuro)		
Impatto Economico	Le risorse da impegnare nel processo di rifunzionalizzazione dell'A.D.I. e delle Cure Domiciliari Integrate (CDI) sono quelle relative alla riconversione delle strutture ospedaliere e dai risparmi conseguenti al progetto appropriatezza prescrittiva. A queste si aggiungono le seguenti risorse : FNA 2013, FSC Obiettivi di Servizio, PAC Servizi di Cura – Anziani e le seguenti risorse a valere su FSR: + 18 Meuro per l'assunzione di personale infermieristico (circa 450 unità nel biennio 2014-2015) + 14 Meuro nel 2014 e + 21 Meuro nel 2015 (incremento di 7 Meuro sul 2014) per spesa per l'acquisizione di servizi.		
Responsabile del Processo Attuativo	Servizio Programmazione Sociale e Integrazione Sociosanitaria Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione		

14.12 Assistenza Distrettuale - Riorganizzazione della rete consultoriale pugliese

Con le deliberazioni di Giunta Regionale n.405 /2009 e n. 3066/12 sono state approvate le Linee Guida e Progetti sperimentali per la riorganizzazione della rete consultoriale, elaborate sulla base delle indicazioni contenute nel Piano Regionale di Salute 2008-2010 ed incentrate sui seguenti obiettivi per il triennio:

a. obiettivo 1 – ottimale distribuzione sul territorio
b. obiettivo 2 – multidisciplinarietà e completezza delle prestazioni

A questo scopo, le Linee Guida hanno individuato un modello organizzativo e strutturale definito a "geometria variabile" per il quale, ricorrendo allo strumento dell'offerta attiva e della flessibilità degli orari, in considerazione delle caratteristiche geografiche, demografiche e socio-culturali dei territori, possono essere previste più modalità organizzative che si integrino funzionalmente e che

garantiscano comunque la relazione tra Consultori familiari, Distretti socio sanitari, MMG, PLS, Dipartimenti sovradistrettuali, P.O. come previsto dal Piano di salute:

- Consultori Familiari (CF propriamente detti) ad organico completo e dotati di sedi che corrispondano ai requisiti strutturali ed organizzativi previsti dal regolamento regionale n° 3/2005;
- Consultori di Base intesi quali punti di accoglienza dislocati sul territorio, che potranno accogliere, se dotati di spazio sufficienti e attrezzati, le Equipe consultoriali mobili provenienti dai Consultori propriamente detti;
- CF interdistrettuali individuati come tali in relazione ad alcune tematiche di specifico interesse ed alla relativa integrazione territorio-ospedale.

Dal punto di vista delle attività, delle modalità di intervento e dei contenuti, le Linee Guida, con espresso riferimento al Progetto Obiettivo Materno Infantile (P.O.M.I.) come richiamato dal Piano Regionale di Salute, individuano nel dettaglio le seguenti aree di attività, individuando per ciascuna gli obiettivi da perseguire ed indicando le migliori modalità operative:

- Adolescenza
- Relazioni di coppia, di famiglia e disagio familiare
- Controllo della fertilità e procreazione responsabile
- Gravidanza voluta
- Gravidanza non voluta
- Prevenzione dei tumori femminili
- Salute non riproduttiva
- Tutela della salute delle donne immigrate.

Le AA.SS.LL., tenendo conto delle linee guida regionali, dovranno predisporre dei progetti aziendali, considerando anche le caratteristiche delle varie realtà territoriali in cui i consultori andranno ad insistere, mentre la Regione, dopo aver valutato i progetti presentati, provvederà ad adottare la DGR di presa d'atto dell'assetto definitivo della rete consultoriale pugliese e monitorerà e verificherà le fasi attuative dei progetti aziendali.

Programma 14 – Riequilibrio ospedale-territorio			
14.12 Assistenza Distrettuale - Riorganizzazione della rete consultoriale pugliese			
Programma	**Obiettivo Generale**	**Obiettivi Specifici**	**Indicatori di Risultato**
Azione 1.1 Riorganizzazione della rete consultoriale pugliese	Realizzazione della rete consultoriale pugliese in attuazione delle linee di indirizzo regionali dettate con DGR n. 405/2009 e n.	**A.** Definizione da parte delle ASL dei progetti aziendali	**A.1** Predisposizione dei Progetti aziendali
		B Valutazione regionale dei progetti presentati	**B.1** DGR di presa d'atto dell'assetto definitivo

	3066/2012	**C** Offerta attiva delle attività progettuali (percorso nascita, adolescenti, screening..)	C.1 -% delle donne coinvolte nell'offerta attiva in relazione alle attività progettuali; -% degli adolescenti coinvolti nell'offerta attiva in relazione alle attività progettuali; -% delle famiglie coinvolte nell'offerta attiva in relazione alle attività progettuali;
Cronoprogramma	**Entro 31.12.2014** ▪ Azione 1.1– Obiettivo Specifico A - Indicatori di risultato A.1 **Entro 30.06.2015** ▪ Azione 1.1 – Obiettivo Specifico B - Indicatori di risultato B.1 **Entro 31.12.2014 ed entro il 31.12.2015** ▪ Azione 1.1 – Obiettivo Specifico C - Indicatori di risultato C.1		
Responsabile del Processo Attuativo	Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione		

2.4.3 Programma 15 - Rete Emergenza-Urgenza

Ridefinizione della rete emergenza-urgenza territoriale ed ospedaliera

La necessaria razionalizzazione della rete degli ospedali e delle strutture complesse in essi operanti non deve in nessun modo penalizzare i livelli qualitativi dei servizi per il cittadino. L'analisi di tre reti strettamente collegate tra loro, in grado, al tempo stesso, di rappresentare un modello complessivo e di definire una serie di obiettivi da raggiungere, deve essere l'obiettivo di programmazione finale. Le tre reti sono quelle dell' Emergenza-Urgenza, della rete Ospedaliera e della rete Territoriale. La prima rete agisce sia sul territorio sia negli ospedali e la necessità di risposte efficaci in tempi rapidi inerente a questa rete è vista come una restrizione rispetto alle altre due reti. La dislocazione di punti di soccorso è necessariamente molto capillare sul territorio ma nel contempo richiede anche un'organizzazione in grado di valutare il paziente e di destinarlo al centro più idoneo per il trattamento della patologia di cui soffre.

La Regione Puglia, attraverso il Gruppo di studio sull'Emergenza-Urgenza sanitaria ospedaliera e territoriale, composto dai Rappresentanti dei Direttori delle Unità Operative Complesse Pronto Soccorso e dai Direttori delle Centrali Operative 118, con il supporto dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari regionali (AgeNaS) sta ridefinendo la rete della Emergenza-Urgenza della Regione Puglia, articolata in rete dell'emergenza – urgenza territoriale (postazioni territoriali e Centrali 118) e ospedaliera, in accordo con il Piano di Rientro e di Riqualificazione 2010-2012 , con le Società Scientifiche (SIMEU, SIMG) ed in linea con l'art. 1 del D.L. 158/2012 "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più livello di tutela della salute", l'art. 15 della *spending review* e il Regolamento sulla "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e qualitativi relativi all'assistenza ospedaliera" applicando i seguenti criteri:

- **n.1 HUB: ogni 600.000- 1.200.000 abitanti, con un numero di accessi annui > di 70.000 unità;**
- **n.1 SPOKE: ogni 150.000-300.000 abitanti, con un numero di accessi annui > di 45.000 unità;**
- **n. 1 Pronto Soccorso: ogni 40.000-150.000 abitanti, con un numero di accessi annui appropriati > di 20.000 unità;**
- **n. 1 Centrale Operativa 118: ogni 500.000 – 1.000.000 abitanti.**

La proposta di programma ridisegna la rete ponendo fra le sue prime azioni quella dell'istituzione del Dipartimento regionale interaziendale territoriale 118 come settore unico di riferimento per l'area dell'emergenza – urgenza sanitaria.

Il Dipartimento nella sua azione di governo dovrà interfacciarsi sistematicamente e costantemente con le realtà regionali dell'Agenzia regionale sanitaria (AReS) – Area dell'emergenza-urgenza – e dell'Assessorato alle Politiche della Salute – Servizio di Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione – sia con la realtà dell'emergenza – urgenza del territorio 118, della continuità assistenziale e dell'ospedale.

Con DGR 2413 del 2013 è stato istituito il Comitato Tecnico Regionale per l'Emergenza-Urgenza, denominato CTR.

Compiti del CTR sono l'elaborare una proposta di riorganizzazione e di ottimizzazione della rete Emergenza-Urgenza, attraverso la ricognizione ed analisi dell'attuale situazione, con particolare riferimento all'erogazione di prestazioni volte alla stabilizzazione del paziente critico, ottimizzazione dell'appropriatezza del ricovero in Ospedale per acuti, riduzione del ricorso a strutture specialistiche di II livello, efficace collegamento tra Strutture di elevata specialità, e ciò al fine di evitare sprechi ed inefficienze derivanti da un utilizzo inappropriato o non equilibrato delle risorse e inoltre dovrà individuare, proporre e trasferire alla Regione un modello da condividere.

Programma 15 - Rete Emergenza-Urgenza			
Programma	**Obiettivo Generale**	**Obiettivi Specifici**	**Indicatori di Risultato**
Rete di emergenza territoriale	Ridefinizione della rete territoriale	a. sviluppo attività del servizio di elisoccorso	▪ applicazioni di protocolli relativi alla gestione del servizio di elisoccorso e programmazione su base regionale delle elisuperfici
		b. istituzione del Dipartimento regionale interaziendale per tutte le attività di emergenza territoriale-118	▪ applicazioni di linee guida e protocolli operativi da parte del Dipartimento interaziendale regionale 118
		c. Sviluppo attività dei mezzi di soccorso sanitario (trasporto urgente primario e secondario)	▪ applicazione di protocolli operativi per la gestione delle reti delle patologie complesse ▪ applicazione protocolli per la gestione di codici bianchi e verdi in continuità assistenziale
Rete di emergenza ospedaliera	Ridefinizione della rete ospedaliera	d. Sviluppo attività dei mezzi di soccorso per il trasporto secondario urgente	▪ applicazione di protocolli operativi per la gestione delle reti delle patologie complesse tempo-dipendenti
Integrazione con il servizio di continuità assistenziale	Coordinamento attività della rete dell'emergenza con il sistema delle cure primarie	e. Istituzione di un Gruppo di Lavoro tra la rete dell'emergenza e il sistema delle cure primarie	▪ applicazione delle linee guida e protocolli finalizzati a sviluppare l'integrazione tra la rete dell'emergenza e il sistema delle cure primarie.
Cronoprogramma	**Rete di emergenza territoriale – obiettivi specifici:** entro il 2014 entro il 2014 entro il 2014/15 **Rete di emergenza ospedaliera – obiettivi specifici:**		

	entro il 2014 **Integrazione con il servizio di continuità assistenziale – obiettivi specifici:** entro il 2015
Responsabile del Processo Attuativo	Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione

Rete emergenza territoriale

Allo stato dell'arte la rete dell'emergenza-urgenza territoriale 118 della Regione Puglia è articolata in :

- n. 5 Centrali Operative 118, in linea con quanto previsto dal modello AgeNaS;
- n. 158 mezzi di soccorso sanitario, di cui n. 130 mezzi di soccorso avanzato e n. 28 mezzi di soccorso di base;
- n. 1 eliambulanza dotata di personale medico e infermieristico dedicato a carico della società Alidaunia, in regime convenzione con il sistema sanitario regionale. Alla luce dei dati di attività del servizio negli ultimi cinque anni, nonché dei dati relativi al servizio territoriale con i mezzi a terra si propone un servizio di elisoccorso che impieghi un numero di mezzi diurni pari a 1 per una previsione media di interventi minimi di 600 in media per ogni base anno e un numero di mezzi notturni pari a 1 per una previsione media di 550 interventi anno, cosi come indicato nel succitato Regolamento sugli standard.

In riferimento ai mezzi di soccorso sanitario, vista l'indicazione dell'AgeNaS di rafforzare la rete territoriale di soccorso come condizione essenziale - ancorché transitoria - per garantire con appropriatezza complessiva gestionale i livelli di assistenza in urgenza durante la riorganizzazione della rete ospedaliera, in un contesto che vede il territorio ancora non completamente organizzato, la Regione Puglia prevede che il loro numero rimanga invariato con l'obiettivo specifico di assicurare:

- il potenziamento del trasporto urgente primario;
- il trasporto urgente secondario finalizzato alla gestione delle reti delle patologie complesse, quali il trauma maggiore, l'infarto miocardico acuto STEMI, il ROSC e l'ictus eleggibile per trombolisi, da definire attraverso protocolli tra le Centrali Operative 118 e il Dipartimento Interaziendale con sede regionale;
- la gestione del trasporto interprovinciale (territori di confine);
- la gestione dei codici bianchi e verdi in sinergia con la continuità assistenziale.

Rete emergenza ospedaliera

In riferimento alla rete ospedaliera la Regione Puglia prevede, in linea con la succitata normativa e applicando il modello Hub e Spoke, la ridefinizione della sua articolazione, come di seguito specificato:

DEA II LIVELLO HUB		DEA I LIVELLO SPOKE		Pronto Soccorso	
Stato dell'arte	Nuova rete	Stato dell'arte	Nuova rete	Stato dell'arte	Nuova rete
N. 6	N. 4	N. 7	N.12	N. 29	N. 16

Tale processo di ridefinizione della rete determina la riconversione di n. 10 presidi ospedalieri (Pronto soccorso) in n. 10 Punti di Primo Intervento (PPI) a gestione ospedaliera e/o territoriale.

Nel ribadire la funzione interdisciplinare dei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (D.E.A.) come asse portante dell'organizzazione del soccorso, il modello organizzativo prevede la individuazione di un organico medico dedicato all'Emergenza-Urgenza, inquadrato nella disciplina specifica così come prevista dal D.M. 30/01/98 (Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza).

Cruciale per la corretta organizzazione della rete ospedaliera è l'adozione di modelli di riferimento (Linee Guida, Percorsi Diagnostici, Terapeutici ed Assistenziali, organizzazione per processi) e standard nazionali. Ulteriore elemento da tenere in considerazione è l'identificazione di reti integrate per le patologie acute ad alta complessità assistenziale in sinergia con la rete dell'emergenza ospedaliera e territoriale.

Integrazione con la continuità assistenziale

Obiettivi specifici – cronoprogramma attività

La proposta che ridisegna la rete dell'emergenza-urgenza prevede l'individuazione di un settore unico di riferimento per l'emergenza-urgenza sanitaria (ospedaliera, territoriale- 118, continuità assistenziale) al fine di definire:

- il Dipartimento regionale interaziendale 118, diretto da uno dei Direttori dei Dipartimenti provinciali, per tutte le attività di emergenza territoriale-118 (centrali operative, punti di primo intervento territoriale, mezzi di soccorso ivi compresi elisoccorso e per le aree disagiate, personale, logistica dei presidi e farmaceutica) con finanziamento dedicato e budget assegnato alle rispettive Aziende – entro 2014;
- il coordinamento dei Direttori di Centrale Operativa e Strutture Complesse afferenti al Dipartimento 118 - entro il 2014;
- il coordinamento dei Direttori del Dipartimento di Emergenza (questi due organismi si interfacciano con analogo organismo composto dai Direttori di Distretto) - entro il 2014;
- gli standard per la costituzione dei Servizi di Emergenza Territoriali (SET) 118 dipartimentali aziendali con la direzione affidata al Direttore della Centrale Operativa. Qualora la Centrale insiste su un territorio comprendente più di una ASL e/o Azienda Ospedaliero-Universitaria, IRCCS o altro, la definizione dovrà essere di struttura dipartimentale sovra-aziendale, in ottemperanza alla DGR n. 1.479 del 28/06/2011 "Nuovo Assetto del servizio Emergenza-Urgenza 118" con direzione affidata al Direttore della Centrale Operativa - entro il 2015;
- i gruppi di lavoro con il coinvolgimento di altre discipline (rianimatori, cardiologi, neurochirurghi, ecc.) per la istituzione delle Reti delle Patologie Complesse: Ictus, Trauma,

Sindrome Coronarica Acuta, le Urgenze Pediatriche ed Ostetrico-Ginecologiche, ed altre, con la relativa presa in carico dei Trapianti secondari urgenti - entro il 2015;

- la rete radio digitale del Sistema 118 con utilizzo delle frequenze già assegnate dal Ministero delle Telecomunicazioni ed eventualmente integrate con i settori di protezione civile – entro il 2015;
- i protocolli relativi alla gestione del servizio di elisoccorso e programmazione su base regionale delle elisuperfici a servizio delle destinazioni sanitarie con l'introduzione della copertura notturna - entro il 2014;
- la rete delle postazioni estive - entro il 2014;
- le dotazione dei mezzi di supporto e coordinamento gestiti dalle Centrali Operative (trasporto CNA, maxiemergenza, trasporto dei farmaci ecc.) - entro il 2015;
- la centralizzazione delle chiamate di continuità assistenziale presso le Centrali Operative 118 e rimodulazione delle postazioni (troppi codici bianchi e verdi trovano risposte inappropriate per la mancanza di un'organica interfaccia tra il 118-PS e i Distretti di Cure Primarie) - entro il 2015;
- la modulistica unica e compatibile per 118 e DEA - entro il 2014;
- il sistema informatico omogeneo e dialogante per 118 e DEA in linea con i tracciati ministeriali EMUR - entro il 2014;
- le postazioni di guardia medica e della loro struttura organizzativa (centralizzazione delle chiamate, integrazione con il sistema dell'emergenza e delle cure primarie) - entro il 2014;
- le linee guida e i protocolli organizzativi e clinici con particolare riferimento alla gestione dei trasporti secondari urgenti - entro il 2014;
- le linee guida per la gestione degli incidenti maggiori e maxi-emergenze - entro il 2014.

Indicatori di risultato

- Applicazione di protocolli operativi, linee guida e percorsi diagnostici terapeutici assistenziali:
  - tra le Centrali Operative 118 e il Dipartimento Interaziendale con sede regionale finalizzati alla gestione delle reti delle patologie complesse, quali il trauma maggiore, lo STEMI, il ROSC e l'ictus eleggibile per trombolisi;
  - per la gestione dei codici bianchi e dei verdi in sinergia con la continuità assistenziale;
  - per la gestione del servizio di elisoccorso e programmazione su base regionale delle elisuperfici;
  - tra i DEA II, I livello e i Pronto Soccorso relativamente alla gestione dell'emergenza-urgenza;
  - finalizzati a sviluppare l'integrazione tra la rete dell'emergenza e il sistema delle cure primarie.

Presenza di modalità di coordinamento dell'emergenza a livello regionale ed inter-regionale

La Regione Puglia, attraverso il Gruppo di studio sull'Emergenza-Urgenza sanitaria ospedaliera e territoriale, composto dai Rappresentanti dei Direttori delle Unità Operative Complesse Pronto Soccorso e dai Direttori delle Centrali Operative 118, con il supporto dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari regionali (AgeNaS), nel processo di ridefinizione della rete dell'emergenza – urgenza, ha previsto la definizione di un settore unico di un settore unico di riferimento per l'emergenza-urgenza sanitaria (ospedaliera, territoriale- 118, continuità assistenziale).

Programma 15 - Rete Emergenza-Urgenza			
Programma	**Obiettivo Generale**	**Obiettivi Specifici**	**Indicatori di Risultato**
1. Istituzione del Dipartimento regionale interaziendale	Sviluppo delle attività di coordinamento regionale	a) Promozione di un'attività di coordinamento dei Direttori di Centrale Operativa e Strutture Complesse afferenti al Dipartimento 118 e tra i Direttori del Dipartimento di Emergenza b) definizione di gruppi di lavoro con il coinvolgimento di altre discipline (rianimatori, cardiologi, neurochirurghi, ecc) per la istituzione delle Reti delle Patologie Complesse c) definizione degli standard per la costituzione dei Servizi di Emergenza Territoriali (SET) 118 dipartimentali aziendali con la direzione affidata al Direttore della Centrale Operativa	▪ applicazioni di protocolli operativi, linee guida e percorsi diagnostici terapeutici assistenziali: tra le Centrali Operative 118, il Dipartimento Interaziendale e la rete ospedaliera finalizzati alla gestione delle reti delle patologie complesse
Cronoprogramma	**Obiettivi specifici:** a) entro il 2014 b) entro il 2015 c) entro il 2015		
Responsabile del Processo Attuativo	Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione		

2.4.4 Programma 16 – Sanità Penitenziaria

16.1 Riqualificazione dell'assistenza sanitaria penitenziaria in attuazione del DPCM 1° aprile 2008

In esecuzione del D.P.C.M. 1/4/2008, con cui sono state emanate le norme tese a disciplinare le modalità ed i criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria, la Regione Puglia ha avviato le azioni necessarie a garantire l'assistenza sanitaria negli Istituti di Pena, con il supporto dell'Osservatorio regionale permanente sulla Sanità Penitenziaria, istituito con deliberazione n. 941/09, quale organismo interistituzionale che collabora anche al monitoraggio sull'operato delle AA.SS.LL.

Con deliberazione n. 361/11 la Giunta Regionale ha definito il modello organizzativo dell'assistenza sanitaria da garantire nelle strutture penali, anche attraverso l'implementazione del personale ad essa dedicato e, con successivi atti di indirizzo, è stato regolamentato il rapporto che deve intercorrere tra l'Amministrazione Regionale e l'Amministrazione Penitenziaria, nonché sono state dettate direttive alle AA.SS.LL. per il contrasto delle forme di autolesionismo nelle carceri.

Per n. 9 Istituti di Pena è stata stipulata la convenzione per l'uso dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie, mentre per gli Istituti di Pena di Lucera e San Severo (FG) non si è potuto provvedere a causa di inadeguatezze strutturali non ancora risolte dall'Amministrazione Penitenziaria.

Il sistema sanitario regionale è attualmente impegnato a dare completa attuazione al modello organizzativo, sulla cui realizzazione la Regione effettua un periodico monitoraggio.

Inoltre, in attuazione dell' Accordo C.U. del 13 Ottobre 2011, nonché dell'art. 3 ter della Legge n. 9/2012, le Regioni sono tenute a realizzare gli interventi necessari in relazione alla definitiva dismissionedegli Ospedali Psichiatrici Giudiziari ed a proseguire nel percorso di presa in carico degli internati dimissibili.

Programma 16 – Sanità Penitenziaria			
Azione	**Obiettivo Generale**	**Obiettivi Specifici**	**Indicatori di Risultato**
16.1 Riqualificazione dell'assistenza sanitaria penitenziaria in attuazione del DPCM 1° aprile	Realizzazione del modello organizzativo dell'assistenza sanitaria da garantire nelle strutture penali in ottemperanza alla DGR n. 361 /2011	**A** ▪ Ricognizione dell'assistenza e delle prestazioni erogate nei 12 istituti di pena a fronte delle disposizioni della DGR n. 361 /2011 **B** ▪ Adeguamento delle ore di assistenza sanitaria erogate in rapporto all'utenza carceraria in attuazione del modello organizzativo individuato dalla DGR n. 361 /2011 **C**	**A.1** ▪ Report di monitoraggio **B.1** ▪ Miglioramento dell'assistenza erogata al 31/12/15 rispetto ai valori relativi al 31/12/14 **C.1** ▪ Numero incontri

		▪ Attuazione del protocollo di intesa stipulato con l'Amministrazione Penitenziaria relativo alle forme di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario **D** ▪ Attuazione delle linee di indirizzo per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario nelle carceri (DGR n. 1102 del 05.06.2012) ▪	dell'Osservatorio regionale permanente sulla sanità penitenziaria (almeno 3 incontri nell'anno) **D.1** Verifica del recepimento ed attuazione in almeno il 70% degli istituti penali delle linee di indirizzo
Riqualificazione dell'assistenza sanitaria penitenziaria in attuazione del DPCM 1° Aprile 2008	Disattivazione Ospedali Psichiatrici Giudiziari, ai sensi della Legge n.9/2012 e ss.mm. ed individuazione delle strutture sanitarie necessarie alla presa in carico dei pazienti psichiatrici sottoposti a misure detentive.	**A** ▪ Prosecuzione del processo di presa in carico territoriale degli internati dimissibili **B** ▪ Attivazione strutture sanitarie alternative all'OPG destinate ad ospitare i soggetti destinatari di misure di sicurezza detentiva **C** ▪ Attivazione, nell' Istituto Penitenziario di Lecce della Sezione dedicata alla tutela intramuraria della salute mentale delle persone ristrette in attuazione dell' Accordo C. U. del 13 Ottobre 2011, previo adeguamento della sede a cura dell'Amministrazione penitenziaria e reclutamento del personale a cura della ASL LE	**A.1** ▪ Presa in carico di almeno il 50% degli internati in OPG per i quali è stata disposta la proroga della misura di sicurezza detentiva per mancanza di sistemazione all'esterno **B.1** ▪ Report di verifica delle azioni poste in essere **C.1** Report di verifica delle azioni poste in essere
Cronoprogramma	**Entro 31.12.2014** ▪ Azione 1.2 – Obiettivo Specifico A - Indicatori di risultato A.1 **Entro 31.12.2014 ed entro 31.12.2015** ▪ Azione 1.1 – Obiettivo Specifico A - Indicatori di risultato A.1 ▪ Azione 1.1 – Obiettivo Specifico B - Indicatori di risultato B.1 ▪ Azione 1.1 – Obiettivo Specifico C - Indicatori di risultato C.1 ▪ Azione 1.2 – Obiettivo Specifico B - Indicatori di risultato B.1 ▪ Azione 1.2 – Obiettivo Specifico C - Indicatori di risultato C.1 **Entro 31.12.2015** ▪ Azione 1.1 – Obiettivo Specifico D - Indicatori di risultato D.1		
Responsabile del Processo Attuativo	Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione		

2.4.5 Programma 17 – Assistenza farmaceutica

La Regione Puglia con la L.R. n. 2/2011 ha approvato il piano di rientro 2010-2012 che prevedeva, nell'ambito dell'obiettivo generale B "Misure per il contenimento dei costi e per l'innalzamento dei livelli di efficacia del sistema sanitario regionale", l'obiettivo specifico B1 "Politica del Farmaco".
In questi due anni diversi obiettivi sono stati raggiunti sia dal punto di vista economico che di efficacia ed efficienza, con stretta interconnessione degli stessi poiché il perseguimento di politiche sul corretto utilizzo dei farmaci porta inevitabilmente ad un contenimento dei costi degli stessi.
E' stato rimodulato il sistema di esenzione dal ticket per fascia di reddito con DGR 1391/2011 (intervento operativo B1.4 Piano di Rientro) ed è stato introdotto con DGR 2789/2010 il ticket di € 1 per ricetta (intervento operativo B1.7 del Piano di Rientro). Quest'ultimo intervento già nel 2011 ha portato ad un recupero di € 53.706.480,60 della spesa farmaceutica territoriale.

Sono stati altresì individuati nel 2012 i principi attivi rispetto ai quali sono stati emanati indirizzi sulle modalità prescrittive (intervento operativo B1.1-2-3): ossigeno, statine e i sartani/ACE inibitori.

L'introduzione di linee guida sul corretto utilizzo delle statine (DGR n. 1477 del 17/07/2012) ha portato ad risparmio del 7,7% nel 2° semestre 2012 (€ 4.994.856,56), mentre le linee guida sul corretto utilizzo di sartani/ACE inibitori (DGR n. 1581 del 31/07/2012) ha portato ad un risparmio del 16,64% nel 2° semestre 2012 (€ 8.377.350,13).
Sull'ossigeno terapia, da un lato sono state adottate linee guida sul corretto utilizzo (DGR 682/2012) e dall'altro è stato stipulato un accordo con le ditte distributrici di ossigeno liquido (DGR 1390/2011 rinnovata con DGR 1672/2012) che ha portato abbattimento dei costi del 52,82% nel 2° semestre 2011 (€ 8.879.977,89). E' stato stipulato un nuovo accordo distributivo per l'ossigeno liquido con DGR 1228/2013 a valere dal 01/07/2013-30/06/2014 il cui rinnovo di un ulteriore anno è in corso di adozione.
In merito al contenuto della DGR 1672/2012 e della DGR 1228/2013, si inviano i documenti in allegato. Sono state altresì emanate linee di indirizzo per l'utilizzo di farmaci biosimilari per i pazienti naive (DGR 216/2014) per i gruppi terapeutici ATC H01AC (Somatropina e analoghi), ATC B03XA (Eritropoetina), ATC L03AA (Fattori di stimolazione delle colonie). Con lo stesso provvedimento sono state adottate le linee guida sull'appropriatezza prescrittiva delle eritropoetine (epoetine). L'anno 2014 ha visto inoltre l'avvio di gare centralizzate su alcune tipologie di prodotti (anticoncezionali e vaccini), laddove la Regione ha il ruolo di coordinatore della raccolta dei fabbisogni e poi operativamente una ASL capofila avrà il compito di espletare la gara per tutte le aziende sanitarie. Tale sperimentazione sarà ulteriormente estesa negli anni 2015 e 2016 ad altre voci di spesa farmaceutica, valutando le aree attuali a maggior impatto economico sul sistema.
Con riferimento ai Registri di Monitoraggio farmaci, la Regione Puglia (come del resto tutte le altre Regioni d'Italia) è stata investita dal 2013 dall'AIFA del ruolo di approvatore regionale degli utenti del nuovo sistema informatico e altresì del compito di monitoraggio sul corretto utilizzo dei Registri e del relativo completamento delle schede di monitoraggio. Tale attività è propedeutica per due finalità con rilevante impatto economico: la prima riguarda l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci sottoposti a monitoraggio AIFA (solitamente farmaci ad alto costo), garantita mediante l'individuazione da parte della Regione dei Centri Prescrittori, l'abilitazione degli utenti e il corretto funzionamento delle schede di monitoraggio; la seconda è il recupero dei fondi da parte delle aziende farmaceutiche (*payment by results*, costo *sharing*, *risk sharing*, *success fee*).

Gli interventi da attuare per il raggiungimento degli obiettivi alla luce del confronto della spesa netta SSN x 1000 abitanti anno 2012, sullo stesso dato della Puglia (Fonte dati Progetto Sfera) è stato analizzato per macro aree:

ATC

- A Apparato Gastrointestinale e metabolismo

A02 farmaci per disturbi correlati alla secrezione acida

  - A02BC04 Rabeprazolo: Interventi sugli Inibitori di pompa protonica sulla base della genericazione del Rabeprazolo. Anche per questo gruppo è necessaria l'emanazione di una DOCTOR LETTER ai medici. Il risparmio si può attestare su 8 milioni di euro per allinearsi almeno al dato nazionale.

- B Sangue ed Organi Emopoietici
  - B05 Succedanei del sangue e soluzioni perfusionali: Albumina erogazione diretta per il tramite dei Servizi farmaceutici delle Aziende ASL, come da documento della Commissione della Appropriatezza prescrittiva. Risparmio di 3 milioni di euro.
- Attivare tavoli per la continuità Ospedale-Territorio per valutare l'incidenza della prescrizione alle dimissioni (prescrizione indotta per il MMG). Si propone di codificare le prescrizioni alle dimissioni del paziente e, laddove si verifica una prescrizione difforme con quella somministrata in Ospedale e dispensata come primo ciclo di terapia, il costo maggiore dovrà essere in percentuale imputato al medico ospedaliero prescrittore.
- C Sistema Cardiovascolare
  - C09: sostanza ad azione sul sistema renina angiotensina: Riconsiderare il provvedimento regionale sui farmaci del sistema renina angiotensina; la stima del risparmio è di 15 milioni di euro sulla media nazionale nel biennio 2015/2016.
- J Antibiotici Generali per uso sistemico: J01
  - Linee Guida su utilizzo Appropriato di farmaci appartenenti al gruppo Antimicrobici generali per uso sistemico. Da parte dalla Commissione Appropriatezza è stata già elaborata una DOCTOR LETTER alla quale bisogna dare amplissima diffusione con sintesi di dati di farmacoutilizzazione e raccomandazione di buona pratica clinica;
  - Piano formativo ECM Aziendali su terapia antibiotica da eseguire nei programmi di buona pratica clinica;
  - Relazione di un progetto obiettivo con MMG e PLS sulla individuazione delle aree patologiche correlata alla prescrizione degli stessi.
  - I punti A e B nel 2014
  - L'intervento deve essere strutturato ed avviato nel 2015 analisi dei risultati ed esiti nel 2016
  - Riduzione del 30% della spesa da 20 -30 milioni di euro (nei due anni)
- R Sistema Respiratorio: Farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie

  Rimodulazione delle linee guida BPCO adottate con DGR 2580/2013: 4 milioni di euro
- Aggiornamento del PTOR con la valutazione di inserimento di farmaci innovativi ed oncologici ad alto costo alla luce delle valutazione del gruppo di lavoro istituito con DD n 21/2013, nonché elaborazione di Percorsi Diagnostici terapeutici al fine di un uso appropriato del farmaco in ambito ospedaliero.

- Nella tabella che segue sono evidenziate in giallo le aree critiche su cui si intende incidere.

ANATOMICAL THERAPEUTIC CLASS	*ITALIA*		*PUGLIA*		*DIFFERENZE PUGLIA-ITALIA*	
	SPESA NETTA SSN x 1000 AB. RES. ANNO 2012 (Absolute)	**DDD x 1000 AB. RES. DIE ANNO 2012 (Absolute)**	**SPESA NETTA SSN x 1000 AB. RES. ANNO 2012 (Absolute)**	**DDD x 1000 AB. RES. DIE ANNO 2012 (Absolute)**	**DELTA SPESA NETTA X 1000 AB. 2012**	**DELTA DDD X 1000 AB. 2012**
A APPARATO GASTROINTESTINALE E METAB	24.578,44	1.751,01	25.840,56	1.964,66	5,14%	12,20%
A01 STOMATOLOGICI	3,43	0,06	5,65	0,08	64,69%	31,50%
A02 FARMACI PER DISTURBI CORRELATI A	12.326,23	907,15	14.531,66	1.048,47	17,89%	15,58%
A03 FARMACI PER DISTURBI DELLA FUNZI	44,58	1,87	55,74	2,91	25,05%	55,53%
A04 ANTIEMETICI ED ANTINAUSEA	156,51	0,42	197,68	0,52	26,31%	24,32%
A05 TERAPIA BILIARE ED EPATICA	433,91	23,20	520,88	28,43	20,04%	22,53%
A06 FARMACI PER LA COSTIPAZIONE	114,82	1,98	125,54	2,31	9,34%	16,72%
A07 ANTIDIARROICI-ANTINFIAMMATORI E	2.338,83	66,24	2.785,45	79,05	19,10%	19,34%
A08 FARMACI CONTRO L'OBESITA'-ESCLU	0,24	0,00	0,45	0,00	88,66%	85,56%
A09 DIGESTIVI- INCLUSI GLI ENZIMI	116,27	5,34	91,99	4,24	-20,88%	-20,60%
A10 FARMACI USATI NEL DIABETE	7.692,29	621,37	6.075,62	681,60	-21,02%	9,69%
A11 VITAMINE	874,38	26,87	1.068,30	35,63	22,18%	32,60%
A12 INTEGRATORI MINERALI	466,88	96,29	365,94	81,07	-21,62%	-15,80%
A13 TONICI	1,06	0,01	0,83	0,01	-21,04%	-17,39%
A14 ANABOLIZZANTI SISTEMICI	0,06	0,00	0,03	0,00	-56,47%	-49,40%
A16 ALTRI FARMACI DELL'APPARATO GAST	8,99	0,20	14,80	0,34	64,64%	71,70%
B SANGUE ED ORGANI EMOPOIETICI	8.207,02	1.121,92	9.637,57	1.203,41	17,43%	7,26%
B01 ANTITROMBOTICI	6.662,53	903,93	7.447,96	960,78	11,79%	6,29%
B02 ANTIEMORRAGICI	301,17	1,71	174,76	2,60	-41,97%	52,36%
B03 FARMACI ANTIANEMICI	793,57	212,49	452,48	229,56	-42,98%	8,03%
B05 SUCCEDANEI DEL SANGUE E SOLUZION	440,25	3,79	1.562,02	10,46	254,81%	176,29%
B06 ALTRI AGENTI EMATOLOGICI	9,51	0,01	0,35	0,01	-96,31%	18,55%
C SISTEMA CARDIOVASCOLARE	50.203,03	5.441,11	53.885,37	5.486,43	7,33%	0,83%
C01 TERAPIA CARDIACA	2.503,92	331,08	2.055,47	332,94	-17,91%	0,56%
C02 ANTIIPERTENSIVI	1.254,91	109,83	1.133,85	103,33	-9,65%	-5,92%
C03 DIURETICI	1.335,32	405,30	1.238,00	437,18	-7,29%	7,86%
C04 VASODILATATORI PERIFERICI	2,05	0,07	1,99	0,07	-2,92%	3,74%
C05 VASOPROTETTORI	5,27	0,25	5,76	0,30	9,32%	19,02%

C07 BETABLOCCANTI	3.097,51	533,84	3.078,05	504,37	-0,63%	-5,52%
C08 CALCIO-ANTAGONISTI	4.125,94	686,56	3.647,46	625,51	-11,60%	-8,89%
C09 SOSTANZE AD AZIONE SUL SISTEMA R	21.841,49	2.530,89	25.783,75	2.602,89	18,05%	2,84%
C10 SOSTANZE MODIFICATRICI DEI LIPID	16.036,63	843,30	16.941,03	879,86	5,64%	4,34%
D DERMATOLOGICI	803,90	49,27	779,48	47,83	-3,04%	-2,91%
D01 ANTIMICOTICI PER USO DERMATOLOGI	67,12	2,14	69,93	2,20	4,19%	2,62%
D02 EMOLLIENTI E PROTETTIVI	0,05	0,01	0,03	0,00	-40,15%	-55,06%
D03 PREPARATI PER IL TRATTAMENTO DI	2,74	0,09	2,69	0,09	-1,63%	-1,42%
D04 ANTIPRURIGINOSI- INCLUSI ANTIIST	0,26	0,02	0,20	0,01	-24,84%	-7,24%
D05 ANTIPSORIASICI	557,25	23,79	514,30	22,22	-7,71%	-6,59%
D06 ANTIBIOTICI E CHEMIOTERAPICI PER	12,30	0,26	2,80	0,13	-77,25%	-51,04%
D07 CORTICOSTEROIDI- PREPARATI DERMA	112,16	21,39	108,62	20,89	-3,16%	-2,33%
D08 ANTISETTICI E DISINFETTANTI	1,41	0,15	0,35	0,04	-75,13%	-70,91%
D10 PREPARATI ANTIACNE	47,54	1,37	78,55	2,21	65,22%	60,66%
D11 ALTRI PREPARATI DERMATOLOGICI	3,07	0,05	2,01	0,04	-34,48%	-20,22%
G SISTEMA GENITO-URINARIO ED ORMONI	5. 085,12	488,37	4. 693,18	465,25	-7,71%	-4,73%
G01 ANTIMICROBICI ED ANTISETTICI GIN	0,34	0,01	0,22	0,01	-36,14%	-49,30%
G02 ALTRI GINECOLOGICI	132,92	2,03	154,48	3,09	16,22%	52,49%
G03 ORMONI SESSUALI E MODULATORI DEL	1.194,92	147,91	683,14	122,57	-42,83%	-17,13%
G04 UROLOGICI	3.756,94	338,41	3.855,34	339,58	2,62%	0,35%
H PREPARATI ORMONALI SISTEMICI- ESCL.	2. 989,74	399,23	3. 269,73	424,81	9,37%	6,41%
H01 ORMONI IPOFISARI- IPOTALAMICI ED	484,68	8,79	129,68	9,05	-73,24%	3,01%
H02 CORTICOSTEROIDI SISTEMICI	1.022,78	142,57	977,32	158,10	-4,44%	10,89%
H03 TERAPIA TIROIDEA	645,48	245,73	616,05	253,61	-4,56%	3,21%
H04 ORMONI PANCREATICI	14,96	0,02	9,96	0,02	-33,42%	-32,59%
H05 CALCIO OMEOSTATICI	821,85	2,12	1.536,73	4,04	86,98%	90,04%
J ANTIMICROBICI GENERALI PER USO SIS	11. 085,59	265,39	14. 911,07	335,06	34,51%	26,25%
J01 ANTIBATTERICI PER USO SISTEMICO	9.052,70	251,53	12.316,66	319,42	36,06%	26,99%
J02 ANTIMICOTICI PER USO SISTEMICO	1.038,56	9,04	1.320,06	10,91	27,11%	20,73%
J04 ANTIMICOBATTERICI	26,71	1,94	22,16	1,65	-17,03%	-14,50%
J05 ANTIVIRALI PER USO SISTEMICO	494,42	2,67	538,86	2,81	8,99%	5,12%
J06 SIERI IMMUNI ED IMMUNOGLOBULINE	471,92	0,15	711,93	0,19	50,86%	24,97%
J07 VACCINI	1,28	0,07	1,38	0,08	8,12%	18,25%
L FARMACI ANTINEOPLASTICI ED IMMUNOM	3. 543,58	52,49	3. 397,76	50,51	-4,12%	-3,77%
L01 CITOSTATICI	679,28	8,16	736,21	7,09	8,38%	-13,01%

L02 TERAPIA ENDOCRINA	1.427,43	36,27	1.384,28	35,26	-3,02%	-2,80%
L03 IMMUNOSTIMOLANTI	311,81	0,23	20,18	0,04	-93,53%	-84,28%
L04 IMMUNOSOPPRESSORI	1.125,06	7,83	1.257,09	8,12	11,74%	3,66%
M SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO	6. 532,69	500,75	8. 468,32	728,11	29,63%	45,40%
M01 FARMACI ANTIINFIAMMATORI ED ANTI	2.662,48	268,13	3.703,23	438,62	39,09%	63,59%
M02 FARMACI PER USO TOPICO PER DOLOR	7,18	0,33	5,64	0,26	-21,37%	-19,72%
M03 MIORILASSANTI	61,41	5,89	76,37	7,64	24,35%	29,57%
M04 ANTIGOTTOSI	448,55	87,49	684,70	113,99	52,65%	30,29%
M05 FARMACI PER IL TRATTAMENTO DELLE	3.350,91	138,89	3.996,90	167,57	19,28%	20,65%
M09 ALTRI FARMACI PER LE AFFEZIONI D	2,16	0,02	1,49	0,02	-31,24%	2,12%
N SISTEMA NERVOSO	20. 106,81	702,63	18. 506,26	614,44	-7,96%	-12,55%
N01 ANESTETICI	0,21	0,01	0,21	0,00	2,16%	-61,33%
N02 ANALGESICI	4.111,20	50,83	3.533,38	45,13	-14,05%	-11,22%
N03 ANTIEPILETTICI	5.455,53	123,85	5.669,77	127,58	3,93%	3,01%
N04 ANTIPARKINSONIANI	2.317,06	54,26	2.406,34	59,21	3,85%	9,13%
N05 PSICOLETTICI	1.038,49	32,26	1.142,39	41,28	10,01%	27,97%
N06 PSICOANALETTICI	7.044,02	437,74	5.632,75	338,46	-20,04%	-22,68%
N07 ALTRI FARMACI DEL SISTEMA NERVOS	140,30	3,68	121,40	2,77	-13,47%	-24,85%
P FARMACI ANTIPARASSITARI-INSETTICI	157,71	8,66	75,28	4,43	-52,26%	-48,79%
P01 ANTIPROTOZOARI	138,18	7,79	62,66	3,77	-54,65%	-51,53%
P02 ANTIELMINTICI	19,51	0,87	12,62	0,66	-35,31%	-24,44%
P03 ECTOPARASSITICIDI- COMPRESI ANTI	0,01	0,00	-	-	-100,00%	-100,00%
R SISTEMA RESPIRATORIO	15. 048,45	560,45	16. 501,20	668,52	9,65%	19,28%
R01 PREPARATI RINOLOGICI	2,61	0,17	3,10	0,20	18,76%	18,53%
R02 PREPARATI PER IL CAVO FARINGEO	0,38	0,02	0,50	0,03	29,93%	45,75%
R03 FARMACI PER DISTURBI OSTRUTTIVI	14.100,90	435,92	15.262,78	504,87	8,24%	15,82%
R05 PREPARATI PER LA TOSSE E LE MALA	19,33	0,98	24,74	1,37	27,98%	39,20%
R06 ANTISTAMINICI PER USO SISTEMICO	925,23	123,36	1.210,09	162,06	30,79%	31,37%
R07 ALTRI PREPARATI PER IL SISTEMA R	0,00	0,00	0,00	0,00	-3,67%	7,26%
S ORGANI DI SENSO	2. 858,20	237,78	2. 434,92	217,48	-14,81%	-8,54%
S01 OFTALMOLOGICI	2.857,86	237,76	2.434,72	217,46	-14,81%	-8,53%
S02 OTOLOGICI	0,33	0,03	0,20	0,02	-40,27%	-25,45%
S03 PREPARATI OFTALMOLOGICI ED OTOLO	0,01	0,00	-	-	-100,00%	-100,00%
V VARI	1. 398,68	0,96	994,29	0,65	-28,91%	-31,70%
V03 TUTTI GLI ALTRI PRODOTTI TERAPEU	1.398,66	0,96	994,29	0,65	-28,91%	-31,67%

V04 DIAGNOSTICI	-	-	0	-	-	-
V07 TUTTI GLI ALTRI PRODOTTI NON TER	0,02	0,00	0	-	-100,00%	-100,00%

Obiettivi per il triennio 2014-2016:

- revisione l'accordo per la distribuzione per conto da parte delle farmacie convenzionate;
- costituzione di un gruppo di lavoro per la definizione di linee guida sul corretto utilizzo dei farmaci oncologici ad alto per sviluppare le azioni di indirizzo nel triennio oggetto di programmazione;
- adozione di nuove linee guida col supporto della Commissione Appropriatezza Prescrittiva sul corretto utilizzo dei principi attivi con un'alta percentuale di assorbimento della spesa farmaceutica (es. antibiotici);
- potenziamento delle aree farmaceutiche territoriali per incrementare la percentuale di distribuzione diretta da parte delle ASL, con consequenziale diminuzione dei costi della farmaceutica convenzionata;
- introduzione dei budget per i medici prescrittori (MMG/PDS/Specialisti ambulatoriali)
- aggiornamento del PTOR;
- sviluppo dell'attività di farmacovigilanza;
- monitoraggio dell'applicazione degli indirizzi regionali da parte delle A.S.

Programma 17 – Assistenza farmaceutica			
Programma	**Obiettivo Generale**	**Obiettivi Specifici**	**Indicatori di Risultato**
Assistenza Farmaceutica	Misure per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	▪ Attivazione di tavoli tecnici composti da medici specialisti di riferimento con l'obiettivo di redigere Linee Guida ▪ Linee guida per l'impiego di farmaci oncologici ad alto costo ▪ Monitoraggio sulla applicazione delle linee guida regionali per l'impiego di statine, sartani e ACE-inibitori, etc. ▪ Monitoraggio sulla applicazione delle linee guida regionali per sull'ossigeno-terapia.	▪ Costituzione di un gruppo di lavoro farmaci oncologici ad alto costo ▪ Adozione linee guida sul corretto utilizzo dei farmaci oncologici ad alto costo ▪ Report semestrale su consumo per ATC regionale e per ASL ▪ Report semestrale su consumo ossigeno liquido e gassoso regionale e per ASL
	Rispetto del tetto di spesa farmaceutica territoriale del 11,35% del FSR	▪ Assegnazione obiettivo ai Direttori Generali di diminuzione del gap	▪ Riduzione progressiva nel triennio 2013-2015 del differenziale calcolato (1° anno 25%, 2° anno 35%, 3° anno 40%)
	Rispetto del tetto di spesa ospedaliera del 3,5% del FSR	▪ Assegnazione obiettivo ai Direttori Generali di diminuzione del gap	▪ Riduzione progressiva nel triennio 2013-2015 del differenziale calcolato (1° anno 25%, 2° anno 35%, 3°

			anno 40%)
	Aggiornamento PTOR	▪ Riunione almeno semestrale Commissione PTOR	▪ Adozione atto dirigenziale di revisione PTOR ▪ Inserimento revisioni PTOR su Edotto
	Sviluppo attività di farmacovigilanza	▪ Avvio Centro Regionale di Farmacovigilanza	▪ Assunzione farmacisti per la farmacovigilanza e conduzione progetti regionale e multiregionale con fondi 2010-2011
	Modifica del sistema di remunerazione per la distribuzione in nome e per conto da parte delle farmacie convenzionate	▪ Stipula di nuovo accordo regionale per la DPC scaduto al 31/12/2012 e prorogato fino al 30/06/2014	▪ Condizioni nuovo accordo più favorevoli rispetto a quelle di cui al precedente accordo DGR 1235/2010
Cronoprogramma	**Entro 30.06..2014** • Stipula di nuovo accordo regionale per la DPC. **Entro la fine di ciascun anno del P.O.** • Riunione almeno semestrale Commissione PTOR; • Obiettivo ai Direttori Generali di diminuzione del gap. Attivazione di tavoli tecnici composti da medici specialisti di riferimento con l'obiettivo di redigere Linee Guida; • Linee guida per l'impiego di farmaci oncologici ad alto costo; • Monitoraggio sulla applicazione delle linee guida regionali per l'impiego di statine, sartani e ACE-inibitori, ossigeno-terapia; • Monitoraggio chiusura schede dei Registri di Monitoraggio Farmaci dell'AIFA.		
Responsabile del Processo Attuativo	Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione		

Impatto Economico: quello riportato di seguito è stimato sulla base del costo tendenziale.

Riduzione programmata della spesa farmaceutica territoriale triennio 2013-2015			
Programma	**Obiettivi specifici**		**€**
Riduzione della spesa farmaceutica			
	2014		**10.000.000,00**
	2015		**20.000.000,00**

Riduzione programmata della spesa farmaceutica Ospedaliera triennio 2013-2015			
Programma	**Obiettivi specifici**		**€**
Riduzione della spesa farmaceutica			
	2014		**10.000.000,00**
	2015		**30.000.000,00**

2.4.6 Programma 18 – Sicurezza e rischio clinico

Definizione di un programma regionale articolato nelle dimensioni del Governo Clinico e che contenga anche metodologia e strumenti per la gestione degli eventi avversi

Analisi del contesto

Con DGR n. 1575 del 12.07.2011 la Regione Puglia ha approvato la costituzione, ai sensi dell'art.3 comma 33 della L.R. n. 40/2007 e s.m.i., del "Coordinamento Regionale Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente" che dovrà assicurare:

a. lo sviluppo e rafforzamento della rete regionale "Rischio Clinico" in Puglia;
b. il coordinamento a livello regionale dei Dirigenti delle Uu.Oo. Gestione Rischio Clinico delle Aziende Sanitarie ed Istituti del SSR;
c. il monitoraggio dei flussi informativi SIMES- NSIS posti a carico di ciascuna Azienda Sanitaria;
d. analisi, valutazione e monitoraggio degli eventi avversi e degli eventi sentinella occorsi nella Regione Puglia e la programmazione e definizione delle linee guida per la implementazione di un osservatorio epidemiologico regionale sui sinistri, sugli eventi avversi ed eventi sentinella;
e. analisi, valutazione e monitoraggio dei sinistri mediante la Costituzione di un Comitato Valutazione Sinistri interno al Gruppo, occorsi in Regione Puglia per la verifica della fase attuativa delle disposizioni assessorili in materia di assicurazioni e brokeraggio assicurativo;
f. la promozione, d'intesa con l'Organismo Regionale per la Formazione Sanitaria, di percorsi formativi.

A seguito di tanto il Coordinamento Regionale ha definito i cronoprogrammi e gli strumenti per la uniformizzazione dei percorsi in ambito regionale. Si è quindi pervenuti a risultati operativi ed infatti con atto Dirigenziale n. 2 dell'11 gennaio 2013 sono state recepite le indicazioni operative per la implementazione su tutto il territorio regionale del Foglio Unico di terapia e della *checklist* perioperatoria, con lo scopo di ridurre gli errori in terapia farmacologica e quindi di uniformarsi alle indicazioni di cui alla raccomandazione n. 7 del marzo 2008.

In tutte le Aziende è operativa una Unità per la Gestione del Rischio Clinico con al suo interno un Comitato Valutazione Sinistri. Si è provveduto alla raccolta dei dati di sinistrosità e sinistralità aziendali onde pervenire entro il 2013 alla definizione di fattibilità di un piano per la autoassicurazione.

La Regione ha altresì provveduto alla implementazione del sistema SIMES, sia per il flusso dei sinistri che per gli eventi sentinella.

Obiettivi del triennio 2013-2015:

- istituzione della scheda per il rischio tromboembolico: tale strumento è in via di definizione con il Tavolo tecnico dell'AReS sulla Trombosi (TTT);
- Istituzione della scheda per la valutazione del Dolore;
- Definizione del percorso aziendale e Regionale per la risposta agli eventi avversi;

- Applicazione del sistema delle "buone pratiche "aziendali e loro diffusione sul territorio regionale.
- Monitoraggio dei Piani di miglioramento attuati dalle aziende a seguito dell'occorrenza di eventi sentinella
- Monitoraggio sistematico dell'uso della *check list* in Sala Operatoria
- Implementazione e monitoraggio della Raccomandazione per la sicurezza nella terapia oncologica
- Previsione dell'inserimento dell'implementazione dei documenti ministeriali sulla qualità e sicurezza dei pazienti (Raccomandazioni, Manuale per la sicurezza in Sala Operatoria) tra i criteri di valutazione dei D.G.
- Definizione di un Piano per l'autoassicurazione
- Implementazione del modello *di Medication Reconciliation*

2.4.7 Programma 19 – Specifici interventi per l'area di Taranto

Analisi del contesto

Com'è noto, le aree metropolitane di Taranto e Brindisi sono state definite "ad elevato rischio ambientale" dal Consiglio dei Ministri, con delibera del 30 novembre 1990, in base alla legge 305 del 1989 che, all'art. 6, le definisce come segue: "ambiti territoriali ed eventuali tratti marittimi prospicienti caratterizzati da gravi alterazioni degli equilibri ambientali nei corpi idrici, nell'atmosfera o nel suolo, e che comportano rischio per l'ambiente e la popolazione".

Tale condizione di rischio per la popolazione è stata accertata e quantificata in prima battuta attraverso indagini epidemiologiche condotte dal Centro Europeo Ambiente e Salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità su indicazione del Ministero dell'Ambiente ed esitate prima nel rapporto "Ambiente e salute in Italia" pubblicato nel 1997 e relativo a dati del periodo compreso tra il 1981-1987 e quindi, nel 2002, nel numero monografico della rivista Epidemiologia e Prevenzione "Ambiente e stato di salute nella popolazione delle aree ad elevato rischio di crisi ambientale" che riportava i dati di mortalità del quinquennio 1990-1994.

Numerosi studi di epidemiologia descrittiva sono stati condotti nel tempo nel territorio tarantino, comprovando una condizione di criticità perdurante nel profilo di salute della popolazione, con riferimento a patologie che la letteratura scientifica indica come associate all'esposizione all'inquinamento ambientale.

I risultati delle attività di monitoraggio ambientale e delle indagini epidemiologiche che si riportano di seguito suggeriscono le priorità di intervento.

Lo studio Epidemiologico Nazionale dei Territori e degli Insediamenti Esposti a Rischio da Inquinamento (studio SENTIERI), coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, ha analizzato la mortalità per 63 gruppi di cause nel periodo 1995-2002 nelle popolazioni residenti in 44 Siti di Interesse Nazionale per le bonifiche (SIN) tra cui quello di Taranto e Statte e interpretato i risultati alla luce della valutazione a priori dell'evidenza epidemiologica.

I principali risultati dello studio SENTIERI riportano per il SIN di Taranto:

- eccesso tra il 10-15% nella mortalità generale e per tutti i tumori in entrambi i generi;

- eccesso di circa il 30% nella mortalità per tumore al polmone in entrambi i generi:

- eccesso compreso tra il 50%(uomini) e il 40%(donne) di decessi per malattie respiratorie acute, anche aggiustando per indice di deprivazione, associato a un aumento di circa il 10% nella mortalità per tutte le malattie dell'apparato respiratorio;

- incremento di circa il 5% dei decessi per malattie del sistema circolatorio soprattutto tra gli uomini, quest'ultimo e ascrivibile a un eccesso di mortalità per malattie ischemiche del cuore, che permane, anche

tra le donne, dopo correzione per indice di deprivazione;

- incremento della mortalità per condizioni morbose perinatali.

L'aggiornamento dello studio SENTIERI per il SIN di Taranto agli anni 2003, 2006-2009 conferma i suddetti eccessi. Tra gli uomini nel periodo 2003-2009 si rilevano eccessi per le demenze (23%), la malattia ipertensiva (33%), la malattia ischemica (16%), la cirrosi epatica (47%) e sono presenti eccessi anche per il melanoma (50%), i linfomi non Hodgkin (34%) e la leucemia mieloide (35%). Nel periodo 2003-2009 tra le donne si osservano eccessi per il tumore del fegato (64%), i linfomi

non Hodgkin (44%), le demenze (27%), la malattia ipertensiva (10%), la malattia ischemica (13%) e la cirrosi epatica (31%). Si evidenzia, inoltre, un eccesso del 51% per mieloma multiplo.

Il recente studio di coorte di Mataloni et al. é stato condotto su mandato del GIP del tribunale di Taranto, con lo scopo di valutare la mortalità ed i ricoveri ospedalieri dei soggetti residenti nei quartieri dei Comuni di Taranto, Massafra e Statte, tenendo conto della deprivazione socioeconomica.

In entrambi i generi, la valutazione dell'associazione fra stato socioeconomico e mortalità ha mostrato una differenza importante per la mortalità totale, cardiovascolare, respiratoria e malattie dell'apparato digerente, con eccessi nelle classi più svantaggiate. Sono state riscontrate differenze per **tutti i tumori negli uomini**, in particolare per alcune sedi (**stomaco, laringe, polmone e vescica**). L'analisi dell'associazione tra stato socioeconomico e ricoveri ha confermato in linea generale quanto evidenziato dalla mortalità.

L'associazione tra quartiere di residenza e mortalità e stata studiata confrontando i quartieri Tamburi, Borgo, Paolo VI e del Comune di Statte, con i dati degli altri quartieri di Taranto nel loro insieme e nel Comune di Massafra, ritenendo *a priori* che i primi, situati vicino all'area industriale presentino un livello di inquinamento atmosferico maggiore. I primi, tenuto conto della deprivazione, hanno mostrato una **mortalità totale più elevata in entrambi i generi** rispetto al riferimento.

Nel quartiere Paolo VI, per il genere maschile, sono stati identificati eccessi rilevanti per **tumori maligni (ed in particolare per pancreas e polmone**), **malattie cardiovascolari**, **respiratorie e dell'apparato digerente**.

Nel quartiere Tamburi per il genere maschile è risultato un *eccesso di tumori maligni (prostata* ad esempio) e di **malattie cardiovascolari** (infarto del miocardio). Nelle donne del quartiere Paolo VI, gli eccessi sono emersi per le **patologie tumorali, in particolare del fegato, malattie cardiovascolari e dell'apparato digerente.** Eccessi per cause cardiovascolari e malattie renali sono risultati elevati nelle donne residenti nel quartiere Tamburi.

L'analisi di mortalità ha confermato in larga parte quanto emerso nello studio dei ricoveri ospedalieri, ed ha indicato nei quartieri Tamburi e Paolo VI le aree nelle quali lo stato di salute è più compromesso.

Un recente sviluppo del Progetto SENTIERI è relativo alla valutazione dello stato di salute dei bambini che vivono in aree contaminate attraverso eventi sanitari diversi quali mortalità, incidenza tumorale, prevalenza di malformazioni congenite, ricoveri ospedalieri e, possibilmente, le informazioni desumibili dai certificati di assistenza al parto (CeDAP).

Con riferimento ai valori attesi in base ai tassi di mortalità nella stessa fascia di età della popolazione regionale, a Taranto si osservano **incrementi significativi per tutte le cause nel primo anno di vita e per alcune condizioni morbose di origine perinatale**. L'eccesso di mortalità per tutti i tumori osservato nel periodo 1995-2002 non è confermato nel periodo 2003-2009.

Ulteriori elementi sono forniti dall'analisi dei dati relativi ai ricoveri ospedalieri, che rappresentano una stima dell'incidenza, per il periodo 1998-2010 effettuata dal Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio – ASL RME nel quadro del Progetto CCM 2010 "Sorveglianza epidemiologica di residenti in siti contaminati". I risultati di questa analisi (Mataloni et al, 2012) mostrano un significativo incremento dei ricoveri per tumori maligni, malattie dell'apparato respiratorio, e fra queste le infezioni dell'apparato respiratorio, in relazione all'aumento di 10 $\mu g/m^3$ di polveri provenienti dalla zona industriale.

Nell'area di Taranto opera la sezione ASL Taranto del Registro Tumori Puglia (RTP), accreditata nel 2013 dall'Associazione Italiana Registri Tumori per gli anni 2006-2008.

I dati di incidenza sono stati pubblicati nel Rapporto 2012 del Registro Tumori Puglia, con confronti con i dati delle altre province pugliesi per cui RTP fornisce dati di incidenza (per quanto, con l'eccezione della ASL di Lecce, non ancora accreditati) e con i dati AIRTUM del pool nazionale e meridionale dei registri tumori; Nel 2013 sono stati riportati nella Relazione sullo stato di salute della popolazione della Regione Puglia.

Dall'analisi dei dati si confermano le criticità già osservate, che si manifestano con particolare evidenza nel comune di Taranto.

Nelle tabelle che seguono, fornite dalla sezione ASL Taranto del Registro Tumori Puglia, vengono riportati, per sesso e per sede tumorale, il numero dei casi incidenti registrati nel triennio 2008-2008 e i rapporti standardizzati di incidenza, che evidenziano il rapporto tra numero di casi osservati e il numero di casi attesi, se l'esperienza di incidenza dell'area SIN fosse la stessa di quella che si registra rispettivamente dal pool dei registri tumori italiani, dal pool dei registri tumori del sud Italia e delle isole, dalla provincia di Taranto: SIR superiori a 100 evidenziano che l'incidenza è in eccesso rispetto alle popolazioni di confronto. In tabella vengono segnalati gli eccessi statisticamente significativi, con intervallo di confidenza al 90%.

Incidenza oncologica nel SIN di Taranto e nella provincia di Taranto, 2006-2008. Maschi

Numero di osservati (OSS), rapporto standardizzato di incidenza (SIR); IC 90% : intervallo di confidenza al 90%.
Riferimento SIR-Italia: macro-aree Sud e Isole, Centro, Nord-Est e Nord-Ovest 2005-2007.
Riferimento SIR- Sud e Isole: macro-area Sud e Isole 2005-2007.
Riferimento SIR-(TA-SIN) provincia di Taranto senza i comuni del SIN 2006-2008.

UOMINI	SIN				Provincia		
Sede	OSS	SIR-Italia (IC 90%)	SIR-Sud isole (IC 90%)	e SIR (TA-SIN) (IC 90%)	OSS	SIR-Italia (IC 90%)	SIR-Sud e isole (IC 90%)
Testa e collo	83	94 (78-113)	102 (84-122)	132 (109-158)	194	79 (70-89)	86 (76-97)
Stomaco	67	82 (66-100)	113 (91-138)	102 (82-125)	186	80 (71-90)	111 (98-125)
Colon e retto	217	88 (78-98)	111 (99-124)	123 (110-138)	536	77 (72-83)	98 (91-105)
Fegato	102	129 (109-152)	116 (98-137)	139 (117-164)	236	107 (96-119)	96 (86-107)
Pancreas	47	96 (74-122)	111 (86-141)	138 (107-176)	109	79 (67-93)	92 (78-108)
Polmone	375	135 (124-147)	146 (134-159)	158 (145-172)	806	103 (97-109)	112 (106-119)
Melanoma cutaneo	51	124 (97-156)	207 (162-261)	189 (148-239)	99	86 (72-102)	145 (122-171)
Mesotelioma	35	372 (275-493)	476 (352-631)	396 (293-525)	51	194 (144-255)	249 (185-327)
Mammella	-	-	-	-	9	67 (35-117)	70 (37-122)
Prostata	301	85 (77-94)	126 (114-139)	115 (104-126)	775	78 (73-83)	115 (108-122)
Testicolo	20	108 (72-157)	123 (82-179)	84 (56-122)	64	122 (98-150)	138 (111-170)
Rene e vie urinarie	75	108 (88-131)	161 (132-195)	193 (158-234)	145	75 (65-86)	112 (97-129)
Vescica	271	139 (125-154)	134 (121-148)	130 (117-144)	647	118 (110-126)	114 (107-122)
Encefalo e SNC (maligni)	21	71 (47-102)	75 (50-108)	76 (51-110)	70	85 (69-104)	89 (72-109)
Tiroide	34	154 (113-205)	167 (123-222)	133 (98-177)	79	129 (106-156)	140 (115-169)
Linfoma di Hodgkin	11	96 (54-159)	108 (60-179)	80 (45-133)	36	111 (82-147)	126 (94-166)
Linfoma non Hodgkin	60	94 (75-117)	113 (90-140)	145 (116-180)	134	75 (65-87)	90 (78-104)
Mieloma	22	95 (64-136)	113 (76-161)	114 (77-163)	57	87 (69-109)	104 (82-130)
Leucemie	48	107 (83-136)	114 (88-145)	92 (71-117)	143	113 (98-130)	121 (105-139)
Totale escl. cute, encefalo e SNC non maligni	**2020**	**111** (107-115)	**131** (126-136)	**130** (125-135)	**4834**	**95** (93-97)	**112** (109-115)

Incidenza oncologica nel SIN di Taranto e nella provincia di Taranto, 2006-2008. Femmine

Numero di osservati (OSS), rapporto standardizzato di incidenza (SIR); IC 90% : intervallo di confidenza al 90%.

Riferimento SIR-Italia: macro-aree Sud e Isole, Centro, Nord-Est e Nord-Ovest 2005-2007.

Riferimento SIR- Sud e Isole: macro-area Sud e Isole 2005-2007.

Riferimento SIR-(TA-SIN) provincia di Taranto senza i comuni del SIN 2006-2008.

DONNE	SIN				Provincia		
Sede	OSS	SIR-Italia (IC 90%)	SIR-Sud e isole (IC 90%)	SIR (TA-SIN) (IC 90%)	OSS	SIR-Italia (IC 90%)	SIR-Sud e isole (IC 90%)
Testa e collo	20	70 (46-102)	71 (47-103)	143 (95-208)	43	58 (44-75)	57 (43-74)
Stomaco	58	99 (79-123)	148 (118-184)	208 (165-259)	103	68 (57-80)	101 (85-119)
Colon e retto	205	99 (88-111)	119 (106-134)	113 (100-127)	496	92 (85-99)	110 (102-119)
Fegato	54	140 (110-175)	109 (86-137)	184 (145-231)	101	100 (84-118)	78 (66-92)
Pancreas	42	83 (63-107)	101 (77-131)	102 (78-132)	108	82 (69-96)	99 (84-116)
Polmone	67	74 (60-91)	111 (90-136)	150 (121-184)	139	58 (50-67)	88 (76-101)
Melanoma cutaneo	44	102 (78-131)	182 (139-234)	132 (101-170)	100	87 (73-103)	156 (131-184)
Mesotelioma	3	78 (16-202)	131 (27-338)	70 (14-181)	10	100 (48-184)	167 (80-307)
Mammella	495	107 (99-115)	135 (125-145)	127 (118-137)	1131	93 (88-98)	117 (111-123)
Utero, collo	30	120 (86-163)	133 (96-180)	137 (99-186)	66	99 (80-122)	110 (89-135)
Utero, corpo	106	133 (112-156)	137 (116-161)	169 (143-199)	207	100 (89-112)	102 (91-114)
Ovaio	51	101 (79-128)	115 (90-145)	91 (71-115)	143	108 (94-124)	122 (106-140)
Rene e vie urinarie	30	83 (60-112)	131 (94-178)	136 (98-184)	66	69 (56-85)	110 (89-135)
Vescica	36	47 (35-62)	64 (48-84)	103 (76-136)	92	46 (38-55)	62 (52-74)
Encefalo e SNC (maligni)	23	92 (63-130)	99 (68-140)	76 (52-108)	73	110 (90-134)	119 (97-145)
Tiroide	97	136 (114-161)	139 (117-164)	78 (65-92)	307	161 (146-177)	164 (149-180)
Linfoma di Hodgkin	12	121 (70-196)	133 (77-215)	82 (47-133)	38	139 (104-182)	152 (114-199)
Linfoma non Hodgkin	43	73 (56-94)	90 (69-116)	127 (97-164)	98	63 (53-75)	78 (66-92)
Mieloma	26	109 (76-151)	122 (85-169)	113 (79-157)	63	102 (82-126)	114 (92-141)
Leucemie	49	137 (106-174)	143 (111-182)	100 (78-127)	129	136 (117-157)	142 (122-164)
Totale escl. cute, encefalo e SNC non maligni	**1661**	**107 (103-111)**	**128 (123-133)**	**120 (115-125)**	**3928**	**96 (93-99)**	**115 (112-118)**

Taranto è anche tra le città incluse in molti studi epidemiologici multicentrici volti a valutare il ruolo dell'inquinamento atmosferico sull'incremento di effetti sanitari a breve termine, quali la mortalità e la morbosità per malattie cardiovascolari e respiratorie nella popolazione residente (adulta e infantile).

I principali studi di questo tipo sono il MISA-2 (Metanalisi italiana degli studi sugli effetti a breve termine dell'inquinamento atmosferico), che ha riguardato 15 città italiane, valutando la relazione

tra livelli giornalieri degli inquinanti atmosferici e gli eventi sanitari rilevanti sulle serie giornaliere del periodo 1996-2002 (Biggeri, 2004).

I dati aggiornati al 2004 hanno permesso di far partecipare il comune di Taranto allo Studio Italiano sui Suscettibili alla Temperatura e all'Inquinamento (SISTI), studio su otto città, nel 1997-2004, che ha avuto l'obiettivo di valutare il ruolo giocato dai precedenti ricoveri ospedalieri nell'associazione tra mortalità ed esposizione a breve termine all'inquinamento atmosferico urbano (Forastiere et al 2008).

Il più recente studio EpiAir (Inquinamento Atmosferico e Salute: Sorveglianza Epidemiologica e Interventi di Prevenzione), che ha riguardato 10 città italiane, ha coperto per Taranto il periodo 2001-2005 e ha fornito stime di effetto. Quest'ultimo studio, documenta come a Taranto, a differenza di altre città, i coefficienti di correlazione tra PM10 e NO2, e il loro rapporto, individuino nelle emissioni industriali la fonte principale dell'inquinamento atmosferico (Berti et al 2009).

Le stime per la città di Taranto sono coerenti con la letteratura. E' necessario però sottolineare che la ridotta dimensione della popolazione e il basso numero medio di eventi osservati comportano una forte incertezza nelle stime.

Per Taranto, si osserva un'associazione positiva con la mortalità per cause naturali con PM10 e l'O_3. Tuttavia gli intervalli di confidenza sono ampi. Tale associazione risulta coerente con quanto osservato nel complesso delle città EpiAir, la cui stima meta-analitica risulta pari a un aumento di 0.69% del rischio di mortalità per cause naturali per incrementi di 10 $\mu g/m^3$ di PM10 (lag 0-1) e di 1.54% per l'O_3 (lag 0-5).

Per quanto riguarda i ricoveri ospedalieri si osserva un'associazione positiva con i ricoveri per le malattie respiratorie. Tuttavia come per la mortalità, gli intervalli di confidenza sono ampi. I valori sono coerenti con quanto riportato nello studio Epiair che fornisce per le malattie respiratorie una stima di 0.78% per il PM10 (lag 0-1), 1.38% per l'NO_2 (lag 0-5), e di 0.98% per O_3 (lag 0-5).

Nella perizia epidemiologica disposta dal GIP del Tribunale di Taranto è stato realizzato anche uno studio degli effetti a breve termine, al fine di stimare l'impatto delle concentrazioni di PM10 e NO2 sulla mortalità naturale, cardiovascolare, respiratoria e sui ricoveri per malattie cardiache, respiratorie e cerebrovascolari nei residenti presenti nel comune di Taranto e nei due quartieri più esposti alle emissioni industriali (Borgo e Tamburi).

L'analisi sulla città di Taranto nel suo complesso ha mostrato un'associazione con la mortalità per cause naturali coerente con quanto riportato in letteratura (una variazione percentuale di 0,8% per incrementi di 10 $\mu g/m^3$ dell'inquinante). Sui ricoveri è stata documentata un'associazione con le malattie respiratorie (una variazione percentuale di 5,8%).

L'analisi ristretta ai residenti nei quartieri Borgo e Tamburi ha mostrato un'associazione con la mortalità per tutte le cause (variazione percentuale 3,3%), le cause cardiovascolari (vp 2,6%) e respiratorie (vp 8,3%). Sui ricoveri, l'analisi sui quartieri Borgo e Tamburi ha mostrato un'associazione con i ricoveri per malattie cardiache (vp 5,0%; p=0,051) e respiratorie (vp 9,3%; p=0,002).

Le stime di impatto sono basate sulla distribuzione delle concentrazioni degli inquinanti e sulla frequenza di eventi del periodo esaminato per l'area di Taranto osservati nel 2004-2010. Rappresentano quindi il carico di malattia che si sarebbe potuto risparmiare se in quegli anni le concentrazioni degli inquinanti fossero state contenute in modo da non superare il limite stabilito delle linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, pari a 20 $\mu g/m^3$ di PM10.

Nel periodo esaminato, i decessi e i ricoveri nel breve termine attribuibili alle emissioni derivanti dagli impianti industriali per quanto attiene ai livelli di PM10 superiori al limite OMS per i residenti

a Borgo e Tamburi sono 91 (IC80% 55; 127) decessi, 160 (IC80% 106-214) ricoveri per malattie cardiache, 219 (IC80% 173; 264) ricoveri per malattie respiratorie. Scontando una possibile maggior fragilità della popolazione dei due quartieri per effetto di condizioni socio-economiche e lavorative e il contributo di inquinanti da altre sorgenti estranee all'area industriale, i decessi attribuibili diventano circa quaranta (1,2% dei decessi totali, 9 decessi per centomila persone per anno), i ricoveri attribuibili per malattie cardiache settanta (16 ricoveri per centomila persone per anno) e i ricoveri attribuibili per malattie respiratorie cinquanta (11 ricoveri per centomila persone per anno).

Interventi attuati

Come è noto la Regione Puglia ha attivato straordinari provvedimenti legislativi attuati dalla Regione Puglia in materia di protezione dagli effetti sanitari dell'inquinamento di origine industriale (L.R. n. 19/2009 per il contenimento delle emissioni di diossine e furani dagli impianti industriali; L.R. n. 3/2011 per il rispetto immediato del limite di 1 nanogrammo di benzoapirene per metro cubo di aria; L.R. 24/2012 per la Valutazione di Danno Sanitario), nonché per il potenziamento delle attività di sorveglianza epidemiologica (DGR 1500/2008 di Istituzione del registro Tumori Puglia, la cui sezione tarantina è stata accreditata a livello sanitario nel marzo 2013).

In termini di programmazione regionale, si sintetizzano gli interventi di sistema già effettuati:

Assistenza Sanitaria

- Regolamento Regionale 36/2012 di riordino della rete ospedaliera: potenziamento delle UUOO ospedaliere di oncologia (+15 posti letto); attivazione della UUOO di chirurgia toracica presso l'Ospedale SS. Annunziata; potenziamento delle UUOO di neurologia (+10 posti letto); potenziamento delle UUOO di pediatria (+6 posti letto); potenziamento della terapia intensiva (+3 posti letto); potenziamento delle UUOO di neonatologia (+12 posti letto).

PL PROV. TARANTO PUBBLICI DISCIPLINA DI ONCOLOGIA (COD. 64)

COD.	ASL	COD.	OSPEDALE	PL HSP 12 ANNO 2009 TOT.	POSTI LETTO REGOLAMENTO 2013 (DGR 3006/2012) TOT.
112	TARANTO	16007401	OSPEDALE M.GIANNUZZI - MANDURIA	6	10
112	TARANTO	16007501	OSPEDALE CIVILE - MARTINA FRANCA	-	-
112	TARANTO	16016801	STAB. OSPEDALIERO CASTELLANETA	-	10
112	TARANTO	16017201	ST SS. ANNUNZIATA - TARANTO e ST S.G. MOSCATI - TARANTO	21	25
			SUBTOTALE	27	45
			TOTALI	174	304

Tuttavia, la grave carenza di personale condiziona attualmente la disponibilità reale di posti letto attivati rispetto a quelli previsti dal piano di riordino ospedaliero (1.045), consentendo il pieno utilizzo di 908 posti letto nelle strutture pubbliche.

Contestualmente è stato attivato il Dipartimento Oncologico, sono state potenziate le cure domiciliare, è stata potenziata la specialistica territoriale attraverso investimenti tecnologici e di risorse umane. A partire dal 2008 e fino all'ottobre 2013, sono stati destinati complessivamente

€941.967,72 per il Piano Straordinario di Controllo delle diossine nelle produzioni zootecniche degli allevamenti della provincia di Taranto.

Personale

Dal gennaio 2009 al 2013 la ASL di Taranto ha visto un decremento di 564 dipendenti. A tale circostanza, anche alla luce delle gravi criticità ambientali e sanitarie, sono stati adottati i seguenti provvedimenti.

- DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 13 novembre 2012, n. 2278: **L.R. n. 2/2011. Piano di Rientro 2010-2012. "Obiettivo B 3.4. Autorizzazione alle assunzioni di personale, in deroga al blocco totale del turn over"**: il 51% della somma destinata per le assunzioni di personale a tempo indeterminato in deroga al blocca del turn over viene assegnato alla ASL di Taranto con la seguente motivazione "*Attesa la situazione di emergenza sanitaria-ambientale e per garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza nel territorio della provincia di Taranto, la restante somma* ***di euro 3.747.000,00*** *(7.401.000,00-3.654.000,00) potrà essere utilizzata dalla ASL di Taranto per l'assunzione di unità di personale destinate all'area della emergenza urgenza (anestesia e rianimazione, pronto soccorso, neurologia Stroke-Unit, Cordiologia-Utic) nonché per unità di personale destinate al Dipartimento di Prevenzione, qualora lo stesso risultasse in grave carenza in relazione alle attività di controllo e verifica allo stesso demandate in materia di salute pubblica"*.

  A tale provvedimento ha dato seguito la ASL con Deliberazione del Direttore Generale n. 451/2013.

  A seguire è stata adottata la Deliberazione del Direttore Generale n. 458/2013, con cui sono state programmate le assunzioni a tempo determinato in ottemperanza a quanto disposto dall'art. 3 bis legge 24/12/2012 n. 231.

- DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 5 aprile 2012, n. 581: **Art. 15, comma 20 del D.L. 6 luglio 2012 n. 95 convertito in L. 7 agosto 2012, n. 135. Stralcio al Programma operativo 2013-2015. Richiesta di deroga al divieto di assunzione di cui alla L.R. n. 2/2011 - Piano di Rientro 2010-2012,** con la quale sono stati destinati alla ASL di Taranto ulteriori 1,2 milioni di euro per assunzioni a tempo indeterminato.

In esito a tali disposizioni, nel corso del 2013 si è proceduto al reclutamento del seguente personale:

Personale a tempo determinato

6	DIRIGENTE FARMACISTA
4	DIRIGENTE FISICO
163	DIRIG. MEDICI
44	OSTETRICHE
41	TSRM/TLSM
30	OSS
289	INFERMIERI
2	ASS. SOCIALI
4	EDUCATORE PROF.
3	BIOLOGI
1	DIRIGENTE AMM. VO - S.C.
1	DIRIGENTE INGEGNERE CLINICO
588	**TOTALE PERSONALE**

Personale di ruolo assunto nel corso del 2013:

1	DIRIGENTE FARMACISTA
3	BIOLOGI
2	DIR. INFERMIERISTICI
1	DIRIGENTE FISICO
10	DIRIG. MEDICO ANESTESISTA
1	DIRIG. MEDICO ANESTESISTA
1	DIRIG. MEDICO ANESTESISTA
5	DIRIG. MEDICO CARDIOLOGIA
2	DIRIG. MEDICO CARDIOLOGIA
2	DIRIG. MEDICO CHIRURGIA
1	DIRIG. MEDICO EMATOLOGIA
1	DIRIG. MEDICO GASTR.
1	DIRIG. MEDICO MEDICINA
1	DIRIG. MEDICO MEDICINA NUCL.
4	DIRIG. MEDICO NEFROLOGIA
1	DIRIG. MEDICO NEUROC.
1	DIRIG. MEDICO ONC.
3	DIRIG. MEDICO ORTOPEDIA
1	DIRIG. MEDICO ORTOPEDIA
1	DIRIG. MEDICO ORTOPEDIA
3	DIRIG. MEDICO PEDIATRIA
1	DIRIG. MEDICO RADIOLOGIA
1	DIRIG. MEDICO SERT
1	DIRIG. MEDICO SERT
1	DIRIG. MEDICO SISP
1	DIR. MEDICO PSICHIATRIA
44	**TOTALE DIRIG. MEDICI**
8	TEC. PREVENZIONE
6	TSRM
1	TSRM
7	**TOTALE TSRM**
8	INFERMIERI
4	INFERMIERI
12	**TOTALE INFERMIERI**
77	**TOTALE PERSONALE ATTUALMENTE IN SERVIZIO**

	ASSUNZIONI IN CORSO
N.	QUALIFICA
13	OSTETRICHE
2	TLSB
4	TLSB
2	ASS. SOCIALI
1	TSRM
2	TSRM
35	INFERMIERI
1	DIRIG. MEDICO ANATOMIA PAT.
2	DIRIG. MEDICO CHIRURGIA VASCOLARE
1	DIRIG. MEDICO DERMATOLOGIA
3	DIRIG. MEDICO MEDICINA INTERNA

Attività di prevenzione

Con DGR 1980/2012, la Regione Puglia ha adottato il Piano Straordinario Salute Ambiente. Nella descrizione degli obiettivi generali, che si riportano di seguito, vengono evidenziare le priorità di intervento per assicurare adeguati livelli conoscitivi circa la relazione tra inquinamento ambientale e salute nell'area di Taranto

1. Garantire la produzione di stime aggiornate dei profili emissivi degli impianti, della ricaduta delle emissioni al suolo e identificazione dei contributi specifici al carico rilasciato
2. Realizzare lo studio della composizione chimica del particolato in relazione agli effetti a breve e lungo termine sulla salute
3. Definire i livelli espositivi della popolazione residente, attraverso lo studio dei carichi corporei degli inquinanti (metalli pesanti, idrocarburi policiclici aromatici e diossine), in particolare nella popolazione materno-infantile e in relazione allo sviluppo neurocognitivo e sulla salute respiratoria
4. Potenziare le attività di controllo negli ambienti di lavoro attraverso la creazione di un laboratorio di igiene e tossicologia industriale
5. Potenziare le attività di sorveglianza epidemiologica fondate sul registro di mortalità e sul registro tumori per garantire la disponibilità di dati sempre più aggiornati, anche in relazione alle malattie professionali.

Sono state definite linee di attività conseguenti, che prevedono:

6. Costruzione dei profili emissivi degli impianti ospitati nell'area industriale di Taranto
7. aggiornati con cadenza annuale
8. Realizzazione di modellistica diffusionale per la stima della ricaduta delle emissioni al suolo ed opportuna validazione attraverso la rete delle centraline della qualità dell'aria
9. Caratterizzazione chimica del particolato atmosferico e valutazione della tossicità attraverso l'applicazione di modelli in vitro ed in vivo
10. Valutazione dell'impatto olfattivo di realtà industriali a rischio osmogeno
11. Definizione dei livelli espositivi della popolazione residente, attraverso lo studio dei carichi corporei degli inquinanti (metalli pesanti, idrocarburi policiclici aromatici e diossine), in particolare nella popolazione materno-infantile
12. Valutazione dell'impatto delle attuali emissioni di PCDD/F e diossina simili sulle produzioni alimentari destinate al consumo umano

13. Caratterizzazione delle differenze di concentrazione outdoor / indoor
14. Sorveglianza della Salute Materno-infantile
15. Sorveglianza della Salute respiratoria e del rischio cardiocircolatorio negli adulti
16. Potenziamento delle attività di formazione degli operatori sanitari sui temi di integrazione ambiente/salute e di comunicazione alla popolazione

Tali attività si affiancano alle attività di prevenzione e di promozione attiva della salute istituzionali. Alcune delle linee di ricerca hanno trovato una sinergia con le attività previste dall'Istituto Superiore di Sanità nell'ambito del Piano di Monitoraggio Sanitario dell'AIA ILVA e saranno realizzate in collaborazione, attraverso un progetto CCM redatto insieme da ISS, ARPA Puglia e ASL Taranto e approvato nel mese di ottobre 2013. Il progetto è stato finanziato con 450.000 euro, di cui meno di 30.000 euro sono destinati alle Unità operative pugliesi.

Con DGR n. 2337 del 3 dicembre 2013, la Giunta Regionale ha destinato ulteriori 5 milioni di euro alle attività del Centro Salute Ambiente, che sono state raggruppate in 5 Macroaree, ciascuna delle quali comprendente più linee di intervento e, in particolare:

- **Macroarea 1** –Monitoraggi delle matrici ambientali
  - Linea 1.1 Costruzione dei profili emissivi degli impianti ospitati nell'area industriale di Taranto aggiornati con cadenza annuale
  - Linea 1.2 Realizzazione di modellistica diffusionale per la stima della ricaduta delle emissioni al suolo opportuna validazione attraverso la rete delle centraline della qualità dell'aria
  - Linea 1.3 Caratterizzazione chimica del particolato atmosferico e valutazione della tossicità attraverso l'applicazione di modelli in vitro ed in vivo
  - Linea 1.4 Valutazione dell'impatto olfattivo di realtà industriali a rischio osmogeno Linea 1.5 Studio delle contaminazione delle matrici ambientali e dei corrispondenti profili di rischio nelle residenze
  - Linea 1.6 Definizione del profilo meteo dell'area anche ai fini dell'ottimizzazione delle previsioni dei Wind days
- **Macroarea 2** – Valutazione dell'esposizione a inquinanti ambientali e sorveglianza epidemiologica
  - Linea 2.1 Definizione dei livelli espositivi della popolazione residente, attraverso lo studio dei carichi corporei degli inquinanti (metalli pesanti, idrocarburi policiclici aromatici e diossine)
  - Linea 2.2 Valutazione dell'impatto delle attuali emissioni di PCDD/F e diossina simili sulle produzioni alimentari destinate al consumo umano
  - Linea 2.3 Valutazione dell'esposizione a inquinanti di origine industriale in soggetti professionalmente esposti
- **Macroarea 3** – Prevenzione e Promozione Attiva della Salute e Sorveglianza Sanitaria
  - Linea 3.1 Potenziamento degli screening oncologici previsti dal Piano Nazionale Della Prevenzione

- Linea 3.2 Potenziamento delle attività di diagnosi e cura delle patologie ambiente-correlate
- Linea 3.3 Programma di prevenzione primaria del rischio cardiovascolare e di salute respiratoria nella popolazione tarantina
- Linea 3.4 Programma di prevenzione primaria sui corretti stili vita rivolta alla popolazione tarantina

▪ **Macroarea 4 -** Potenziamento delle attività di formazione degli operatori sanitari e di comunicazione alla popolazione

- Linea 4.1 Formazione degli operatori sanitari
- Linea 4.2 Comunicazione

▪ **Macroarea 5 -** Valutazione Sorveglianza Epidemiologica.

- Linea 5.1 Potenziamento delle attività di sorveglianza epidemiologica fondate sul registro di mortalità
- Linea 5.2 Potenziamento delle attività di sorveglianza epidemiologica fondate sul registro tumori-
- Linea 5.3 Conduzione di studi epidemiologici
- Linea 5.4 Conduzione di indagini di epidemiologia analitica

Nel protocollo operativo allegato alla citata DGR sono sinteticamente descritti obiettivi e disegno delle attività.

Il quadro descritto suggerisce un fabbisogno di salute, in termini di prevenzione e assistenza, che richiede un potenziamento della rete dei servizi ambientali e sanitari in termini di risorse umane e strumentali.

Pertanto, oltre a quanto descritto nelle precedenti sezioni, per l'area di Taranto si prevedono i seguenti ulteriori interventi:

Programma 19 – Specifici Interventi per l'area di Taranto			
Programma	**Obiettivo Generale**	**Obiettivi Specifici**	**Indicatori di Risultato**
Attività di prevenzione	Potenziamento delle attività di monitoraggio, prevenzione, vigilanza e promozione attiva della salute	▪ Potenziamento delle attività di screening oncologico	▪ Incremento Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto
		▪ Integrazione strutturale e funzionale con ARPA Puglia per il potenziamento dell'efficacia delle attività di tutela ambientale e sanitaria	▪ protocolli per l'integrazione
		▪ Sicurezza degli alimenti, con specifico riferimento all'inquinamento di origine	▪ Numero campioni di origine animale e vegetale controllati nel Piano

		industriale	Straordinario di Monitoraggio
Attività di sorveglianza	▪ Potenziamento delle attività di sorveglianza epidemiologica, come definito dalla DGR 2237/2013	▪ prosecuzione attività registro tumori e mortalità, attivazione registro malformazioni congenite	▪ Aggiornamento delle stime di mortalità e incidenza ▪ Aggiornamento del rapporto di Valutazione di Danno Sanitario
Attività di assistenza	Potenziamento delle attività di assistenza sanitaria	▪ Attivazione di specifici percorsi diagnostico/assistenziali per le malattie ambiente-correlate come definito dalla DGR 2237/2013	▪ Adozione dei provvedimenti regionali e aziendali
Attività di formazione e comunicazione	▪ Potenziamento delle attività di comunicazione alla cittadinanza e di formazione degli operatori come definito dalla DGR 2237/2013	▪ Attivazione di specifici percorsi formativi ▪ Potenziamento degli strumenti di comunicazione e di informazione	▪ Corsi di formazione sulle tematiche di integrazione ambiente salute ▪ Creazione di un portale dedicato alla comunicazione delle attività del Centro Salute Ambiente
Personale	Reclutamento del personale	▪ Completamento del percorso di reclutamento del personale	▪ Adozione dei provvedimenti regionali e aziendali
Cronoprogramma	**Entro 31.12.2013** ▪ Prosecuzione delle attività di monitoraggio straordinario degli alimenti di origine animale e vegetale e delle produzioni zootecniche ▪ Avvio delle attività di sorveglianza sanitaria e di potenziamento delle attività di sorveglianza epidemiologica **Entro 31.12.2014** ▪ Integrazione funzionale e strutturale tra ARPA e ASL per il potenziamento dell'efficacia delle azioni di tutela ambientale e sanitaria; ▪ Attivazione di specifici percorsi diagnostico/assistenziali per le malattie ambiente-correlate ▪ Potenziamento delle attività di screening oncologico **Entro 31.12.2015** ▪ Completamento del percorso di reclutamento del personale ▪ Miglioramento del governo dei percorsi assistenziali, garanzia di equità di accesso alle cure e della qualità dei servizi percepita dalla collettività, anche attraverso i flussi informativi		
Impatto Economico	L'impatto economico derivante dalle attività sopradescritte, per gli aspetti che rilevano nel presente Programma Operativo, è in larga parte da ascriversi al reclutamento del personale necessario per le esigenze di assistenza sanitaria e di potenziamento delle attività di prevenzione e sono quindi riportati nel Programma 10. Vi sono da prevedere i costi associati al Programma Straordinario di Controlli degli alimenti e delle produzioni zootecniche, stimati in 300.000 euro/anno. Le attività descritte nella DGR 2237/2013 hanno un costo annuo di 5 milioni di euro, somma assegnata per effetto della L.R. n. 46/2012		
Responsabile del Processo Attuativo	Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica		

Si fa presente che con legge 6/2014 è stato previsto che la Regione Puglia, su proposta dell'Istituto Superiore di Sanità, definisce, nei limiti delle risorse di cui al comma 4-octies, per gli anni

2014-2015, anche ai fini dei conseguenti eventuali accertamenti, modalità di offerta di esami per la prevenzione e per il controllo dello stato di salute della popolazione residente nei comuni di Taranto e di Statte". Il documento, predisposto sulla base della relazione trasmessa dall'ISS in data 29.04.2014, è stato inviato dal Presidente della Giunta Regionale al Ministro in data 09.05.2014. L'implementazione del piano è strettamente connessa alla definizione della somma che sarà stanziata per gli interventi, sulla base dei criteri di riparto che devono essere definiti da apposito decreto ministeriale.

CAPITOLO
III
Costruzione del tendenziale e programmatico

3.1 Costruzione del tendenziale e del programmatico

Il Tendenziale 2013-2015 è stato costruito sulla base dei dati e/o informazioni che seguono:

- Conti Economici Consuntivi NSIS degli anni 2011-2012
- Conti Economici 2013;
- Tendenze e flussi derivate anche dalle azioni e misure avviate con il Piano di Rientro 2010-2012.
- Flussi gestionali dell'esercizio 2012 e proiezione dati 2013;
- Manovre di contenimento ex D.L. 6 luglio 2012 n. 95, convertito con modificazioni con Legge 7 agosto 2012 n. 135, Legge 24 dicembre 2012 n. 228 (Legge di stabilità 2013).

Inoltre nella determinazione dei valori tendenziali sono stati tenuti in considerazione gli effetti derivanti dall'applicazione del D.Lgs.118/2011, del DM 17/09/2012 (e della relativa casistica applicativa), e delle successive circolari ministeriali.

Analisi dei valori tendenziali.

A) RICAVI

Contributi in c/esercizio – Quote Fondo Sanitario

Per quanto riguarda il finanziamento del Fondo Sanitario Regionale si è tenuto conto delle previsioni del Fabbisogno del Servizio Sanitario Nazionale e dei fabbisogni regionali- costi standard e Livelli Essenziali di Assistenza pari a:

- 109.928.000.000 euro per l'anno 2014 (indicazione del Ministero Economia e Finanze);
- 112.062.000.000 euro per l'anno 2015.

Al fine di determinare il finanziamento annuo per la Regione Puglia, si è tenuto conto della quota di accesso 2013, pari a circa il 6,67% del totale.
Considerato che, sulla scorta delle previsioni MEF, il Fabbisogno del Servizio Sanitario Nazionale si incrementerebbe nel 2014 di 2,9 miliardi di euro e nel 2015 di ulteriori 2,1 miliardi di euro ed applicando l'aliquota di accesso 2013, per la Regione Puglia si determina un maggior finanziamento di 193 milioni di euro nel 2014 e 140 milioni di euro nel 2015.
Poiché il riparto delle predette disponibilità finanziarie deve tenere conto dell'Accordo politico raggiunto in sede di Conferenza delle Regioni e delle Province autonome in data 19 dicembre 2013, ossia la necessità di rivedere e riqualificare i criteri di cui all'articolo 27 del d.lgs 68/2011 sulla "*determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali*", tenendo conto del trend di miglioramento per il raggiungimento degli standard di qualità e attraverso nuove modalità di pesature, da definire entro il 20 luglio 2014, secondo i criteri già indicati dall'art.1 comma 34, della

Legge 662/96, si ritiene di quantificare prudenzialmente l'incremento in euro 120 milioni per il 2014 e 88 milioni per il 2014.

Per quanto riguarda i finanziamenti vincolati del FSN gli stessi si prevedono in misura pari agli importi definiti sulla base delle ultime Intese CSR per il2013, così come segue.

Riepilogo Importi iscritti nel Modello CE

	2013	2014	2015
Aids	2.242.214	2.242.214	2.242.214
Borse di Studio MG	5.019.654	5.019.654	5.019.654
Extracomunitari	1.978.640	1.978.640	1.978.640
Hanseniani	601.309	601.309	601.309
MedicPenit.	10.299.973	10.299.973	10.299.973
Fondo Esclus.	2.020.994	2.020.994	2.020.994
Obiettivi di Piano + Fin. Taranto	118.140.052	118.140.052	118.140.052
Fibrosi cistica	331.382	331.382	331.382
Superamento OPG	3.286.331	3.286.331	3.286.331
Stranieri D.Lgs 109/12	3.760.677	3.760.677	3.760.677
Totale	**147.681.226**	**147.681.226**	**147.681.226**

Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti

L'importo tendenziale 2013 è stato determinato sulla base dei dati del 2013. Per gli anni 2014 e 2015 la stima è stata determinata tenendo conto delle misure di riprogrammazione della spesa in c/capitale in corso di definizione nel Documento Regionale di Indirizzo Economico Funzionale - 2013-2015 (DIEF Sanità).

Contributi da Regione

L'importo complessivo iscritto nel 2013 comprende per lo più i contributi per le attività "sociali" e per i progetti minori.

Tra i "Contributi da Regione ... (extra fondo) altro" sono ricompresi gli importi iscritti nel Bilancio di Regionale per il Contratto integrativo regionale MMG-PLS-118, 20,820 mln di euro – Cap. 731030.

Non sono stati riportati finanziamenti aggiuntivi per gli esercizi 2014 e 2015 per i LEA e per c.d. extra LEA.

Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti

Gli importi iscritti nei modelli economici sono stati determinati quale media tendenziale degli importi relativi agli anni precedenti e sulla base dei dati storici.

Mobilità attiva intra

Gli importi iscritti nei modelli economici sono stati determinati quale media tendenziale degli importi relativi agli anni precedenti.

Mobilità attiva extra regionale

Gli importi iscritti nei modelli economici sono stati determinati quale media tendenziale degli importi relativi agli anni precedenti.

Payback

Gli importi iscritti nei modelli economici sono stati determinati quale media tendenziale degli importi relativi agli anni precedenti, prevedendo una riduzione in proporzione ai risparmi della spesa farmaceutica.

Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)

Gli importi iscritti nei modelli economici sono stati determinati quale media tendenziale degli importi relativi agli anni precedenti e sulla base dei dati 2013.

Altre entrate

Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria

Gli importi iscritti nei modelli economici sono stati determinati quale media tendenziale degli importi relativi agli anni precedenti e sulla base dei dati 2013.

Concorsi, recuperi e rimborsi

Gli importi iscritti nei modelli economici sono stati determinati quale media tendenziale degli importi relativi agli anni precedenti e sulla base dei dati 2013.

Altri ricavi e proventi

Gli importi iscritti nei modelli economici sono stati determinati quale media tendenziale degli importi relativi agli anni precedenti e sulla base dei dati 2013.

Costi capitalizzati

Gli importi iscritti nei modelli economici sono stati determinati quale media tendenziale degli importi relativi agli anni precedenti e sulla base dei dati 2013, nonché sulla base dei principi ex D.Lgs 118/2011 e s.m.i. e casistiche applicative ministeriali.

Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni.

Importo storicamente non valorizzato.

B) COSTI

Personale

Nel triennio 2010-2012, a seguito del blocco totale del turn-over, derivante dall'applicazione delle leggi regionali n. 12/2010 e n. 2 del 09.02.2011 e dall' art. 9 comma 28 della Legge 30.07.2010

n.122, si è avuta una diminuzione di unità di personale pari a n. 3571 complessive, ovvero circa l'8,5% della forza lavoro, con cessazioni pari a circa il 4% annuo.

Il costo riportato nel modello CE del 2013 è stato determinato sulla base dei dati consuntivi 2013 tenendo conto anche delle deroghe e delle assunzioni già autorizzate.

Il costo tendenziale 2014 e 2015 tiene conto delle sole cessazioni determinate sulla base delle comunicazioni aziendali.

Il costo programmatico 2014 e 2015 tiene conto anche delle assunzioni autorizzabili sulla base delle cessazioni e nel rispetto dei limiti di spesa (spesa 2004 – 1,4% e 50% tempo determinato 2009).

Il costo programmato è al di sotto del limite massimo di spesa previsto dalla normativa vigente. Le azioni programmate ed i relativi costi sono dettagliatamente riportati nel Programma 10 - Gestione del personale.

L'Irap è calcolata in misura proporzionale al costo del personale.

Si riporta la Tabella 10.9.B di riepilogo di cui al paragrafo 10.

	Spesa personale anno precedente	Valorizzazione delle cessazioni	Costo Assunzioni	Costo	Assunzioni già autorizzate
2013	€ 2.146.048.033	€ 74.004.618	€ 26.448.000	€ 2.098.491.415	€ 26.448.000
2014	€ 2.098.491.415	€ 37.763.121	€ 100.000.000	€ 2.160.728.294	€ 48.064.000
2015	€ 2.160.728.294	€ 22.054.916	€ 100.156.000	€ 2.238.829.378	€ 0
	Totale	€ 133.822.655	€ 226.604.000		€ 74.512.000

Si evidenzia che anche sulla base di quanto rilevato nel report finale del Ministero della Salute sugli adempimenti Lea 2012, le criticità ascrivibili al percorso nascita, all'emergenza-urgenza e all'assistenza territoriale possono essere superate soprattutto con l'assunzione di personale specifico.

Preso atto quindi del piano assunzionale complessivo, in termini prudenziali, sulla base delle future autorizzazioni, delle inevitabili temporizzazioni delle assunzioni subordinate all'espletamento delle procedure amministrative e concorsuali e tenendo conto delle cessazioni anche avvenute durante gli ultimi mesi del 2013 che esplicheranno i loro effetti su base annua per intero nel 2014, si possono stimare i seguenti impatti economici sui programmatici 2014 e 2015:

	Minori costi per cessazioni	Maggiori costi per assunzioni
	Valori in euro	Valori in euro
Importi cumulati su 2014	**37.763.121**	**68.500.000**
Importi cumulati su 2015	37.763.121+22.054.916 = **59.818.037**	**155.156.000**

Beni sanitari

Farmaci

Il costo tendenziale è stato calcolato tenendo conto dell'andamento dei costi e dei consumi registrati in Puglia negli ultimi tre anni, dell'andamento della spesa nazionale, nonché tenendo conto degli effetti "da trascinamento" delle azioni già avviate dalla Regione con il Piano di Rientro 2010-2012.

Le azioni già avviate hanno permesso di contenere l'incremento di spesa del 2013 nella misura del 6% rispetto all'incremento dell' 8% del 2012.

Attraverso gli Obiettivi previsti nei prossimi mesi, dettagliatamente riportati nel Programma 17 (costituzione di un gruppo di lavoro per la definizione di linee guida sul corretto utilizzo dei farmaci oncologici ad alto costo per sviluppare le azioni di indirizzo nel triennio oggetto di programmazione, adozione di nuove linee guida col supporto della Commissione Appropriatezza Prescrittiva sul corretto utilizzo dei principi attivi con un'alta percentuale di assorbimento della spesa farmaceutica (es. antibiotici), aggiornamento del PTOR, sviluppo dell'attività di farmacovigilanza, monitoraggio dell'applicazione degli indirizzi regionali da parte delle A.S.), nonché di quanto realizzabile attraverso la graduale attivazione di un sistema di ERP regionale, si prevede, rispetto al tendenziale di spesa 2014 e 2015, un risparmio prudenziale rispettivamente di 10 mln e -30 mln di euro.

Sangue ed Emoderivati.

Gli importi iscritti nei modelli economici tendenziali e programmatici, sono stati determinati sulla base dei dati 2013.

Altri Beni sanitari e beni non sanitari

I costi tendenziali e programmatici 2013 sono stati elaborati sulla base dei dati 2013 (i quali già includevano le norme nazionali in materia di spending review).

I costi tendenziali 2014 e 2015 sono stati elaborati tenendo conto dei risparmi previsti dall'art. 15, comma 13, del D.L. 95/2012 convertito con L. 135/2012 e s.m.i., e dei conseguenti reinvestimenti (riutilizzi) tenendo conto però dell'incremento di un punto percentuale dell'aliquota IVA e tenendo conto dell'inevitabile incremento dei prezzi.

I costi programmatici tengono conto inoltre delle azioni avviate dalla Regione in materia di gare centralizzate, unioni di acquisto ed azioni di monitoraggio della spesa attraverso l'istituzione di un sistema ERP (Enterprise Resource Planning) gestionale-contabile-amministrativo regionale (riportato al Programma 2.2: "Azioni di monitoraggio dell'effettiva attuazione del decreto legislativo 118/2011").

Servizi

Servizi Sanitari.

Gli importi iscritti nei modelli economici sono stati determinati sulla base dei dati 2013.

Per le prestazioni ex articolo 55 comma 2 CCNL 8/6/2000, la Regione ha avviato il c.d. programma sperimentale per l'ALPI "allargata" che prevede l'individuazione di specifiche tariffe ALPI da parte

delle Aziende/Enti con identificazione dei costi diretti ed indiretti per ciascuna prestazione e conseguente migliore utilizzo delle prestazioni aggiuntive per l'abbattimento delle liste d'attesa.

L'incremento di spesa complessivo previsto per l'erogazione delle prestazioni aggiuntive è quantificato in circa € 11 mln.

Servizi non sanitari

Il valore tendenziale tiene conto delle manovre ex art. 15, comma 13 del D.L. 95/2012, convertito con L. 135/2012, rispetto ai valori storici regionali.

Pur non dimenticando che in materia di servizi non sanitari influiscono le utenze energetiche e di riscaldamento, legate inevitabilmente all'aumento del costo dei carburanti ed energia elettrica, per le quali non si può prevedere in modo puntuale un risparmio, tenendo conto dell'inevitabile incremento dei prezzi al consumo, si valuta che, utilizzando l'obiettivo del contenimento della spesa sanitaria, già assegnato dal "Piano di rientro", la razionalizzazione delle procedure di spesa con l'attivazione della centralizzazione e/o aggregazione negli acquisti e delle manovre riportate nel Programma 9, si possa prevedere un ulteriore risparmio.

Nel 2014 si ipotizza che la spesa complessiva per beni e servizi sia corrispondente a quella registrata nel 2013, atteso che i risparmi conseguiti (a seguito di centralizzazione-aggregazione degli acquisti e informatizzazione delle procedure di gara- vedi accordo quadro distribuzione ossigeno liquido, accordo fornitura presidi per diabetici, accordo PHT epoietine) e che si consolideranno nel biennio 2014-2015, saranno impiegati per beni e servizi relativi alle nuove attività previste nel presente Piano al fine di garantire i Livelli Essenziali Assistenza, come da verifica adempimenti.

Per le manutenzioni ed il godimento dei beni da parte di terzi non si prevedono risparmi nel 2015. Nel 2015 si prevedono maggiori manutenzioni correlati alle riconversioni delle attività assistenziali.

Convenzioni

Per quanto riguarda le convenzioni occorre evidenziare che al fine della costruzione dei tendenziali non si è potuto che partire dai dati 2013, i quali hanno confermato sostanzialmente gli importi medi e gli andamenti di spesa degli ultimi anni.

In particolare per MMG, PLS, Continuità assistenziale il costo è oramai consolidato negli ultimi anni.

Per quanto concerne la farmaceutica convenzionata, in assenza di ulteriori manovre correttive, il valore tendenziale si assesta, grazie a quanto programmato e realizzato con le azioni del Piano di Rientro 2010-2012, ad un valore stabile nel tempo.

Attraverso gli obiettivi previsti nei prossimi mesi, dettagliatamente riportati nel Programma 17 (revisione dell'accordo per la distribuzione per conto da parte delle farmacie convenzionate, potenziamento delle aree farmaceutiche territoriali per incrementare la percentuale di distribuzione diretta da parte delle ASL, con consequenziale diminuzione dei costi della farmaceutica convenzionata, introduzione dei budget per i medici prescrittori (MMG/PDS/Specialisti ambulatoriali, aggiornamento del PTOR, sviluppo dell'attività di farmacovigilanza, monitoraggio dell'applicazione degli indirizzi regionali da parte delle A.S.), si prevede rispetto al tendenziale di spesa 2014 e 2015 un risparmio prudenziale rispettivamente di 10 mln di euro annui.

Assistenza specialistica ed ospedaliera

Occorre evidenziare che all'interno della spesa da privato rientrano gli Ospedali Enti Ecclesiastici ed IRCCS privati per i quali il finanziamento tiene conti di specifici accordi contrattuali.

Gli stessi partecipano anche alla rete di emergenza-urgenza e svolgono specifiche funzioni non tariffate.

Per quanto riguarda la spesa accreditata per specialistica ed ospedaliera da operatori privati accreditati si è tenuto conto nella costruzione del tendenziale della spesa storica, già ridotta in attuazione del Piano di Rientro 2010-2012 e delle manovre previste dall'art. 15, comma 14, del D.L. 95/2012 e s.m.i..

La spesa accreditata per specialistica ed ospedaliera va complessivamente analizzata, ai fini della corretta determinazione dei risparmi, considerato che negli ultimi due anni la spesa ospedaliera si è gradualmente trasferita su quella specialistica in attuazione del Piano di deospedalizzazione regionale (ad esempio attraverso l'implementazione dei day service).

Assistenza riabilitativa

Si è tenuto conto nella costruzione del tendenziale della spesa storica, già ridotta in attuazione del Piano di Rientro 2010-2012.

A regime, al termine dell'esercizio 2015, è prevista una minore spesa rispetto a quella attuale pari ad € 531.907,2 per le RSSA disabili e ad € 1.869.000 per i Centri diurni socio-educativi e riabilitativi per un totale di € 2.400.907,2.

Per quanta riguarda i potenziamenti sono previsti i seguenti maggiori costi:

- per l'erogazione di prestazioni di Cure Residenziali Intensive per anziani non autosufficienti (RSA R1), stimati in circa € 23.818.264,80;
- per l'erogazione di prestazioni in RSA R2 a totale carico del SSR stimati in circa € 16.225.272;
- per l'erogazione di prestazioni in RSA R2D stimati in circa € 5.793.654.

Altre prestazioni da privato

Gli importi tendenziali e programmatici sono stati determinati sulla base dei dati 2013 e sulla base degli andamenti di spesa degli ultimi anni, nonché sulla base delle azioni avviate in materia di deospedalizzazione e potenziamento dell'assistenza territoriale dettagliatamente riportate nei programmi specifici.

In particolare sono stati previsti incrementi di costo per l'altra assistenza sanitaria al fine di potenziare l'assistenza domiciliare e l'assistenza agli anziani, così come riportato dettagliatamente nei programmi specifici.

Sono previsti infatti maggiori costi per l'acquisizione di servizi per il processo di rifunzionalizzazione dell'A.D.I. e delle Cure Domiciliari Integrate (CDI) necessarie per la riconversione delle strutture ospedaliere e dai risparmi conseguenti al progetto appropriatezza prescrittiva pari 14 milioni di euro nel 2014 e 21 milioni di euro nel 2015 per la spesa.

Prestazioni da pubblico e mobilità passiva

Gli importi iscritti nei modelli economici sono stati determinati sulla base dei dati 2013, che comunque corrispondono al costo medio degli ultimi esercizi. In particolare per la mobilità passiva è stata prevista una minima riduzione dei costi, così come riportato negli specifici paragrafi.

Accantonamenti

Gli importi iscritti nei modelli economici sono stati determinati sulla base dei dati 2013, che comunque corrispondono al costo medio degli ultimi esercizi.

Si registra un decremento per l'accantonamento degli interessi di mora correlato alle attività di monitoraggio e governo del pagamento dei fornitori avviato negli ultimi due anni che ha permesso la riduzione sensibile del debito commerciale e dei giorni di ritardo del pagamento ai fornitori.

Proventi ed oneri finanziari.

Sulla base degli importi 2013, con riferimento alla soprariportata azione di riduzione dei debiti dei fornitori si prevede una costante riduzione degli interessi passivi così come già riscontrato negli ultimi esercizi.

Oneri fiscali (netto IRAP)

Gli importi iscritti nei modelli economici sono stati determinati sulla base dei dati 2013, che comunque corrispondono al costo medio degli ultimi esercizi.

Saldo poste straordinarie

Le poste straordinarie tendenziali e programmatiche sono state calcolate tenendo conto dell'andamento dei costi e dei ricavi registrati negli ultimi tre anni, dei dati 2013, nonché tenendo conto degli effetti derivanti dalle azioni avviate dalla Regione di "verifica" delle poste patrimoniali che hanno permesso anche la riduzione delle poste nel 2013.

Ammortamenti

Gli importi iscritti nei modelli economici sono stati determinati quale media tendenziale degli importi relativi agli anni precedenti e sulla base dei dati 2013, nonché sulla base dei principi ex D.Lgs 118/2011 e s.m.i. e casistiche applicative ministeriali.

Rivalutazioni e svalutazioni

Non risultano storicamente importi significativi.

3.2 MEZZI DI COPERTURA: EQUILIBRIO SSR

Esercizio 2013:	
Risultato di gestione Programmatico da CE	K€ 5.337
Mezzi di copertura non necessari. **In ogni caso le manovre regionali sono prioritariamente destinate alla sanità.**	
Fonte: L.R. 45/2013 **"Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2014 e bilancio pluriennale 2014 – 2016 della Regione Puglia"** **Articolo 5** - ***Aliquota IRAP per l'anno 2014*** <<… Co 3. Il gettito riveniente dall'applicazione della maggiorazione di aliquota IRAP è destinato prioritariamente alla copertura dell'eventuale disavanzo del Servizio sanitario regionale. >>	

Esercizio 2014	
Risultato di gestione Programmatico da CE	K€ 3.246
Mezzi di copertura: **In ogni caso le manovre regionali sono prioritariamente destinate alla sanità.**	
In analogia con 2013.	

Esercizio 2015	
Risultato di gestione Programmatico da CE	K€ 1.823
Mezzi di copertura: **In ogni caso le manovre regionali sono prioritariamente destinate alla sanità.**	
In analogia con 2013.	

3.3 *Prospetti sintetici*

Riepilogo azioni

	2014	2015	
Riepilogo azioni programmate			
Personale	68.499	155.155	Saldo incrementi assunzioni/cessazioni
Farmaci	(10.000)	(30.000)	Contenimento dei costi e risparmi
Formazione	200	400	Maggiori costi
Farmaceutica convenzionata	(10.000)	(20.000)	Contenimento dei costi e risparmi
Altre prestazioni da privato	14.000	21.000	Saldo incrementi per potenziamento assistenza territoriale e risparmi
Mobilità passiva extraregionale	(5.000)	(10.000)	Risparmi su accordi bilaterali
Assistenza riabilitativa da privato	-	43.437	Saldo incrementi per potenziamento assistenza
Totale	**57.699**	**159.992**	
	VERO	VERO	

RICAVI

Cod.	VOCE	2011	2012	Tend.2013	Tend.2014	Tend.2015	Prog.2013	Prog.2014	Prog.2015
1	Contributi da Regione ... per quota F.S. regionale	6.943.618	6.992.588	6.992.805	7.112.805	7.200.805	6.992.805	7.112.805	7.200.805
2	Rettifica contributi in c/es. per destinazione ad investimenti	-	-	(18.064)	(22.000)	(20.000)	(18.064)	(22.000)	(20.000)
3	Contributi da regione a titolo di copertura extra LEA	34.150	30.310	-	-	-	-	-	-
4	Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi prec.	-	981	4.646	3.300	3.300	4.646	3.300	3.300
5	Altri contributi in conto esercizio	31.330	37.375	63.367	60.020	60.020	63.367	60.020	60.020
6	Mobilità attiva intra	-	-	-	-	-	-	-	-
7	Mobilità attiva extra regionale	90.717	109.383	109.496	110.496	110.496	109.496	110.496	110.496
8	Payback	33.946	35.169	45.619	40.000	39.000	45.619	40.000	39.000
9	Compartecipazioni	59.324	63.854	58.785	58.800	58.800	58.785	58.800	58.800
10	Altre entrate	53.641	43.616	37.913	35.665	35.665	37.913	35.665	35.665
11	Costi capitalizzati	52.776	47.210	58.914	58.920	58.920	58.914	58.920	58.920
	TOTALE RICAVI	**7.299.502**	**7.360.486**	**7.353.481**	**7.458.006**	**7.547.006**	**7.353.481**	**7.458.006**	**7.547.006**

COSTI

Cod.	VOCE	2011	2012	Tend.2013	Tend.2014	Tend.2015	Prog.2013	Prog.2014	Prog.2015
14	Personale	2.112.490	2.040.278	1.983.385	1.948.587	1.893.454	1.983.385	2.011.720	2.036.454
15	Irap	151.204	146.862	143.703	140.752	136.066	143.703	146.118	148.221
16	Beni	1.097.137	1.125.365	1.159.363	1.213.780	1.257.660	1.159.363	1.203.780	1.227.660
16a	Beni sanitari	1.069.665	1.098.884	1.132.845	1.187.270	1.231.150	1.132.845	1.177.270	1.201.150
16b	Beni non sanitari	27.472	26.481	26.518	26.510	26.510	26.518	26.510	26.510
17	Servizi	728.777	775.591	766.999	776.500	776.500	766.999	776.700	776.900
17a	Servizi sanitari	118.499	127.024	134.359	144.800	144.800	134.359	144.800	144.800
17b	Servizi non sanitari	610.278	648.567	632.640	631.700	631.700	632.640	631.900	632.100
18	Prestazioni da privato	2.856.851	2.754.295	2.804.894	2.812.550	2.820.510	2.804.894	2.816.550	2.864.947
18a	Medicina di base	507.412	514.899	517.693	520.400	523.240	517.693	520.400	523.240
18b	Farmaceutica convenzionata	753.885	673.191	668.102	668.100	668.100	668.102	658.100	648.100
18c	Assistenza specialistica da privato	246.925	272.043	283.893	283.900	283.900	283.893	283.900	283.900
c1	di cui Enti Ecclesiastici ed IRCCS	52.965	58.373	67.373	67.380	67.380	67.373	67.380	67.380
c2	di cui privato accreditato	193.960	213.670	216.520	216.520	216.520	216.520	216.520	216.520
18d	Assistenza riabilitativa da privato	242.443	183.645	161.021	161.030	161.030	161.021	161.030	204.467
18e	Assistenza ospedaliera da privato	709.892	736.942	743.221	743.230	743.230	743.221	743.230	743.230
e1	di cui Enti Ecclesiastici ed IRCCS	316.035	364.635	375.634	375.640	375.640	375.634	375.640	375.640
e2	di cui privato accreditato	393.857	372.307	367.587	367.590	367.590	367.587	367.590	367.590
18f	Altre prestazioni da privato	396.294	373.575	430.964	435.890	441.010	430.964	449.890	462.010
19	Prestazioni da pubblico	2.817	1.030	2.006	2.010	1.959	2.006	2.010	1.959
20	Mobilità passiva intraregionale	–	–	–	–	–	–	–	–
21	Mobilità passiva extraregionale	261.185	281.120	289.555	289.560	289.560	289.555	284.560	279.560
22	Accantonamenti	98.821	89.647	99.081	92.560	90.910	99.081	92.560	90.910
23	Oneri finanziari	17.337	12.417	12.676	11.450	9.260	12.676	11.450	9.260
24	Oneri fiscali (netto irap)	8.478	9.135	9.341	9.550	9.550	9.341	9.550	9.550
25	Saldo poste straordinarie	53.766	(7.596)	3.547	1.156	3.156	3.547	1.156	3.156
26	Saldo intramoenia	(42.518)	(5.552)	(8.423)	(8.420)	(8.420)	(8.423)	(8.420)	(8.420)
27	Ammortamenti	98.615	105.406	100.255	100.006	100.006	100.255	100.006	100.006
28	Rivalutazioni e svalutazioni	680	28.537	8.139	7.020	5.020	8.139	7.020	5.020
	TOTALE COSTI	**7.445.640**	**7.356.535**	**7.374.521**	**7.397.061**	**7.385.191**	**7.374.521**	**7.454.760**	**7.545.183**
31	Contributi	–	–	26.377	–	–	26.377	–	–
	Risultato	**(146.138)**	**3.951**	**5.337**	**60.945**	**161.815**	**5.337**	**3.246**	**1.823**
	Risultato da CE	**(146.138)**	**3.951**	**5.337**	**60.945**	**161.815**	**5.337**	**3.246**	**1.823**
	Check	VERO	VERO	VERO B	VERO e	VERO n	VERO n	VERO y	VERO K

4.1.1 Programma 20 – Valutazione e verifica dell'attuazione del Programma Operativo

Il monitoraggio e la verifica del Programma Operativo

Ai fini della valutazione della verifica dell'attuazione del Programma Operativo, da parte degli organi istituzionali, tutti già individuati nei singoli capitoli che compongono questo programma, sia nella forma degli obiettivi di carattere generale che nella loro declinazione in obiettivi specifici e conseguenti azioni, si sta procedendo, in Assessorato, alla costruzione di un sistema di monitoraggio del Programma Operativo.

Facendo seguito a quanto esposto al punto *"Governance del PO"*, l'intero processo legato al *monitoraggio del Programma Operativo* sarà coordinato dal Direttore dell'Area Politiche per la Promozione della Salute, delle Persone e delle Pari Opportunità coadiuvato dai Dirigenti dei Servizi e degli Uffici dell'Assessorato al Welfare e supportato dall'Agenzia Regionale Sanitaria.

I compiti assegnati sono quelli indicati nelle Linee Guida Ministeriali:

- Valutazione degli indicatori di risultato, anche economico;
- Valutazione degli obiettivi specifici e delle conseguenti azioni;
- Tenuta del cronoprogramma delle scadenze intermedie e finali che dovranno essere rispettate;
- Costante monitoraggio dell'impatto economico.

Al Direttore dell'Area è assegnato il compito di convocare con sistematicità, non meno di una volta al mese, tutti coloro che sono coinvolti nel processo per valutare lo stato di avanzamento delle attività e azioni previste dal Programma Operativo 2013-2015.

Il Direttore di Area ha il compito di produrre, *anche sulla base di apposite relazioni periodiche della Regione, attestanti lo stato di attuazione delle disposizioni approvate*, gli atti necessari per la formale adozione dei provvedimenti regionali relativi *all'effettivo raggiungimento di ciascun obiettivo prefissato.*

Tali provvedimenti regionali saranno inviati ai Ministeri affiancanti mediante il Sistema documentale dei Piani di Rientro per la preventiva approvazione (fatti salvi quelli motivati da ragioni di urgenza che possono essere trasmessi successivamente alla loro adozione) e saranno strettamente coerenti ed esplicativi dell'intervento che si vuole attuare.

Sulle materie concernenti l'attuazione, il monitoraggio e la verifica del Programma Operativo 2013-2015 i Dirigenti dei Servizi dell'Assessorato possono proporre al Direttore di Area la convocazione di incontri specifici su questioni urgenti, particolarmente critiche e/o che richiedono l'adozione di provvedimenti indifferibili.

4.1	***Allegati***
All. I	***Indicatori di contesto***
All. II	***Tabelle Programma 10***
All. III	***Relazione APQ Benessere e Salute***
All. IV	***Stato di attuazione della riconversione delle strutture ospedaliere***
All. V	***CE Tendenziale e Programmatico e Modelli LA tendenziali e Programmatici***

REGIONE PUGLIA

Proposta di Deliberazione della Giunta Regionale

Allegato I

PROGRAMMA OPERATIVO 2013-2015

INDICATORI SOCIO-DEMOGRAFICI, STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE E PRINCIPALI DATI EPIDEMIOLOGICI

Premessa

La fonte dei dati descritti nella sezione dedicata alla demografia è costituita dai siti www.dati.istat.it e www.demoistat.it dell'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT).

I siti succitati riportano i dati degli indicatori aggregati per le sei province a partire dall'anno 2010, per gli anni precedenti i dati relativi alla provincia Barletta-Andria-Trani non sono disponibili.

Pertanto, per gli anni 2006-2009, gli indicatori delle province Bari, Barletta-Andria-Trani e Foggia sono stati ricalcolati ed elaborati utilizzando i dati grezzi disponibili per i singoli Comuni delle tre province.

Per la provincia Barletta-Andria-Trani non sono disponibili i valori dei seguenti indicatori:

- speranza di vita alla nascita o vita media;
- tasso di nuzialità;
- occupati, disoccupati, non forze lavoro, tassi di occupazione e disoccupazione.

Struttura demografica della popolazione

L'analisi della struttura di una popolazione considera tre fasce di età: giovani (0-14 anni), adulti (15-64 anni) e anziani (65 anni e oltre). Dal rapporto maggiore, equivalente o minore tra la popolazione giovane e anziana, una popolazione si può definire di tipo progressivo, stazionario o regressivo.

I dati relativi al periodo 2006-2012 (Tabella 1) evidenziano come la popolazione pugliese sia progressivamente diventata di tipo regressivo con una quota di giovani che si riduce dello 0,2% ogni anno; questo valore è l'espressione di un processo di invecchiamento costante anche se più lento e contenuto rispetto all'Italia e alle altre macroaree regionali.

TABELLA 1

Distribuzione (%) per fasce d'età della popolazione, per compartimento geografico. Puglia e Italia, anni 2006 - 2011.

	2006			2007			2008		
	0-14	15-64	≥65	0-14	15-64	≥65	0-14	15-64	≥65
Puglia	15,7	67,0	17,3	15,5	66,9	17,6	15,3	66,9	17,8
Sud e Isole	15,9	66,7	17,4	15,6	66,8	17,6	15,4	66,8	17,8
Centro	13,1	65,7	21,2	13,2	65,4	21,4	13,2	65,4	21,4
Nord	13,2	65,9	20,9	13,3	65,6	21,1	13,4	65,4	21,2
ITALIA	14,1	66,2	19,7	14,1	66,0	19,9	14,0	66,0	20,0

	2009			2010			2011		
	0-14	15-64	≥65	0-14	15-64	≥65	0-14	15-64	≥65
Puglia	15,1	66,9	18,0	14,9	66,9	18,2	14,8	66,7	18,5
Sud e Isole	15,2	66,9	17,9	15,0	66,9	18,1	14,9	66,9	18,2
Centro	13,3	65,3	21,4	13,4	65,1	21,5	13,4	65,1	21,5
Nord	13,5	65,3	21,2	13,6	65,1	21,3	13,7	65,0	21,3
ITALIA	14,0	65,8	20,2	14,0	65,7	20,3	14,0	65,7	20,3

Il confronto della distribuzione per fasce d'età nelle province pugliesi nell'anno 2011 mostra un dato sostanzialmente sovrapponibile a quello regionale, con una quota maggiore di soggetti più anziani nelle province di Brindisi e Lecce (Tabella 2; Grafico 1).

TABELLA 2

Distribuzione (%) per fasce d'età della popolazione, per provincia. Puglia, anni 2006 - 2011.

	2006			2007			2008		
	0-14	15-64	≥65	0-14	15-64	≥65	0-14	15-64	≥65
Bari	15,8	67,7	16,5	15,5	67,7	16,8	15,3	67,6	17,1
Brindisi	15,1	66,8	18,1	14,8	66,8	18,4	14,5	66,8	18,7
BT	17,7	67,4	14,9	17,5	67,4	15,1	17,2	67,6	15,2
Foggia	16,7	66,0	17,3	16,5	65,9	17,6	16,2	65,9	17,9
Lecce	14,7	66,2	19,1	14,5	66,1	19,4	14,3	66,0	19,7
Taranto	15,1	67,7	17,2	14,8	67,6	17,6	14,9	67,6	17,5
PUGLIA	15,7	67,0	17,3	15,5	66,9	17,6	15,3	66,9	17,8

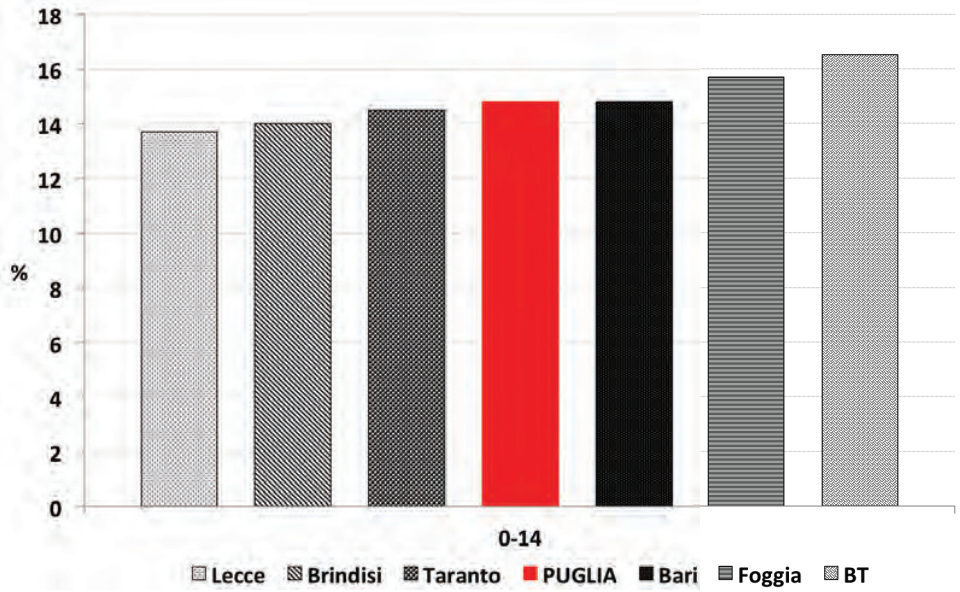
	2009			2010			2011		
	0-14	0-14	≥65	0-14	15-64	≥65	0-14	15-64	≥65
Bari	15,1	67,6	17,3	15,0	67,5	17,5	14,8*	67,3*	17,9*
Brindisi	14,3	66,8	18,9	14,2	66,7	19,1	14,0*	66,7*	19,3*
BT	17,0	67,5	15,5	16,7	67,5	15,8	16,5*	67,5*	16,0*
Foggia	16,0	66,0	18,0	15,9	66,0	18,1	15,7*	66,0*	18,3*
Lecce	14,1	65,9	20,0	13,9	65,9	20,2	13,7*	65,9*	20,4*
Taranto	14,7	67,3	18,0	14,7	67,0	18,3	14,5*	66,9*	18,6*
PUGLIA	15,1	66,9	18,0	14,9	66,9	18,2	14,8	66,7	18,5

*Stima.

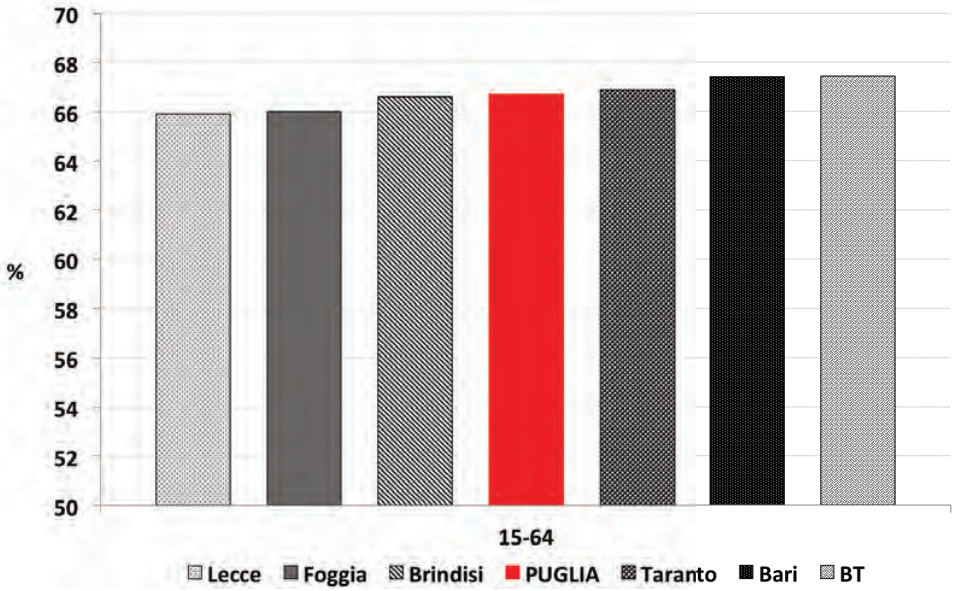
GRAFICO 1

Distribuzione (%) della popolazione per fascia d'età e per provincia. Puglia, anno 2011.

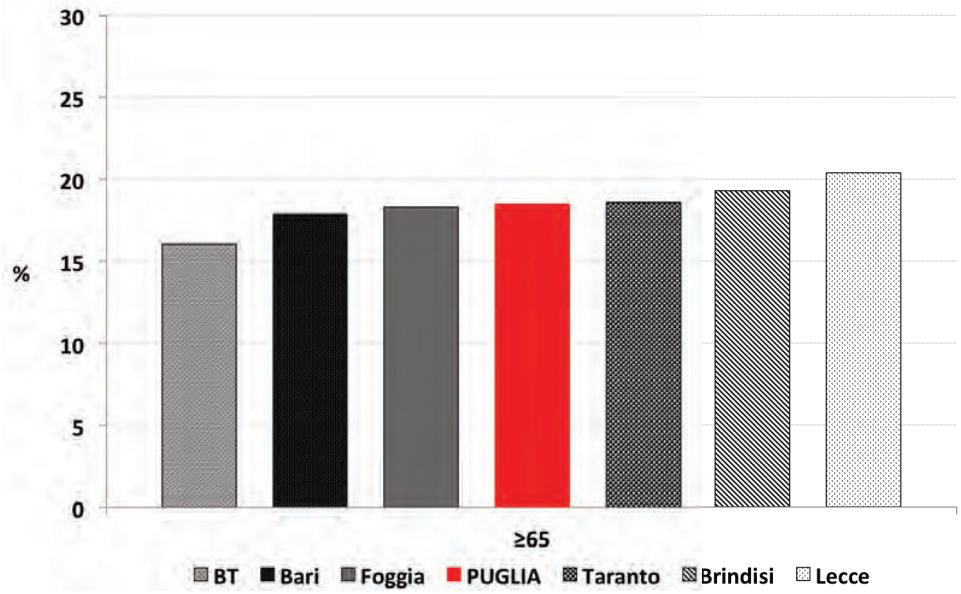
Fascia d'età 0-14 anni



Fascia d'età 15-64 anni



Fascia d'età ≥ 65 anni



La piramide dell'età (Grafico 2) mostra la distribuzione per sesso e per età della popolazione italiana e pugliese per l'anno 2011.

In merito alla distribuzione per sesso, nella piramide italiana si osserva una maggiore proporzione degli uomini da 0 a 60 anni, oltre tale età sono prevalenti le donne.

In Puglia la distribuzione per sesso si discosta leggermente da quella italiana, poiché la superiorità numerica dei maschi rispetto alle femmine si osserva fino ai 45 anni di età.

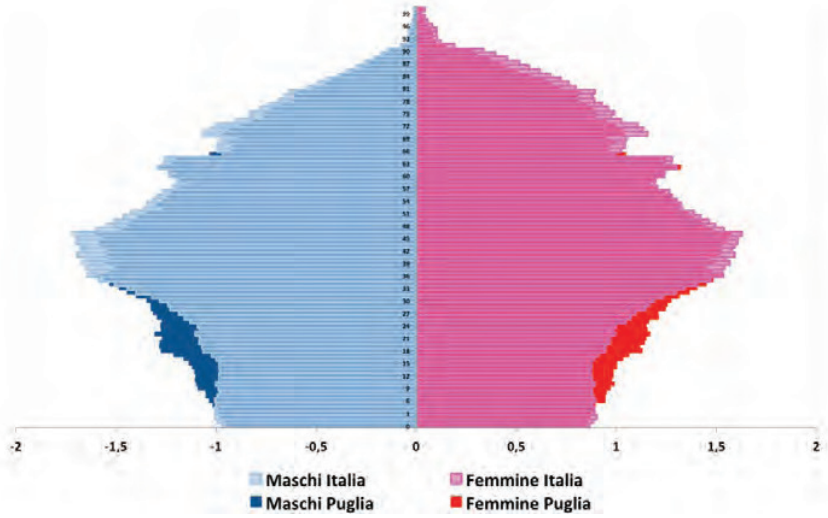
Per quanto riguarda la distribuzione per età, si può notare come la popolazione tra 6 e 35 anni risulti più rappresentata nella nostra Regione rispetto alla media della nazione.

Nelle prime fasce d'età (0-5 anni), invece, la proporzione dei bambini pugliesi è inferiore a quella nazionale, a conferma che la tendenza alla riduzione della natalità interessa anche la nostra Regione.

La quota di soggetti tra i 35 e 65 anni e di ultrasessantacinquenni, invece, si mantiene maggiore nella popolazione nazionale, in particolare nel sesso femminile.

GRAFICO 2

Piramide dell'età Italia e Puglia. Situazione al 1° gennaio 2011.



Esaminando l'evoluzione nel tempo della distribuzione della popolazione pugliese, attraverso il confronto della piramide del 2011 con quella degli anni 2002 e 2006 (Grafici 3 e 4), si osserva una modesta riduzione della fascia d'età 0-5 anni e un progressivo aumento degli ultrasessantacinquenni.

GRAFICO 3

Piramide dell'età Italia e Puglia. Situazione al 1° gennaio 2002.

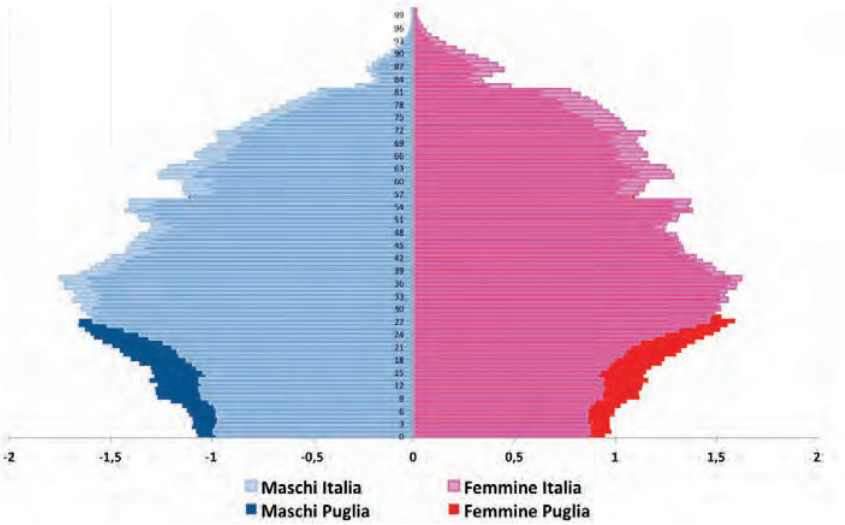
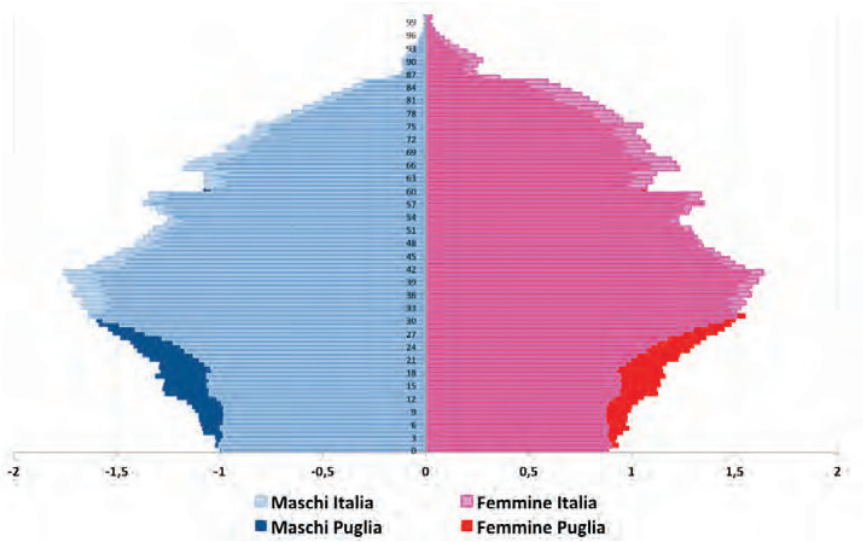
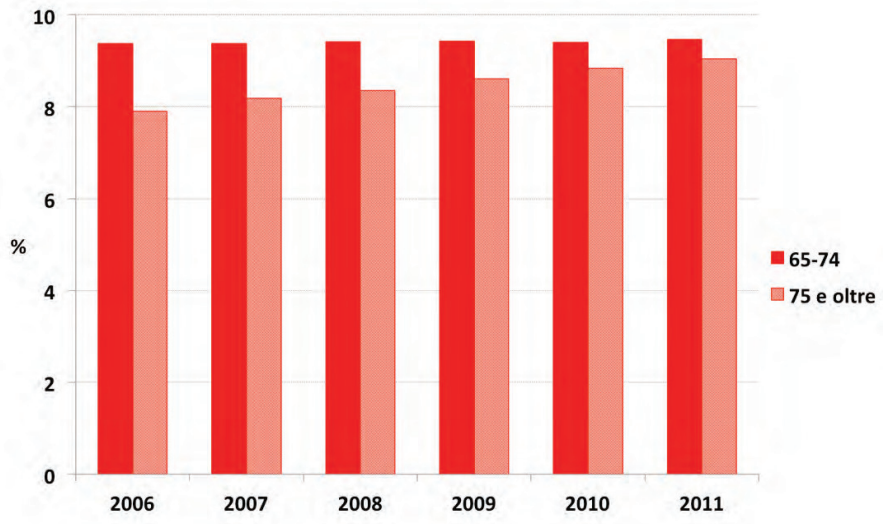


GRAFICO 4
Piramide dell'età Italia e Puglia. Situazione al 1° gennaio 2006.



Nel 2011 i soggetti di 65-74 anni in Puglia rappresentano il 9,5% del totale della popolazione mentre i soggetti di 75 anni e oltre il 9%. Dall'analisi dei dati presentati si può osservare come l'aumento di questa parte della popolazione nel corso degli ultimi sei anni sia stato più cospicuo per la popolazione molto anziana (1,2%), che cresce più rapidamente rispetto a quella anziana (0,1%) (Grafico 5).

GRAFICO 5



Proporzione di popolazione anziana: Proporzione di residenti di 65-74 anni sul totale dei residenti.

Proporzione di popolazione molto anziana: Proporzione di residenti di 75 anni e oltre sul totale dei residenti.

TABELLA 3

Indicatori di struttura della popolazione, per compartimento geografico. Puglia e Italia, anni 2006 - 2011.

Indice di vecchiaia						
	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Puglia	110	113	116	120	122	125
Sud e Isole	110	113	116	118	120	123
Centro	162	162	162	161	161	160
Nord	159	159	158	157	157	156
ITALIA	140	142	143	143	144	145

Dipendenza strutturale						
	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Puglia	49	49	49	50	50	50
Sud e Isole	50	50	50	49	49	49
Centro	52	53	53	53	53	54
Nord	52	52	53	53	54	54
ITALIA	51	52	52	52	52	52

Dipendenza strutturale degli anziani						
	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Puglia	26	26	27	27	27	28
Sud e isole	26	26	27	27	27	27
Centro	32	33	33	33	33	33
Nord	32	32	32	33	33	33
ITALIA	30	30	30	31	31	31

Età media						
	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Puglia	41	41	41	41	42	42
Sud e Isole	41	41	41	41	42	42
Centro	44	44	44	44	44	44
Nord	44	44	44	44	44	44
ITALIA	43	43	43	43	43	43

Indice di vecchiaia: Rapporto tra la popolazione di 65 anni e oltre e popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100.

Indice di dipendenza strutturale: Rapporto tra la popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e oltre) e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100.

Indice di dipendenza strutturale degli anziani: Rapporto tra la popolazione di 65 anni e oltre e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100.

Il confronto dell'indice di vecchiaia pugliese con il dato nazionale, relativo agli ultimi sette anni, evidenzia che la Puglia sembra invecchiare più velocemente dell'Italia; infatti l'indice di vecchiaia è aumentato in Italia di 5 punti percentuali e in Puglia ha registrato un aumento tre volte superiore (15%) (Tabella 3; Grafico 6).

Grafico 6

Indice di vecchiaia. Italia e Puglia, anni 2006 - 2011.

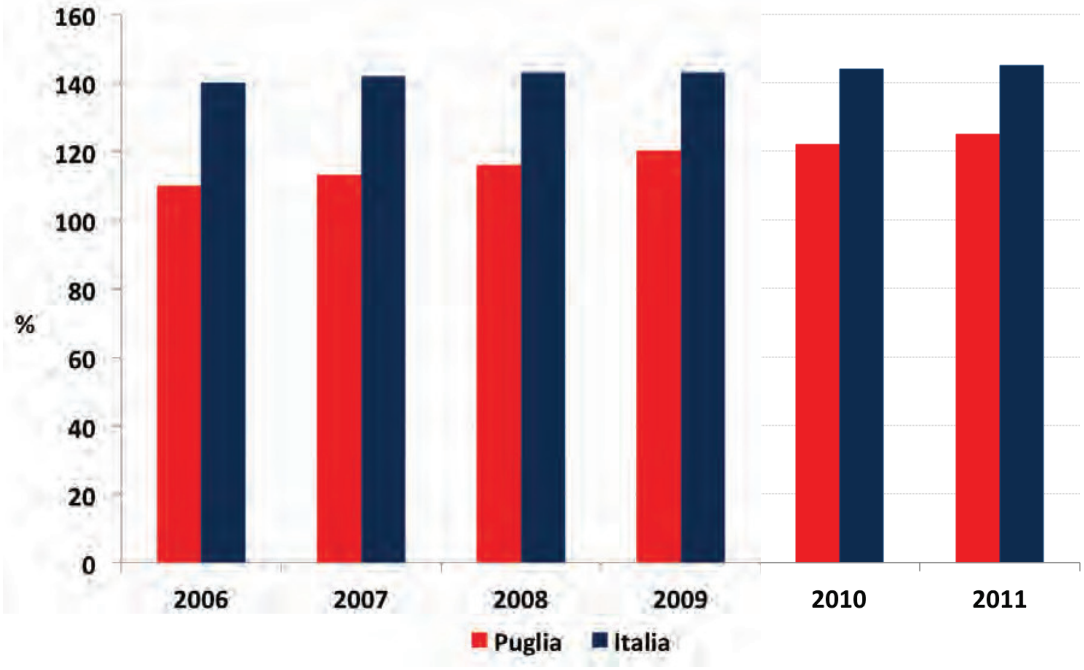


TABELLA 4

Indicatori di struttura della popolazione, per provincia. Puglia, anni 2006 - 2011.

Indice di vecchiaia

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Bari	105	108	112	115	117	121
Brindisi	120	124	129	133	135	138
BT	84	87	88	92	94	97
Foggia	103	106	110	112	114	117
Lecce	130	134	138	142	145	149
Taranto	114	119	117	122	125	128
PUGLIA	110	113	116	120	122	125

Dipendenza strutturale

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Bari	48	48	48	48	48	48
Brindisi	50	50	50	50	50	50
BT	48	48	48	48	48	48
Foggia	52	52	52	52	51	52
Lecce	51	51	51	52	52	52
Taranto	48	48	48	49	49	50
PUGLIA	49	49	49	50	50	50

Dipendenza strutturale anziani

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Bari	24	25	25	26	26	27
Brindisi	27	28	28	28	29	29
BT	22	22	23	23	23	24
Foggia	26	27	27	27	27	28
Lecce	29	29	30	30	31	31
Taranto	25	26	26	27	27	28
PUGLIA	26	26	27	27	27	28

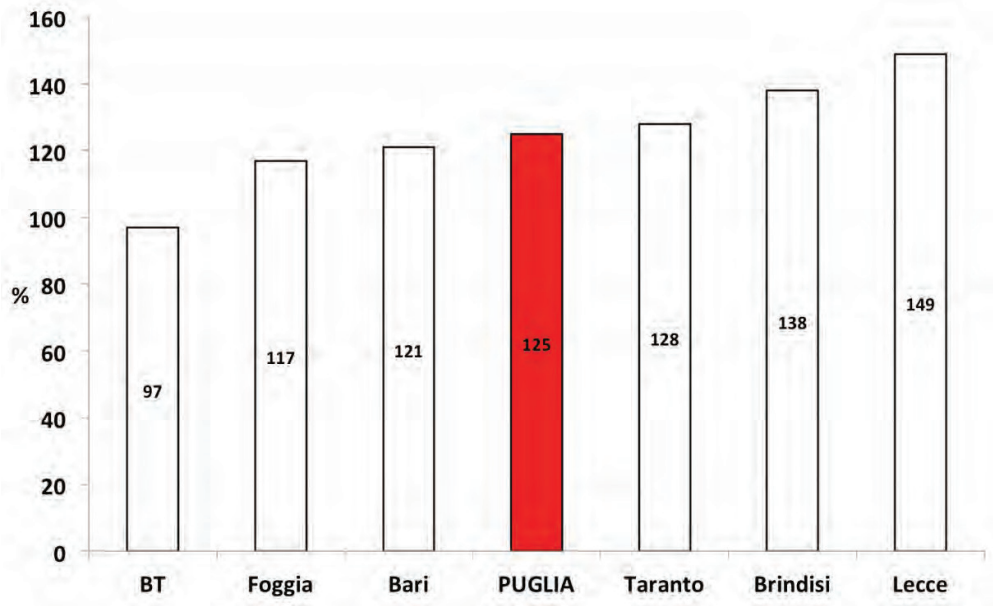
Età media

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Bari	40	40	40	41	42	42
Brindisi	41	42	42	42	42	43
BT	38	38	39	39	40	40
Foggia	40	40	41	41	41	42
Lecce	42	42	42	43	43	43
Taranto	41	41	41	42	42	42
PUGLIA	41	41	41	41	42	42

L'analisi dei dati disaggregati per provincia per l'anno 2011 mostra a Brindisi, Lecce e Taranto un grado di invecchiamento maggiore rispetto al dato medio regionale (Grafico 7).

GRAFICO 7

Indice di vecchiaia per provincia. Puglia, anno 2011.



Dinamica della popolazione

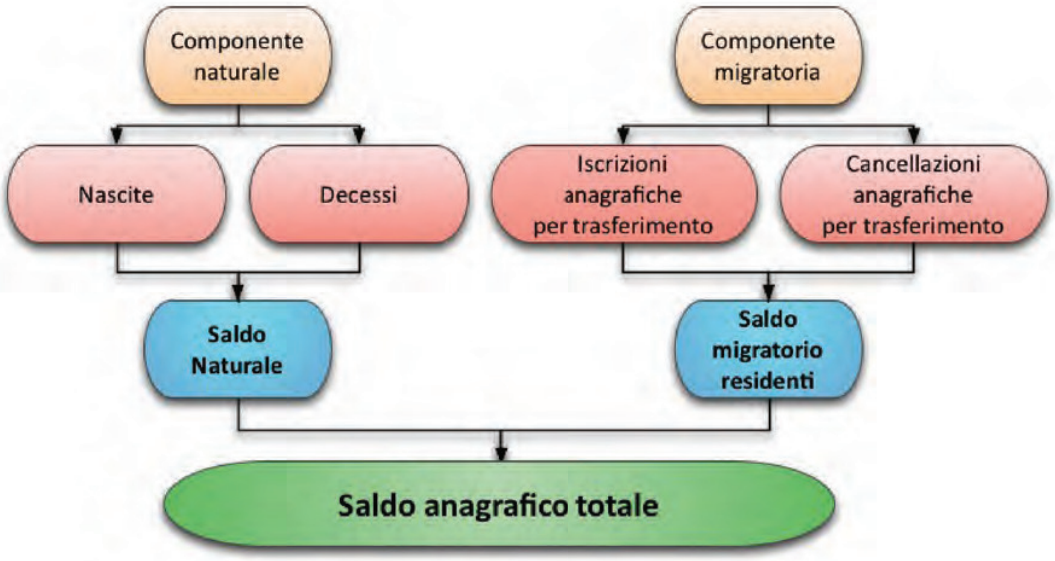
La crescita totale di una popolazione esprime la variazione della consistenza della stessa popolazione in un determinato periodo di tempo e corrisponde alla somma tra saldo naturale e saldo migratorio.

Le componenti naturale e migratoria possono avere andamenti molto diversificati e le variazioni nella crescita totale di una popolazione possono dipendere esclusivamente dall'una o dall'altra componente o piuttosto da entrambe (Figura 1).

La componente naturale, con le nascite e i decessi, è quella di maggiore interesse dal punto di vista socio-sanitario. Tuttavia in Puglia il fenomeno migratorio ha assunto nell'ultimo decennio un valore non trascurabile (vedi sezione successiva).

FIGURA 1

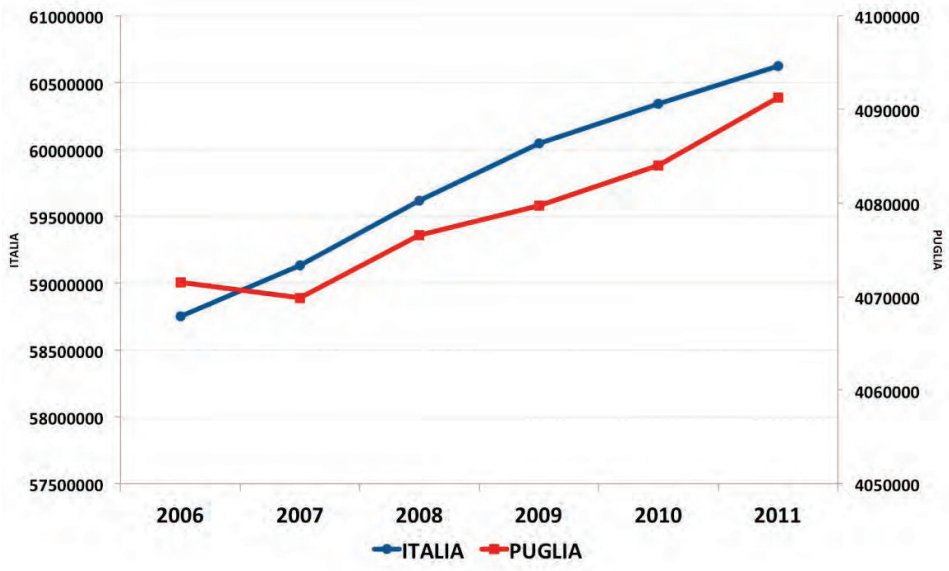
Bilancio demografico di una popolazione.



La popolazione in Puglia al 1 gennaio 2011 è pari a 4.091.259 residenti, circa 7.224 in più rispetto all'anno precedente. Si conferma, pertanto, il trend positivo della popolazione residente dal 2006 al 2011, sostanzialmente speculare all'andamento nazionale (Grafico 8).

GRAFICO 8

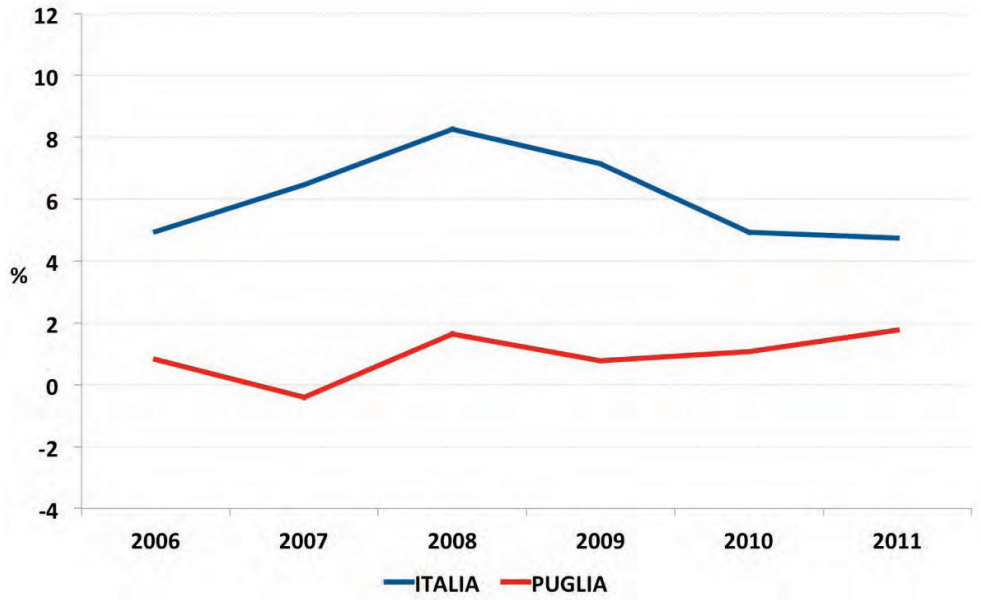
Popolazione Italia e Puglia, anni 2006-2011 (rilevazione al 1° gennaio di ogni anno considerato.



Il tasso di crescita medio, ottenuto calcolando la variazione relativa della popolazione nel passaggio da un anno all'altro (Grafico 9), mostra come l'andamento della crescita della popolazione pugliese sia in linea con la crescita italiana, rispetto alla quale, però, risulta inferiore, in media, di circa 5 punti percentuali.

GRAFICO 9

Tasso di crescita medio. Italia e Puglia, anni 2006-2011.



Tasso di crescita medio Rapporto della differenza tra residenti al primo gennaio dell'anno di osservazione e residenti al primo gennaio dell'anno precedente su residenti al primo gennaio dell'anno precedente, moltiplicato per 100

Il tasso di crescita naturale, pur mantenendosi ancora positivo, anche in Puglia si va progressivamente riducendo, in linea con il processo di invecchiamento che interessa l'intera nazione (Tabella 5; Grafico 10).

TABELLA 5

Indicatori di crescita della popolazione (tassi per 1.000 abitanti) per compartimento geografico. Puglia e Italia, anni 2006-2011.

Tasso di Natalità

	2006	2007	2008	2009	2010	2011*
Puglia	9,3	9,4	9,4	9,3	9,1	8,9
Sud e Isole	9,7	9,7	9,6	9,5	9,3	9,2
Centro	9,3	9,2	9,7	9,3	9,1	9,0
Nord	9,5	9,6	9,7	9,5	9,4	9,2
ITALIA	9,5	9,5	9,6	9,5	9,3	9,1

Tasso di Mortalità

	2006	2007	2008	2009	2010	2011*
Puglia	8,0	8,5	8,4	8,7	8,5	8,7
Sud e Isole	8,5	8,8	8,8	9,1	8,9	9,0
Centro	10,0	10,0	10,3	10,3	10,2	10,2
Nord	9,9	9,9	10,2	10,1	10,0	10,0
ITALIA	9,5	9,6	9,8	9,8	9,7	9,7

Tasso di Crescita Naturale

	2006	2007	2008	2009	2010	2011*
Puglia	1,3	0,9	1,0	0,6	0,6	0,2
Sud e Isole	1,2	0,9	0,8	0,4	0,4	0,2
Centro	-0,7	-0,8	-0,6	-1,0	-1,1	-1,2
Nord	-0,4	-0,3	-0,5	-0,6	-0,6	-0,8
ITALIA	0,0	-0,1	-0,1	-0,3	-0,4	-0,6

Tasso di Nuzialità

	2006	2007	2008	2009	2010	2011*
Puglia	4,5	4,8	4,8	4,6	4,4	4,3
Sud e Isole	4,8	5,0	4,9	4,6	4,4	4,2
Centro	4,5	4,1	4,0	3,7	3,4	3,2
Nord	3,8	3,7	3,6	3,3	3,1	3,0
ITALIA	4,2	4,2	4,1	3,8	3,6	3,5

* Stima

Tasso di natalità: Rapporto tra il numero dei nati vivi nell'anno e i residenti nello stesso anno, moltiplicato per 1.000.

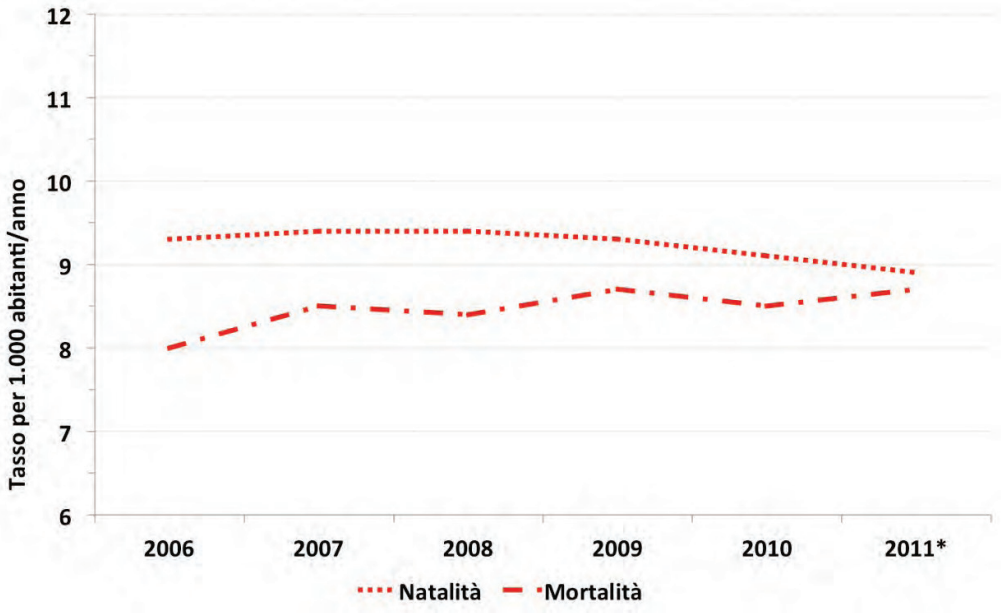
Tasso di mortalità: Rapporto tra il numero dei decessi nell'anno e i residenti nello stesso anno, moltiplicato per 1.000.

Tasso di crescita naturale: Differenza tra il tasso di natalità e il tasso di mortalità.

Tasso di nuzialità: Rapporto tra il numero di matrimoni celebrati nell'anno e i residenti nello stesso anno, moltiplicato per 1.000.

GRAFICO 10

Tassi di natalità e mortalità (per 1.000 abitanti). Puglia, anni 2006-2011.



* Stima.

Nelle province di Brindisi e Lecce il tasso di crescita naturale è negativo a partire dal 2006 (Tabella 6), infatti il tasso di mortalità ha superato quello di natalità come si evince dal Grafico 11.

TABELLA 6

Indicatori di crescita della popolazione (tassi per 1.000 abitanti), per provincia. Puglia, anni 2006-2011.

	Tasso di Natalità					
	2006	2007	2008	2009	2010	2011*
Bari	9,3	9,3	9,3	9,2	9,2	9,2
Brindisi	9,0	8,8	8,9	8,9	8,5	8,4
BT	9,3	9,3	9,3	9,2	9,9	9,4
Foggia	10,7	10,7	10,2	10,1	9,4	9,2
Lecce	8,7	8,8	8,7	8,4	8,4	8,2
Taranto	8,8	9,6	9,8	10,1	9,4	9,1
PUGLIA	9,3	9,4	9,4	9,3	9,1	8,9

Tasso di Mortalità

	2006	2007	2008	2009	2010	2011*
Bari	7,6	8,0	8,0	8,1	8,0	8,3
Brindisi	8,7	9,2	9,0	9,4	8,9	8,9
BT	7,6	8,0	8,0	8,1	7,5	7,7
Foggia	7,6	8,0	8,0	8,1	8,7	8,9
Lecce	8,7	9,1	8,9	8,9	9,2	9,3
Taranto	7,6	8,5	8,6	9,6	8,9	8,8
PUGLIA	8,0	8,5	8,4	8,7	8,5	8,7

Tasso di Crescita naturale

	2006	2007	2008	2009	2010	2011*
Bari	1,7	1,3	1,4	1,0	1,2	0,9
Brindisi	0,3	-0,4	-0,1	-0,5	-0,4	-0,5
BT	1,7	1,3	1,4	1,0	2,4	1,7
Foggia	3,1	2,7	2,5	2,3	0,7	0,3
Lecce	0	-0,3	-0,1	-0,6	-0,8	-1,1
Taranto	1,2	1,1	1,2	0,5	0,5	0,3
PUGLIA	1,3	0,9	1	0,6	0,6	0,2

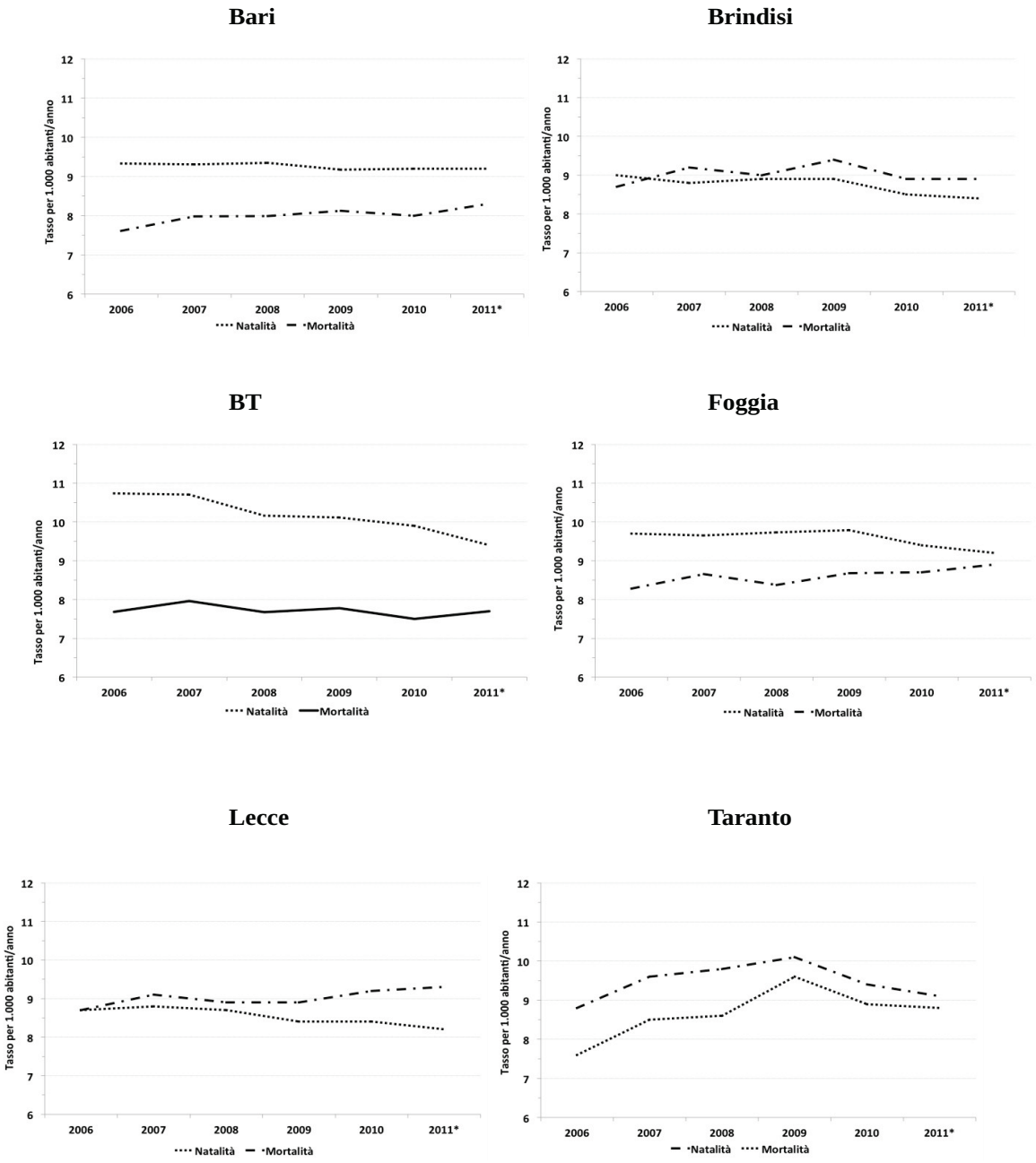
Tasso di Nuzialità

	2006	2007	2008	2009	2010	2011*
Bari	4,4	4,9	4,9	4,7	4,5	3
Brindisi	3,8	4,3	4,6	4,6	4,5	6,3
BT	..	..	..	..	4,4	5,5
Foggia	4,8	4,8	5	4,3	4,6	6,7
Lecce	4,4	4,7	4,7	4,7	4,4	3,3
Taranto	4,8	5,1	4,9	4,6	4,1	3,5
PUGLIA	4,5	4,8	4,8	4,6	4,4	4,3

*Stima

GRAFICO 11

Tassi di natalità e mortalità (per 1.000 abitanti) per provincia. Puglia, anni 2006-2011.



* Stima.

La speranza di vita alla nascita è una misura indiretta dello stato sociale, ambientale e sanitario in cui vive una popolazione; è inversamente correlata alla mortalità, per questo oltre che indicatore demografico è utile per valutare lo stato di sviluppo di un paese. Secondo le ultime stime prodotte nel 2010, la vita media degli italiani è di 84,4 anni per le donne e di 79,2 anni per gli uomini. L'incremento dal 2001 al 2010 è di più di 2 anni per gli uomini e di 1,6 anni per le donne.

In Puglia, la speranza di vita alla nascita nel periodo tra il 2006 e il 2011 è aumentata sia per gli uomini che per le donne, mantenendosi in linea con il dato nazionale. Le sole province di Taranto e Brindisi (relativamente alle donne) si discostano dal dato regionale e nazionale, in quanto l'indicatore mostra un trend in diminuzione (Tabella 7 e Tabella 8).

TABELLA 7

Speranza di vita alla nascita (tassi per 1.000 abitanti) per compartimento geografico. Puglia e Italia, anni 2006-2011.

	Speranza di vita alla nascita											
	2006		2007		2008		2009		2010*		2011*	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Puglia	78,9	83,9	78,8	83,7	79,2	84,1	79,3	84,0	79,7	84,4	79,7	84,4
Sud e Isole	78,0	83,4	78,1	83,3	78,3	83,5	78,4	83,5	78,8	84,0	78,8	84,0
Isole	78,1	83,3	78,0	83,1	78,4	83,4	78,3	83,2	78,7	83,8	78,7	83,8
Centro	78,8	84,2	79,1	84,4	79,2	84,3	79,4	84,4	79,6	84,8	79,6	84,8
Nord	78,6	84,3	78,9	84,4	79,0	84,3	79,3	84,5	79,7	84,7	79,7	84,7
ITALIA	78,4	84,0	78,7	84,0	78,8	84,1	79,0	84,1	79,4	84,5	79,4	84,5

*Stima

TABELLA 8

Speranza di vita alla nascita (tassi per 1.000 abitanti) per provincia. Puglia, anni 2006-2009.

	Speranza di vita alla nascita							
	2006		2007		2008		2009	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Bari	79,2	83,8	79,3	83,6	79,5	83,9	80,0	83,9
Brindisi	78,4	84,3	78,2	83,8	79,1	84,3	79,0	83,9
Foggia	78,4	83,6	78,6	83,5	79,3	84,3	79,3	84,1
Lecce	78,9	84,2	78,9	84,1	79,1	84,6	79,5	84,9
Taranto	79,5	84,2	78,6	83,6	78,6	83,9	77,8	83,2
PUGLIA	78,9	83,9	78,8	83,7	79,2	84,1	79,3	84,0

Speranza di vita alla nascita (o vita media): Numero medio di anni che restano da vivere a un neonato, calcolata come media aritmetica ponderata dell'età della popolazione totale deceduta nell'anno considerato.

Indici di migratorietà

La componente migratoria ha assunto una importanza crescente nella dinamica della popolazione, pertanto l'analisi dei diversi flussi migratori è utile a far emergere, in particolare, il contributo del flusso attribuibile alle iscrizioni dall'estero. L'importanza di queste informazioni è legata al fatto che gli immigrati stranieri possono essere portatori di bisogni sanitari specifici, con cui gli operatori sanitari devono confrontarsi e a cui i servizi socio-sanitari, in particolare del territorio, devono far fronte.

La Puglia è tra le regioni con un tasso migratorio interno di segno negativo, anche se il valore tende ad aumentare negli anni 2006 – 2010, passando da -2,4 a -1,8 per 1.000 abitanti (Tabella 9). Ciò sta ad indicare una mobilità che sta diminuendo. Il tasso migratorio con l'estero si mantiene positivo e registra un netto aumento (di circa 2‰) dal 2006 al 2010.

La situazione regionale è in linea con il dato registrato nelle altre regioni del Sud Italia, mentre si discosta nettamente dalle regioni del Centro-Nord dove entrambi questi indicatori si attestano su valori positivi ed elevati.

La provincia che presenta un saldo migratorio interno negativo di maggiore entità è quella di Foggia (-3,9). Il tasso migratorio con l'estero mostra un incremento tra il 2006 e il 2010 che interessa tutte le province pugliesi (Tabella 10).

TABELLA 9

Indici di migratorietà (per 1.000 abitanti), per compartimento geografico. Puglia e Italia, anni 2006 - 2010.

Tasso migratorio interno					
	2006	2007	2008	2009	2010
Puglia	-2,4	-2,8	-2,8	-1,8	-1,8
Isole	-0,9	-1,2	-1,5	-1,1	-0,9
Sud	-3,1	-2,9	-3,2	-2,0	-2,3
Centro	1,8	1,4	1,3	1,3	1,1
Nord-Est	2,7	2,4	2,7	1,5	1,3
Nord-Ovest	1,3	1,0	1,6	1,1	1,4
ITALIA	0,4	0,2	0,3	0,3	0,2

Tasso migratorio con l'estero					
	2006	2007	2008	2009	2010
Puglia	0,9	3,6	2,8	2,5	3,1
Isole	0,8	4,1	3,5	2,8	3,1
Sud	1,2	5,0	3,7	3,2	3,8
Centro	5,0	11,2	10,5	8,4	7,9
Nord-Est	5,8	10,4	10,5	7,3	7,4
Nord-Ovest	5,1	9,4	8,5	7,2	7,8
ITALIA	3,8	8,3	7,6	6,0	6,3

Tasso migratorio per altri motivi					
	2006	2007	2008	2009	2010
Puglia	-0,2	-0,1	-0,2	-0,2	-0,1
Isole	0,1	0,0	-0,1	-0,4	-0,4
Sud	0,1	0,7	-0,2	-0,3	-0,4
Centro	13,1	-0,1	-0,7	-0,9	-1,5
Nord-Est	-0,7	-0,7	-0,9	-1,6	-2,0
Nord-Ovest	-0,7	-0,6	-0,8	-1,5	-1,9
ITALIA	2,3	-0,1	-0,6	-1,0	-1,3

Tasso migratorio totale					
	2006	2007	2008	2009	2010
Puglia	-1,6	0,7	-0,2	0,4	1,2
Isole	0,0	2,8	1,9	1,3	1,8
Sud	-1,8	2,8	0,3	0,9	1,1
Centro	19,9	12,5	11,1	8,8	7,6
Nord-Est	7,8	12,0	12,2	7,2	6,7
Nord-Ovest	5,6	9,9	9,3	6,9	7,2
ITALIA	6,4	8,3	7,3	5,3	5,2

TABELLA 10

Indici di migratorietà (per 1.000 abitanti), per provincia. Puglia, anni 2006 - 2010.

Tasso migratorio interno					
	2006	2007	2008	2009	2010
Bari	-1,8	-2,8	-2,3	-1,4	-1,4
Brindisi	-2,6	-2,8	-2,8	-2,4	-1,5
BT	-2,3	-1,9	-2,3	-0,9	-1,3
Foggia	-5,9	-5,9	-5,8	-3,9	-3,9
Lecce	-0,4	-0,7	-1,3	-0,7	-0,5
Taranto	-2,4	-2,8	-2,9	-2,2	-2,9
Puglia	-2,4	-2,8	-2,8	-1,8	-1,8

Tasso migratorio con l'estero					
	2006	2007	2008	2009	2010
Bari	1,3	3,1	2,6	2,3	3,8
Brindisi	0,6	4,5	2,8	2,0	2,8
BT	-0,2	2,6	2,2	2,1	2,3
Foggia	0,5	6,5	4,3	3,8	4,0
Lecce	1,6	3,4	2,5	2,4	2,7
Taranto	0,6	1,9	2,1	2,0	1,7
Puglia	0,9	3,6	2,8	2,5	3,1

Tasso migratorio per altri motivi					
	2006	2007	2008	2009	2010
Bari	-0,7	-0,4	-0,8	-0,2	-0,2
Brindisi	-0,1	-0,2	-0,2	-0,5	-0,2
BT	-0,2	0,0	0,0	-0,2	-0,2
Foggia	-0,2	-0,5	-0,2	-0,4	-0,8
Lecce	0,7	0,4	0,6	0,0	1,0
Taranto	-0,2	0,3	-0,4	-0,2	-0,2
Puglia	-0,2	-0,1	-0,2	-0,2	-0,1

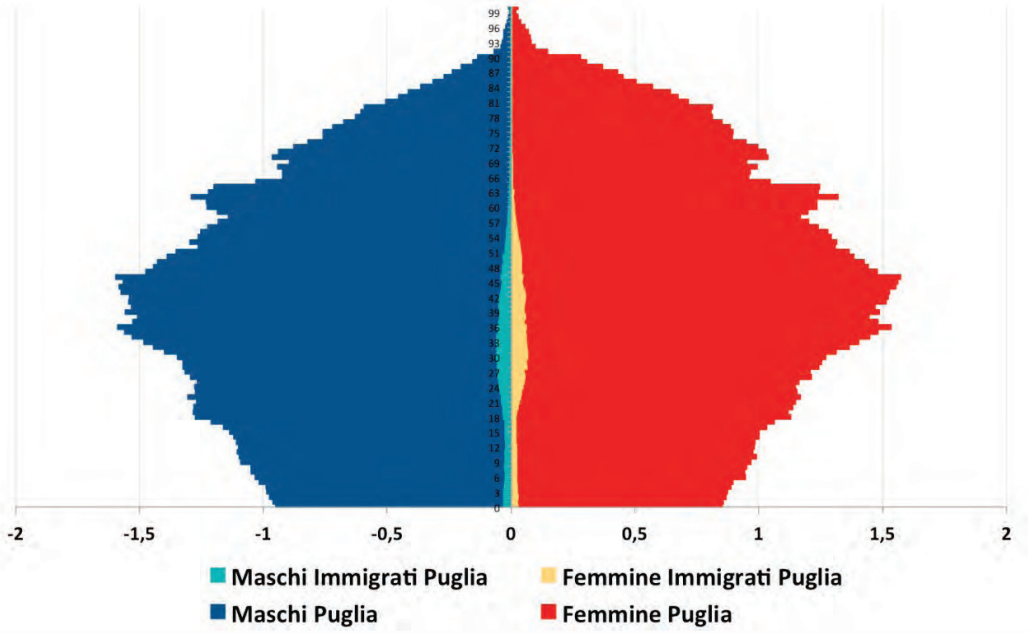
Tasso migratorio totale					
	2006	2007	2008	2009	2010
Bari	-1,2	-0,1	-0,4	0,7	2,2
Brindisi	-2,2	1,6	-0,1	-0,8	1,1
BT	-2,7	0,8	-0,1	1,0	0,7
Foggia	-5,6	0,1	-1,8	-0,5	-0,8
Lecce	1,9	3,1	1,9	1,7	3,3
Taranto	-2,0	-0,6	-1,2	-0,4	-1,4
Puglia	-1,6	0,7	-0,2	0,4	1,2

Tasso migratorio interno:	Rapporto tra il saldo migratorio interno dell'anno e i residenti, moltiplicato per 1.000.
Tasso migratorio con l'estero:	Rapporto tra il saldo migratorio con l'estero dell'anno e i residenti, per 1.000.
Tasso migratorio per altri motivi:	Rapporto tra il saldo migratorio dovuto ad altri motivi dell'anno e i residenti, moltiplicato per 1.000.
Tasso migratorio totale	Rapporto tra il saldo migratorio dell'anno e i residenti, moltiplicato per 1.000.

Il grafico 12 mostra la piramide dell'età della Puglia per l'anno 2011 con la rappresentazione della componente straniera residente, prevalentemente giovani e adulti di età compresa tra i 20 e i 45 anni. Il dato potrebbe essere sottostimato a causa della presenza di una grossa quota di immigrati irregolari, formalmente non residenti nel territorio regionale.

GRAFICO 12

Piramide dell'età Puglia. Situazione al 1° gennaio 2011.



Nota: All'interno della piramide, in colore più chiaro, è rappresentata la popolazione residente straniera.

Mortalità generale e per causa

Le statistiche di mortalità forniscono alcuni degli indicatori più importanti nella definizione del profilo di salute di una popolazione, come riconosciuto da studi e ricerche demografiche ed epidemiologiche.

L'analisi della mortalità permette di analizzare la distribuzione delle patologie a maggior carico nella popolazione, consentendo anche di formulare ipotesi di causalità tra fattori di rischio e malattie.

Fonti di dati

Per valutare le principali cause di decesso e la loro distribuzione spaziale nel territorio regionale pugliese sono stati utilizzati i dati di mortalità ISTAT relativamente al periodo 2006-2009.

La scelta di utilizzare questa base di dati, in luogo del Registro Nominativo delle Cause di Morte, è legata alla fase di transizione del sistema di codifica delle cause di morte dalla classificazione ICD9 alla classificazione ICD-10 che ha riguardato il RENCAM pugliese nel 2012.

La nuova modalità di codifica, pur adottando per molti versi le stesse regole della precedente, ha introdotto importanti elementi di novità, aumentando il numero di categorie e favorendo l'appropriatezza della codificazione (ad esempio, unificando sotto un unico codice l'entità nosologica e le sue manifestazioni oppure differenziando le patologie dagli esiti a lungo termine delle stesse). Inoltre, il sistema ICD-10 è stato concepito in vista dell'automazione delle modalità di codifica.

Metodologia della rappresentazione

Le statistiche di mortalità sono rappresentate attraverso una serie di mappe che descrivono la distribuzione delle malattie causa di decesso nel territorio della Regione Puglia; nelle mappe, il territorio corrispondente a ciascun comune assume una gradazione di colore più o meno intensa in base al valore dell'indicatore prescelto come misura della mortalità.

Nello sviluppo delle mappe è stata considerata la distribuzione della mortalità per 29 cause di morte tra i maschi e 31 tra le femmine nei 258 comuni della Regione (Tabella 1). Il territorio di ciascun comune è rappresentato con una differente tonalità di blu per il sesso maschile e di rosa per quello femminile.

L'indicatore di mortalità adoperato per la costruzione delle mappe è una misura di quanto la mortalità per ciascuna causa esaminata, rilevata in ogni ambito comunale per il periodo 2006-2009, si discosta dalla mortalità registrata nello stesso arco temporale su tutto il territorio regionale. Il valore di tale indicatore è posto pari a 100 se la mortalità relativa a un determinato comune è uguale a quella dell'intera Regione, mentre è maggiore o minore di 100 se la mortalità registrata in quel comune è rispettivamente maggiore o minore rispetto a quella regionale.

La stima dell'indicatore di mortalità è stata ottenuta adattando ai dati osservati il modello bayesiano proposto da Besag e coll. (modello BYM). L'indicatore, denominato Rapporto di Mortalità Bayesiano (BMR), è connotato da due qualità importanti per la rappresentazione geografica della distribuzione delle malattie: la considerazione della diversa numerosità della popolazione dei singoli comuni e la capacità di riconoscere l'esistenza di gruppi di comuni limitrofi caratterizzati da rischi di mortalità diversi rispetto alle aree circostanti.

TABELLA 1

Elenco delle cause di morte analizzate e dei rispettivi codici ICD-10

Cause di morte	Codici ICD-10
Tutte le cause	A00-Y98
Diabete	E10-E14
Demenza	F01-F03
Malattia di Alzheimer	G30
Malattie del sistema circolatorio	I00-I99
Cardiopatia ischemica	I20-I25
Infarto miocardico	I21-I23
Malattie cerebrovascolari	I60-I69
Malattie del sistema respiratorio	J00-J99
Malattie croniche delle basse vie respiratorie	J20-J25
Malattie dell'apparato digerente	K00-K93
Malattie epatiche croniche	K70, K73-K74
Malattie del sistema osteomuscolare e tessuto connettivo	M00-M99
Malattie dell'apparato genito-urinario	N00-N99
Traumatismi e avvelenamenti	S00-T98
Tutti i tumori	C00-D48

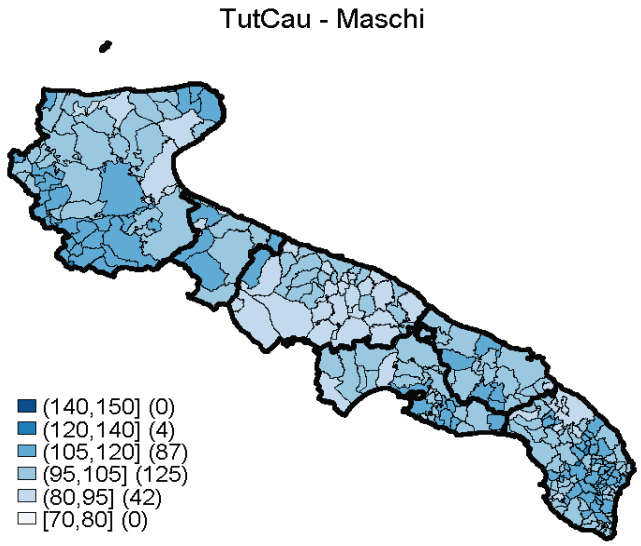
Tumore maligno dello stomaco	C16
Tumore maligno del colon, retto, della giunzione retto-sigmoidea e dell'ano	C18-C21
Tumore maligno del fegato e dei dotti biliari intraepatici	C22
Tumore maligno del pancreas	C25
Tumore maligno del laringe	C32
Tumore maligno di trachea, bronchi e polmoni	C33-C34
Melanoma maligno della cute	C43
Tumore maligno della mammella	C50
Tumore maligno dell'utero	C53-C55
Tumore maligno dell'ovaio	C56
Tumore maligno della prostata	C61
Tumore maligno del rene	C64
Tumore maligno della vescica	C67
Tumore maligno di encefalo, midollo spinale, nervi cranici e altre parti del sistema nervoso centrale	C71-C72
Linfomi non Hodgkin	C82-C85
Leucemie	C91-C95

Mappe di mortalità

La distribuzione della mortalità per tutte le cause è globalmente abbastanza omogenea sul territorio regionale; si osservano degli aggregati di comuni con mortalità lievemente superiore alla media regionale nella parte ovest della ASL Foggia per quanto riguarda i maschi (Cartogramma 1) e nella ASL BT per quanto riguarda le femmine (Cartogramma 2).

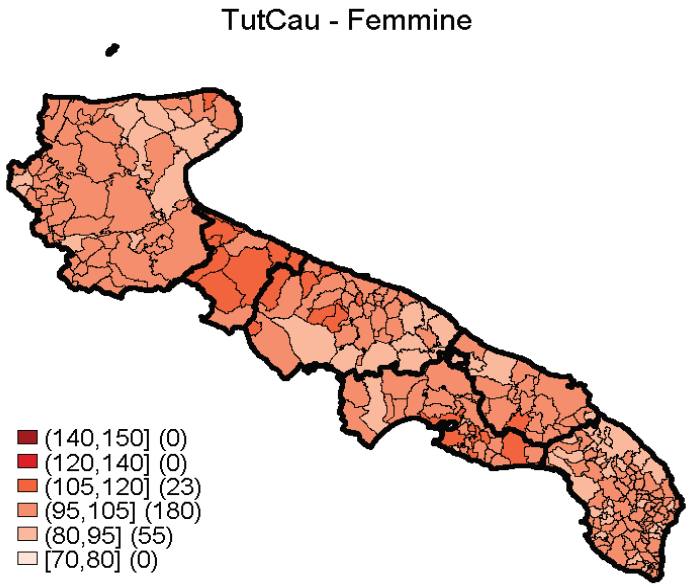
CARTOGRAMMA 1

Mortalità per tutte le cause nei maschi. Puglia, anni 2006 – 2009.



CARTOGRAMMA 2

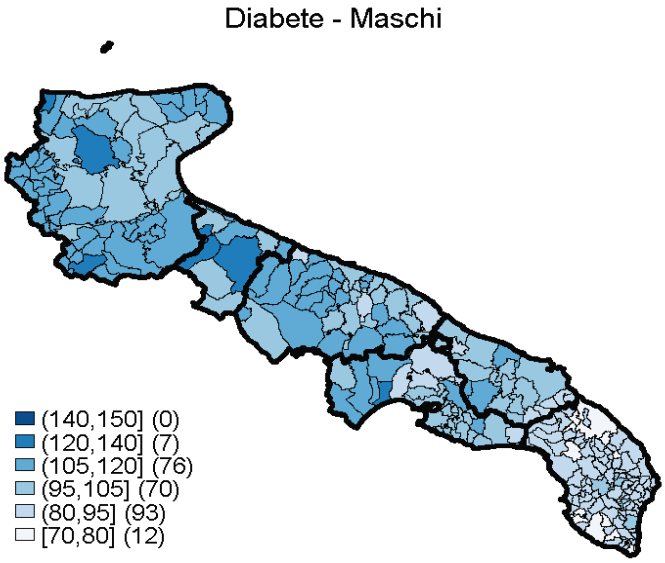
Mortalità per tutte le cause nelle femmine. Puglia, anni 2006 – 2009.



maschi (Cartogramma 3) risulta uniformemente distribuita, con l'eccezione della ASL Lecce in cui si osservano tassi inferiori alla media regionale; per quanto riguarda le femmine (Cartogramma 4) sono invece evidenti aggregati di comuni con eccesso di mortalità nelle ASL BT e Taranto.

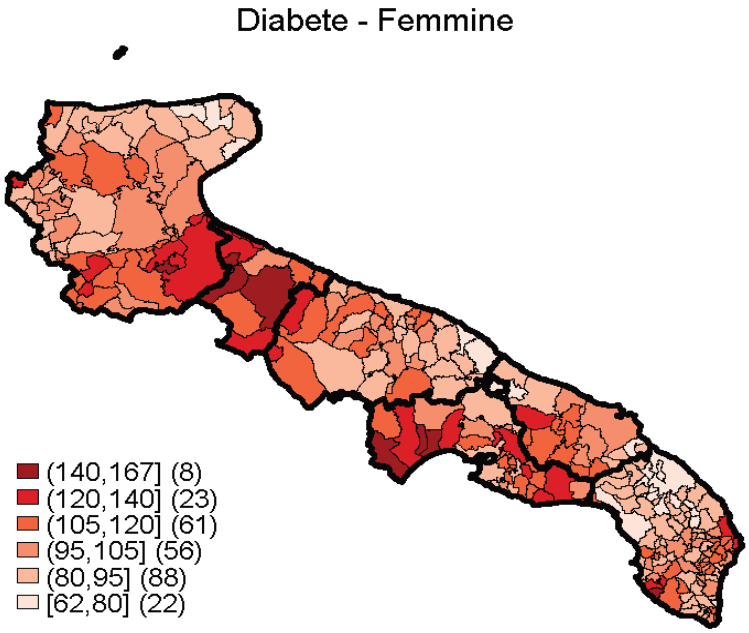
CARTOGRAMMA 3

Mortalità per diabete nei maschi. Puglia, anni 2006 – 2009.



CARTOGRAMMA 4

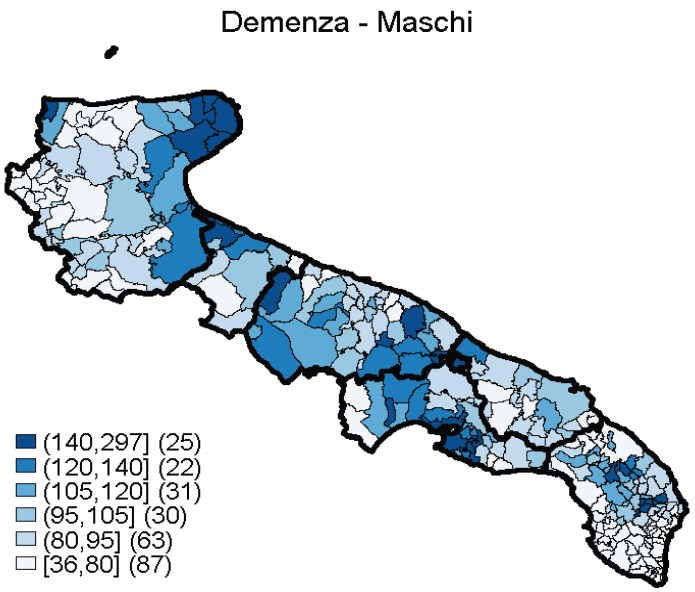
Mortalità per diabete nelle femmine. Puglia, anni 2006 – 2009.



macchia di leopardo" in entrambi i sessi (Cartogrammi 5 e 6).

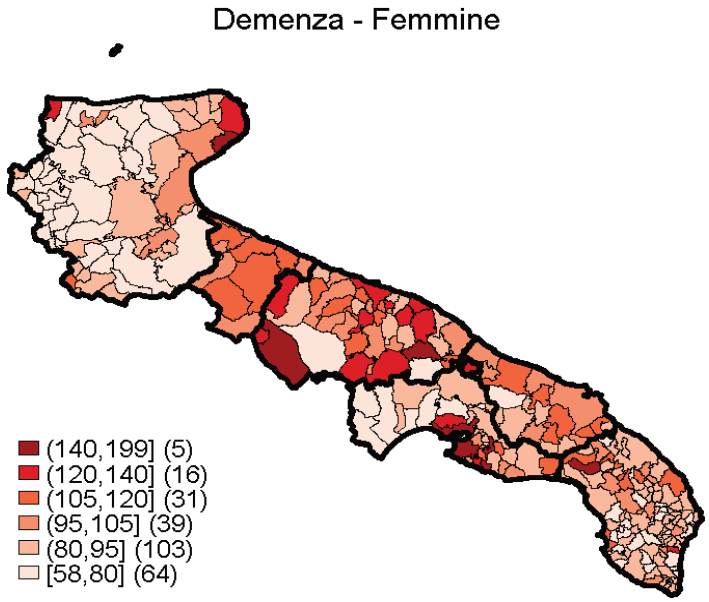
CARTOGRAMMA 5

Mortalità per demenza nei maschi. Puglia, anni 2006 – 2009.



CARTOGRAMMA 6

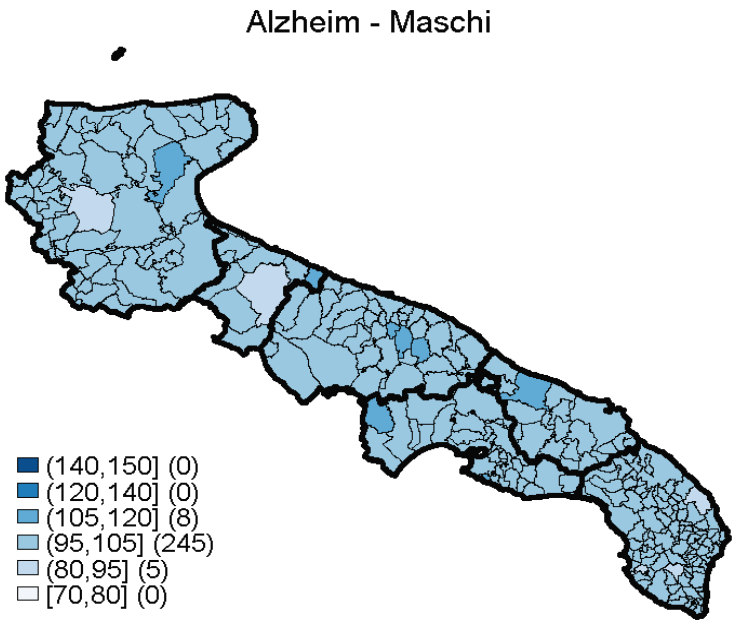
Mortalità per demenza nelle femmine. Puglia, anni 2006 – 2009.



La mortalità per malattia di Alzheimer è omogeneamente distribuita sul territorio regionale per quanto riguarda i maschi (Cartogramma 7), mentre per le femmine si notano aggregati di comuni con eccesso di mortalità nel sud della ASL Bari (Cartogramma 8).

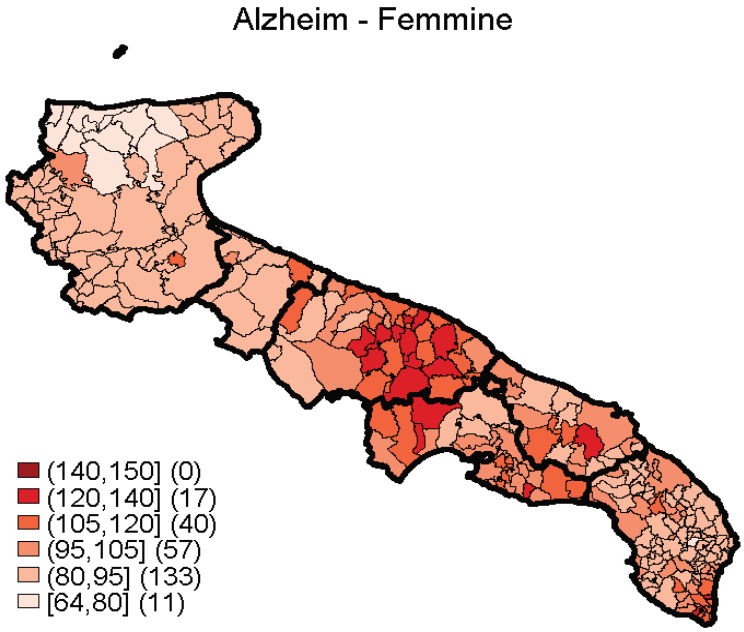
CARTOGRAMMA 7

Mortalità per malattia di Alzheimer nei maschi. Puglia, anni 2006 – 2009.



CARTOGRAMMA 8

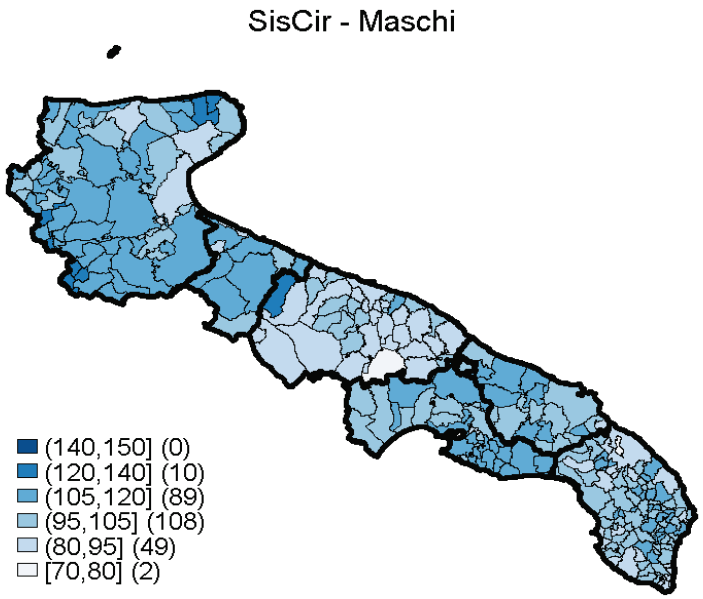
Mortalità per malattia di Alzheimer nelle femmine. Puglia, anni 2006 – 2009.



mortalità per malattie dell'apparato cardiocircolatorio (Cartogramma 9 e 10), analizzando nel dettaglio i decessi per cardiopatia ischemica (Cartogrammi 11 e 12) e infarto del miocardio (Cartogrammi 13 e 14) il quadro risulta piuttosto disomogeneo, senza che tuttavia emergano aggregati di comuni con eccessi rispetto alla media regionale.

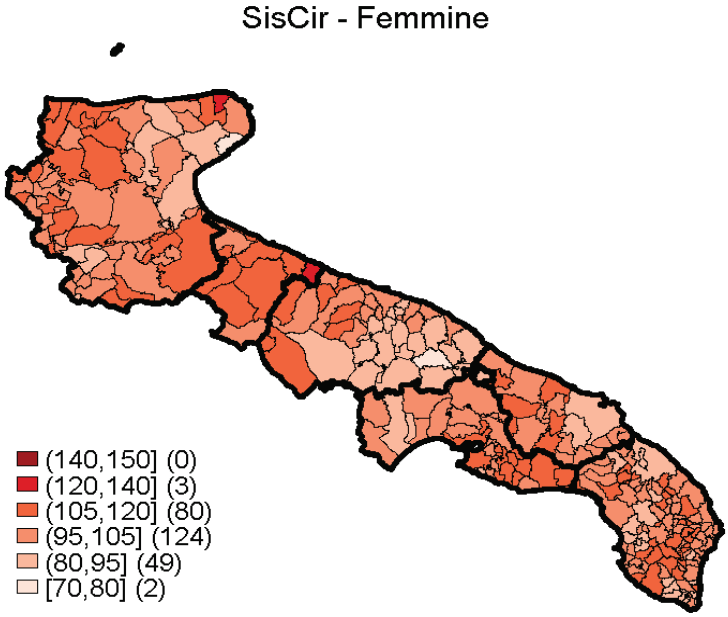
CARTOGRAMMA 9

Mortalità per malattie del sistema circolatorio nei maschi. Puglia, anni 2



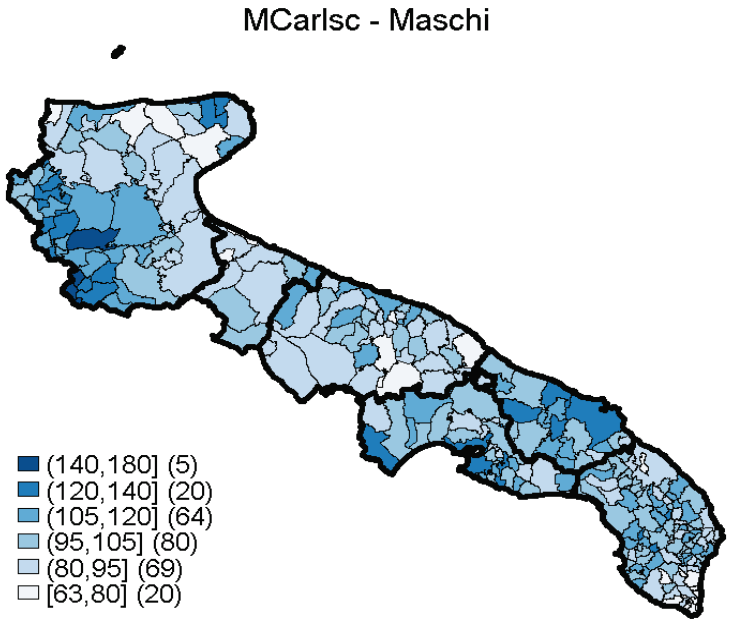
CARTOGRAMMA 10

Mortalità per malattie del sistema circolatorio nelle femmine. Puglia, anni 2006 – 2009.



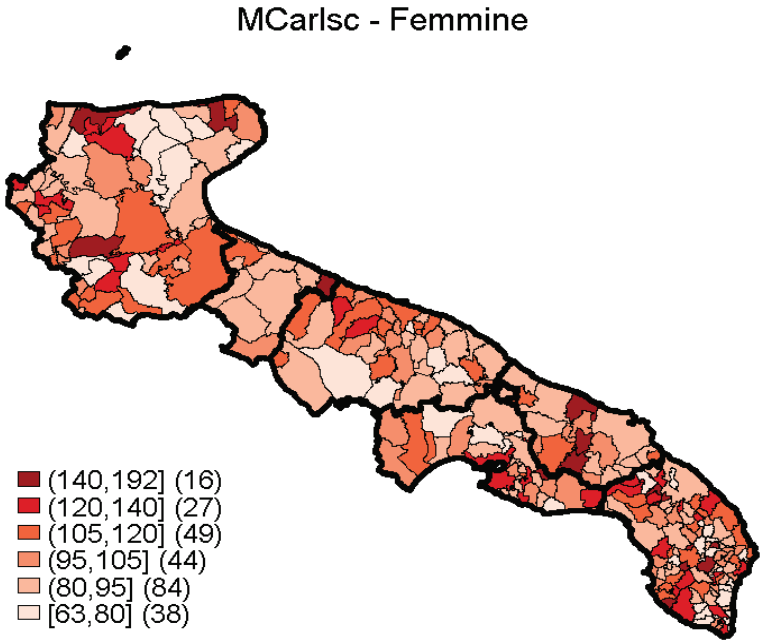
CARTOGRAMMA 11

Mortalità per cardiopatia ischemica nei maschi. Puglia, anni 2006 – 2009.



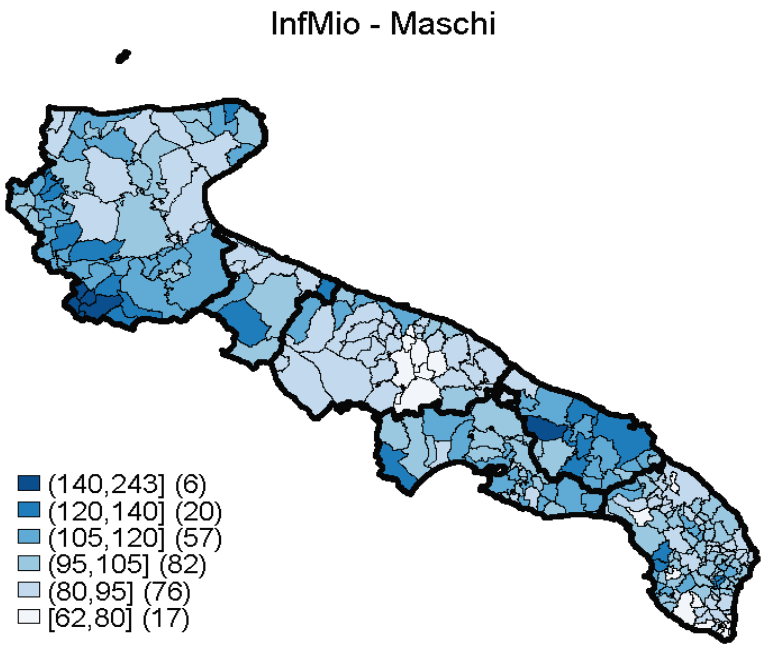
CARTOGRAMMA 12

Mortalità per cardiopatia ischemica nelle femmine. Puglia, anni 2006 – 2009.



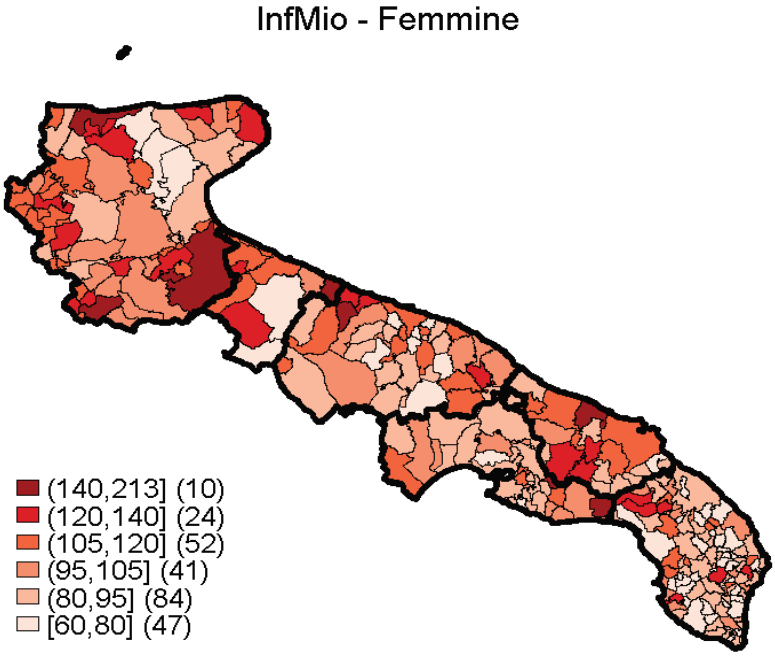
CARTOGRAMMA 13

Mortalità per infarto miocardico nei maschi. Puglia, anni 2006 – 2009.



CARTOGRAMMA 14

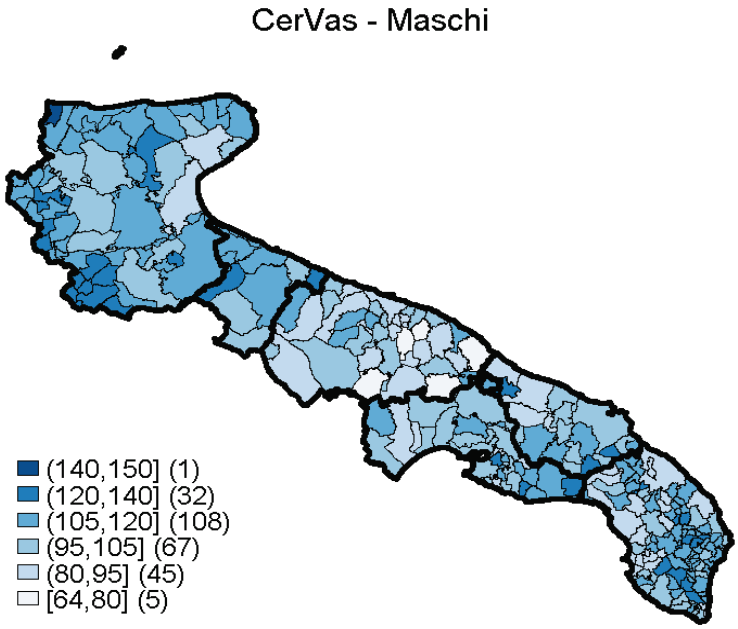
Mortalità per infarto miocardico nelle femmine. Puglia, anni 2006 – 2009.



La distribuzione dei tassi di mortalità per malattie cerebrovascolari (Cartogrammi 15 e 16) risulta globalmente uniforme tra le differenti ASL, in entrambi i sessi.

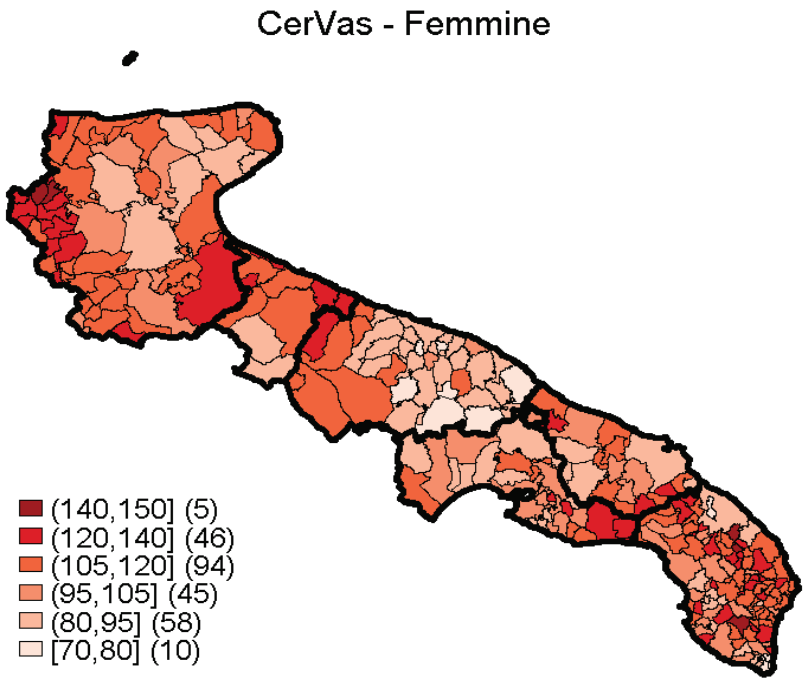
CARTOGRAMMA 15

Mortalità per malattie cerebrovascolari nei maschi. Puglia, anni 2006 – 2009.



CARTOGRAMMA 16

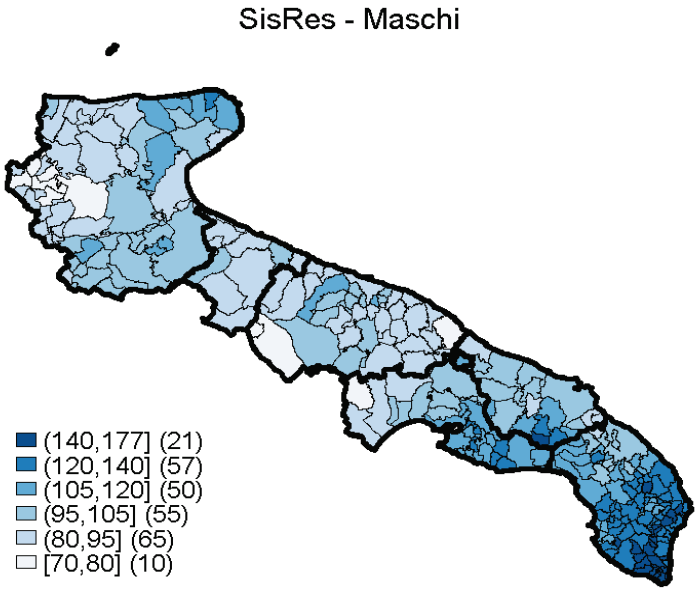
Mortalità per malattie cerebrovascolari nelle femmine. Puglia, anni 2006 – 2009.



Eccessi di mortalità per malattie dell'apparato respiratorio (Cartogrammi 17 e 18) e per malattie croniche delle basse vie respiratorie (Cartogrammi 19 e 20) si osservano nel sud della ASL Lecce. Un aggregato di comuni con eccesso di mortalità per malattie croniche delle basse vie respiratorie nel sesso femminile è presente nel sud della ASL Brindisi.

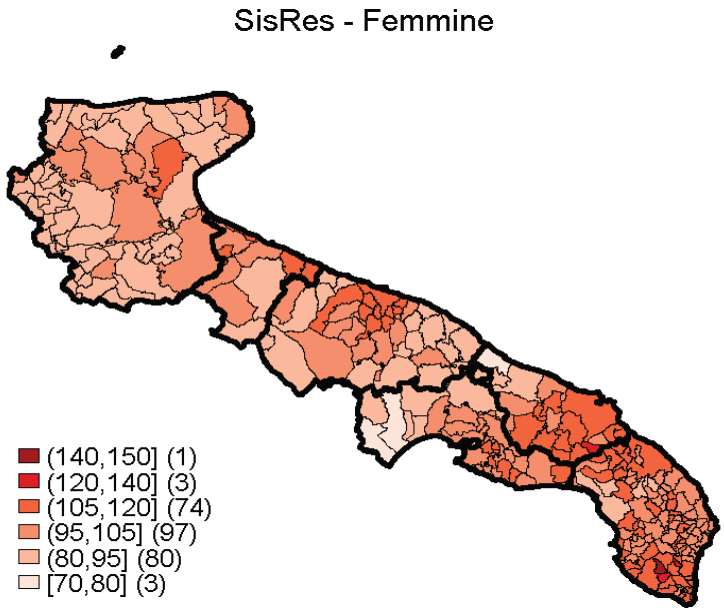
CARTOGRAMMA 17

Mortalità per malattie del sistema respiratorio nei maschi. Puglia, anni 2006 – 2009.



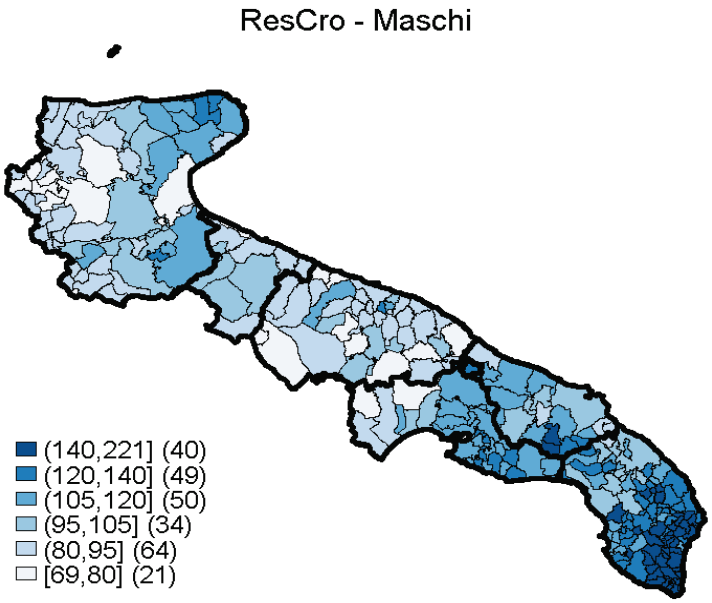
CARTOGRAMMA 18

Mortalità per malattie del sistema respiratorio nelle femmine. Puglia, anni 2006 – 2009.



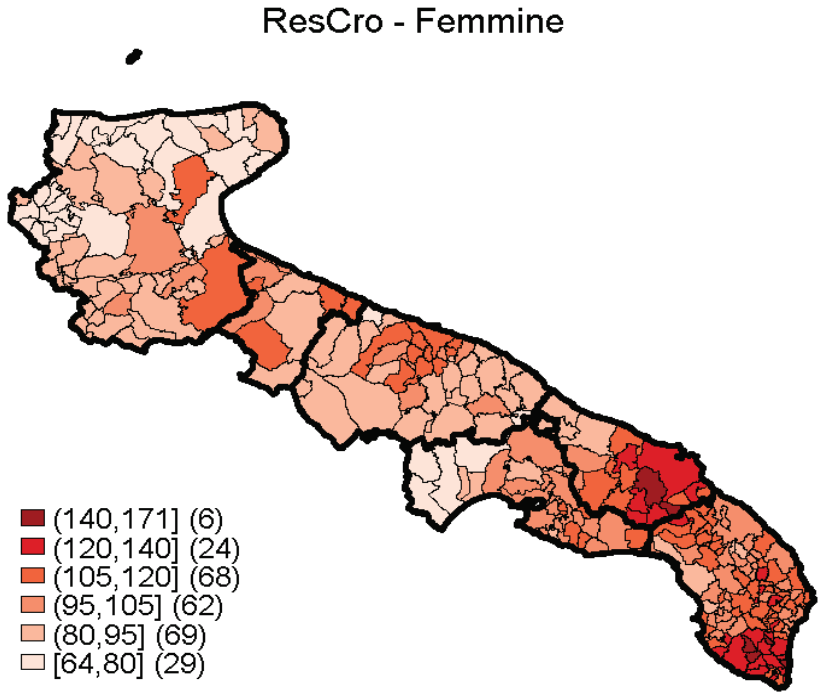
Cartogramma 19

Mortalità per malattie croniche delle basse vie respiratorie nei maschi. Puglia, anni 2006 – 2009.



CARTOGRAMMA 20

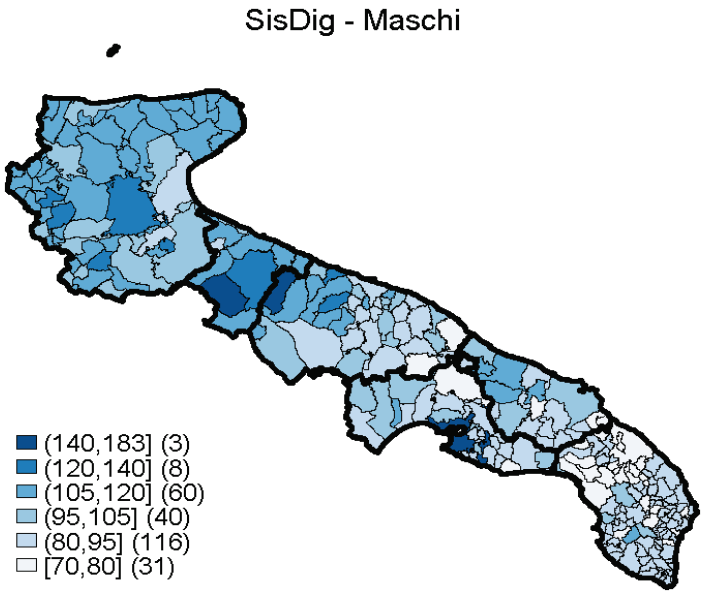
Mortalità per malattie croniche delle basse vie respiratorie nelle femmine. Puglia, anni 2006 – 2009.



La mortalità per malattie dell'apparato digerente (Cartogrammi 21 e 22) mostra un eccesso di decessi nella ASL BT.

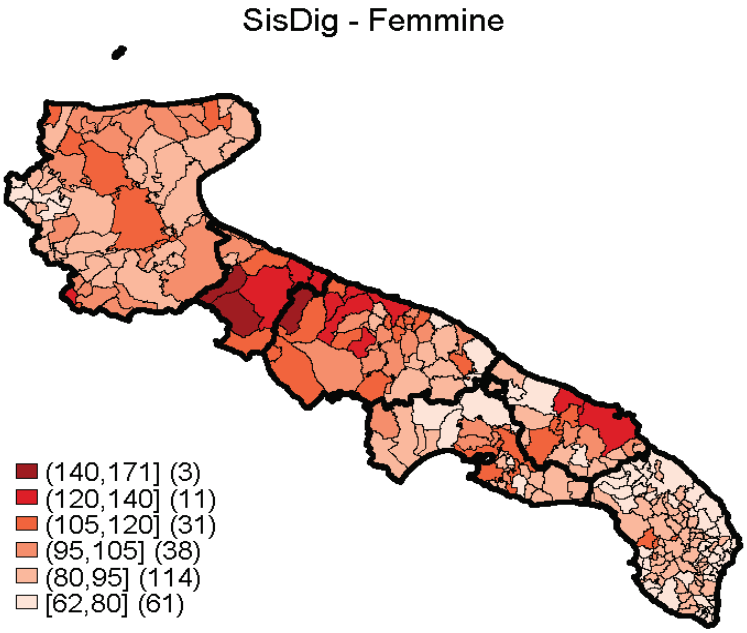
CARTOGRAMMA 21

Mortalità per malattie dell'apparato digerente nei maschi. Puglia, anni 2006 – 2009.



CARTOGRAMMA 22

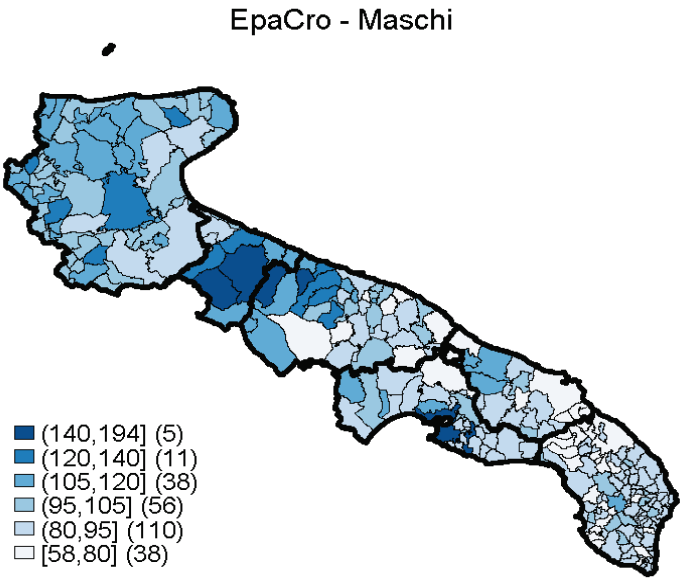
Mortalità per malattie dell'apparato digerente nelle femmine. Puglia, anni 2006 – 2009.



Nella ASL BT e nella parte nord della ASL Bari si osservano eccessi di mortalità per malattie epatiche croniche in entrambi i sessi (Cartogrammi 23 e 24).

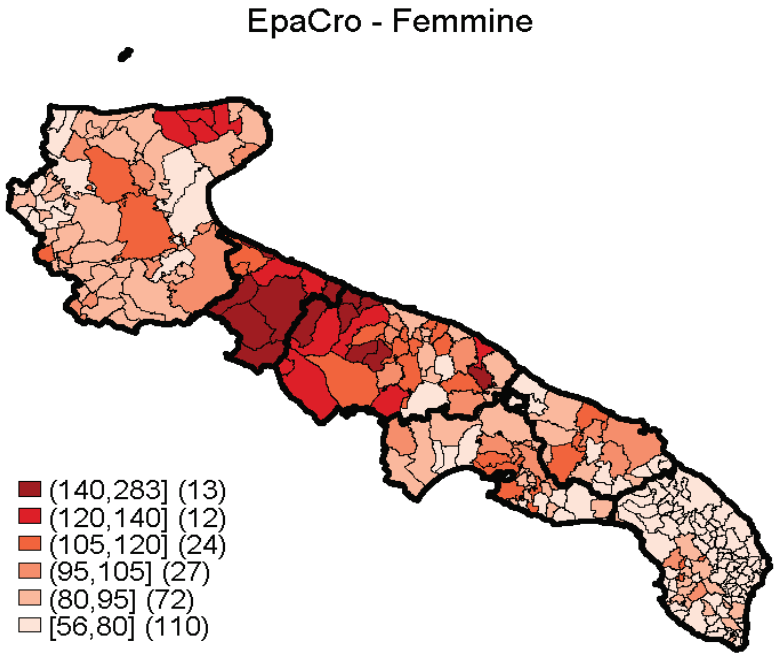
CARTOGRAMMA 23

Mortalità per malattie epatiche croniche nei maschi. Puglia, anni 2006 – 2009.



CARTOGRAMMA 24

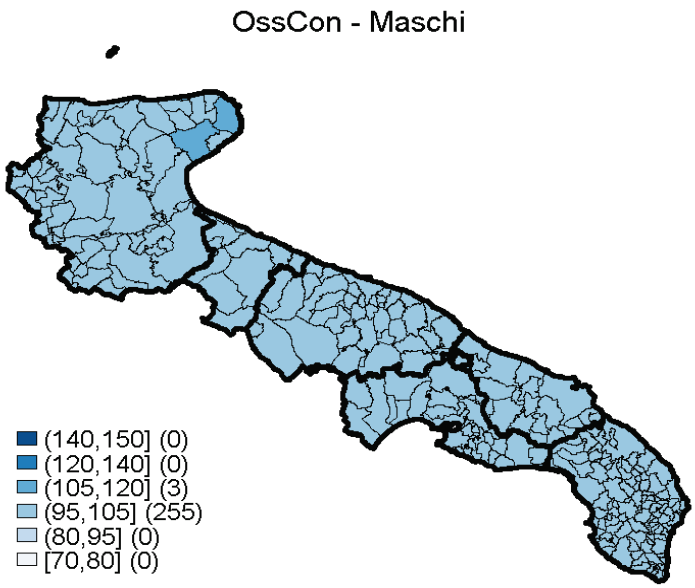
Mortalità per malattie epatiche croniche nelle femmine. Puglia, anni 2006 – 2009.



La distribuzione della mortalità per malattie del sistema osteomuscolare e tessuto connettivo (Cartogrammi 25 e 26) e per malattie dell'apparato genito-urinario (Cartogrammi 27 e 28) è omogenea sul territorio regionale.

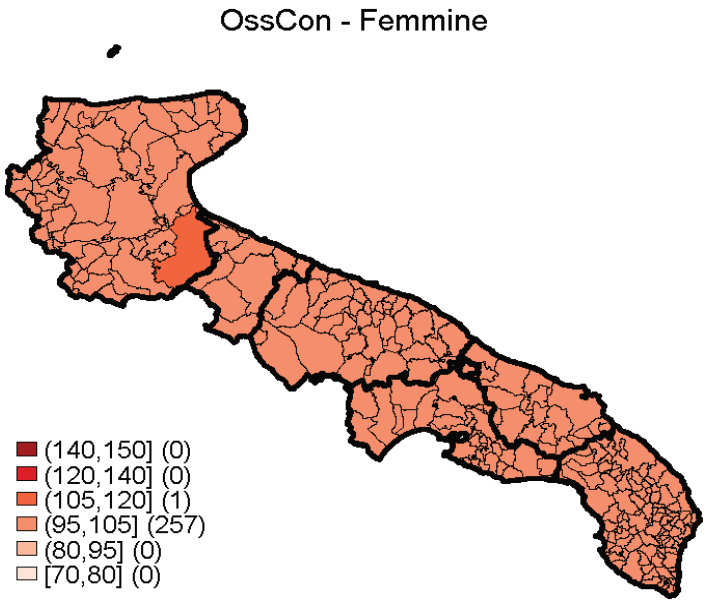
CARTOGRAMMA 25

Mortalità per malattie del sistema osteomuscolare e tessuto connettivo nei maschi. Puglia, anni 2006 – 2009.



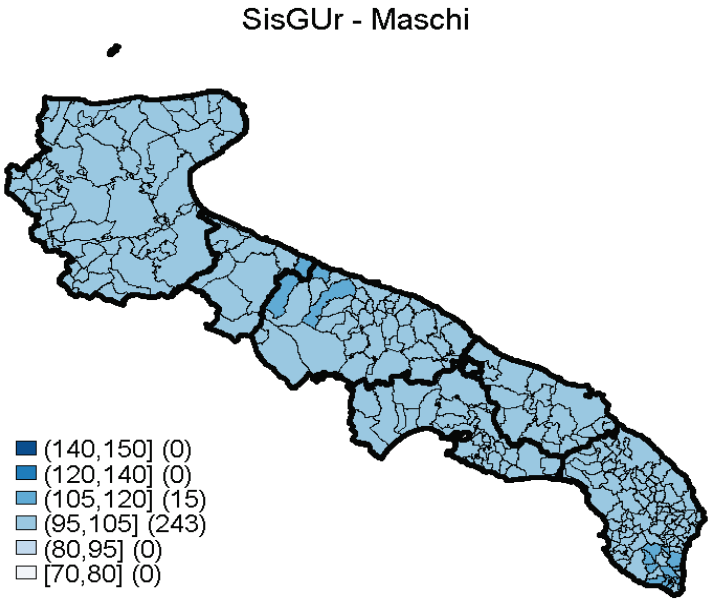
CARTOGRAMMA 26

Mortalità per malattie del sistema osteomuscolare e tessuto connettivo nelle femmine. Puglia, anni 2006 – 2009.



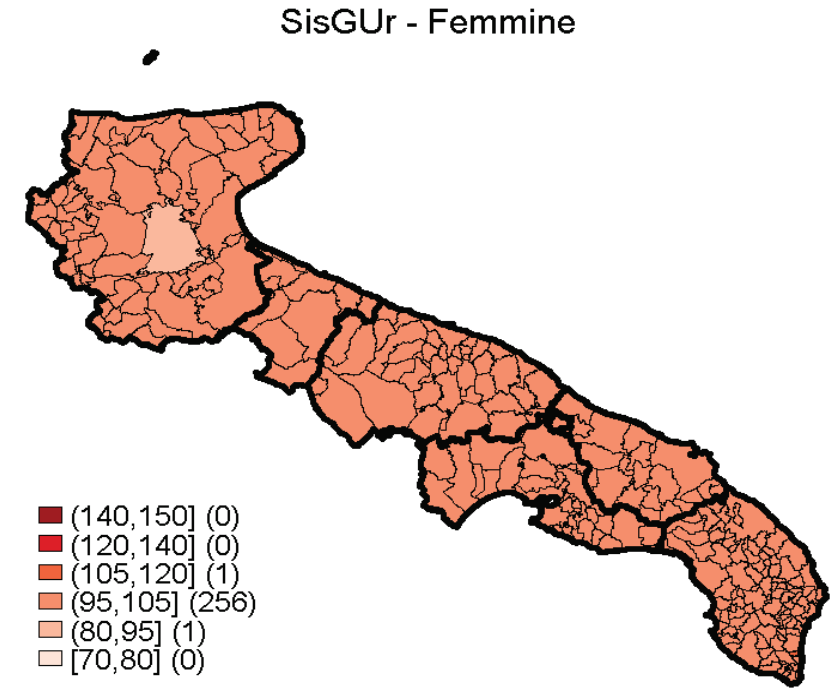
Cartogramma 27

Mortalità per malattie dell'apparato genito-urinario nei maschi. Puglia, anni 2006 – 2009.



CARTOGRAMMA 28

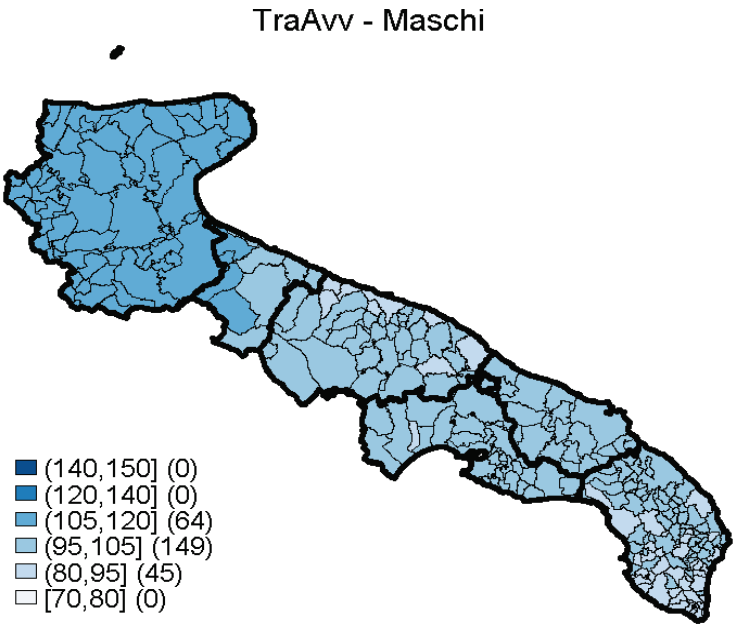
Mortalità per malattie dell'apparato genito-urinario nelle femmine. Puglia, anni 2006 – 2009.



La mortalità per traumatismi e avvelenamenti è generalmente uniforme in entrambi i sessi (Cartogrammi 29 e 30); lievi eccessi si osservano nella ASL Foggia e nell'interland della città di Taranto per quanto riguarda le femmine.

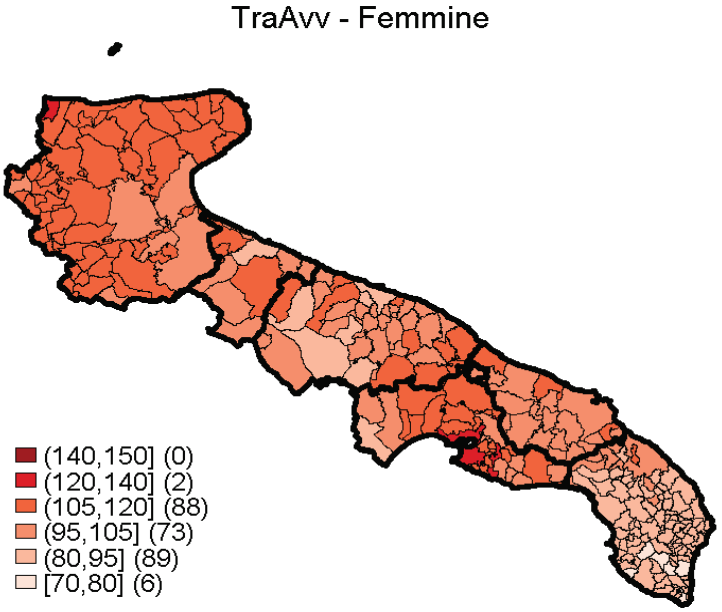
CARTOGRAMMA 29

Mortalità per traumatismi e avvelenamenti nei maschi. Puglia, anni 2006 – 2009.



CARTOGRAMMA 30

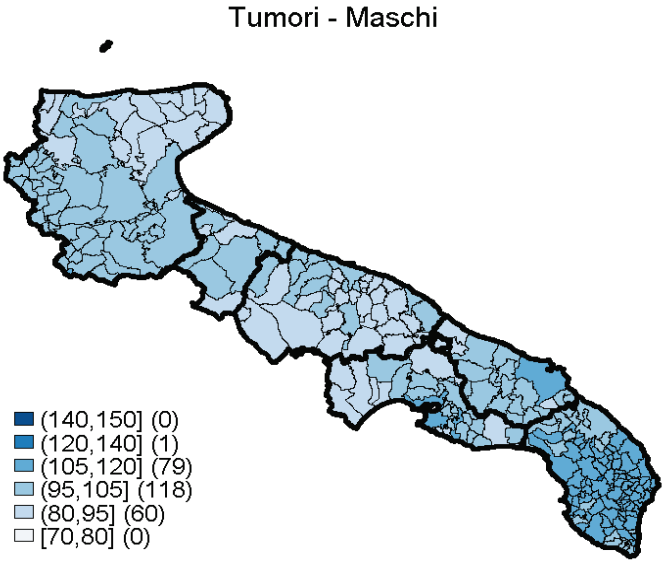
Mortalità per traumatismi e avvelenamenti nelle femmine. Puglia, anni 2006 – 2009.



La mortalità per tutti i tumori (Cartogrammi 31 e 32) è omogenea sul territorio; un lieve aumento si osserva nei maschi nella ASL Lecce e nelle femmine nella zona compresa tra nord barese e BT.

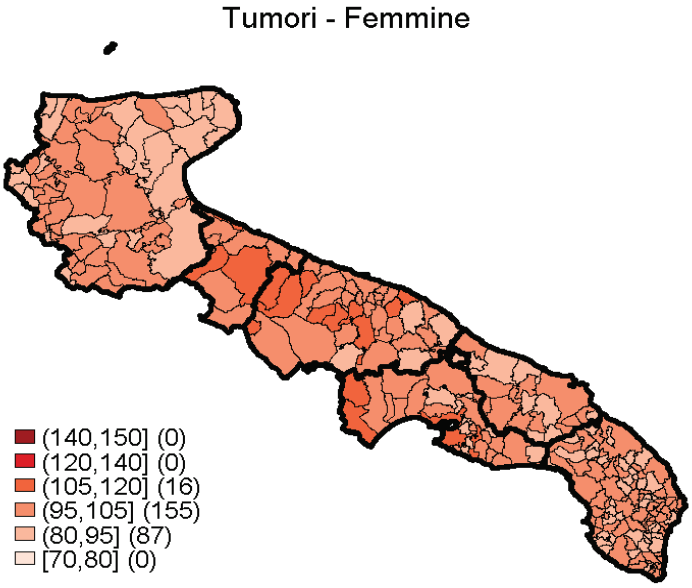
CARTOGRAMMA 31

Mortalità per tutti i tumori nei maschi. Puglia, anni 2006 – 2009.



CARTOGRAMMA 32

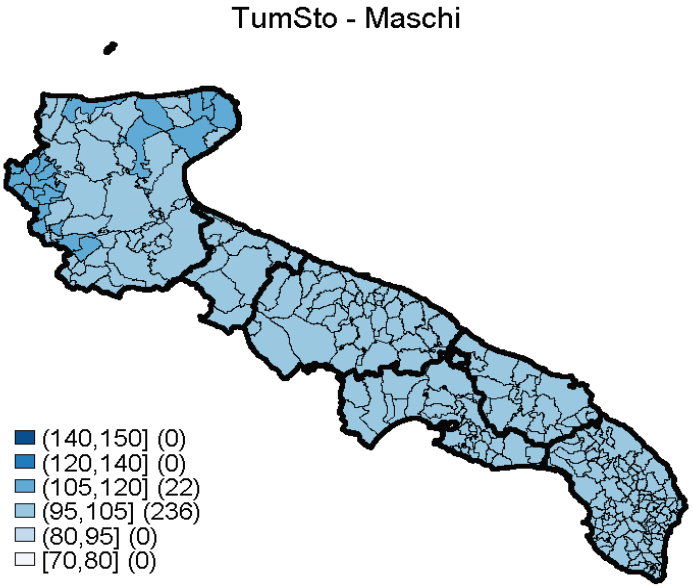
Mortalità per tutti i tumori nelle femmine. Puglia, anni 2006 – 2009.



La mortalità per tumore maligno dello stomaco (Cartogramma 33) è distribuita omogeneamente nei maschi, mentre nelle femmine (Cartogramma 34) si osservano eccessi sulla media nella parte settentrionale della Regione (BT e Foggia).

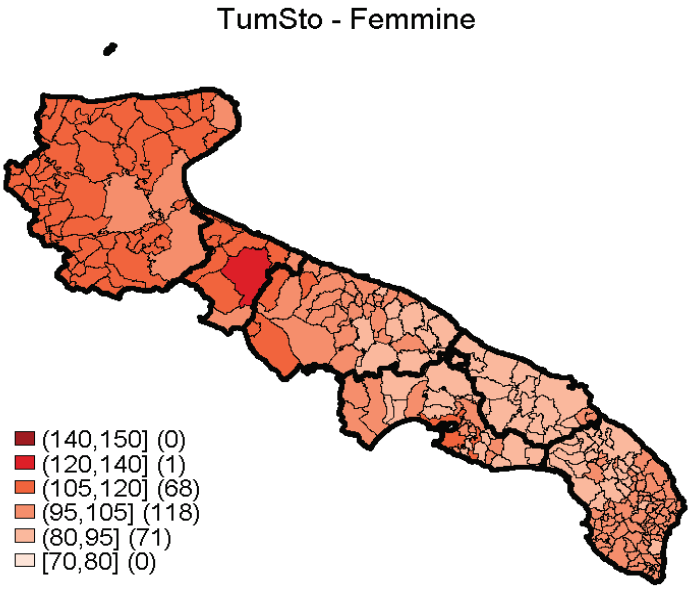
CARTOGRAMMA 33

Mortalità per tumore maligno dello stomaco nei maschi. Puglia, anni 2006 – 2009.



CARTOGRAMMA 34

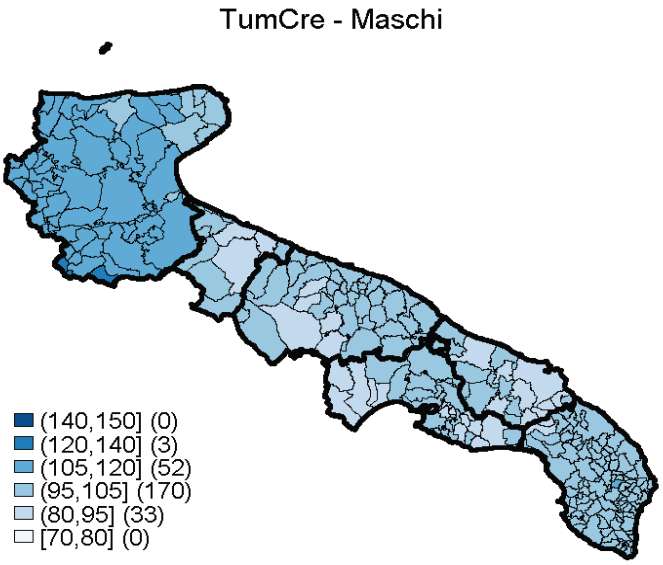
Mortalità per tumore maligno dello stomaco nelle femmine. Puglia, anni 2006 – 2009.



I tassi di mortalità per tumore maligno del colon, retto, della giunzione retto-sigmoidea e dell'ano (Cartogrammi 35 e 36) sono più elevati nella ASL Foggia, soprattutto per quanto riguarda il sesso maschile.

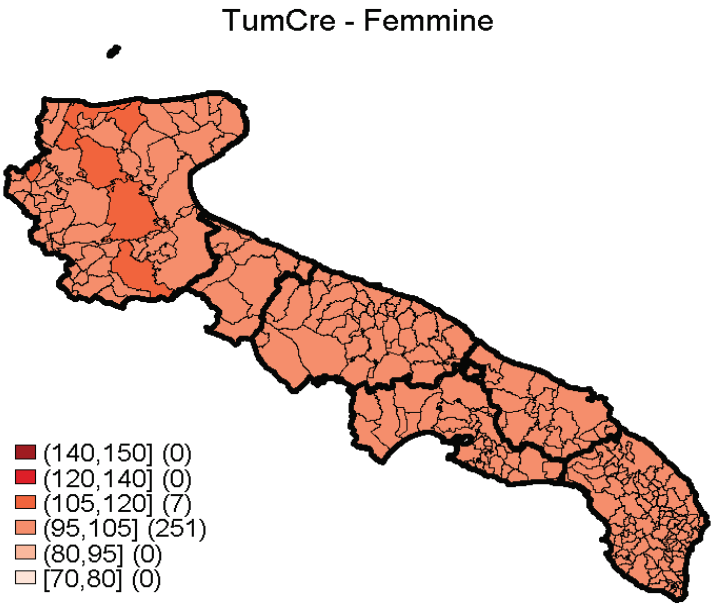
CARTOGRAMMA 35

Mortalità per tumore maligno del colon, retto, della giunzione retto-sigmoidea e dell'ano nei maschi. Puglia, anni 2006 – 2009.



CARTOGRAMMA 36

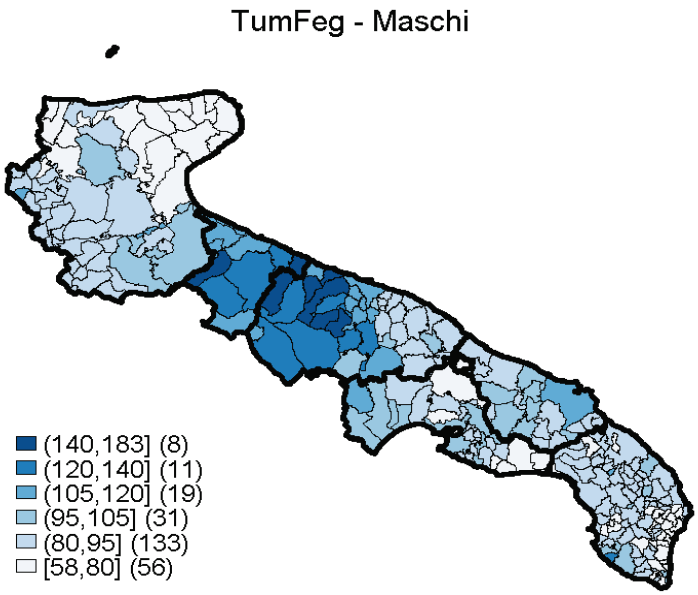
Mortalità per tumore maligno del colon, retto, della giunzione retto-sigmoidea e dell'ano nelle femmine. Puglia, anni 2006 – 2009.



Un eccesso di mortalità per tumore maligno del fegato e dei dotti biliari intraepatici in entrambi i sessi interessa il nord della ASL Bari e la ASL BT (Cartogrammi 37 e 38); aggregati di mortalità nelle femmine si notano anche nei comuni della ASL Taranto.

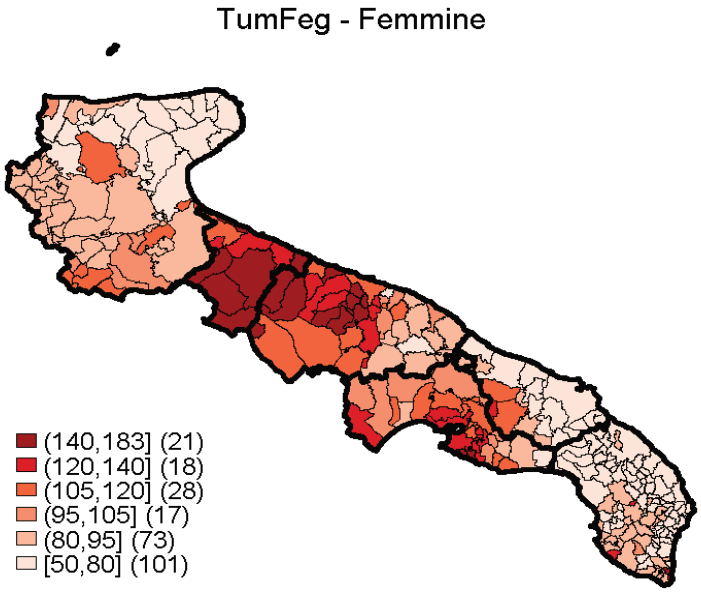
CARTOGRAMMA 37

Mortalità per tumore maligno del fegato e dei dotti biliari intraepatici nei maschi. Puglia, anni 2006 – 2009.



CARTOGRAMMA 38

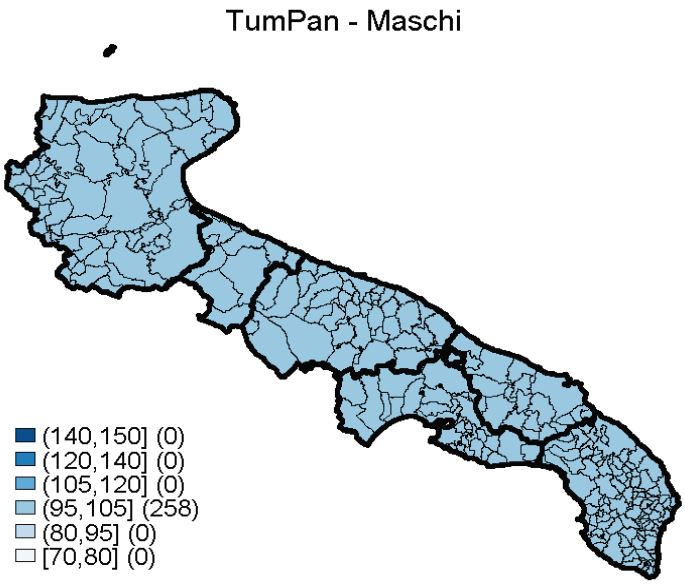
Mortalità per tumore maligno del fegato e dei dotti biliari intraepatici nelle femmine. Puglia, anni 2006 – 2009.



La distribuzione della mortalità per tumore maligno del pancreas (Cartogrammi 2.39 e 2.40) e per tumore maligno del laringe (Cartogrammi 2.41 e 2.42) è omogenea sul territorio regionale.

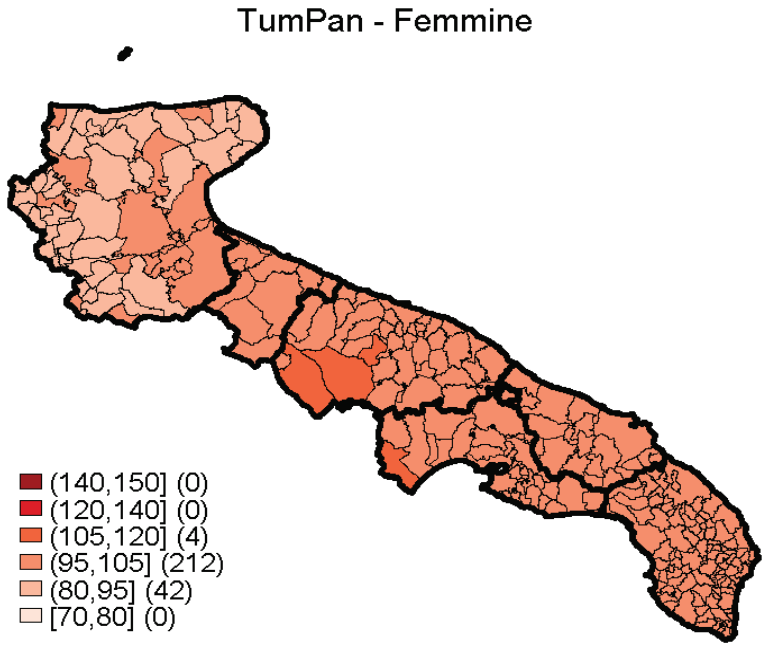
CARTOGRAMMA 39

Mortalità per tumore maligno del pancreas nei maschi. Puglia, anni 2006 – 2009.



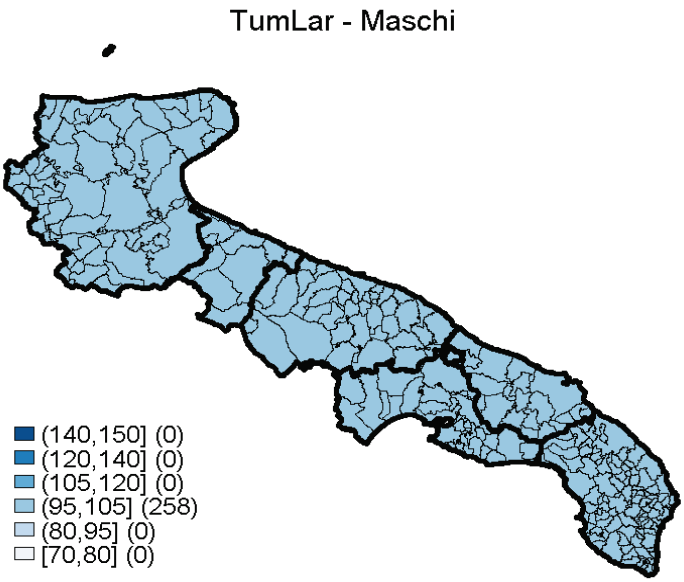
CARTOGRAMMA 40

Mortalità per tumore maligno del pancreas nelle femmine. Puglia, anni 2006 – 2009.



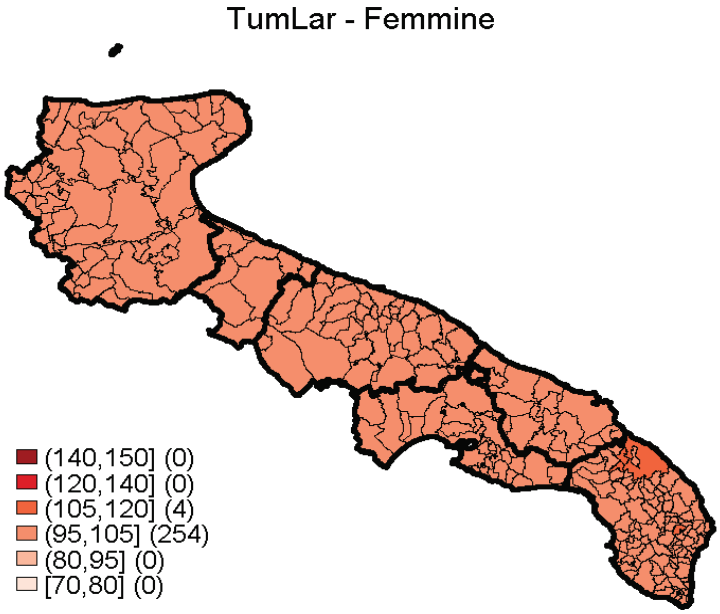
Cartogramma 41

Mortalità per tumore maligno del laringe nei maschi. Puglia, anni 2006 – 2009.



CARTOGRAMMA 42

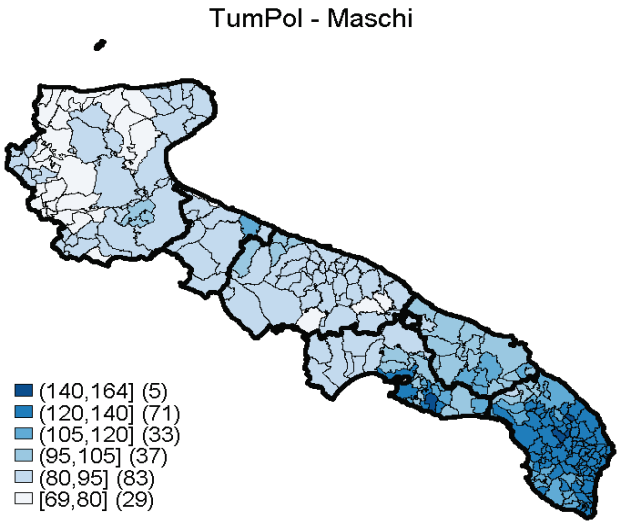
Mortalità per tumore maligno del laringe nelle femmine. Puglia, anni 2006 – 2009.



La ASL Lecce mostra un eccesso di mortalità per tumore maligno di trachea, bronchi e polmoni nei maschi (Cartogramma 43), mentre i tassi sopra la media si distribuiscono “a macchia di leopardo” per quanto riguarda le femmine (Cartogramma 44). E’ evidente l’eccesso che si rileva nel Comune di Taranto in entrambi i sessi.

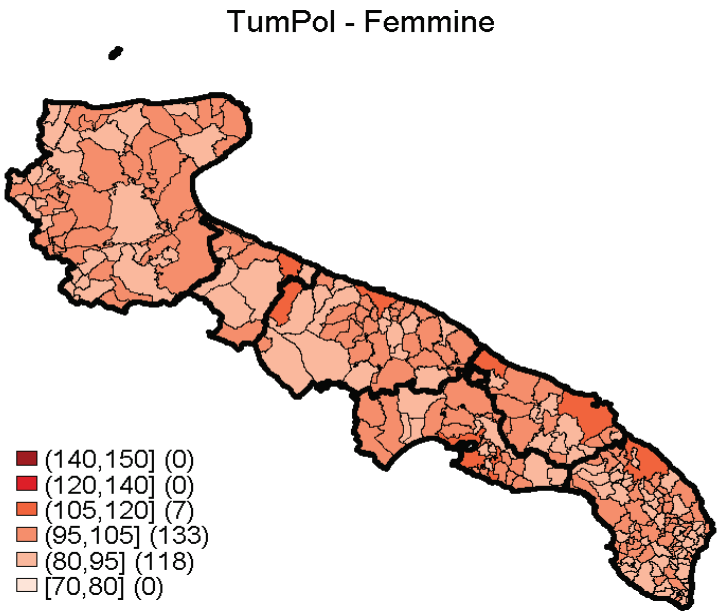
Cartogramma 43

Mortalità per tumore maligno di trachea, bronchi e polmoni nei maschi. Puglia, anni 2006 – 2009.



Cartogramma 44

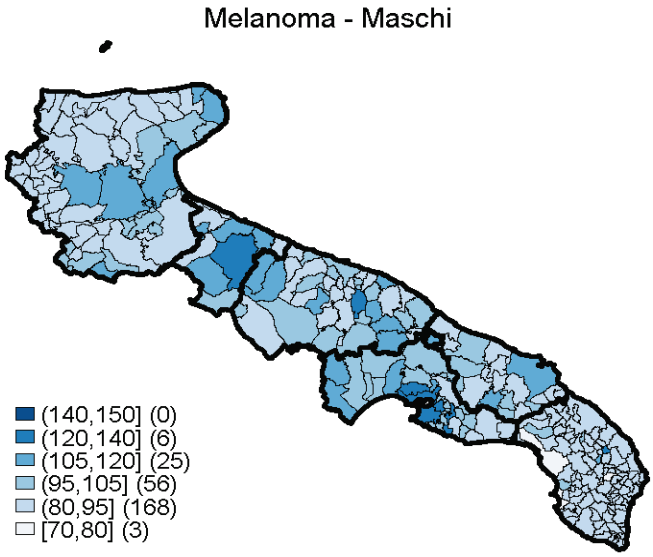
Mortalità per tumore maligno di trachea, bronchi e polmoni nelle femmine. Puglia, anni 2006 – 2009.



La mortalità per melanoma maligno della cute si distribuisce disomogeneamente, senza aggregati di eccesso di mortalità, in entrambi i sessi; nella ASL Lecce si notano tassi lievemente inferiori alla media regionale (Cartogrammi 45 e 46).

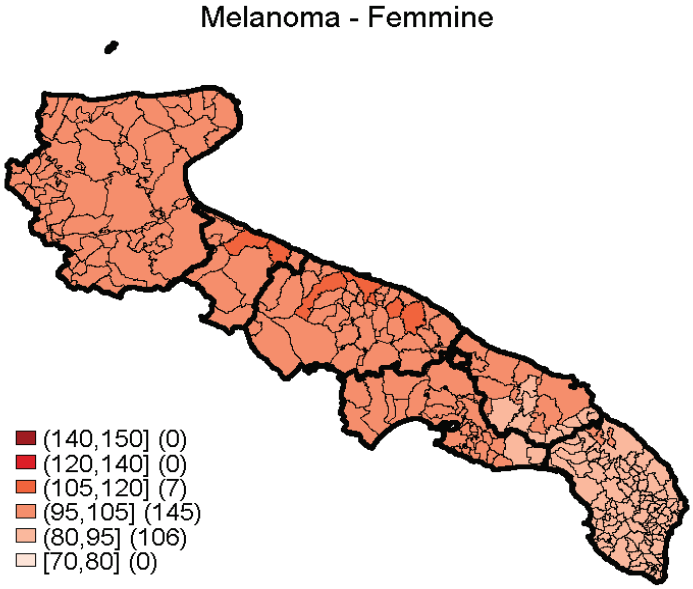
CARTOGRAMMA 45

Mortalità per melanoma maligno della cute nei maschi. Puglia, anni 2006 – 2009.



CARTOGRAMMA 46

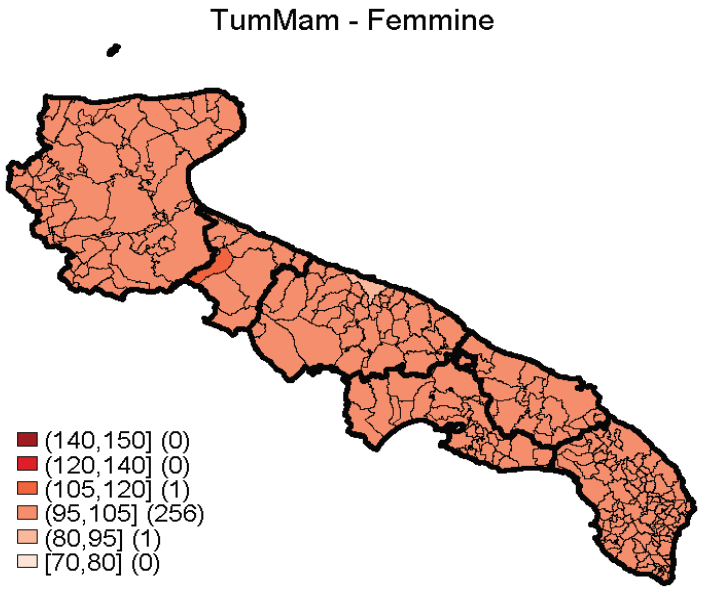
Mortalità per melanoma maligno della cute nelle femmine. Puglia, anni 2006 – 2009.



La distribuzione dei decessi per tumori della mammella (Cartogramma 47), dell'utero (Cartogramma 48), dell'ovaio (Cartogramma 49), della prostata (Cartogramma 50) e dei reni (Cartogrammi 51 e 52) è omogenea sul territorio.

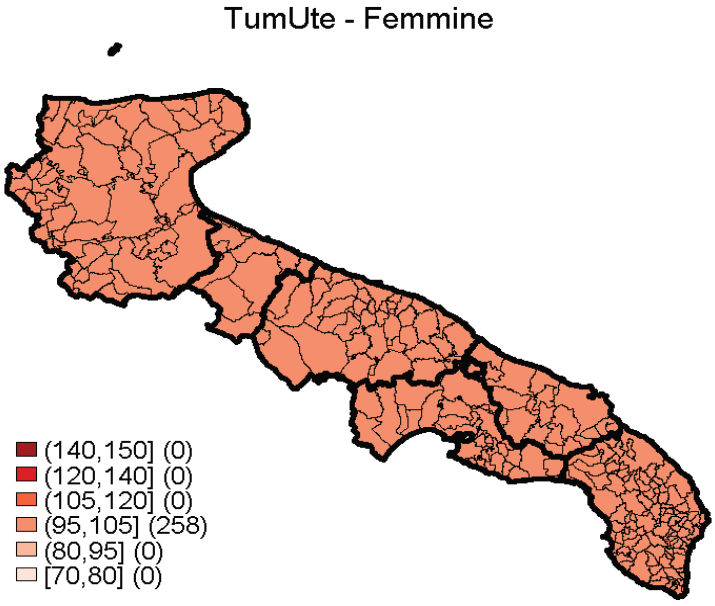
CARTOGRAMMA 47

Mortalità per tumore maligno della mammella nelle femmine. Puglia, anni 2006 – 2009.



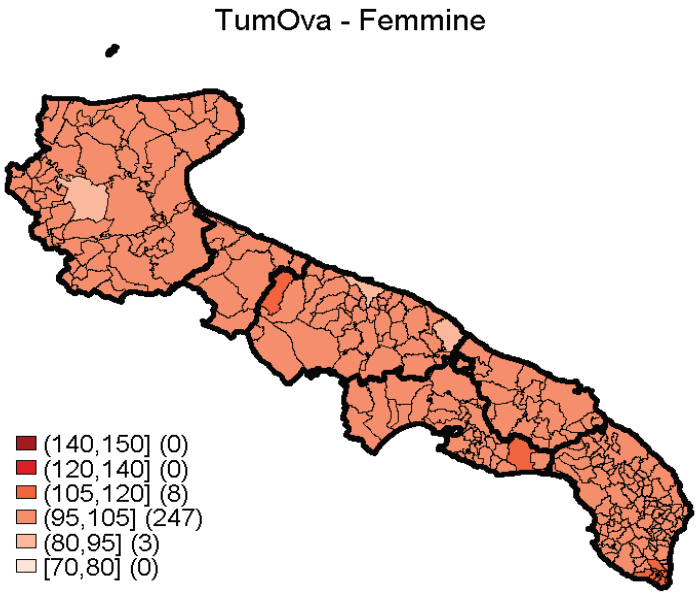
CARTOGRAMMA 48

Mortalità per tumore maligno dell'utero. Puglia, anni 2006 – 2009.



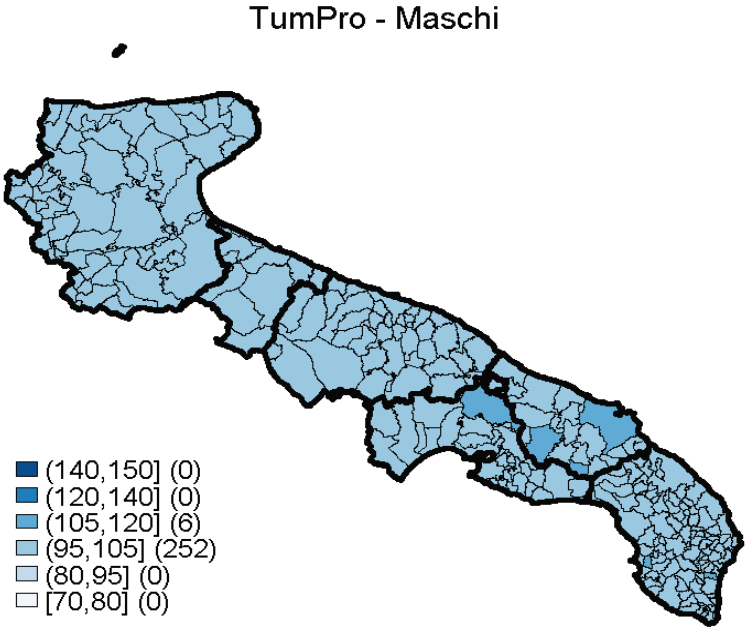
Cartogramma 49

Mortalità per tumore maligno dell'ovaio. Puglia, anni 2006 – 2009.



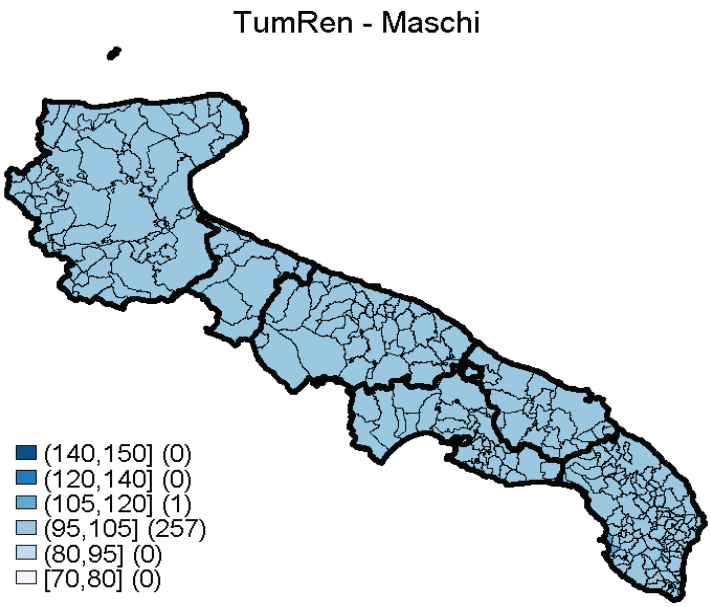
CARTOGRAMMA 50

Mortalità per tumore maligno della prostata. Puglia, anni 2006 – 2009.



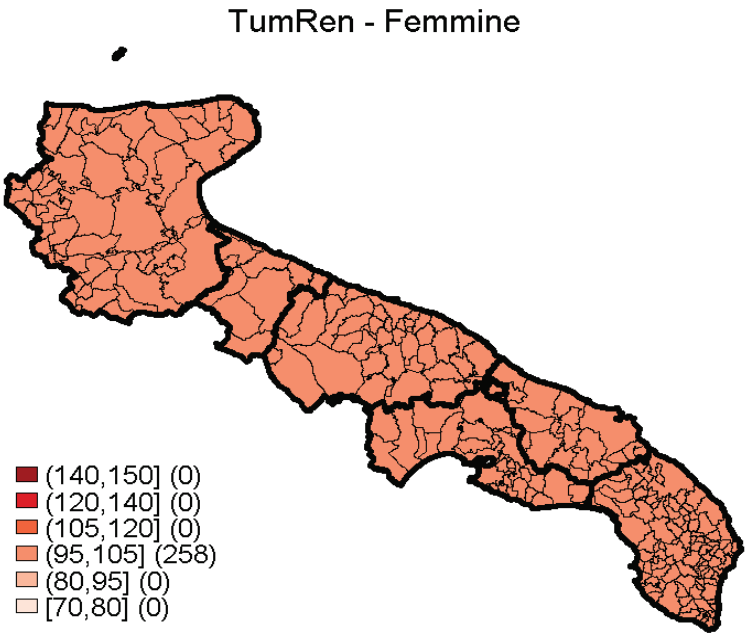
CARTOGRAMMA 51

Mortalità per tumore maligno del rene nei maschi. Puglia, anni 2006 – 2009.



CARTOGRAMMA 52

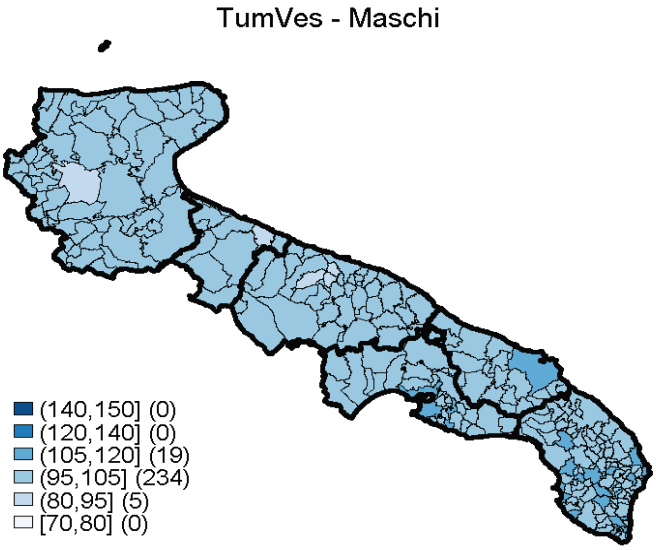
Mortalità per tumore maligno del rene nelle femmine. Puglia, anni 2006 – 2009.



La mortalità per tumore della vescica mostra nei maschi piccoli aggregati di comuni con lieve eccesso di mortalità nella ASL Lecce e nell'hinterland della città di Taranto (Cartogrammi 53 e 54).

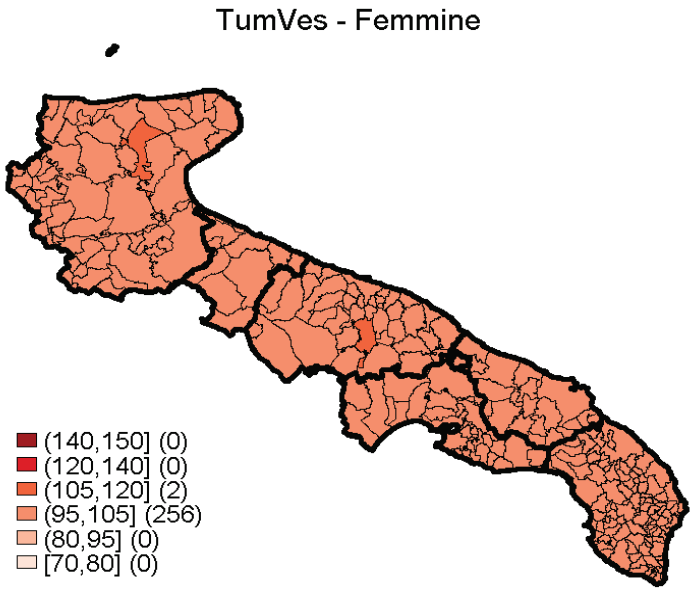
CARTOGRAMMA 53

Mortalità per tumore maligno della vescica nei maschi. Puglia, anni 2006 – 2009.



CARTOGRAMMA 54

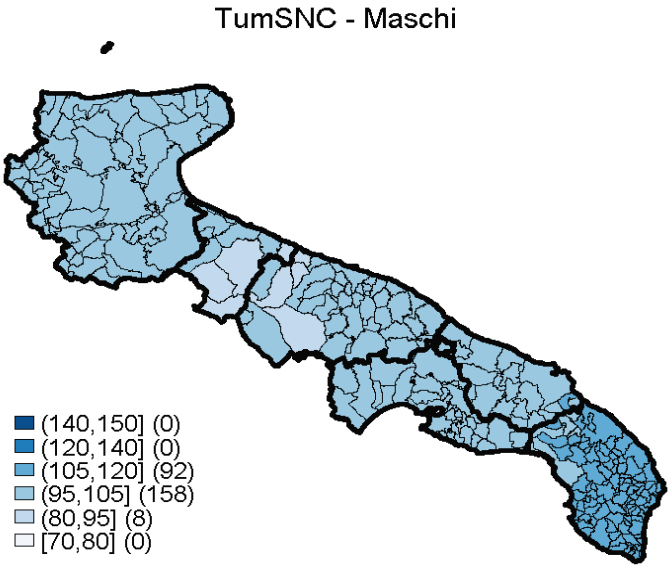
Mortalità per tumore maligno della vescica nelle femmine. Puglia, anni 2006 – 2009.



Per quanto riguarda la mortalità per tumore maligno di encefalo, midollo spinale, nervi cranici e altre parti del sistema nervoso centrale (Cartogrammi 55 e 56) si nota un eccesso di decessi nella ASL Lecce in entrambi i sessi.

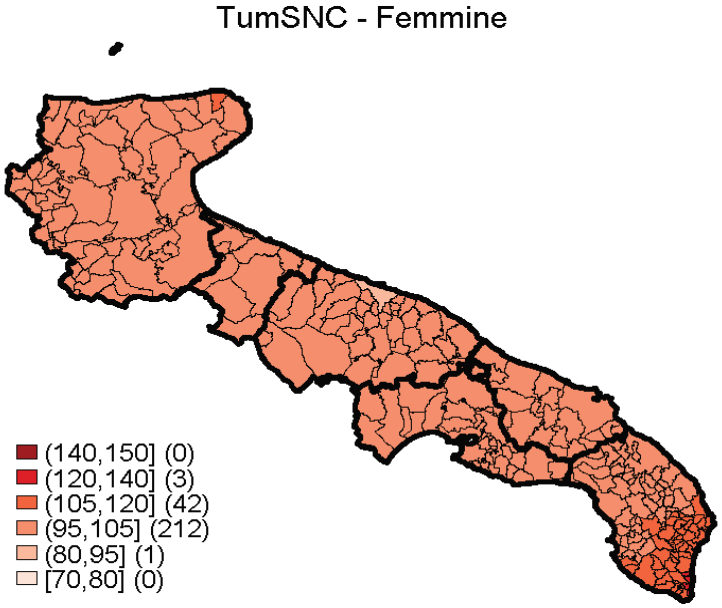
CARTOGRAMMA 55

Mortalità per tumore maligno di encefalo, midollo spinale, nervi cranici e altre parti del sistema nervoso centrale nei maschi. Puglia, anni 2006 – 2009.



CARTOGRAMMA 56

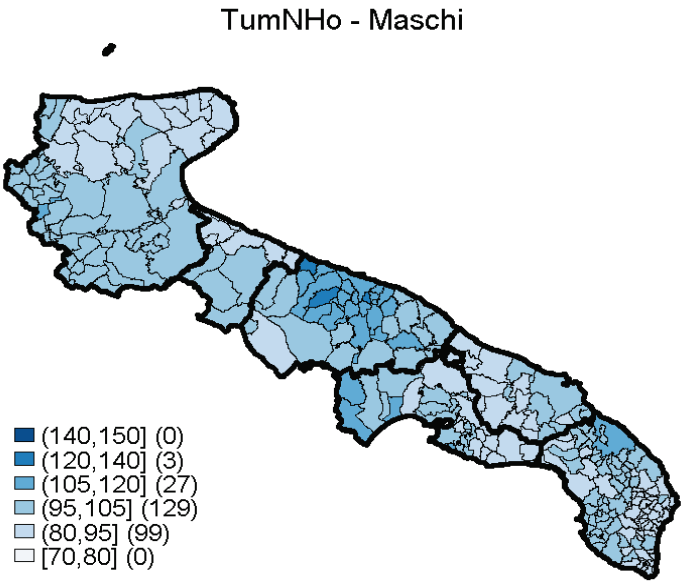
Mortalità per tumore maligno di encefalo, midollo spinale, nervi cranici e altre parti del sistema nervoso centrale nelle femmine. Puglia, anni 2006 – 2009.



Nei soggetti di sesso maschile, la mortalità per linfomi non Hodgkin (Cartogramma 57) è piuttosto uniforme sul territorio regionale, mentre nelle femmine (Cartogramma 58) si osservano aggregati di comuni con eccesso di mortalità nel nord barese e nella ASL BT. Globalmente omogenea appare la mortalità per leucemie (Cartogrammi 59 e 60).

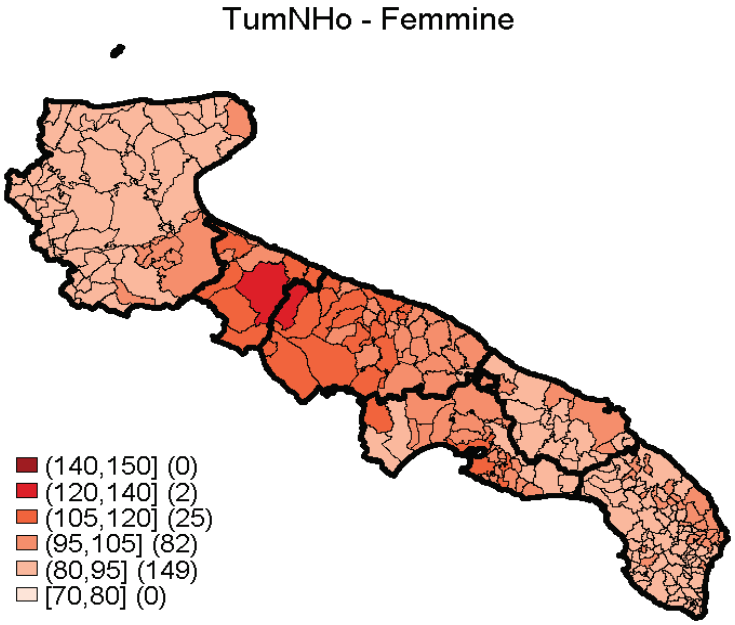
CARTOGRAMMA 57

Mortalità per linfomi non Hodgkin nei maschi. Puglia, anni 2006 – 2009.



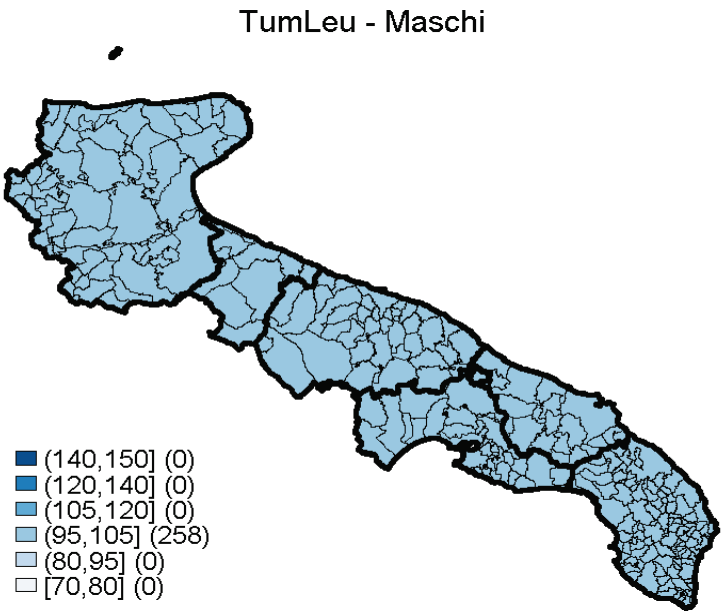
CARTOGRAMMA 58

Mortalità per linfomi non Hodgkin nelle femmine. Puglia, anni 2006 – 2009.



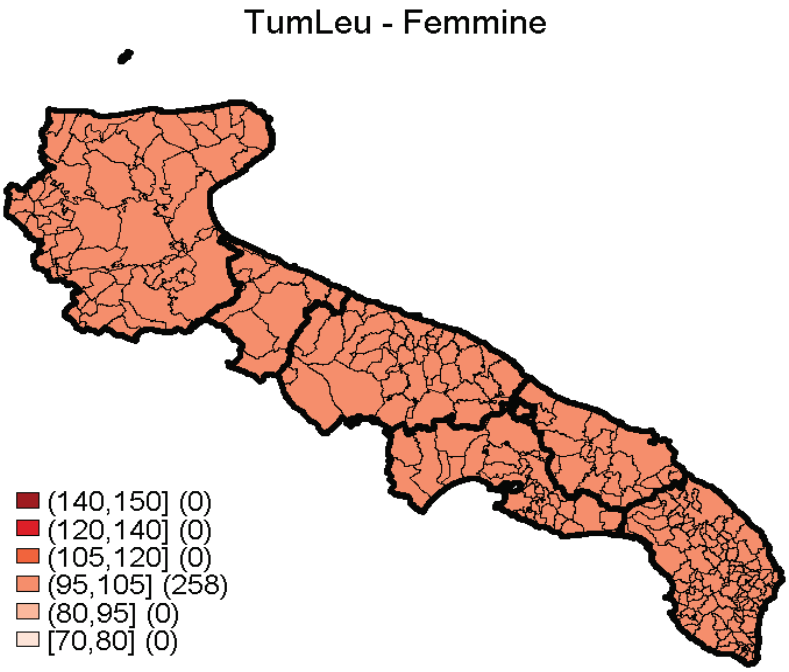
Cartogramma 59

Mortalità per leucemie nei maschi. Puglia, anni 2006 – 2009.



CARTOGRAMMA 60

Mortalità per leucemie nelle femmine. Puglia, anni 2006 – 2009.



Ospedalizzazione

Nota metodologica

L'analisi dell'attività di ricovero degli istituti di cura, pubblici e privati, a livello regionale consente di valutare la domanda di salute espressa, che risulta influenzata dalle condizioni socio-economiche e demografiche, nonché dai profili epidemiologici della popolazione.

La conoscenza delle dimensioni e del profilo di utilizzazione delle strutture ospedaliere su scala regionale, ottenibile a partire dall'analisi delle schede di dimissione ospedaliera, costituisce uno strumento fondamentale affinché la programmazione regionale ed aziendale sia in grado di garantire adeguati livelli di assistenza non solo ospedaliera ma anche territoriale, secondo criteri di sostenibilità, buona qualità ed equità.

Fonti di dati

Per l'analisi dell'ospedalizzazione nella popolazione pugliese sono state utilizzate le informazioni presenti nell'archivio regionale delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), relativamente al periodo 2006-2011.

La SDO è stata istituita con il Decreto Ministeriale 28.12.1991, come strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative a ogni paziente dimesso dagli istituti pubblici e privati in tutto il territorio nazionale. La codifica delle informazioni cliniche delle diagnosi e delle procedure effettuate durante il ricovero segue la classificazione ICD-9-CM, versione 2007.

La versione del sistema DRG (Diagnosis Related Group) è stata aggiornata nel tempo, passando dalla versione 19°, in vigore nel triennio 2006-2008, alla 24° a partire dall'anno 2009.

La compilazione delle SDO e la sua imputazione avviene sotto la responsabilità del personale medico dell'unità operativa ospedaliera di dimissione e il controllo di qualità è di competenza delle unità operative aziendali statistico-epidemiologiche e di controllo di gestione.

In Puglia, il flusso informativo delle SDO prevede un aggiornamento annuale, che viene curato dal gestore del Sistema Informativo Sanitario Regionale. Dopo l'aggiornamento, l'archivio viene conferito alle strutture regionali (OER, Agenzia Regionale Sanitaria) per finalità epidemiologiche.

Il livello di qualità dei dati rilevati attraverso la SDO ha subito un progressivo miglioramento nel corso degli ultimi anni, principalmente grazie alla costante verifica di tali dati per le attività di controllo di gestione, di finanziamento delle Aziende e di rimborso della mobilità sanitaria. L'adozione di procedure informatizzate di controllo, sviluppate a livello delle singole Aziende, della Regione e del Ministero della Salute, ha dato un notevole impulso a tale miglioramento.

A fronte di una generale buona qualità delle SDO, permangono tuttavia importanti criticità, soprattutto in merito al ritardo con cui il flusso viene attualmente prodotto, oltre che, per una esigua percentuale delle schede, alla qualità e alla completezza dei dati ricavabili.

Per molte patologie il percorso diagnostico-terapeutico generalmente richiede il contatto con la struttura ospedaliera, pertanto l'ospedalizzazione può rappresentare il primo e in alcuni casi l'unico momento in cui può essere rilevata la patologia. Alcune malattie (diabete, patologie osteo-articolari croniche, ecc) potrebbero invece non comportare un evento ricovero e in questo caso l'utilizzo dei dati di ospedalizzazione determina una sottostima del reale carico di malattia, individuando tuttavia un sottogruppo di casi caratterizzato da elevata gravità o complessità.

Estrazione dei dati e analisi

L'analisi della frequenza delle cause di ospedalizzazione è stata eseguita estraendo i dati dall'archivio regionale delle SDO, utilizzando come chiave di ricerca i codici ICD-9-CM nelle diagnosi principali, i codici di procedura oppure il DRG.

I ricoveri sono stati classificati in "residenti" (cittadini residenti in Puglia e ricoverati presso strutture sanitarie pugliesi) e "mobilità passiva" (cittadini residenti in Puglia e ricoverati presso strutture extra-regionali). Sono stati inoltre analizzati i ricoveri in "mobilità attiva" (cittadini residenti in altre regioni e ricoverati presso strutture sanitarie pugliesi).

Per il calcolo dei tassi di ospedalizzazione standardizzati per età e sesso è stata utilizzata come popolazione di riferimento quella italiana relativa all'anno corrispondente a quello in esame (Fonte dati di popolazione: ISTAT).

È stata valutata la distribuzione geografica del tasso di ospedalizzazione per comune di residenza e rappresentata attraverso mappe in cui ogni area raffigura un territorio comunale.

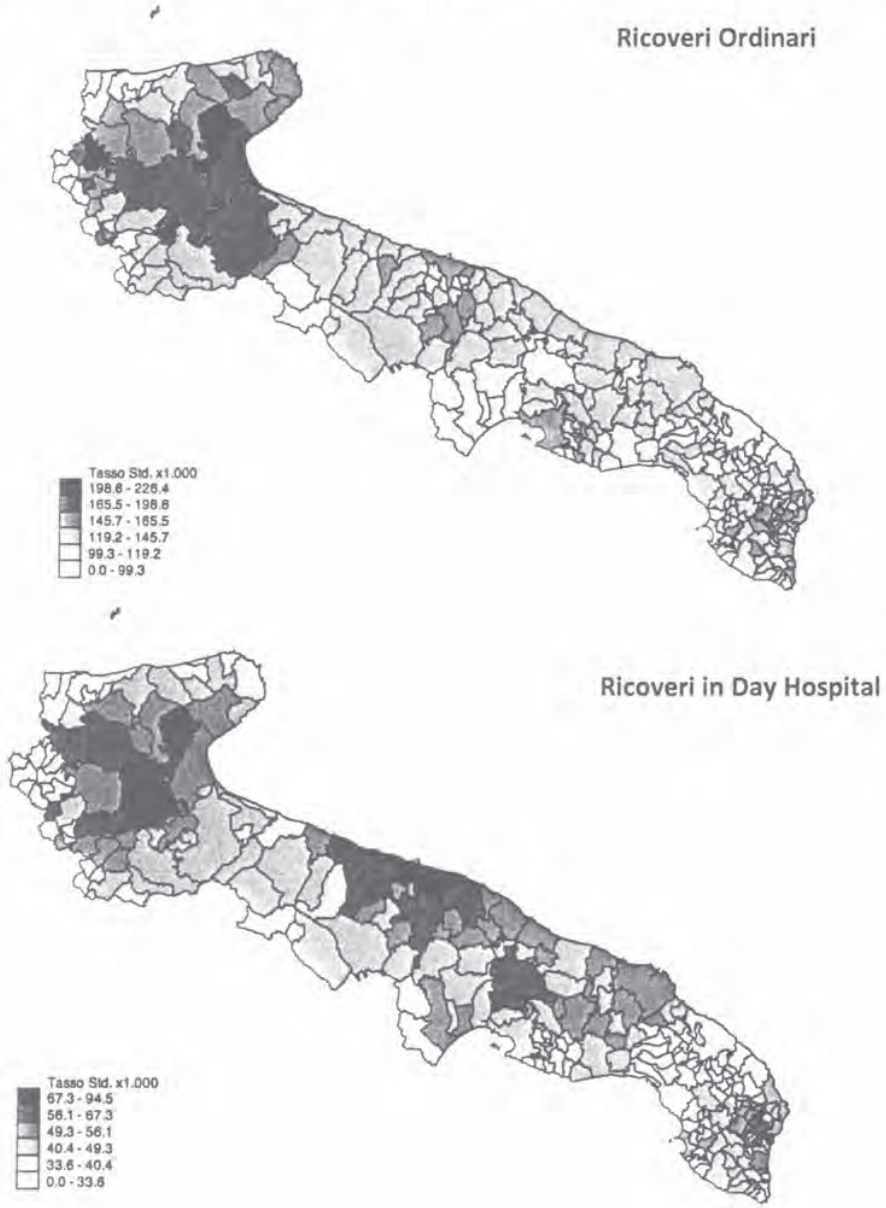
L'intensità del colore delle aree comunali è rappresentativa dello scostamento del tasso di ospedalizzazione dalla media regionale. I valori dei tassi sono stati raggruppati in sei categorie: nelle prime due categorie sono compresi i valori inferiori alla media regionale; in particolare, nella prima i valori inferiori di almeno il 10% rispetto alla media, nella seconda quelli compresi tra il 10% e il valore della media regionale. Le classi dalla terza alla sesta raggruppano i valori superiori alla media regionale, in particolare, la terza i valori dalla media regionale al 10% in più, la quarta dal 10% al 25%, la quinta dal 25% al 50% e la sesta i valori superiori al 50% della media regionale.

Per alcune patologie di particolare rilievo epidemiologico o assistenziale, è stata svolta una analisi ad hoc, riportata nel paragrafo 3.6 (Approfondimenti); i dati riportati in questo paragrafo fanno riferimento unicamente a ricoveri "residenti" in Regione Ordinario.

La distribuzione geografica del tasso di ospedalizzazione nell'anno 2011 evidenzia che i residenti nei comuni della ASL Foggia fanno maggior ricorso ai ricoveri in RO e in DH rispetto al resto della regione. Inoltre nella ASL Bari, in alcuni comuni della Valle d'Itria e del basso Salento è più elevato l'utilizzo del Day-Hospital (Cartogramma 1).

CARTOGRAMMA 1

Tasso di ospedalizzazione standardizzato (residenti) per età e sesso, per regime di ricovero. Puglia, anno 2011.



La Tabella 2 mostra le principali cause di ricovero sia in regime ordinario che in Day-Hospital in Puglia e per ASL di residenza.

Per quanto concerne i ricoveri in RO, si registra un andamento stabile delle ospedalizzazioni per "tutti i tumori" e per "tumori di trachea, bronchi e polmone"; aumentano i ricoveri in RO per tumore della mammella, ipertensione arteriosa (fino al 2010) mentre diminuiscono quelli per diabete mellito, malattie degli organi di senso, malattie dell'apparato respiratorio, dell'apparato digerente e cause accidentali e dell'apparato urinario.

I ricoveri in DH per malattie degli organi di senso e malattie dell'apparato urinario aumentano costantemente nel periodo di osservazione; i ricoveri per diabete mellito e ipertensione arteriosa aumentano fino al 2010.

TABELLA 2

Numero di ricoveri (residenti), per blocchi di malattie e per regime di ricovero. Puglia e ASL, anni 2006-2011.

PUGLIA		2006		2007		2008		2009		2010		2011	
Cod ICD-9-CM	Blocco	RO	DH	RO	DH	RO	DH	RO	DH	RO	DH	RO	DH
1-139	Malattie Infettive	11.693	4.853	11.149	4.455	10.638	5.079	9.513	5.673	9.435	5.618	8.475	5.516
140-239	Tumori	49.242	21.206	49.850	22.016	50.741	22.140	50.427	22.016	50.073	21.611	49.019	19.159
151	*Tumori maligni dello stomaco*	870	92	999	121	898	94	984	91	908	64	921	86
153-154	*Tumori maligni di colon, retto e ano*	3.281	384	3.413	449	3.444	526	3.542	551	3.570	514	3.623	375
162	*Tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni*	2.996	284	3.076	295	3.081	394	2.980	418	2.931	382	2.973	401
174	*Tumori maligni della mammella della donna*	2.791	499	2.892	555	2.997	647	3.081	645	3.110	656	3.155	573
250	Diabete Mellito	6.212	12.155	6.035	12.539	5.969	13.405	5.716	13.402	5.209	13.672	4.007	10.663
320-359	Malattie del sistema nervoso	13.985	5.439	13.973	6.171	13.596	6.625	13.541	7.450	13.820	7.613	13.060	7.137
331	*Altre degenerazioni cerebrali (Demenze)*	1.638	7	1.672	5	1.693	30	1.587	158	1.402	213	1.377	323
360-389	Malattie degli organi di senso	17.070	26.904	17.840	31.102	16.632	36.361	15.461	38.158	14.698	42.601	13.987	41.444
390-459	Malattie del sistema cardiocircolatorio	97.609	22.810	98.384	24.797	98.339	26.450	95.541	27.894	92.298	27.644	87.254	21.655
401-404	*Ipertensione arteriosa*	7.957	19.064	8.158	20.506	8.107	21.577	7.709	22.612	7.750	22.343	5.937	16.767
410	*Infarto del miocardio*	6.374	1	6.656	0	6.431	1	6.649	7	6.702	6	6.619	3
430-438	*Disturbi circolatori dell'encefalo*	18.259	234	17.451	263	17.093	318	16.748	385	16.302	430	15.941	514
460-519	Malattie dell'apparato respiratorio	52.816	6.251	52.958	6.366	51.546	6.903	51.880	7.313	48.159	7.136	44.712	5.933
493	*Asma*	1.894	774	1.699	939	1.714	1.105	1.425	1.214	1.431	1.079	1.087	702

580-599	Malattie dell'apparato urinario	20.741	3.675	20.327	3.863	19.972	4.162	19.850	4.429	19.253	4.397	18.345	4.198
800-999	Cause accidentali e violente	53.687	2.711	50.710	2.800	49.143	3.087	47.666	3.253	47.162	3.372	43.580	3.146
	Altre	262.450	63.622	256.495	68.750	253.148	75.709	244.008	78.363	239.258	77.773	224.477	72.942
Totale		650.246	182.888	641.557	196.952	631.486	215.264	613.768	224.480	600.180	227.864	562.822	206.549
TOTALE COMPLESSIVO		833.134		838.509		846.750		838.248		828.044		769.371	

Circa l'85% dei residenti ricoverati afferisce alle strutture della propria ASL. Una quota compresa tra il 3% e il 34% viene ricoverata in strutture regionali di altre aziende sanitarie extra-provinciali: la quota maggiore di residenti si sposta dalla ASL BT (33%), è inferiore la mobilità per i residenti delle ASL Bari (6%) e Foggia (3%). Queste percentuali sono sostanzialmente costanti nei sei anni di osservazione.

Nelle ASL Bari e Foggia si registra il maggior numero di ricoveri in mobilità attiva (Tabella 3).

TABELLA 3

Distribuzione dei ricoveri effettuati nelle strutture regionali (residenti e mobilità attiva), per ASL di residenza e ASL di ricovero. Puglia, anni 2006-2011.

2006								
ASL Ricovero	ASL di Residenza							Totale
	Bari	BT	Brindisi	Foggia	Lecce	Taranto	Fuori Regione	
Bari	252.448	16.517	9.264	3.246	3.635	17.895	11.034	**314.039**
BT	6.641	51.515	43	720	51	95	1.507	**60.572**
Brindisi	1.812	89	62.902	47	3.463	3.569	1.446	**73.328**
Foggia	4.039	8.511	730	139.843	1.558	1.606	11.996	**168.283**
Lecce	687	128	4.861	78	140.251	1.687	2.776	**150.468**
Taranto	1.896	116	4.557	52	769	87.813	2.655	**97.858**
Totale	**267.523**	**76.876**	**82.357**	**143.986**	**149.727**	**112.665**	**31.414**	**864.548**

2007								
ASL Ricovero	ASL di Residenza							Totale
	Bari	BT	Brindisi	Foggia	Lecce	Taranto	Fuori Regione	
Bari	251.987	16.757	9.099	3.376	3.626	18.602	11.182	**314.629**
BT	6.028	50.927	53	660	50	83	1.828	**59.629**
Brindisi	1.922	90	63.051	59	3.421	3.784	1.421	**73.748**
Foggia	4.459	8.297	742	140.793	1.581	1.717	12.522	**170.111**
Lecce	776	174	5.772	130	145.306	2.375	2.913	**157.446**
Taranto	1.752	85	4.271	47	627	86.030	2.515	**95.327**
Totale	**266.924**	**76.330**	**82.988**	**145.065**	**154.611**	**112.591**	**32.381**	**870.890**

2008								
ASL Ricovero	ASL di Residenza							Totale
	Bari	BT	Brindisi	Foggia	Lecce	Taranto	Fuori Regione	
Bari	254.427	17.625	9.537	3.683	3.366	19.495	11.498	**319.631**
BT	6.372	49.803	45	592	52	99	1.581	**58.544**
Brindisi	1.959	106	63.089	62	3.411	3.792	1.372	**73.791**
Foggia	4.942	8.035	735	144.164	1.343	1.761	12.413	**173.393**
Lecce	999	194	5.889	111	148.321	2.462	2.969	**160.945**
Taranto	1.652	80	4.196	61	614	83.676	2.464	**92.743**
Totale	**270.351**	**75.843**	**83.491**	**148.673**	**157.107**	**111.285**	**32.297**	**879.047**

2009								
ASL Ricovero	ASL di Residenza							Totale
	Bari	BT	Brindisi	Foggia	Lecce	Taranto	Fuori Regione	
Bari	252.215	16.607	9.526	3.583	3.278	19.244	11.112	**315.565**
BT	6.657	48.771	53	567	51	90	1.616	**57.805**
Brindisi	2.058	126	64.223	43	3.468	4.162	1.446	**75.526**
Foggia	4.793	7.773	735	143.994	1.427	1.844	12.232	**172.798**
Lecce	932	197	5.970	114	144.100	2.283	2.954	**156.550**
Taranto	1.633	69	4.314	47	525	82.776	2.281	**91.645**
Totale	**268.288**	**73.543**	**84.821**	**148.348**	**152.849**	**110.399**	**31.641**	**869.889**

2010								
ASL Ricovero	ASL di Residenza							Totale
	Bari	BT	Brindisi	Foggia	Lecce	Taranto	Fuori Regione	
Bari	248.624	16.521	9.474	3.652	3.375	19.304	11.855	**312.805**
BT	6.774	48.308	47	637	59	102	1.457	**57.384**
Brindisi	2.158	153	62.274	78	3.400	3.998	1.362	**73.423**
Foggia	4.629	7.676	789	143.034	1.320	1.764	12.797	**172.009**
Lecce	934	234	5.626	119	138.730	1.985	3.083	**150.711**
Taranto	1.732	78	4.750	46	703	84.957	2.452	**94.718**
Totale	**264.851**	**72.970**	**82.960**	**147.566**	**147.587**	**112.110**	**33.006**	**861.050**

2011								
ASL Ricovero	**ASL di Residenza**							**Totale**
	Bari	**BT**	**Brindisi**	**Foggia**	**Lecce**	**Taranto**	**Fuori Regione**	
Bari	232.096	15.375	9.294	3.303	3.376	17.980	11.865	**293.289**
BT	6.280	44.616	62	777	63	81	1.356	**53.235**
Brindisi	1.857	150	54.065	57	3.359	3.729	1.390	**64.607**
Foggia	4.367	7.402	785	135.759	1.322	1.799	11.726	**163.160**
Lecce	970	204	5.177	133	128.708	1.849	2.858	**139.899**
Taranto	1.835	156	4.446	69	701	77.169	2.585	**86.961**
Totale	**247.405**	**67.903**	**73.829**	**140.098**	**137.529**	**102.607**	**31.780**	**801.151**

REGIONE PUGLIA

Proposta di Deliberazione della Giunta Regionale

Allegato II
PROGRAMMA OPERATIVO
2013-2015

ALLEGATO
PROGRAMMA 10

Tabella 10.10.ASL BA

Profilo Professionale	Costo Unitario	Assunzioni 2013		Assunzioni 2014-2015		Totale Assunzioni	
	Costo medio	Quantità	Costo medio	Quantità	Costo medio	Quantità	Costo medio
Direttore S.C. Anestesista	146000	0	€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000
Direttore S.C. Ortopedico	146000	1	€ 146.000	2	€ 292.000	3	€ 438.000
Direttore S.C. Chirurgo Vascolare	146000	1	€ 146.000	0	€ 0	1	€ 146.000
Direttore S.C. Neurologo	146000	1	€ 146.000	0	€ 0	1	€ 146.000
Direttore S.C. Cardiologo	146000	0	€ 0	2	€ 292.000	2	€ 292.000
Direttore S.C. Patologia Clinica	146000	0	€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000
Direttore S.C. Radiologo	146000	0	€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000
Direttore S.C. Medicina Interna	146000	0	€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000
Direttore S.C. Medicina Nucleare	146000	1	€ 146.000	1	€ 146.000	2	€ 292.000
Direttore S.C. Chirurgo Generale	146000	1	€ 146.000	2	€ 292.000	3	€ 438.000
Direttore S.C. Psichiatra	146000	1	€ 146.000	2	€ 292.000	3	€ 438.000
Direttore S.C. Ginecologo	146000	1	€ 146.000	5	€ 730.000	6	€ 876.000
Direttore S.C. Neuropsichiatra Infantile	146000	1	€ 146.000	0	€ 0	1	€ 146.000
Direttore S.C. Neuroradiologo	146000	0	€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000
Direttore S.C. Cure Palliative	146000	0	€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000
Direttore S.C. Urologo	146000	0	€ 0	2	€ 292.000	2	€ 292.000
Direttore S.C. Psichiatra	146000	0	€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000
Direttore S.C. Controllo di Gestione	128000	0	€ 0	1	€ 128.000	1	€ 128.000

Profilo Professionale	Costo Unitario	Assunzioni 2013		Assunzioni 2014-2015		Totale Assunzioni	
	Costo medio	Quantità	Costo medio	Quantità	Costo medio	Quantità	Costo medio
Direttore S.C. Medicina Legale (Gestione del Rischio)	146000	0	€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000
Totale Direttori		**8**	**€ 1.168.000**	**24**	**€ 3.486.000**	**32**	**€ 4.654.000**
Dirigente Medico Anestesista	112000	18	€ 2.016.000	10	€ 1.120.000	28	€ 3.136.000
Dirigente Medico Anatomo-patologo	112000	5	€ 560.000	0	€ 0	5	€ 560.000
Dirigente Medico Psichiatra	112000	10	€ 1.120.000	5	€ 560.000	15	€ 1.680.000
Dirigente Medico Neuro-Psichiatra infantile	112000	4	€ 448.000	2	€ 224.000	6	€ 672.000
Dirigente Medico Neurologia	112000	3	€ 336.000	3	€ 336.000	6	€ 672.000
Dirigente Medico Accettazione e Chirurgia d'urgenza	112000	5	€ 560.000	10	€ 1.120.000	15	€ 1.680.000
Dirigente Medico Radiologo	112000	12	€ 1.344.000	10	€ 1.120.000	22	€ 2.464.000
Dirigente Medico Neonatologo	112000	6	€ 672.000	2	€ 224.000	8	€ 896.000
Dirigente Medico Cardiologo	112000	8	€ 896.000	5	€ 560.000	13	€ 1.456.000
Dirigente Medico Ortopedico	112000	7	€ 784.000	2	€ 224.000	9	€ 1.008.000
Dirigente Medico Nefrologo	112000	4	€ 448.000	0	€ 0	4	€ 448.000
Dirigente Medico Urologo	112000	10	€ 1.120.000	4	€ 448.000	14	€ 1.568.000
Dirigente Medico Medicina Interna	112000	0	€ 0	4	€ 448.000	4	€ 448.000
Dirigente Medico Gastroenterologo	112000	1	€ 112.000	2	€ 224.000	3	€ 336.000
Dirigente Medico Chirurgia Generale	112000	4	€ 448.000	2	€ 224.000	6	€ 672.000
Dirigente Medico Chirurgia Vascolare	112000	0	€ 0	2	€ 224.000	2	€ 224.000
Dirigente Medico Chirurgia Plastica	112000	0	€ 0	1	€ 112.000	1	€ 112.000

Profilo Professionale	Costo Unitario	Assunzioni 2013		Assunzioni 2014-2015		Totale Assunzioni	
	Costo medio	Quantità	Costo medio	Quantità	Costo medio	Quantità	Costo medio
Dirigente Medico Medicina Trasfusionale	112000	4	€ 448.000	4	€ 448.000	8	€ 896.000
Dirigente Medico Ginecologo	112000	4	€ 448.000	5	€ 560.000	9	€ 1.008.000
Dirigente Medico Medicina Nucleare	112000	3	€ 336.000	0	€ 0	3	€ 336.000
Dirigente Medico Neurochirurgo	112000	3	€ 336.000	0	€ 0	3	€ 336.000
Dirigente Medico Neuroradiologo	112000	2	€ 224.000	1	€ 112.000	3	€ 336.000
Dirigente Medico Malattie Apparato resp.	112000	4	€ 448.000	3	€ 336.000	7	€ 784.000
Dirigente Medico Medicina fisica e riabilitativa	112000	4	€ 448.000	6	€ 672.000	10	€ 1.120.000
Dirigente Medico Oftalmologo	112000	2	€ 224.000	2	€ 224.000	4	€ 448.000
Dirigente Medico Cure Palliative	112000	0	€ 0	8	€ 896.000	8	€ 896.000
Dirigente Medico di Presidio	112000	2	€ 224.000	0	€ 0	2	€ 224.000
Dirigente Medico Medico Igiene-Epidemiologia	112000	0	€ 0	2	€ 224.000	2	€ 224.000
Dirigente Medico SPESAL	112000	1	€ 112.000	1	€ 112.000	2	€ 224.000
Dirigente Medico SIAN	112000	1	€ 112.000	0	€ 0	1	€ 112.000
Dirigente Medico Medicina Penitenziaria	112000	0	€ 0	1	€ 112.000	1	€ 112.000
Dirigente Medico Medicina del Lavoro	112000	0	€ 0	1	€ 112.000	1	€ 112.000
Totale Dirigenti Medici e veterinari		**127**	**€ 14.224.000**	**98**	**€ 10.976.000**	**225**	**€ 25.200.000**
Dirigente Farmacista	95000	5	€ 475.000	13	€ 1.235.000	18	€ 1.710.000
Dirigente Psicologo	95000	2	€ 190.000	10	€ 950.000	12	€ 1.140.000
Dirigente Biologo	95000	1	€ 95.000	2	€ 190.000	3	€ 285.000
Dirigente Professioni Sanitarie - Prevenzione	95000	0	€ 0	1	€ 95.000	1	€ 95.000

Profilo Professionale	Costo Unitario	Assunzioni 2013		Assunzioni 2014-2015		Totale Assunzioni	
	Costo medio	Quantità	Costo medio	Quantità	Costo medio	Quantità	Costo medio
Totale Dirigenti Sanitari		**8**	**€ 760.000**	**26**	**€ 2.470.000**	**34**	**€ 3.230.000**
Dirigente Amministrativo	93000	0	€ 0	5	€ 465.000	5	€ 465.000
Dirigente Avvocato	93000	0	€ 0	2	€ 186.000	2	€ 186.000
Dirigente Ingegnere	93000	0	€ 0	1	€ 93.000	1	€ 93.000
Totale Dirigenti PTA		**0**	**€ 0**	**8**	**€ 744.000,0**	**8**	**€ 744.000**
Infermiere professionale	44000	225	€ 9.900.000	10	€ 440.000	235	€ 10.340.000
Tecnico radiologo	44000	13	€ 572.000	5	€ 220.000	18	€ 792.000
Tecnico prevenzione	44000	10	€ 440.000	2	€ 88.000	12	€ 528.000
Assistente Sociale	44000	4	€ 176.000	5	€ 220.000	9	€ 396.000
Assistente Sanitario	44000	4	€ 176.000	0	€ 0	4	€ 176.000
Educatore professionale	44000	4	€ 176.000	4	€ 176.000	8	€ 352.000
Logopedista	44000	20	€ 880.000	15	€ 660.000	35	€ 1.540.000
Fisioterapista	44000	20	€ 880.000	5	€ 220.000	25	€ 1.100.000
Ortottista	44000	4	€ 176.000	2	€ 88.000	6	€ 264.000
Ostetrico	44000	8	€ 352.000	5	€ 220.000	13	€ 572.000
Tecnico della riabilitazione psichiatrica	44000	8	€ 352.000	10	€ 440.000	18	€ 792.000
Tecnico di Neurofisiopatologia	44000	6	€ 264.000	4	€ 176.000	10	€ 440.000
Tecnico di Laboratorio biomedico	44000	8	€ 352.000	4	€ 176.000	12	€ 528.000
Terapista neuro e psicomotricità età evolutiva	44000	10	€ 440.000	9	€ 396.000	19	€ 836.000
Totale Infermieri/Tecnici		**344**	**€ 15.136.000**	**80**	**€ 3.520.000**	**424**	**€ 18.656.000**

Profilo Professionale	Costo Unitario	Assunzioni 2013		Assunzioni 2014-2015		Totale Assunzioni	
	Costo medio	Quantità	Costo medio	Quantità	Costo medio	Quantità	Costo medio
Collaboratore amministrativo	41000	0	€ 0	16	€ 656.000	16	€ 656.000
Collaboratore tecnico Informatico	41000	0	€ 0	4	€ 164.000	4	€ 164.000
Programmatore informatico	41000	0	€ 0	6	€ 246.000	6	€ 246.000
Totale amministrativi/Tecnici non sanitari		**0**	**€ 0**	**26**	**€ 1.066.000**	**26**	**€ 1.066.000**
O.S.S.	**32000**	**16**	**€ 512.000**	**216**	**€ 6.912.000**	**232**	**€ 7.424.000**
Totale		**503**	**€ 31.800.000**	**478**	**€ 29.174.000**	**981**	**€ 60.974.000**

Tabella 10.10.ASL BR

Profilo Professionale	Costo Unitario	Assunzioni 2013		Assunzioni 2014-2015		Totale Assunzioni	
	Costo medio	Quantità	Costo medio	Quantità	Costo medio	Quantità	Costo medio
Direttore S.C. Anestesista	146000	1	€ 146.000	1	€ 146.000	2	€ 292.000
Direttore S.C. Cardiologo	146000	0	€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000
Direttore S.C. Chirurgo generale	146000	0	€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000
Direttore S.C. Ematologo	146000	0	€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000
Direttore S.C. Malattie Apparato respiratorio	146000	0	€ 0	2	€ 292.000	2	€ 292.000
Direttore S.C. Medicina Interna	146000	0	€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000
Direttore S.C. Ortopedico	146000	0	€ 0	2	€ 292.000	2	€ 292.000
Direttore S.C. Radiologo	146000	0	€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000
Direttore S.C. Neonatologo	146000	0	€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000
Direttore S.C. Nefrologo	146000	0	€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000
Direttore S.C. Urologo	146000	0	€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000
Direttore S.C. Medicina Nucleare	146000	0	€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000
Direttore Dip. SPESAL	146000	0	€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000
Direttore Dip. SIAN	146000	0	€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000
Direttore Dip. SISP	146000	0	€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000
Direttore Veterinario	146000	0	€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000
Totale Direttori		**1**	**€ 146.000**	**18**	**€ 2.628.000**	**19**	**€ 2.774.000**
Dirigente Medico Anestesista	112000	10	€ 1.120.000	6	€ 672.000	16	€ 1.792.000

Profilo Professionale	Costo Unitario	Assunzioni 2013		Assunzioni 2014-2015		Totale Assunzioni	
	Costo medio	Quantità	Costo medio	Quantità	Costo medio	Quantità	Costo medio
Dirigente Medico Malattie Apparato respiratorio	112000	2	€ 224.000	3	€ 336.000	5	€ 560.000
Dirigente Medico Chirurgo Generale	112000	5	€ 560.000	6	€ 672.000	11	€ 1.232.000
Dirigente Medico Ematologo	112000	0	€ 0	1	€ 112.000	1	€ 112.000
Dirigente Medico Psichiatra	112000	0	€ 0	7	€ 784.000	7	€ 784.000
Dirigente Medico Chirurgo vascolare	112000	2	€ 224.000	1	€ 112.000	3	€ 336.000
Dirigente Medico Accettazione e Chirurgia d'urgenza	112000	12	€ 1.344.000	5	€ 560.000	17	€ 1.904.000
Dirigente Medico Radiologo	112000	5	€ 560.000	6	€ 672.000	11	€ 1.232.000
Dirigente Medico Ginecologo	112000	2	€ 224.000	4	€ 448.000	6	€ 672.000
Dirigente Medico Cardiologo	112000	10	€ 1.120.000	2	€ 224.000	12	€ 1.344.000
Dirigente Medico Nefrologo	112000	2	€ 224.000	3	€ 336.000	5	€ 560.000
Dirigente Medico Neurologo	112000	1	€ 112.000	2	€ 224.000	3	€ 336.000
Dirigente Medico Medicina Interna	112000	0	€ 0	6	€ 672.000	6	€ 672.000
Dirigente Medico Medicina fisica e riabilitativa	112000	0	€ 0	1	€ 112.000	1	€ 112.000
Dirigente Medico Anatomo Patologo	112000	2	€ 224.000	0	€ 0	2	€ 224.000
Dirigente Medico Medicina Trasfusionale	112000	1	€ 112.000	2	€ 224.000	3	€ 336.000
Dirigente Medico Oncologo	112000	0	€ 0	2	€ 224.000	2	€ 224.000
Dirigente Medico Pediatra	112000	1	€ 112.000	0	€ 0	1	€ 112.000
Dirigente Medico Urologo	112000	0	€ 0	1	€ 112.000	1	€ 112.000

Profilo Professionale	Costo Unitario	Assunzioni 2013		Assunzioni 2014-2015		Totale Assunzioni	
	Costo medio	Quantità	Costo medio	Quantità	Costo medio	Quantità	Costo medio
Dirigente Medico SPESAL	112000	0	€ 0	1	€ 112.000	1	€ 112.000
Dirigente Medico SIAN	112000	0	€ 0	3	€ 336.000	3	€ 336.000
Dirigente Medico Igiene-Epidemiologia	112000	0	€ 0	5	€ 560.000	5	€ 560.000
Totale Dirigenti Medici e veterinari		**55**	**€ 6.160.000**	**67**	**€ 7.504.000**	**122**	**€ 13.664.000**
Dirigente Farmacista	95000	0	€ 0	2	€ 190.000	2	€ 190.000
Dirigente Fisico	95000	0	€ 0	1	€ 95.000	1	€ 95.000
Dirigente Professioni Sanitarie	95000	0	€ 0	4	€ 380.000	4	€ 380.000
Totale Dirigenti Sanitari		**0**	**€ 0**	**7**	**€ 665.000**	**7**	**€ 665.000**
Dirigente Amministrativo	93000	0	€ 0	0	€ 0	0	€ 0
Dirigente Ingegnere	93000	0	€ 0	1	€ 93.000	1	€ 93.000
Totale Dirigenti PTA		**0**	**€ 0**	**1**	**€ 93.000**	**1**	**€ 93.000**
Infermiere professionale	44000	14	€ 616.000	37	€ 1.628.000	51	€ 2.244.000
Tecnico prevenzione	44000	0	€ 0	17	€ 748.000	17	€ 748.000
Tecnico riab. Psichiatrica	44000	0	€ 0	4	€ 176.000	4	€ 176.000
Fisioterapista	44000	0	€ 0	8	€ 352.000	8	€ 352.000
Tecnico radiologia	44000	0	€ 0	6	€ 264.000	6	€ 264.000
Totale Infermieri/Tecnici		**14**	**€ 616.000**	**72**	**€ 3.168.000**	**86**	**€ 3.784.000**
Collaboratore amministrativo professionale	41000	0	€ 0	1	€ 41.000	1	€ 41.000
Totale amministrativi/Tecnici non sanitari		**0**	**€ 0**	**1**	**€ 41.000**	**1**	**€ 41.000**
O.S.S.	32000	0	0	94	3.008.000	94	3.008.000

Profilo Professionale	Costo Unitario	Assunzioni 2013		Assunzioni 2014-2015		Totale Assunzioni	
	Costo medio	Quantità	Costo medio	Quantità	Costo medio	Quantità	Costo medio
Autista Ambulanza	32000	0	€ 0	4	128.000	4	128.000
O.S.S./Operatore tecnico	**32000**	**0**	**€ 0**	**98**	**€ 3.136.000**	**98**	**€ 3.136.000**
Totale		**70**	**€ 6.922.000**	**264**	**€ 17.235.000**	**334**	**€ 24.157.000**

Tabella 10.10.ASL BT

Profilo Professionale	Costo Unitario	Assunzioni 2013		Assunzioni 2014-2015		Totale Assunzioni	
	Costo medio	Quantità	Costo medio	Quantità	Costo medio	Quantità	Costo medio
Direttore S.C. Anestesista	146000	0	€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000
Direttore S.C. Chirurgo generale	146000	0	€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000
Direttore S.C. Cardiologo	146000	0	€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000
Direttore S.C. Ortopedico	146000	0	€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000
Direttore S.C. Neurochirurgo	146000	0	€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000
Totale Direttori		**0**	**€ 0**	**5**	**€ 730.000**	**5**	**€ 730.000**
Dirigente Medico Anestesista	112000	2	€ 224.000	15	€ 1.680.000	17	€ 1.904.000
Dirigente Medico Chirurgo generale	112000	1	€ 112.000	2	€ 224.000	3	€ 336.000
Dirigente Medico Psichiatra	112000	0	€ 0	3	€ 336.000	3	€ 336.000
Dirigente Medico Neurologo	112000	0	€ 0	8	€ 896.000	8	€ 896.000
Dirigente Medico Accettazione e Chirurgia d'urgenza	112000	1	€ 112.000	18	€ 2.016.000	19	€ 2.128.000
Dirigente Medico Cardiologo	112000	2	€ 224.000	6	€ 672.000	8	€ 896.000
Dirigente Medico Ortopedico	112000	2	€ 224.000	6	€ 672.000	8	€ 896.000
Totale Dirigenti Medici e veterinari		**8**	**€ 896.000**	**58**	**€ 6.496.000**	**66**	**€ 7.392.000**
Dirigente Farmacista	95000	0	€ 0	0	€ 0	0	€ 0
Totale Dirigenti Sanitari		**0**	**€ 0**	**0**	**€ 0**	**0**	**€ 0**
Dirigente Amministrativo	93000		€ 0	0	€ 0	0	€ 0
Totale Dirigenti PTA		**0**	**€ 0**	**0**	**€ 0,0**	**0**	**€ 0**

Profilo Professionale	Costo Unitario	Assunzioni 2013		Assunzioni 2014-2015		Totale Assunzioni	
	Costo medio	Quantità	Costo medio	Quantità	Costo medio	Quantità	Costo medio
Infermiere professionale	44000	13	€ 572.000	79	€ 3.476.000	92	€ 4.048.000
Tecnico radiologo	44000	0	€ 0	16	€ 704.000	16	€ 704.000
Tecnico laboratorio biomedico	44000	0	€ 0	13	€ 572.000	13	€ 572.000
Logopedista	44000	0	€ 0	3	€ 132.000	3	€ 132.000
Fisioterapista	44000	0	€ 0	12	€ 528.000	12	€ 528.000
Tecnico Neurofisiopatologia	44000	0	€ 0	2	€ 88.000	2	€ 88.000
Totale Infermieri/Tecnici		**13**	**€ 572.000**	**125**	**5500000**	**138**	**€ 6.072.000**
O.S.S.	**32000**	**0**	**€ 0**	**86**	**€ 2.752.000**	**86**	**€ 2.752.000**
Totale		**21**	**€ 1.468.000**	**274**	**€ 15.478.000**	**295**	**€ 16.946.000**

Tabella 10.10.ASL FG

Profilo Professionale	Costo Unitario	Assunzioni 2013		Assunzioni 2014-2015		Totale Assunzioni	
	Costo medio	Quantità	Costo medio	Quantità	Costo medio	Quantità	Costo medio
Direttore S.C. Ortopedico	146000	0	€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000
Direttore S.C. Ginecologo	146000	1	€ 146.000	0	€ 0	1	€ 146.000
Direttore S.C. Medicina Interna	146000	0	€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000
Direttore S.C. Radiologo	146000	0	€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000
Direttore S.C. Pediatra	146000	0	€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000
Direttore S.C. Psichiatra	146000	0	€ 0	2	€ 292.000	2	€ 292.000
Totale Direttori		**1**	**€ 146.000**	**6**	**€ 876.000**	**7**	**€ 1.022.000**
Dirigente Medico Anestesista	112000	4	€ 448.000	10	€ 1.120.000	14	€ 1.568.000
Dirigente Medico Chirurgo generale	112000	0	€ 0	4	€ 448.000	4	€ 448.000
Dirigente Medico Psichiatra	112000	5	€ 560.000	7	€ 784.000	12	€ 1.344.000
Dirigente Medico Neuro-Psichiatra infantile	112000	2	€ 224.000	1	€ 112.000	3	€ 336.000
Dirigente Medico Neurologo	112000	0	€ 0	2	€ 224.000	2	€ 224.000
Dirigente Medico Accettazione e Chirurgia d'urgenza	112000	0	€ 0	15	€ 1.680.000	15	€ 1.680.000
Dirigente Medico Radiologo	112000	2	€ 224.000	0	€ 0	2	€ 224.000
Dirigente Medico Pediatra	112000	1	€ 112.000	2	€ 224.000	3	€ 336.000
Dirigente Medico Cardiologo	112000	5	€ 560.000	2	€ 224.000	7	€ 784.000
Dirigente Medico Ortopedico	112000	2	€ 224.000	0	€ 0	2	€ 224.000
Dirigente Medico Nefrologo	112000	0	€ 0	4	€ 448.000	4	€ 448.000

Profilo Professionale	Costo Unitario	Assunzioni 2013		Assunzioni 2014-2015		Totale Assunzioni	
	Costo medio	Quantità	Costo medio	Quantità	Costo medio	Quantità	Costo medio
Dirigente Medico Urologo	112000	0	€ 0	2	€ 224.000	2	€ 224.000
Dirigente Medico Medicina Interna	112000	0	€ 0	4	€ 448.000	4	€ 448.000
Dirigente Medico Medicina Trasfusionale	112000	0	€ 0	2	€ 224.000	2	€ 224.000
Dirigente Medico Anatomo Patologo	112000	0	€ 0	2	€ 224.000	2	€ 224.000
Dirigente Veterinario	112000	0	€ 0	2	€ 224.000	2	€ 224.000
Totale Dirigenti Medici e veterinari		**21**	**€ 2.352.000**	**59**	**€ 6.608.000**	**80**	**€ 8.960.000**
Dirigente Farmacista	95000	0	€ 0	10	€ 950.000	10	€ 950.000
Dirigente Psicologo	95000	0	€ 0	8	€ 760.000	8	€ 760.000
Dirigente Biologo	95000	0	€ 0	2	€ 190.000	2	€ 190.000
Dirigente Professioni Sanitarie	95000	0	€ 0	1	€ 95.000	1	€ 95.000
Dirigente Servizi Infermieristici	95000	0	€ 0	2	€ 190.000	2	€ 190.000
Totale Dirigenti Sanitari		**0**	**€ 0**	**23**	**€ 2.185.000**	**23**	**€ 2.185.000**
Dirigente Amministrativo	93000	0	€ 0	0	€ 0	0	€ 0
Dirigente Sociologo	93000	0	€ 0	1	€ 93.000	1	€ 93.000
Totale Dirigenti PTA		**0**	**€ 0**	**1**	**€ 93.000,0**	**1**	**€ 93.000**
Infermiere professionale	44000	0	€ 0	15	€ 660.000	15	€ 660.000
Tecnico radiologo	44000	0	€ 0	5	€ 220.000	5	€ 220.000
Tecnico prevenzione	44000	0	€ 0	8	€ 352.000	8	€ 352.000
Fisioterapista	44000	0	€ 0	2	€ 88.000	2	€ 88.000
Altro Terapista della riabilitazione	44000	0	€ 0	2	€ 88.000	2	€ 88.000

Profilo Professionale	Costo Unitario	Assunzioni 2013		Assunzioni 2014-2015		Totale Assunzioni	
	Costo medio	Quantità	Costo medio	Quantità	Costo medio	Quantità	Costo medio
Totale Infermieri/Tecnici		**0**	**€ 0**	**32**	**€ 1.408.000**	**32**	**€ 1.408.000**
O.S.S.	**32000**	**12**	**€ 384.000**	**109**	**€ 3.488.000**	**121**	**€ 3.872.000**
Totale		**34**	**€ 2.882.000**	**230**	**€ 14.658.000**	**264**	**€ 17.540.000**

Tabella 10.10.ASL LE

Profilo Professionale	Costo Unitario	Assunzioni 2013		Assunzioni 2014-2015		Totale Assunzioni	
	Costo medio	Quantità	Costo medio	Quantità	Costo medio	Quantità	Costo medio
Direttore S.C. Anestesista	146000	0	€ 0	2	€ 292.000	2	€ 292.000
Direttore S.C. Cardiochirurgo	146000	0	€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000
Direttore S.C. Chirurgo generale	146000	0	€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000
Direttore S.C. Chirurgo Pediatra	146000	0	€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000
Direttore S.C. Pediatra	146000	0	€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000
Direttore S.C. Epidemiologo	146000	0	€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000
Direttore S.C. Malattie Infettive	146000	0	€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000
Direttore S.C. Gastroenterologo	146000	0	€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000
Direttore S.C. Medicina Nucleare	146000	0	€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000
Direttore S.C. Neurochirurgo	146000	0	€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000
Direttore S.C. Neuropsichiatra Infantile	146000	0	€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000
Direttore S.C. Psichiatra	146000	0	€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000
Direttore S.C. Veterinario	146000	1	€ 146.000	1	€ 146.000	2	€ 292.000
Totale Direttori		**1**	**€ 146.000**	**12**	**€ 1.752.000**	**13**	**€ 1.898.000**
Dirigente Medico Anestesista	112000	11	€ 1.232.000	2	€ 224.000	13	€ 1.456.000
Dirigente Medico Cardiologo	112000	1	€ 112.000	0	€ 0	1	€ 112.000
Dirigente Medico Chirurgo generale	112000	0	€ 0	1	€ 112.000	1	€ 112.000
Dirigente Medico Chirurgo toracico	112000	0	€ 0	1	€ 112.000	1	€ 112.000
Dirigente Medico Neurochirurgo	112000	0	€ 0	1	€ 112.000	1	€ 112.000

Profilo Professionale	Costo Unitario	Assunzioni 2013		Assunzioni 2014-2015		Totale Assunzioni	
	Costo medio	Quantità	Costo medio	Quantità	Costo medio	Quantità	Costo medio
Dirigente Medico Neurologia	112000	0	€ 0	1	€ 112.000	1	€ 112.000
Dirigente Medico Accettazione e Chirurgia d'urgenza	112000	0	€ 0	17	€ 1.904.000	17	€ 1.904.000
Dirigente Medico Radiologo	112000	0	€ 0	1	€ 112.000	1	€ 112.000
Dirigente Medico Ematologo	112000	0	€ 0	1	€ 112.000	1	€ 112.000
Dirigente Medico Ginecologo	112000	0	€ 0	1	€ 112.000	1	€ 112.000
Dirigente Medico Pediatra	112000	0	€ 0	3	€ 336.000	3	€ 336.000
Dirigente Medico Medicina Nucleare	112000	0	€ 0	2	€ 224.000	2	€ 224.000
Dirigente Medico Legale	112000	0	€ 0	2	€ 224.000	2	€ 224.000
Dirigente Medico Psichiatra	112000	0	€ 0	5	€ 560.000	5	€ 560.000
Dirigente Medico Neuropsichiatra infantile	112000	0	€ 0	1	€ 112.000	1	€ 112.000
Dirigente Medico Malattie apparato respiratorio	112000	0	€ 0	1	€ 112.000	1	€ 112.000
Dirigente Medico Oncologo	112000	0	€ 0	4	€ 448.000	4	€ 448.000
Dirigente Medico Nefrologo	112000	0	€ 0	3	€ 336.000	3	€ 336.000
Dirigente Medico Gastroenterologo	112000	0	€ 0	1	€ 112.000	1	€ 112.000
Dirigente Medico Radioterapista	112000	0	€ 0	2	€ 224.000	2	€ 224.000
Dirigente Medico Medicina Trasfusionale	112000	0	€ 0	1	€ 112.000	1	€ 112.000
Totale Dirigenti Medici e veterinari		**12**	**€ 1.344.000**	**51**	**€ 5.712.000**	**63**	**€ 7.056.000**
Dirigente Farmacista	95000	0	€ 0	0	€ 0	0	€ 0
Totale Dirigenti Sanitari		**0**	**€ 0**	**0**	**€ 0**	**0**	**€ 0**

Profilo Professionale	Costo Unitario	Assunzioni 2013		Assunzioni 2014-2015		Totale Assunzioni	
	Costo medio	Quantità	Costo medio	Quantità	Costo medio	Quantità	Costo medio
Dirigente Amministrativo	93000	0	€ 0	0	€ 0	0	€ 0
Totale Dirigenti PTA		**0**	**€ 0**	**0**	**€ 0,0**	**0**	**€ 0**
Infermiere professionale	44000	20	€ 880.000	45	€ 1.980.000	65	€ 2.860.000
Totale Infermieri/Tecnici		**20**	**€ 880.000**	**45**	**€ 1.980.000**	**65**	**€ 2.860.000**
O.S.S.	**32000**	**0**	**€ 0**	**111**	**€ 3.552.000**	**111**	**€ 3.552.000**
Totale		**33**	**€ 2.370.000**	**219**	**€ 12.996.000**	**252**	**€ 15.366.000**

Tabella 10.10.ASL TA

Profilo Professionale	Costo Unitario	Assunzioni 2013		Assunzioni 2014-2015		Totale Assunzioni	
	Costo medio	Quantità	Costo medio	Quantità	Costo medio	Quantità	Costo medio
Direttore S.C. Anestesista	146000	0	€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000
Direttore S.C. Cardiologo	146000	0	€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000
Direttore S.C. Chirurgo generale	146000	0	€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000
Direttore S.C. Psichiatra	146000	0	€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000
Direttore S.C. Ginecologo	146000	0	€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000

Direttore S.C. Ortopedico	146000	0	€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000
Direttore S.C. Neonatologo	146000	0	€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000
Direttore S.C. Medico Legale (Gestione del Rischio)	146000	0	€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000
Direttore S.C. Patologia Clinica	146000	0	€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000
Direttore S.C. Distretto Socio Sanitario	146000	0	€ 0	2	€ 292.000	2	€ 292.000
Totale Direttori		**0**	**€ 0**	**11**	**€ 1.606.000**	**11**	**€ 1.606.000**
Dirigente Medico Anestesista	112000	15	€ 1.680.000	6	€ 672.000	21	€ 2.352.000
Dirigente Medico Psichiatra	112000	2	€ 224.000	2	€ 224.000	4	€ 448.000
Dirigente Medico Chirurgo generale	112000	0	€ 0	3	€ 336.000	3	€ 336.000
Dirigente Medico Neuropsichiatra infantile	112000	0	€ 0	2	€ 224.000	2	€ 224.000
Dirigente Medico Neurochirurgo	112000	1	€ 112.000	1	€ 112.000	2	€ 224.000
Dirigente Medico Neurologo	112000	0	€ 0	2	€ 224.000	2	€ 224.000
Dirigente Medico Accettazione e Chirurgia d'urgenza	112000	2	€ 224.000	2	€ 224.000	4	€ 448.000
Dirigente Medico Radiologo	112000	9	€ 1.008.000	0	€ 0	9	€ 1.008.000
Dirigente Medico Radioterapista	112000	6	€ 672.000	2	€ 224.000	8	€ 896.000
Dirigente Medico Pediatra	112000	2	€ 224.000	3	€ 336.000	5	€ 560.000
Dirigente Medico Cardiologo	112000	11	€ 1.232.000	4	€ 448.000	15	€ 1.680.000
Dirigente Medico Ortopedico	112000	7	€ 784.000	2	€ 224.000	9	€ 1.008.000
Dirigente Medico Nefrologo	112000	2	€ 224.000	1	€ 112.000	3	€ 336.000
Dirigente Medico Oncologo	112000	5	€ 560.000	0	€ 0	5	€ 560.000
Dirigente Medico Medicina Interna	112000	1	€ 112.000	3	€ 336.000	4	€ 448.000
Dirigente Medico Anatomo patologo	112000	2	€ 224.000	0	€ 0	2	€ 224.000
Dirigente Medico Gastroenterologo	112000	1	€ 112.000	1	€ 112.000	2	€ 224.000
Dirigente Medico Ginecologo	112000	3	€ 336.000	0	€ 0	3	€ 336.000
Dirigente Medico Neonatologo	112000	2	€ 224.000	3	€ 336.000	5	€ 560.000

Dirigente Medico Dip. Prevenzione	112000	0	€ 0	2	€ 224.000	2	€ 224.000
Dirigente Medico Dip. Patologiche	112000	1	€ 112.000	1	€ 112.000	2	€ 224.000
Dirigente Medico Urologo	112000	1	€ 112.000	2	€ 224.000	3	€ 336.000
Dirigente Medico Legale	112000	0	€ 0	1	€ 112.000	1	€ 112.000
Dirigente Medico Medicina Trasfusionale	112000	0	€ 0	1	€ 112.000	1	€ 112.000
Dirigente Medico del lavoro	112000	0	€ 0	1	€ 112.000	1	€ 112.000
Dirigente Medico Endocrinologo	112000	0	€ 0	1	€ 112.000	1	€ 112.000
Dirigente Medico di Presidio	112000	0	€ 0	1	€ 112.000	1	€ 112.000
Dirigente Veterinario	112000	0	€ 0	1	€ 112.000	1	€ 112.000
Totale Dirigenti Medici e veterinari		**73**	**€ 8.176.000**	**48**	**€ 5.376.000**	**121**	**€ 13.552.000**
Dirigente Farmacista	95000	2	€ 190.000	0	€ 0	2	€ 190.000
Dirigente Fisico	95000	2	€ 190.000	0	€ 0	2	€ 190.000
Dirigente Biologo	95000	0	€ 0	4	€ 380.000	4	€ 380.000
Dirigente Psicologo	95000	0	€ 0	4	€ 380.000	4	€ 380.000
Dirigente Sanitario Professioni Riabilitative	95000	0	€ 0	1	€ 95.000	1	€ 95.000
Totale Dirigenti Sanitari		**4**	**€ 380.000**	**9**	**€ 855.000**	**13**	**€ 1.235.000**
Dirigente Amministrativo	93000	0	€ 0	0	€ 0	0	€ 0
Dirigente Avvocato	93000	0	€ 0	2	€ 186.000	2	€ 186.000
Totale Dirigenti PTA		**0**	**€ 0**	**2**	**€ 186.000,0**	**2**	**€ 186.000**
Infermiere professionale	44000	76	€ 3.344.000	70	€ 3.080.000	146	€ 6.424.000
Ostetrica	44000	0	€ 0	5	€ 220.000	5	€ 220.000
Tecnico radiologo	44000	17	€ 748.000	53	€ 2.332.000	70	€ 3.080.000
Tecnico prevenzione	44000	3	€ 132.000	16	€ 704.000	19	€ 836.000
Assistente Sociale	44000	0	€ 0	10	€ 440.000	10	€ 440.000
Logopedista	44000	0	€ 0	15	€ 660.000	15	€ 660.000
Educatore professionale	44000	0	€ 0	4	€ 176.000	4	€ 176.000

Totale Infermieri/Tecnici		**96**	**€ 4.224.000**	**173**	**€ 7.612.000**	**269**	**€ 11.836.000**
Collaboratore amministrativo	41000	0	€ 0	30	€ 1.230.000	30	€ 1.230.000
Programmatore informatico	41000	0	€ 0	10	€ 410.000	10	€ 410.000
Totale amministrativi/Tecnici non sanitari		**0**	**€ 0**	**40**	**€ 1.640.000**	**40**	**€ 1.640.000**
O.S.S.	**32000**	**0**	**€ 0**	**100**	**€ 3.200.000**	**100**	**€ 3.200.000**
Totale		**173**	**€ 12.780.000**	**383**	**€ 20.475.000**	**556**	**€ 33.255.000**

Tabella 10.10.AOU POLICLINICO BARI

Profilo Professionale	Costo Unitario	Assunzioni 2013		Assunzioni 2014-2015		Totale Assunzioni	
	Costo medio	Quantità	Costo medio	Quantità	Costo medio	Quantità	Costo medio
Direttore S.C. Medicina Trasfusionale	146000	1	€ 146.000	0	€ 0	1	€ 146.000
Direttore S.C. Cardiochirurgo pediatrico	146000	1	€ 146.000	0	€ 0	1	€ 146.000
Direttore S.C. Chirurgo generale	146000	1	€ 146.000	0	€ 0	1	€ 146.000
Direttore S.C. Anestesia e Rianimazione	146000	1	€ 146.000	0	€ 0	1	€ 146.000
Direttore S.C. Patologia Clinica	146000	1	€ 146.000	0	€ 0	1	€ 146.000
Direttore S.C. Epidemiologia e Statistica	146000	1	€ 146.000	0	€ 0	1	€ 146.000
Direttore S.C. Cardiologo	146000	1	€ 146.000	0	€ 0	1	€ 146.000
Totale Direttori		**7**	**€ 1.022.000**	**0**	**€ 0**	**7**	**€ 1.022.000**
Dirigente Medico Cardiochirurgo	112000	0	€ 0	1	€ 112.000	1	€ 112.000
Dirigente Medico di Pediatria	112000	0	€ 0	3	€ 336.000	3	€ 336.000
Dirigente Medico di Neurologia	112000	0	€ 0	2	€ 224.000	2	€ 224.000
Dirigente Medico di Medicina Trasfusionale	112000	0	€ 0	1	€ 112.000	1	€ 112.000
Dirigente Medico Gastroenterologo	112000	0	€ 0	1	€ 112.000	1	€ 112.000
Dirigente Medico di Nefrologia	112000	0	€ 0	1	€ 112.000	1	€ 112.000
Dirigente Medico di Patologia Clinica	112000	0	€ 0	2	€ 224.000	2	€ 224.000
Dirigente Medico Malattie Infettive	112000	0	€ 0	1	€ 112.000	1	€ 112.000
Dirigente Medico di Psichiatria	112000	0	€ 0	1	€ 112.000	1	€ 112.000
Dirigente Medico di Ostetricia e Ginecologia	112000	0	€ 0	2	€ 224.000	2	€ 224.000
Dirigente Medico di Microbiologia e Virologia	112000	0	€ 0	1	€ 112.000	1	€ 112.000

Profilo Professionale	Costo Unitario	Assunzioni 2013		Assunzioni 2014-2015		Totale Assunzioni	
	Costo medio	Quantità	Costo medio	Quantità	Costo medio	Quantità	Costo medio
Dirigente Medico di Reumatologia	112000	0	€ 0	1	€ 112.000	1	€ 112.000
Dirigente Medico di Malattie App. Respiratorio	112000	0	€ 0	5	€ 560.000	5	€ 560.000
Dirigente Medico Cardiologo	112000	0	€ 0	3	€ 336.000	3	€ 336.000
Dirigente Medico di Ortop.e Traumatologia	112000	0	€ 0	3	€ 336.000	3	€ 336.000
Dirigente Medico di Otorinolaringoiatria	112000	0	€ 0	1	€ 112.000	1	€ 112.000
Dirigente Medico Chirurgo Vascolare	112000	0	€ 0	1	€ 112.000	1	€ 112.000
Dirigente Medico di Anestesia e Rianimazione	112000	0	€ 0	14	€ 1.568.000	14	€ 1.568.000
Dirigente Medico Medicina Nucleare	112000	0	€ 0	3	€ 336.000	3	€ 336.000
Dirigente Medico di Neonatologia	112000	0	€ 0	1	€ 112.000	1	€ 112.000
Dirigente Medico di Radiodiagnostica	112000	0	€ 0	1	€ 112.000	1	€ 112.000
Dirigente Medico di Chirurgia Toracica	112000	0	€ 0	2	€ 224.000	2	€ 224.000
Dirigente Medico di Chirurgia Pediatrica	112000	0	€ 0	2	€ 224.000	2	€ 224.000
Dirigente Medico di Chirurgia Generale	112000	0	€ 0	5	€ 560.000	5	€ 560.000
Dirigente Medico di Neurochirurgia	112000	0	€ 0	4	€ 448.000	4	€ 448.000
Dirigente Medico Neuropsichiatra Infantile	112000	0	€ 0	4	€ 448.000	4	€ 448.000
Dirigente Medico Neuroradiologo	112000	0	€ 0	1	€ 112.000	1	€ 112.000
Dirigente Medico di Chirurgia Plastica	112000	0	€ 0	4	€ 448.000	4	€ 448.000
Totale Dirigenti Medici e veterinari		**0**	**€ 0**	**71**	**€ 7.952.000**	**71**	**€ 7.952.000**
Dirigente Farmacista	95000	0	€ 0	1	€ 95.000	1	€ 95.000
Totale Dirigenti Sanitari		**0**	**€ 0**	**1**	**€ 95.000**	**1**	**€ 95.000**

Profilo Professionale	Costo Unitario	Assunzioni 2013		Assunzioni 2014-2015		Totale Assunzioni	
	Costo medio	Quantità	Costo medio	Quantità	Costo medio	Quantità	Costo medio
Dirigente Amministrativo	93000	0	€ 0	4	€ 372.000	4	€ 372.000
Dirigente Ingegnere	93000	0	€ 0	1	€ 93.000	1	€ 93.000
Dirigente Analista	93000	0	€ 0	1	€ 93.000	1	€ 93.000
Totale Dirigenti PTA		**0**	**€ 0**	**6**	**€ 558.000**	**6**	**€ 558.000**
Infermiere professionale	44000	250	€ 11.000.000	150	€ 6.600.000	400	€ 17.600.000
Tecnico radiologo	44000	0	€ 0	12	€ 528.000	12	€ 528.000
Tecnico Perfusionista	44000	0	€ 0	1	€ 44.000	1	€ 44.000
Tecnico di Neurofisiopatologia	44000	0	€ 0	4	€ 176.000	4	€ 176.000
Tecnico di Laboratorio Biomedico	44000	0	€ 0	7	€ 308.000	7	€ 308.000
Fisioterapista	44000	0	€ 0	4	€ 176.000	4	€ 176.000
Totale Infermieri/Tecnici		**250**	**€ 11.000.000**	**178**	**€ 7.832.000**	**428**	**€ 18.832.000**
O.S.S.	32000	0	€ 0	80	2.560.000	80	2.560.000
Autista Ambulanza	32000	0	€ 0	8	256.000	8	256.000
O.S.S./Operatore Tecnico	**32000**	**0**	**€ 0**	**88**	**€ 2.816.000**	**88**	**€ 2.816.000**
Totale		**257**	**€ 12.022.000**	**344**	**€ 19.253.000**	**601**	**€ 31.275.000**

Tabella 10.10.AOU OSPEDALI RIUNITI FOGGIA

Profilo Professionale	Costo Unitario	Assunzioni 2013		Assunzioni 2014-2015		Totale Assunzioni	
	Costo medio	Quantità	Costo medio	Quantità	Costo medio	Quantità	Costo medio
Direttore S.C. Chirurgia Vascolare	146000		€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000
Totale Direttori		**0**	**€ 0**	**1**	**€ 146.000**	**1**	**€ 146.000**
Dirigente Medico Anestesista	112000	6	€ 672.000	6	€ 672.000	12	€ 1.344.000
Dirigente Medico Neurologo	112000	0	€ 0	2	€ 224.000	2	€ 224.000
Dirigente Medico Patologia Clinica	112000	0	€ 0	5	€ 560.000	5	€ 560.000
Dirigente Medico Radiologo	112000	0	€ 0	7	€ 784.000	7	€ 784.000
Dirigente Medico Cardiologo	112000	4	€ 448.000	0	€ 0	4	€ 448.000
Dirigente Medico di Neurofisiologia	112000	0	€ 0	1	€ 112.000	1	€ 112.000
Dirigente Medico Chirurgo Toracico	112000	0	€ 0	3	€ 336.000	3	€ 336.000
Dirigente Medico Chirurgia Pediatrica	112000	0	€ 0	2	€ 224.000	2	€ 224.000
Dirigente Medico Chirurgia Vascolare	112000	0	€ 0	4	€ 448.000	4	€ 448.000
Dirigente Medico Chirurgia Plastica	112000	0	€ 0	1	€ 112.000	1	€ 112.000
Dirigente Medico Ematologo	112000	0	€ 0	2	€ 224.000	2	€ 224.000
Dirigente Medico Medicina Interna	112000	0	€ 0	2	€ 224.000	2	€ 224.000
Dirigente Medico Medicina Nucleare	112000	0	€ 0	1	€ 112.000	1	€ 112.000
Dirigente Medico Geriatria	112000	0	€ 0	2	€ 224.000	2	€ 224.000
Dirigente Medico di Med. Chirurgia Accett. e Urgenza	112000	0	€ 0	4	€ 448.000	4	€ 448.000
Dirigente Medico di Endocrinologia	112000	0	€ 0	1	€ 112.000	1	€ 112.000

Profilo Professionale	Costo Unitario	Assunzioni 2013		Assunzioni 2014-2015		Totale Assunzioni	
	Costo medio	Quantità	Costo medio	Quantità	Costo medio	Quantità	Costo medio
Dirigente Medico Immunoematologo	112000	0	€ 0	2	€ 224.000	2	€ 224.000
Dirigente Medico di Medicina Fisica e Ribilitativa.	112000	0	€ 0	2	€ 224.000	2	€ 224.000
Dirigente Medico Neurochirurgo	112000	1	€ 112.000	1	€ 112.000	2	€ 224.000
Dirigente Medico Radioterapista	112000	2	€ 224.000	1	€ 112.000	3	€ 336.000
Dirigente Medico di Oncologia	112000	0	€ 0	1	€ 112.000	1	€ 112.000
Dirigente Medico di Oftalmologia	112000	0	€ 0	1	€ 112.000	1	€ 112.000
Dirigente Medico Neonatologo	112000	0	€ 0	4	€ 448.000	4	€ 448.000
Dirigente Medico Ortopedico	112000	0	€ 0	3	€ 336.000	3	€ 336.000
Dirigente Medico Medicina trasfusionale	112000	0	€ 0	3	€ 336.000	3	€ 336.000
Dirigente Medico di Presidio	112000	0	€ 0	2	€ 224.000	2	€ 224.000
Totale Dirigenti Medici e veterinari		**13**	**€ 1.456.000**	**63**	**€ 7.056.000**	**76**	**€ 8.512.000**
Dirigente Farmacista	95000	0	€ 0	2	€ 190.000	2	€ 190.000
Dirigente Servizi Infermieristici	95000	0	€ 0	3	€ 285.000	3	€ 285.000
Totale Dirigenti Sanitari		**0**	**€ 0**	**5**	**€ 475.000**	**5**	**€ 475.000**
Dirigente Amministrativo	93000	0	€ 0	5	€ 465.000	5	€ 465.000
Dirigente Ingegnere	93000	0	€ 0	2	€ 186.000	2	€ 186.000
Totale Dirigenti PTA		**0**	**€ 0**	**7**	**€ 651.000,0**	**7**	**€ 651.000**
Infermiere professionale	44000	30	€ 1.320.000	48	€ 2.112.000	78	€ 3.432.000
Ostetrica	44000	0	€ 0	3	€ 132.000	3	€ 132.000

Profilo Professionale	Costo Unitario	Assunzioni 2013		Assunzioni 2014-2015		Totale Assunzioni	
	Costo medio	Quantità	Costo medio	Quantità	Costo medio	Quantità	Costo medio
Tecnico radiologo	44000	0	€ 0	16	€ 704.000	16	€ 704.000
Tecnico di laboratorio biomedico	44000	0	€ 0	6	€ 264.000	6	€ 264.000
Tecnico di neurofisiopatologia	44000	0	€ 0	2	€ 88.000	2	€ 88.000
Fisioterapista	44000	0	€ 0	4	€ 176.000	4	€ 176.000
Logopedista	44000	0	€ 0	2	€ 88.000	2	€ 88.000
Totale Infermieri/Tecnici		**30**	**€ 1.320.000**	**81**	**€ 3.564.000**	**111**	**€ 4.884.000**
O.S.S.	**32000**	**0**	**€ 0**	**60**	**€ 1.920.000**	**60**	**€ 1.920.000**
Totale		**43**	**€ 2.776.000**	**217**	**€ 13.812.000**	**260**	**€ 16.588.000**

Tabella 10.10.IRCCS S. De BELLIS

Profilo Professionale	Costo Unitario	Assunzioni 2013		Assunzioni 2014-2015		Totale Assunzioni	
	Costo medio	Quantità	Costo medio	Quantità	Costo medio	Quantità	Costo medio
Direttore S.C. Chirurgo Generale	146000	0	€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000
Direttore S.C. Epidemiologo	146000	0	€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000
Totale Direttori		**0**	**€ 0**	**2**	**€ 292.000**	**2**	**€ 292.000**
Dirigente Medico Anestesista	112000	0	€ 0	4	€ 448.000	4	€ 448.000
Dirigente Medico Radiologo	112000	1	€ 112.000	1	€ 112.000	2	€ 224.000
Dirigente Medico Angiografista	112000	0	€ 0	1	€ 112.000	1	€ 112.000
Dirigente Medico Oncologo	112000	0	€ 0	3	€ 336.000	3	€ 336.000
Dirigente Medico Gastroenterologo	112000	1	€ 112.000	1	€ 112.000	2	€ 224.000
Dirigente Medico Chirurgia Generale	112000	0	€ 0	1	€ 112.000	1	€ 112.000
Totale Dirigenti Medici e veterinari		**2**	**€ 224.000**	**11**	**€ 1.232.000**	**13**	**€ 1.456.000**
Dirigente Farmacista	95000	0	€ 0	1	€ 95.000	1	€ 95.000
Totale Dirigenti Sanitari		**0**	**€ 0**	**1**	**€ 95.000**	**1**	**€ 95.000**
Dirigente Amministrativo	93000	0	€ 0	2	€ 186.000	2	€ 186.000
Dirigente Avvocato	93000	0	€ 0	1	€ 93.000	1	€ 93.000
Dirigente Analista	93000	0	€ 0	1	€ 93.000	1	€ 93.000
Totale Dirigenti PTA		**0**	**€ 0**	**4**	**€ 372.000,0**	**4**	**€ 372.000**
Infermiere professionale	44000	0	€ 0	29	€ 1.276.000	29	€ 1.276.000
Tecnico laboratorio biomedico	44000	0	€ 0	1	€ 44.000	1	€ 44.000
Totale Infermieri/Tecnici		**0**	**€ 0**	**30**	**€ 1.320.000**	**30**	**€ 1.320.000**

O.S.S.		32000	0	€ 0	30	€ 960.000	30	€ 960.000
Totale			2	€ 224.000	78	€ 4.271.000	80	€ 4.495.000

Tabella 10.10.IRCCS GIOVANNI PAOLO II

Profilo Professionale	Costo Unitario	Assunzioni 2013		Assunzioni 2014-2015		Totale Assunzioni	
	Costo medio	Quantità	Costo medio	Quantità	Costo medio	Quantità	Costo medio
Direttore S.C. Anestesista	146000	0	€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000
Direttore S.C. Chirurgo generale	146000	0	€ 0	1	€ 146.000	1	€ 146.000
Direttore S.C. Farmacista	128000	1	€ 128.000	0	€ 0	1	€ 128.000
Totale Direttori		**1**	**€ 128.000**	**2**	**€ 292.000**	**3**	**€ 420.000**
Dirigente Medico Anestesista	112000	3	€ 336.000	8	€ 896.000	11	€ 1.232.000
Dirigente Medico Radioterapista	112000	2	€ 224.000	0	€ 0	2	€ 224.000
Dirigente Medico Radiologo	112000	2	€ 224.000	1	€ 112.000	3	€ 336.000
Dirigente Medico Chirurgo	112000	1	€ 112.000	0	€ 0	1	€ 112.000
Dirigente Medico Chirurgia Senologica	112000	2	€ 224.000	0	€ 0	2	€ 224.000
Dirigente Medico Gastroenterologo	112000	0	€ 0	1	€ 112.000	1	€ 112.000
Dirigente Medico Anatomo Patologo	112000	1	€ 112.000	1	€ 112.000	2	€ 224.000
Totale Dirigenti Medici e veterinari		**11**	**€ 1.232.000**	**11**	**€ 1.232.000**	**22**	**€ 2.464.000**
Dirigente Farmacista	95000	0	€ 0	1	€ 95.000	1	€ 95.000
Dirigente Biologo	95000	0	€ 0	1	€ 95.000	1	€ 95.000
Totale Dirigenti Sanitari		**0**	**€ 0**	**2**	**€ 190.000**	**2**	**€ 190.000**
Dirigente Amministrativo	93000	0	€ 0	2	€ 186.000	2	€ 186.000

Profilo Professionale	Costo Unitario	Assunzioni 2013		Assunzioni 2014-2015		Totale Assunzioni	
	Costo medio	Quantità	Costo medio	Quantità	Costo medio	Quantità	Costo medio
Totale Dirigenti PTA		**0**	**€ 0**	**2**	**€ 186.000,0**	**2**	**€ 186.000**
Infermiere professionale	44000	12	€ 528.000	10	€ 440.000	22	€ 968.000
Tecnico radiologo	44000	6	€ 264.000	0	€ 0	6	€ 264.000
Dietista	44000	0	€ 0	1	€ 44.000	1	€ 44.000
Totale Infermieri/Tecnici		**18**	**€ 792.000**	**11**	**€ 484.000**	**29**	**€ 1.276.000**
O.S.S.	32000	0	€ 0	30	960.000	30	960.000
Ausiliari Socio Sanitari	32000	0	€ 0	16	512.000	16	512.000
O.S.S.	**32000**	**0**	**€ 0**	**46**	**€ 1.472.000**	**46**	**€ 1.472.000**
Totale		**30**	**€ 2.152.000**	**74**	**€ 3.856.000**	**104**	**€ 6.008.000**

REGIONE PUGLIA
Area Politiche per la promozione della Salute, delle Persone, delle Pari Opportunità
Cabina di Regia per gli Investimenti in Sanità

REGIONE PUGLIA

Proposta di Deliberazione della Giunta Regionale

Allegato III

PROGRAMMA OPERATIVO 2013-2015

RELAZIONE TECNICA PER IL SIVEAS – MINISTERO SALUTE

COERENZA DEGLI INTERVENTI SANITARI DELL'APQ "BENESSERE E SALUTE" (DEL. CIPE N. 79/2012) RISPETTO AL PO SALUTE 2013-2015

Indice

1. PREMESSA

1.1 IL CONTESTO DI RIFERIMENTO PER L'OFFERTA OSPEDALIERA
1.2 IL QUADRO COMPLESSIVO DEGLI INVESTIMENTI SANITARI NEL PERIODO 2007-2013

2. GLI INVESTIMENTI SANITARI NELL'APQ "BENESSERE E SALUTE"

2.1 GLI INTERVENTI PREVISTI NELL'APQ "BENESSERE E SALUTE"
2.2 GLI INVESTIMENTI DELL'APQ "BENESSERE E SALUTE" PER I NUOVI OSPEDALI
2.2.1 IL NUOVO OSPEDALE DI TARANTO
2.2.2 IL NUOVO OSPEDALE DI MONOPOLI – FASANO (SUD-EST BARESE)
2.3 GLI ALTRI INTERVENTI SANITARI DELL'APQ BENESSERE E SALUTE

1. Premessa

1.1 Il contesto di riferimento per l'offerta ospedaliera

Il Piano di Rientro 2010-2012, come approvato a seguito di sottoscrizione in data 29/11/2010 dell'Accordo tra il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze ed il Presidente della Regione Puglia *"per l'approvazione del Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, prevede, tra le iniziative finalizzate al perseguimento dell'equilibrio economico, il riordino della rete ospedaliera regionale, da cui si attendono ricadute economiche associate alla riduzione dei ricoveri, alla riduzione dei posti letto per acuti, alla trasformazione o disattivazione di stabilimenti ospedalieri.
Lo stesso Piano prevede, inoltre, che complessivamente entro il 31/12/2012 la riduzione dei posti letto da conseguire sia di 2.211 p.l., per raggiungere uno standard di 3,05 p.l. per 1000 abitanti, oltre i p.l. di riabilitazione, con un risparmio di spesa non inferiore a 68,30 milioni di euro.

Il riordino della rete ospedaliera della Regione Puglia, nell'ambito delle azioni connesse al rispetto del Piano di Rientro 2010-2012, disciplinato per la prima fase con **Reg. R. n. 18/2010** e per la seconda fase con **Reg. R. n. 11/2012**, in attuazione dell'art. 6, co. 1 della già citata Intesa Stato-Regioni 3 dicembre 2009 – Patto per la Salute 2010-2012, è finalizzato al miglioramento della qualità ed appropriatezza dell'offerta ospedaliera ed al contenimento della relativa spesa. A ciò si aggiunga che la normativa regionale adottata fissa i seguenti principi e le seguenti direttrici di lavoro:

1. Il contenimento della spesa è perseguito principalmente attraverso la riduzione dei ricoveri e la contestuale riduzione dei costi strutturali sostenuti per l'assistenza ospedaliera.
2. La razionalizzazione della rete ospedaliera con:
   a) Riduzione dei posti letto per acuti;
   b) Disattivazione di stabilimenti ospedalieri con un numero di posti letto inferiore a 70 ovvero con meno di tre unità operative per acuti (come da modello HSP 12 all'1/1/2010) ovvero sulla base dei dati complessivi di attività e del grado percentuale di utilizzo della struttura da parte dei cittadini residenti nel comune in cui insiste la struttura;
   c) Riconversione di alcuni degli stabilimenti ospedalieri disattivati di cui alla precedente lett. b) in strutture sanitarie territoriali, sulla base del fabbisogno assistenziale del territorio nonché delle risorse a disposizione e dell'attività prevalente dello stabilimento interessato;
   d) Accorpamenti e disattivazioni di Unità Operative all'interno di stabilimenti ospedalieri non ricompresi nel precedente punto b), tenendo conto di eventuali gravi carenze di organico, del tasso di occupazione medio registrato nell'ultimo triennio, del grado di inappropriatezza delle prestazioni erogate nell'ultimo triennio.

La Metodologia che la Regione ha adottato per la razionalizzazione dell'offerta è la seguente:

1. confronto della distribuzione di p.l. per disciplina – per ogni provincia – con gli standard definiti dall'Agenzia Nazionale Sanitaria (AGENAS): quantificazione numerica degli scostamenti in eccesso e in difetto;
2. produzione di una griglia di indicatori delle performance di ogni singolo reparto di tutti gli ospedali pugliesi;
3. valutazione dell'appropriatezza dell'attività di ricovero per ogni singolo reparto di tutti gli ospedali pugliesi.

In questo modo, la riduzione di posti letto è stata operata nei reparti con le performance e la valutazione di appropriatezza più sfavorevoli.

Nella ridefinizione dell'assetto della rete si è provveduto a ricondurre le dotazioni di posti letto agli standard previsti dal Piano di Salute della Regione Puglia, nonché alla ridefinizione dei punti nascita regionali, secondo le indicazioni formulate dall'apposita Commissione regionale istituita a seguito dell'emanazione delle Linee Guida Ministeriali in materia.

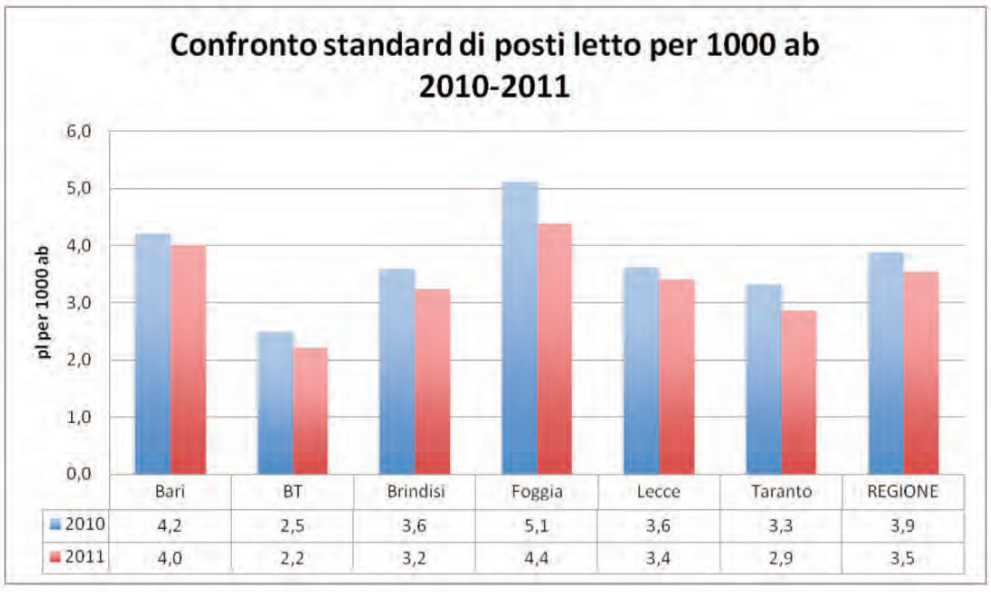
La riduzione dei p.l. è stata operata attraverso l'integrazione di due criteri:

- disattivazione dei reparti di ostetricia e ginecologia che hanno prodotto nel 2010 e nel 2011 meno di 500 parti;
- disattivazione proporzionale di p.l. in funzione della numerosità per territorio, anche sulla base delle indicazioni delle discipline in eccesso di p.l. come risultanti dall'applicazione degli standard AGENAS.

Il riordino della rete ospedaliera introdotto dal Piano di rientro prevedeva, entro il 31/12/2010 (per effetto del Reg. R. n. 18/2010), le seguenti azioni:

- disattivazione di 1.411 posti letto, di cui 1.224 per acuti e 187 per post-acuti;
- chiusura di 15 stabilimenti ospedalieri;
- riconversione di 3 stabilimenti ospedalieri in strutture sanitarie territoriali.

Tale provvedimento aveva portato ad uno standard di posti letto per 1000 abitanti pari a 3,5, di cui 0,39 dedicati alla post acuzie.



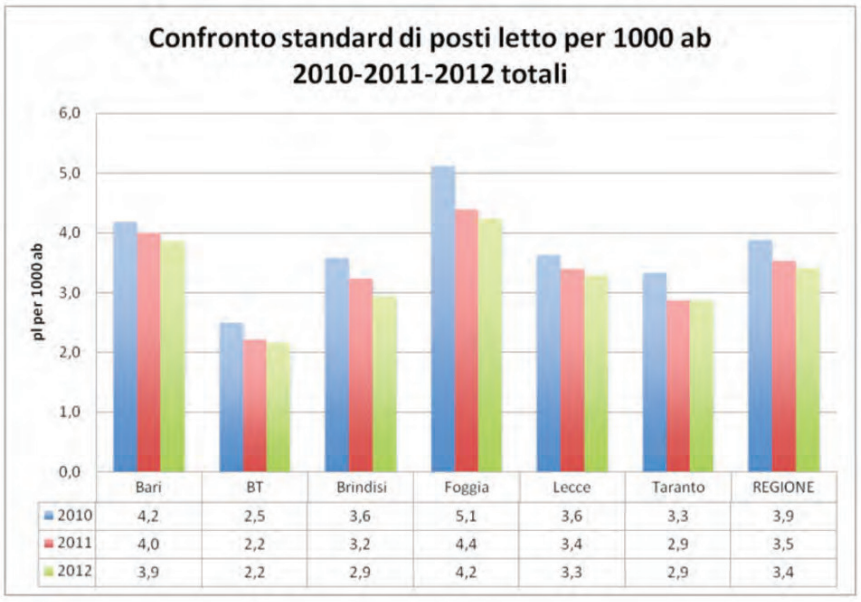
	Bari	BT	Brindisi	Foggia	Lecce	Taranto	REGIONE
2010	4,2	2,5	3,6	5,1	3,6	3,3	3,9
2011	4,0	2,2	3,2	4,4	3,4	2,9	3,5

Entro il 31/12/2012 è stata prevista (per effetto del Reg. R. n. 11/2012), inoltre, la disattivazione di 370 posti letto nelle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale, 130

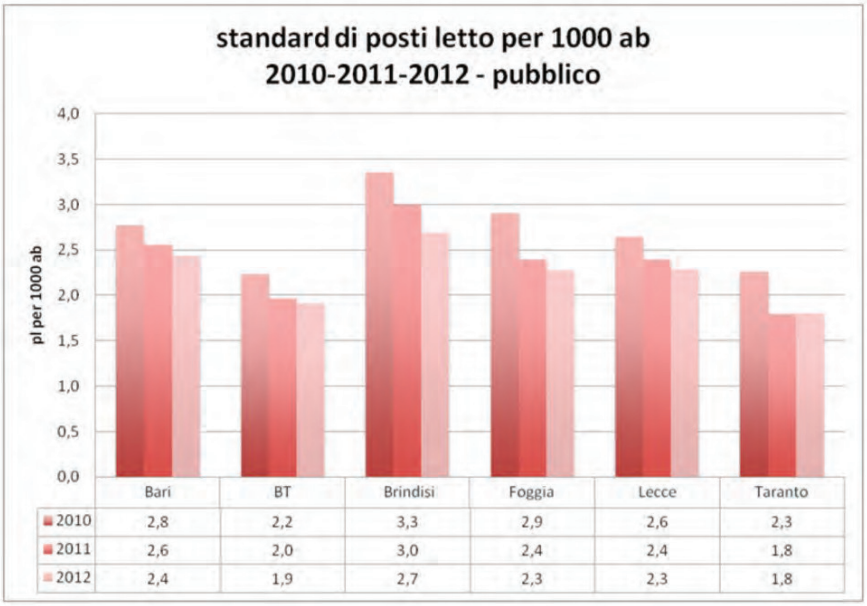
negli Enti Ecclesiastici e IRCCS privati nonché di 300 posti letto delle Case di cura private accreditate, previa revisione delle pre-intese approvate con DGR n. 813 del 13/6/2006.
Per quanto riguarda le Aziende ed Enti pubblici del Servizio Sanitario Regionale, si è proceduto a modificare ed integrare il citato Regolamento Regionale 18/2010 e s.m.i. prevedendo:

- la rimodulazione dei punti nascita sulla base sulla base delle indicazioni del succitato Accordo Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome del 16.12.2010, con riferimento al numero annuale di parti. Fa eccezione il punto nascita di Scorrano, che rimane attivo per garantire la copertura territoriale dell'attività assistenziale.
    - disattivazione di 10 Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia: Lucera, Manfredonia, Canosa, Trani, Terlizzi, Molfetta, Ostuni, Fasano, Manduria, Gallipoli, Casarano;
    - attivazione in ciascuno dei punti nascita, laddove non già previste, di UUOO neonatologiche/pediatriche
- la rimodulazione delle dotazioni di posti letto risultati in eccesso rispetto agli standard individuati dall'AGENAS per la riorganizzazione della rete ospedaliera, così come segnalato dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Economia e della Finanze con parere PUGLIA DGPROG-16/06/2011-136-P ;
- la rimodulazione delle dotazioni di posti letto per disciplina in linea con quanto stabilito dal Piano di Salute 2008-2010 della regione Puglia, approvato con la L.R. 23/2008;
- la riconversione in strutture di assistenza territoriale degli ospedali che risultavano, in esito al Reg. R . n. 18/2010, con una dotazione di posti letto inferiore a 70, quali:
    - Ospedale Jaia di Conversano (Ba) – 53 posti letto
    - Ospedale Sambiasi di Nardò (Le) – 58 posti letto;
- Il mantenimento, quali plessi aggregati ad ospedali di base, intermedio o di riferimento regionale di ospedali che risultavano, in esito al Reg. R. n. 18/2010, con una dotazione di posti letto inferiore a 70, quale:
    - Ospedale San Camillo di Mesagne (Br) – 56 posti letto;
- L'aggregazione di ospedali che risultano, in esito all'attuale rimodulazione, non in possesso di tutte le discipline necessarie per configurare un ospedale di base – come da L.R. n. 23/2008;
- L'attivazione delle strutture di riabilitazione extraospedaliera denominati "Centri Risveglio" per pazienti in stato vegetativo o coma vigile, da parte delle Aziende Sanitarie Locali, in strutture pubbliche allocate nei territori interessati dalla disattivazione degli ospedali di cui alle lettere b) e c) del comma 1 dell'art. 4 del Regolamento Regionale 18/2010 e s.m.i., nonché di cui alla lettera e) del comma 1bis dell'art. 4 del presente Regolamento e nel rispetto dei requisiti disposti dal Regolamento Regionale 2 novembre 2011, n. 24. Allo stato attuale sono già stati individuati i presidi ospedalieri di Canosa e di Ceglie Messapica.

Nei grafici che seguono è raffigurata la ulteriore evoluzione della distribuzione dei posti letto per 1000 abitanti nelle ASL pugliesi.



	Bari	BT	Brindisi	Foggia	Lecce	Taranto	REGIONE
2010	4,2	2,5	3,6	5,1	3,6	3,3	3,9
2011	4,0	2,2	3,2	4,4	3,4	2,9	3,5
2012	3,9	2,2	2,9	4,2	3,3	2,9	3,4



	Bari	BT	Brindisi	Foggia	Lecce	Taranto
2010	2,8	2,2	3,3	2,9	2,6	2,3
2011	2,6	2,0	3,0	2,4	2,4	1,8
2012	2,4	1,9	2,7	2,3	2,3	1,8

La razionalizzazione della rete ospedaliera, dunque, non può che passare attraverso la concentrazione dell'offerta più qualificata in poche strutture di riferimento regionale e aziendale di eccellenza, peraltro tenendo conto delle dinamiche già rilevate sul territorio regionale. La tabella che segue, infatti, evidenza come quasi il 50% dei ricoveri totale effettuali in Puglia è stato assorbito da soli 12 ospedali pugliesi, che sono anche quelli che costituiscono l'ossatura portante della rete ospedaliera regionale, pur necessitando di seri interventi di ammodernamento e in taluni casi di ricollocazione fuori dalle aree urbane più congestionate – si pensi al SS. Annunziata di Taranto – ovvero di presidi territoriali in grado di sostituire gli stabilimenti ospedalieri esistenti e di assicurare maggiore sicurezza, qualità e integrazione di prestazioni complesse.

Tab. 1 – Numero dei ricoveri per principali presidi ospedalieri (Dati ARES puglia, 2011)

	Ricoveri totali			Ordinari		DH	
Stabilimento	N	% sul tot	% cum	N	% sul tot or	N	% sul tot DH
AO CONS. POLICLINICO - BARI	88.504	10,3%	10,3%	54.746	8,7%	33.758	14,43%
EE CASA SOLLIEVO -S.G. ROTONDO	56.529	6,6%	16,8%	45.971	7,3%	10.558	4,51%
AO OSPEDALI RIUNITI - FOGGIA	53.949	6,3%	23,1%	34.060	5,4%	19.889	8,50%
EE MIULLI - ACQUAVIVA D. FONTI	39.343	4,6%	27,7%	26.725	4,3%	12.618	5,39%
ST SS. ANNUNZIATA - TARANTO	31.660	3,7%	31,4%	22.220	3,5%	9.440	4,04%
ST. "V. FAZZI" - LECCE	30.733	3,6%	34,9%	24.110	3,8%	6.623	2,83%
STABILIMENTO "PERRINO" - BRINDISI	29.748	3,5%	38,4%	22.109	3,5%	7.639	3,27%
EE CARDINALE PANICO - TRICASE	24.579	2,9%	41,2%	16.391	2,6%	8.188	3,50%
P.O. BARI SUD - STAB. DI VENERE - BARI	23.117	2,7%	43,9%	18.031	2,9%	5.086	2,17%
STABILIMENTO S. PAOLO - BARI	17.608	2,0%	46,0%	15.180	2,4%	2.428	1,04%
OSPEDALE CIVILE BARLETTA - (BA)	16.508	1,9%	47,9%	12.942	2,1%	3.566	1,52%
ST F. FERRARI - CASARANO	15.401	1,8%	49,7%	11.780	1,9%	3.621	1,55%
Totale complessivo	**861.049**			**627.113**	**72,8%**	**233.936**	**27,17%**

Il conseguimento dell'obiettivo complessivo di risparmio derivante dal riordino della rete dei servizi, d'altra parte, non sarebbe stato possibile esclusivamente con la logica della disattivazione di posti letto, perché è necessario intervenire in termini più incisivi ed efficaci, coniugando l'obiettivo del risparmio con quelli del miglioramento dei livelli di appropriatezza, dell'incremento di efficienza tecnico-economica mediante un incremento di produttività, di riduzione della spesa connessa alla mobilità passiva e di qualificazione complessiva dell'offerta specialistica riducendo l'inefficienza organizzativa e la carenza tecnologica e migliorando l'accessibilità delle prestazioni specialistiche sl territorio pugliese.

Il miglioramento della qualità e della appropriatezza delle prestazioni sanitarie è perseguito attraverso il trasferimento di oltre 150.000 ricoveri in *setting* assistenziali alternativi al ricovero, maggiormente adeguati alle esigenze dei pazienti e con un minor costo per la collettività, secondo lo schema di seguito rappresentato:

- trasformazione dal 10 al 15% dei ricoveri per acuti in ricoveri in lungodegenza o riabilitazione;
- trasformazione dal 35 al 40% dei ricoveri in assistenza sostitutiva nell'ambito di RSA ed *Hospice*;
- trasformazione dal 45 al 50% dei ricoveri in attività ambulatoriale, Day Services, o in prestazioni da effettuarsi nell'ambito di case della salute o presidi di salute territoriale.

La Riconversione delle strutture ospedaliere in Presidi Territoriali di Assistenza è finalizzata al perseguimento dell'assistenza territoriale integrata, secondo i principi della continuità assistenziale, delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali e attraverso la presa in carico secondo il modello "Chronic Care Model".

I risultati ad oggi ottenuti, nei Comuni coinvolti nell'applicazione del nuovo modello assistenziale, mettono in evidenza che le persone affette da patologie croniche ricevono assistenza guidata e personalizzata attraverso la presa in carico globale.

Si è ritenuto opportuno, pertanto, accelerare il processo di diffusione di detto modello assistenziale in tutti i Distretti della Puglia (terza fase) e proporlo come "*Modello* ordinario *di Gestione dei Protocolli Diagnostico- Terapeutici e Assistenziali (PDTA)* per la presa in carico della *Persona* affetta da patologie a lungo termine".

In quest'ultima fase le figure infermieristiche coinvolte sono quelle presenti nelle forme di Associazionismo Medico e presso gli Ambulatori Distrettuali.

L'obiettivo strategico è quello di riqualificare la rete dei servizi distrettuali, all'interno della quale si colloca la progettazione dei PTA (Presidi Territoriali di Assistenza).

Per ciascuno dei comuni in cui si è proceduto alla riconversione della struttura ospedaliera si riporta la tabella riepilogativa riportante le attività realizzate nella struttura da riconvertire (servizi che sono stati trasferiti da altre sedi o di nuova attivazione) o programmate (attività sanitarie da attivare o da trasferire da altre sedi).

Sintesi dello stato di avanzamento della Riconversione delle strutture ospedaliere in Presidi Territoriali di Assistenza all'interno della Struttura Complessa Cure Primarie
R.R. n. 6/2011 - (Legge n. 189 del 8 novembre 2012)

ASL	Comuni	Servizi Distrettuali													Servizi Dipartimentali Territoriali						
		Sede DSS	Spec. Ambul	Day Service	Amb. Inferm	Rx Lab. Terr.	Consultorio	P.U.A Associaz.mo MMG	Associaz.mo PLS	Cont.tà Assis.le	H di Com.ità	Hospice	R.S.A	Farm.ca Territ	CSM	Ser.T.	Riab.	Igiene e Prev.ne	P.P.I.	118
BA	Bitonto	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI		SI	SI	SI**		SI					SI	SI
BA	Conversano (*)		SI	SI																
BA	Gioia Del Colle	SI	SI	SI															SI	
BA	Grumo Appula	SI	SI			SI				SI		SI							SI	
BA	Noci		SI			SI	SI			SI							SI		SI	
BA	Rutigliano		SI			SI								SI	SI		SI		SI	
BA	Ruvo Di Puglia	SI	SI				SI			SI				SI	SI				SI	SI
BA	Santeramo in Colle		SI			SI								SI					SI	
BR	Ceglie Messapica		SI	SI	SI	SI				SI	SI								SI	SI
BR	Cisternino		SI	SI		SI				SI	SI								SI	SI
BT	Minervino Murge		SI		SI	SI						SI	SI				SI		SI	
BT	Spinazzola		SI		SI	SI					SI		SI				SI		SI	
FG	Monte Sant'Angelo		SI			SI				SI			SI						SI	SI
FG	San Marco in Lamis	SI	SI		SI	SI		SI		SI			SI	SI					SI	SI
FG	Torremaggiore		SI			SI					SI	SI	SI		SI				SI	
LE	Campi Salentina		SI		SI	SI					SI				SI				SI	
LE	Gagliano Del Capo		SI			SI	SI				SI				SI				SI	
LE	Maglie		SI		SI	SI									SI				SI	
LE	Nardò (*)																			
LE	Poggiardo		SI																SI	
TA	Massafra	SI	SI	SI	SI	SI		SI		SI	SI				SI				SI	
TA	Mottola		SI	SI			SI										SI		SI	SI
	Totale																			

(*) Ospedali riconvertiti in Strutture di Assistenza Territoriale dal secondo Piano di Riordino della Rete Ospedaliera (DGR n. 1110 del 05 giugno 2012);

1.2 Il quadro complessivo degli investimenti sanitari nel periodo 2007-2013

In considerazione della necessità di pervenire ad una razionalizzazione del settore, il perseguimento degli obiettivi del Piano di Rientro 2010-2012 della Regione Puglia ha richiesto, tra l'altro, di intraprendere un **programma di investimenti** che consentisse alla rete ospedaliera pugliese di compiere un definitivo salto di qualità lungo le seguenti direttici:

- la realizzazione di pochi grandi ospedali di riferimento aziendali, capaci di completare l'offerta e sostituire presidi e stabilimenti ospedalieri obsoleti o non più nelle condizioni di operare in condizioni di sicurezza e qualità, date le loro dimensioni e le loro collocazioni in contesti urbani già troppo congestionati;
- l'ammodernamento e il potenziamento tecnologico dei presidi ospedalieri di eccellenza e di riferimento regionale, per ridurre la mobilità passiva, incrementare le attività di prevenzione e ridurre le liste d'attesa per esami diagnostici specialistici;
- la riconversione di presidi e stabilimenti ospedalieri che possono accogliere centri territoriali di salute ovvero piastre poliambulatoriali di terzo e secondo livello, secondo quanto già definito dal Piano Regionale di Salute (di cui alla l.r. n. 23/2008), nonché altre strutture sanitarie territoriali in grado di incidere sul tasso di in appropriatezza dei ricoveri (p.l. di hospice, RSA, riabilitazione);
- il completamento della rete dei servizi sanitari territoriali e distrettuali con poliambulatori di I, II e III livello, consultori, centri di salute territoriale, sedi per la medicina di gruppo e la continuità assistenziale.

La prima fase del programma di investimenti della Regione Puglia, che ha preso forma intorno al 2008 e va via via completandosi nel corrente anno 2013, affonda le sue radici in realtà nel lavoro già avviato dal 2005 con le sole risorse che all'epoca erano disponibili, cioè quelle dell'Accordo di Programma 2004 tra Ministero per la Salute e Regione a valere sull'art. 20 della l.n. 67/1988, oltre a risorse marginali sul Fondo Sanitario Nazionale e Regionale e sull'art. 71 della l. n. 448/1998, ed ha trovato le risorse necessarie per dare avvio al rafforzamento dell'offerta sanitaria territoriale a valere sui fondi FESR di cui all'Asse III del PO FESR 2007-2013 della Puglia, che ha stanziato 190 milioni di euro per nuovi investimenti. In particolare gli interventi ammessi a finanziamento a valere sui fondi UE sono strettamente riconducibili al potenziamento dell'offerta sanitaria territoriale, sia con il potenziamento tecnologico dei poliambulatori distrettuali sia con la realizzazione di nuovi presidi di salute territoriali, anche mediante riconversione dei presidi ospedalieri dismessi.

La seconda fase del programma di investimenti è quella che comincia nel secondo semestre 2012, e cioè all'indomani della definizione del regolamento per il completamento del riordino della rete ospedaliera regionale (Reg. R. n. 11/2012), quando sono quindi assunte tutte le decisioni connesse alla chiusura di stabilimenti ospedalieri, alla riconversione di alcuni di questi in presidi di salute territoriale e alla razionalizzazione della rete ospedaliera con una maggiore concentrazione dell'offerta per incrementare i livelli di sicurezza, di qualità, di efficienza richiesti ad una sanità moderna.
Rispetto alla prima fase del programma di investimenti che sta seguendo parallelamente l'attuazione del Piano di Rientro regionale e del Piano di Riordino della Rete Ospedaliera, la seconda fase si connota per una piena integrazione con altre risorse finanziarie che affiancano i fondi FESR, in particolare con riferimento alle risorse ex art. 20 l.n. 67/1988 teoricamente assegnate alla disponibilità della Regione Puglia (con riferimento alle Del.

CIPE n. 97 e 98 del 2008) e alle risorse del Fondo Sviluppo e Coesione di cui alla Del. CIPE n. 92 del 2 agosto 2012, oltre alle risorse del Bilancio autonomo regionale poste a cofinanziamento del piano di investimenti complessivo.

Infatti con **Del. G.R. n. 1725 del 7 agosto 2012** la Regione Puglia ha provveduto ad approvare il Documento programmatico elaborato con Metodologia MExA recante la proposta complessiva di realizzazione dei **nuovi presidi ospedalieri** necessari a completare il disegno della rete delle strutture di riferimento lungo la dorsale adriatica e lungo la dorsale interna nord-sud, come di seguito indicati:

1- il nuovo Ospedale nella ASL BT, denominato "nuovo Ospedale di Andria", allocato lungo la direttrice Andria – Corato (ex SS98) in prossimità dell'incrocio con la direttrice Andria – Canosa, e quindi al servizio dei Comuni dei distretti sociosanitari di Andria, di Canosa e, in parte, di Trani e Corato;
2- il nuovo Ospedale del nord barese (ASL BA-BT), denominato "nuovo Ospedale del Nord-Barese", a ridosso della SS16bis e in posizione baricentrica rispetto ai principali Comuni della conca nord-barese (Trani, Bisceglie, Molfetta, Giovinazzo, Corato, Ruvo, Terlizzi);
3- il nuovo Ospedale del sud-est barese (ASL BA-BR), ovvero intermedio tra Bari e Brindisi, allocato in un'area al confine tra le province BA e BR, a ridosso della SS16, tra Monopoli e Fasano, e in posizione baricentrica rispetto ai principali Comuni del sud-est barese, dell'area nord-brindisina e della Valle d'Itria;
4- il nuovo Ospedale dell'area jonica, a Taranto (ASL TA), denominato "nuovo Ospedale S. Cataldo di Taranto", allocato in un'area a ridosso del centro abitato e fuori dal nucleo urbano più congestionato, in Via A. Sordi nel quartiere Solito - Corvisea di Taranto, sulla direttrice verso Grottaglie e vicino all'area già interessata dai lavori per la realizzazione della Tangenziale Sud Taranto – Avetrana;
5- il nuovo Ospedale del sud Salento (ASL LE), denominato "nuovo Ospedale del Salento", allocato in un'area compresa tra i Comuni di Maglie e di Melpignano, in posizione strategica sulla direttrice Maglie-S.M.di Leuca, per servire in modo efficace tutti i Comuni dei distretti di Maglie, Poggiardo e Martano, ma capace di interessare, per la sua accessibilità, anche molti Comuni nei distretti di Casarano, Gallipoli, Galatina e Nardò, soprattutto più distanti dall'area jonica.

Inoltre, a seguito della **Del. CIPE n. 92 del 3 agosto 2012** che ha programmato le risorse residue del FSC 2000-2006 e 2007-2013 relative alla Regione Puglia per un importo complessivo pari a 1.334,9 milioni di euro di cui 1.254,5 Meuro a valere sul FSC 2007-2013 e 80,4 Meuro a valere sulle economie del Fondo Sviluppo e Coesione (FSC) 2000-2006 per il finanziamento di interventi prioritari nei settori strategici regionali della promozione di impresa, sanità, riqualificazione urbana, sostegno alle scuole e Università, con **Del. G. R. n. 2787 del 14 dicembre 2012** la Giunta Regionale ha, tra l'altro, preso atto del quadro di interventi ammessi a finanziamento a valere sulle risorse del FSC di cui alla Delibere CIPE n. 92/2012 da attuare, ai sensi della Delibera Cipe 41/2012 (punto 3.1) mediante la stipula di specifico APQ rafforzato.

2. Gli investimenti sanitari nell'APQ "Benessere e Salute"

2.1 Gli interventi previsti nell'APQ "Benessere e Salute"

La suddetta Del. G.R. n. 2787/2012 prende atto che all'APQ "Benessere e Salute" è assegnata una dotazione finanziaria pari a 302 Meuro a valere sulla Del. CIPE n. 92/2012. Detta dotazione finanziaria tra l'altro avvia il percorso di concreta realizzazione del piano di investimenti ospedalieri, a cominciare dai due interventi ospedalieri sotto riportati e ritenuti prioritari tra quelli già selezionati con il Documento Programmatico MExA, visto il valore strategico per la rete ospedaliera regionale di un nuovo presidio ospedaliero nell'area della città di Taranto e nel territorio intermedio tra Bari e Brindisi al fine di garantire l'accessibilità delle prestazioni ospedaliere in termini di qualità e di equità per la popolazione residente:

a) Euro 150.000.000,00 per la realizzazione dell'Ospedale San Cataldo-Taranto (finanziamento integrato dal cofinanziamento regionale parti a 57,5 Meuro da Bilancio autonomo regionale);

b) Euro 80.000.000,00 per la realizzazione del nuovo Ospedale situato tra Monopoli e Fasano lungo la direttrice adriatica a sud di Bari.

In particolare a valere sull'APQ "Benessere e Salute" sono stati programmati i seguenti interventi di edilizia sanitaria per un importo complessivo di Euro 252.000.000,00 a valere sul FSC di cui alla Del. CIPE n. 92/2012:

Interventi di edilizia sanitaria	Soggetto attuatore	Risorse CIPE 92/2012 (milioni di euro)
Costruzione Nuovo Ospedale della città di Taranto "San Cataldo"	ASL TA	€ 150.000.000,00
Costruzione Nuovo Ospedale della Valle d'Itria (Monopoli-Fasano)	Regione Puglia - ASL BA	€ 80.000.000,00
Adeguamento sismico e Rifunzionalizzazione del Plesso "Maternità" OO.RR. Foggia	Azienda Ospedaliera OO.RR. di Foggia	€ 10.000.000,00
Realizzazione del Centro Grandi Ustionati - Ospedale Perrino di Brindisi	ASL BR	€ 6.000.000,00
Potenziamento diagnostica per immagini per l'Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII (Bari)	Azienda Ospedaliera Policlinico di Bari	€ 4.000.000,00
Potenziamento dell'assistenza specialistica territoriale	ASL FG	€ 2.000.000,00
TOTALE DEL. CIPE N. 92/2012		**€ 252.000.000,00**

Va evidenziato che i due interventi relativi ai nuovi ospedali di Taranto e del Sud-Est barese rispondono agli obiettivi generali, che discendono dal Piano di Riordino della Rete Ospedaliera e sono stati richiamati anche nel Programma Operativo di Salute 2013-2013, che seguono:

- razionalizzazione della rete ospedaliera, con la riduzione dei presidi ospedalieri preesistenti
- qualificazione dell'offerta ospedaliera, con la concentrazione di discipline specialistiche mediche e chirurgiche e i relativi percorsi assistenziali e di cura.

Gli stessi vengono di seguito più analiticamente descritti.

2.2 Gli investimenti dell'APQ "Benessere e Salute" per i Nuovi Ospedali

2.2.1 Il Nuovo Ospedale di Taranto

Il nuovo Ospedale di Taranto è destinato a diventare la struttura ospedaliera di riferimento per la zona più densamente abitata dell'area jonica, in cui dovranno confluire le attività attualmente svolte nei presidi di Taranto (Ospedale SS. Annunziata) e di Statte (Ospedale S. Giuseppe Moscati), già tra loro funzionalmente interconnessi, e nel presidio ospedaliero di Grottaglie garantendo in tal modo, grazie alla concentrazione in un'unica grande struttura di tutte le discipline specialistiche e delle discipline di base, nonché delle attività di emergenza-urgenza e delle terapie intensive, l'eliminazione della duplicazione dei servizi di supporto, di reparti piccoli e non sufficientemente efficienti, e la concentrazione della attività di gestione amministrativa.

Rispetto ai presidi ospedalieri esistenti, in relazione alle determinazioni già assunte con il Regolamento Regionale n. 11 del 7 giugno 2012, che disciplina la seconda fase di attuazione del Piano di Riordino Ospedaliero della Regione Puglia, i posti letto che sono destinati ad essere assorbiti dal nuovo presidio ospedaliero sono:

Ospedale di Taranto "SS. Annunziata"+ "S.G. Moscati"	n. 526 p.l.
Ospedale di Grottaglie	n. 112 p.l.

per un totale di 638 p.l. da assorbire nella nuova realizzazione, con l'opportunità di completare l'offerta di posti letto e prestazioni per discipline specialistiche oggi carenti nell'area, rispetto ai 673 pl complessivi ante revisione di cui al Reg. R. n. 11/2012.

La localizzazione dell'area destinata ad accogliere il nuovo ospedale è stata individuata tenendo conto della piena accessibilità da parte da un bacino di utenza ampio, di circa 370.000 abitanti residenti in un'area che ha un tempo di percorrenza medio di circa 21 minuti dalla sede del costruendo ospedale, e che va oltre la sola città di Taranto, che pure costituisce il riferimento principale, e che essa stessa ha bisogno di una struttura più ampia e raggiungibile, attesa la collocazione attuale del SS. Annunziata, in un contesto urbano.

Con riferimento all'offerta ospedaliera esistente, va evidenziato quanto segue:

1- il SS. Annunziata di Taranto è oggi (prima dell'attuazione del Reg. R. n. 11/2012) un ospedale di 374 posti letto ormai obsoleto, che non offre standard alberghieri adeguati ed eroga prestazioni di livello basso/intermedio; inoltre il presidio è allocato nel centrale quartiere Borgo della città di Taranto, in un'area fortemente congestionata e difficilmente accessibile dalle zone limitrofe della città, pur rappresentando il presidio centrale di Taranto il punto di accesso ai servizi sanitari più importante della provincia;

2- il S. G. Moscati di Statte è una struttura che versa in migliori condizioni, dotata di 199 posti letto (prima dell'attuazione del Reg. R. n. 11/2012), che in parte duplicano alcune discipline già presenti nello stabilimento principale ed in parte ne completano l'offerta;

3- il P.O. di Grottaglie è un ospedale dotato di 100 posti letto(prima dell'attuazione del Reg. R. n. 11/2012), ubicato nel centro abitato del Comune di Grottaglie, eroga prestazioni di livello basso/intermedio e offre standard alberghieri inadeguati e non suscettibili di migliorie, in quanto la struttura, per le sue dimensioni e tipologia, non consente interventi di adeguamento.

Le tre strutture non erogano prestazioni sanitarie nell'area delle post-acuzie, sono complessivamente dotate di n. 14 sale operatorie, lontane evidentemente dall'efficienza tecnica ed economica di utilizzo, e si stima che la sola manutenzione ordinaria incide sui costi di gestione per circa 2.850.000 euro in media per anno.
I tre presidi, dal punto di vista strutturale, non rispondono sicuramente alla nuova normativa antisismica, né risulta ipotizzabile un loro adeguamento, sia da un punto di vista economico che tecnico. Nonostante gli interventi di adeguamento alle normative di sicurezza ed antincendio eseguiti, i suddetti presidi non sono attualmente dotati di certificati di prevenzione incendi per l'intera attività.

Il nuovo Ospedale di Taranto, in considerazione del fabbisogno, degli standard AGENAS e dell'offerta esistente, dell'assorbimento delle strutture esistenti come sopra individuate e della potenziale capacità di assorbimento di ulteriore domanda dalle aree limitrofe, sarà dimensionato per 715 posti letto in totale , dettagliati come di seguito:

Attività	Posti letto	Ripartizione
Degenze	615	Degenze Ordinarie: 585 Degenze Terapia Intensiva: 30
Attività Diurna	70	Day Hospital: 40 Day Surgery: 30
Post-acuzie	30	
Letti tecnici	44	Dialisi: 24 Culle: 20

Per questa configurazione si rileva la piena coerenza con il Piano di Riordino della Rete Ospedaliera, atteso che per la ASL TA lo stesso prevede una significativa riduzione dei posti letto (da 1.313 a 1.046) attraverso la chiusura dei due ospedali di Mottola e Massafra, per i quali sono stati già avviati i processi di riconversione in presidi di salute territoriale, con poliambulatori e medicina di gruppo, insieme ad una parziale riorganizzazione dei posti letto per conseguire primari obiettivi di risparmio.
A regime, dunque, al termine della attuazione del Piano di Rientro 2010-2012, per l'area tarantina considerando insieme l'offerta di posti letto pubblici e di posti letto privati, lo standard di posti letto per 1000 abitanti che era di 3,3 ‰ nel 2010, per effetto delle scelte di razionalizzazione funzionali al Piano di rientro, scende a fine 2012 allo standard di 2,9‰, che è inferiore al 3,7‰ fissato a livello nazionale e al 3,4‰ che rappresenta lo standard medio regionale.
Dunque non solo esiste lo spazio per una struttura di medio-grandi dimensioni nell'area tarantina, ma la stessa è anche strettamente necessaria per ridurre la mobilità passiva o extraregionale, la mobilità intraregionale verso altre ASL e la domanda di salute ancora insoddisfatta per la popolazione tarantina, già fortemente sollecitata – per le patologie oncologiche e quelle delle malattie dell'apparato respiratorio – dalla grave situazione di
La costruzione del nuovo ospedale, accompagnata da un contestuale potenziamento delle strutture distrettuali, consentirà di raggiungere i seguenti benefici:

i. Migliore accessibilità da parte dell'utenza cittadina e territoriale grazie ad un idoneo potenziamento della rete infrastrutturale;
ii. Diminuzione dei costi di manutenzione grazie alla realizzazione di strutture ed impianti con tecnologie avanzate e più efficienti dal punto di vista energetico;
iii. Possibilità di accorpamento di reparti che attualmente risultano presenti in entrambe le strutture che saranno riconvertite e conseguente riduzione del personale sanitario;

iv. Possibilità di ampliare i servizi sanitari con l'acquisto di nuove tecnologie in grado di aumentare il livello di attrazione, la riduzione della mobilità passiva e delle liste d'attesa.

Indicatori di progetto

Dati Dimensionali relativi al nuovo ospedale	DATI
N° Posti Letto totali	715
N° Posti Letto chirurgici	290
N° Posti letto Day Hospital – Day Surgery	70
N° Piani fuori terra	4
N° Piani entro terra	1
Altezza totale (m)	22.50
Superficie dell'area (mq)	220.000
Superficie totale coperta (mq)	90.000
Superficie per posto letto (mq)	125,8
Superficie lorda F.T. (mq)	55.000
Superficie per aree a basso contenuto tecnologico (mq)	13.000
Superficie per aree a medio contenuto tecnologico (mq)	35.000
Superficie per aree ad alto contenuto tecnologico (mq)	42.000
Num. Sale operatorie	11
Costo totale dell'opera (incluse le principali dotazioni tecnologiche di base, l'acquisizione dell'area e la sistemazione delle aree esterne)	207.500.000,00 euro
Costo per p.l. (inclusi i p.l. in DH)	209.000,00 euro
Costo per mq di superficie coperta	2,305,00 euro

Comfort ambientale e rispondenza ai requisiti strutturali minimi per l'accreditamento	DATI	NOTE
N° Camere di degenza	368	*Tutti i reparti di degenza saranno realizzati secondo quanto previsto dal DPR 37/97 e dalle linee guida di accreditamento della Regione Puglia. Gli spazi riservati agli spogliatoi saranno centralizzati al piano seminterrato.
N° Camere di degenza con bagno interno	368	
N° Camere operatorie	11	
N° Camere travaglio/parto	8	
Presenza soggiorno pazienti nelle aree di degenza	SI	
Presenza spazi per il personale nelle aree di assistenza	SI	
Presenza spazi di attesa nelle diverse aree di assistenza	SI	
Presenza di adeguati spazi di supporto nelle aree assistenziali (depositi sporco, pulito, attrezzature, medicherie, zona lavoro infermieri, stanze medici, ecc)	SI	
Presenza di spogliatoi per il personale	SI*	
Presenza di adeguati spazi per i servizi generali (cucina, lavanderia, sterilizzazione, farmacia e presidi, magazzini generali, ecc)	SI	
Presenza degli spazi di servizio richiesti per le sale operatorie	SI	

Di seguito si illustrano i posti letto previsti per il nuovo ospedale distinti per specialità, considerando il totale dei p.l., sia quelli per ricoveri ordinari che per ricoveri in DH e DS:

Discipline	Posti Letto
Cardiologia	24
Chirurgia generale	48

Chirurgia plastica	15
Chirurgia toracica	15
Chirurgia vascolare	20
Ematologia	26
Malattie endocrine	10
Geriatria	20
Malattie infettive e tropicali	25
Medicina generale	72
Nefrologia	10
Neurochirurgia	24
Neurologia	30
Oculistica	10
Ortopedia e traumatologia	60
Ostetricia e Ginecologia	60
Otorinolaringoiatra	14
Pediatria	20
Psichiatria	30
Urologia	20
Terapia intensiva	20
Unità coronarica	14
Gastroenterologia	15
Neonatologia	22
Oncologia	26
Pneumologia	30
Terapia intensiva neonatale	10
Unità spinale	10
Lungodegenza	15
TOTALE	**715**

Per il nuovo ospedale si prevede, inoltre, la seguente dotazione di grandi macchine, che consentirà la sostituzione delle macchine già presenti (in parte già obsolete o che lo diventeranno alla data di realizzazione del nuovo ospedale), nonché il contestuale potenziamento dei livelli quantitativi e qualitativi di assistenza sanitaria.

n. 3 Acceleratori lineari;
n. 1 TAC Simulatore;
n.1 IORT;
n. 1 Sala predisposta per Cyberknife;
n. 2 Gamma camere;
n. 1 PET/TAC;
n. 3 RMN;
n. 4 Tac;
n. 1 Angiografo Biplano;
n. 2 Angiografi.

Non da ultimo va evidenziato che l'intera area jonica è già interessata da interventi di riqualificazione dell'offerta sanitaria territoriale extraospedaliera, con il potenziamento di poliambulatori e di presidi di salute territoriale, anche al fine di riqualificare altri plessi di proprietà della ASL TA, ma soprattutto per potenziare l'offerta di prestazioni post-acuzie e a valenza sociosanitaria.

2.2.2 Il Nuovo Ospedale di Monopoli – Fasano (Sud-est Barese)

Il nuovo Ospedale della Valle d'Itria è necessario nell'area al confine tra le ASL di Bari e Brindisi, per potenziare l'offerta ospedaliera di livello intermedio al servizio di città molto importanti del sud-est barese e della Valle d'Itria, come Monopoli, Fasano, Conversano, al fine di sostituire i presidi ospedalieri esistenti che non hanno più possibilità di poter essere riqualificati e potenziati, essendo ubicati a ridosso dei centri storici delle città di Monopoli e Fasano, e in parte anche in strutture di pregio sottoposte a vincoli.

Rispetto ai presidi ospedalieri esistenti, in relazione alle determinazioni già assunte con il Regolamento Regionale n. 11 del 7 giugno 2012, che disciplina la seconda fase di attuazione del Piano di Riordino Ospedaliero della Regione Puglia, i posti letto che sono destinati ad essere assorbiti dal nuovo presidio ospedaliero sono in prima battuta:

Ospedale di Monopoli "S. Giacomo"	n. 157 p.l.
Ospedale Civile di Fasano	n. 70 p.l.
Ospedale di Conversano "F. Jaia"	n. 53 p.l. (disattivato a giugno 2012)

per un totale di 280 p.l. da assorbire nella nuova realizzazione, che sarà dimensionata per 299 posti letto in totale, con l'opportunità di completare l'offerta di posti letto e prestazioni per discipline specialistiche oggi carenti nell'area, rispetto ai 326 pl complessivi ante revisione di cui al Reg. R. n. 11/2012. Si deve, peraltro, considerare che gravitano nell'area Comuni quali Alberobello, Locorotondo, Ceglie Messapica, Polignano che sono privi di uno stabilimento ospedaliero e che, nei mesi centrali dell'anno vedono incrementata significativamente la presenza di residenti e villeggianti, così come vi sono Comuni quali Ostuni e Martina Franca, che pur avendo un proprio presidio ospedaliero (immobili tuttavia di una certa vetustà), si rivolgono all'offerta ospedaliera del proprio territorio solo per il 39% e il 54% rispettivamente dei ricoveri, e che vista la collocazione proposta per il nuovo ospedale del Sud-Est barese e la piena accessibilità da un'area ben più vasta, grazie al sistema viario presente (SS 16) e in corso di ammodernamento (SS172).
Con riferimento ai principali Comuni dell'area ricadente in una distanza media di percorrenza di 25 minuti dalla sede del costruendo ospedale, il bacino di popolazione di riferimento per il nuovo ospedale di Monopoli-Fasano o del Sud-Est barese è pari a circa 225.000 abitanti, caratterizzato peraltro da un sensibile incremento nella stagione estiva per una presenza turistica diffusa in tutta l'area, sia costiera che interna.

Va evidenziato che è già stata realizzata, all'indomani della sua chiusura nel giugno 2012, la riconversione dello stabilimento ospedaliero di Conversano in Poliambulatorio di III livello che sta vedendo un significativo potenziamento dell'offerta specialistica (PMA di I e II livello, numerosi ambulatori, ec...), anche grazie agli investimenti realizzati a valere sui fondi FESR 2007-2013 per la realizzazione delle opere di riqualificazione e per l'acquisizione di maggiori dotazioni tecnologiche

I due presidi esistenti di Monopoli e Fasano, invece, presentano allo stato attuale dal punto di vista strutturale, forti carenze sia rispetto alla nuova normativa antisismica, che non rende ipotizzabile un loro pieno adeguamento, sia da un punto di vista economico che tecnico. Nonostante gli interventi di adeguamento alle normative di sicurezza ed

antincendio eseguiti, i suddetti presidi non sono attualmente dotati di certificati di prevenzione incendi per l'intera attività.
Le due strutture preesistenti sono complessivamente dotate di n. 5 sale operatorie, lontane evidentemente dall'efficienza tecnica ed economica di utilizzo, e si stima che la sola manutenzione ordinaria incide sui costi di gestione per circa 700.000 euro in media per anno.

Con il nuovo Presidio Ospedaliero del Sud-Est barese le strutture obsolete ricomprese nel territorio dell'intervento potranno essere riconvertite per la ridefinizione dei servizi territoriali, ad esempio, attraverso la realizzazione di Case della Salute/Presidi Territoriali della Salute al fine di erogare servizi di prevenzione, di diagnostica specialistica e di interventi in day surgery che non richiedano il ricorso al ricovero ospedaliero, indirizzando il cittadino ad un uso più appropriato dei servizi sanitari.
L'obiettivo del progetto è quello di realizzare, dunque, una nuova struttura ospedaliera che garantisca standard architettonici, gestionali ed organizzativi di eccellenza al fine di fornire una risposta adeguata ai bisogni di salute della popolazione e di ridimensionare le criticità fin qui evidenziate.
La costruzione del nuovo ospedale è mirata a soddisfare le esigenze di una sanità moderna organizzata con adeguate strutture ospedaliere e di base territoriali, in grado di rispondere all'esigenza sanitaria. La nascita del nuovo ospedale favorirà il potenziamento delle strutture sanitarie territoriali ed in particolare dei medici di base, attraverso la riconversione delle strutture ospedaliere che verranno dismesse.
Per la ASL di Bari e per la ASL di Brindisi il Piano di riordino, approvato nel 2010 e così come aggiornato da ultimo con il Reg.R. n. 11/2012, prevede una significativa riduzione dei posti letto:

- da 1.206 a 1.085 per la ASL BR
- da 1.560 a 1.418 per la ASL BA (cui devono aggiungersi i 1.392 p.l. dell'A.O. U. Policlinico e i 1.053 p.l. degli IRCCS presenti sul territorio della ASL e l'EE Miulli di Acquaviva), dopo la chiusura degli ospedali di Bitonto e Ruvo di Puglia nel nord barese e Santeramo in Colle nell'area murgiana (già disattivati al 31.12.2010), di Conversano e Gioia del Colle nel sud-est barese (disattivati tra il 2011 e il 2012), per i quali sono stati già avviati i processi di riconversione in presidi di salute territoriale, con poliambulatori e medicina di gruppo, insieme ad una parziale riorganizzazione dei posti letto per conseguire primari obiettivi di risparmio.

A regime, dunque, al termine della attuazione del Piano di Rientro 2010-2012, per l'area barese, considerando insieme l'offerta di posti letto pubblici e di posti letto privati, lo standard di posti letto per 1000 abitanti che era di 4,2‰ nel 2010, per effetto delle scelte di razionalizzazione funzionali al Piano di rientro, hanno portato a fine 2012 lo standard nella ASL BA a 3,9‰, che è superiore solo formalmente al 3,7‰ fissato a livello nazionale, considerata la presenta dell'A.O. Policlinico, e al 3,4‰ che rappresenta lo standard medio regionale. Per l'area brindisina, invece, considerando insieme l'offerta di posti letto pubblici e di posti letto privati, lo standard di posti letto per 1000 abitanti che era di 3,6‰ nel 2010, per effetto delle scelte di razionalizzazione funzionali al Piano di rientro, hanno portato a fine 2012 lo standard nella ASL BR a 2,9‰, che è inferiore al 3,7‰ fissato a livello nazionale, e al 3,4‰ che rappresenta lo standard medio regionale.

Dunque non solo esiste lo spazio per una struttura di medie dimensioni nell'area situata tra le ASL di Bari e Brindisi a ridosso della fascia adriatica e del Sud-Est barese, ma la stessa è anche strettamente necessaria per ridurre la mobilità passiva o extraregionale, la mobilità intraregionale verso altre ASL e la domanda di salute ancora insoddisfatta per la popolazione dell'area.
Il nuovo Ospedale della Valle d'Itria, in considerazione del fabbisogno, degli standard AGENAS e dell'offerta esistente, dell'assorbimento delle strutture esistenti come sopra individuate e della potenziale capacità di assorbimento di ulteriore domanda dalle aree limitrofe, sarà dimensionato per 299 posti letto in totale, dettagliati come di seguito:

Discipline	Posti Letto
Cardiologia e UTIC	12
Chirurgia generale	32
Chirurgia plastica	0
Chirurgia vascolare	0
Geriatria	0
Malattie infettive e tropicali	0
Medicina generale	48
Nefrologia e Emodialisi	10
Neurochirurgia	0
Neurologia	16
Oculistica	4
Ortopedia e traumatologia	32
Ostetricia e Ginecologia	36
Otorinolaringoiatra	3
Pediatria	10
Psichiatria	15
Urologia	15
Terapia intensiva	8
Unità coronarica	6
Gastroenterologia	0
Recupero e riabilitazione	15
Neonatologia	8
Oncologia	0
Pneumologia	15
Lungodegenza	14
TOTALE	**299**

Indicatori di progetto

Dati Dimensionali relativi al nuovo ospedale	DATI
N° Posti Letto totali	299
N° Piani fuori terra	4
N° Piani entro terra	1
Altezza totale (m)	21,50
Superficie dell'area (mq)	150.000
Superficie totale coperta (mq)	35.880
Superficie per posto letto (mq)	120
Superficie lorda F.T. (mq)	35.880

Superficie per aree a basso contenuto tecnologico (mq)	7.176
Superficie per aree a medio contenuto tecnologico (mq)	13.344
Superficie per aree ad alto contenuto tecnologico (mq)	15.360
Num. Sale operatorie	4
Costo totale dell'opera (incluse le principali dotazioni tecnologiche di base, l'acquisizione dell'area e la sistemazione delle aree esterne)	80.000.000,00 euro
Costo per p.l. (inclusi i p.l. in DH)	267.500,00 euro
Costo per mq di superficie coperta	2.229,00 euro

Comfort ambientale e rispondenza ai requisiti strutturali minimi per l'accreditamento	**DATI**	**NOTE**
N° Camere di degenza	150	*Tutti i reparti di degenza saranno realizzati secondo quanto previsto dal DPR 37/97 e dalle linee guida di accreditamento della Regione Puglia.
N° Camere di degenza con bagno interno	150	
N° Camere operatorie	4	
N° Camere travaglio/parto	2	
Presenza soggiorno pazienti nelle aree di degenza	SI	
Presenza spazi per il personale nelle aree di assistenza	SI	
Presenza spazi di attesa nelle diverse aree di assistenza	SI	
Presenza di adeguati spazi di supporto nelle aree assistenziali (depositi sporco, pulito, attrezzature, medicherie, zona lavoro infermieri, stanze medici, ecc)	SI	
Presenza di spogliatoi per il personale	SI	
Presenza di adeguati spazi per i servizi generali (cucina, lavanderia, sterilizzazione, farmacia e presidi, magazzini generali, ecc)	SI	
Presenza degli spazi di servizio richiesti per le sale operatorie	SI	

2.3 Gli altri interventi sanitari dell'APQ Benessere e Salute

Gli altri interventi, relativi agli Ospedali Riuniti di Foggia, al potenziamento del Centro Grandi Ustionati di Brindisi e all'Ospedale Pediatrico di Bari, sono del tutto funzionali al potenziamento qualitativo e specialistico delle prestazioni ospedalieri di tre presidi di riferimento territoriale, per gli OO.RR. di Foggia, e regionale per gli altri due presidi.
Questi interventi si incardinano nella programmazione della offerta ospedaliera già in essere, senza modificarla, ma intervenendo esclusivamente:

a) sul potenziamento della capacità di offerta di prestazioni specialistiche, per gli intervento dell'Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII" di Bari, e del Centro Grandi Ustionati di Brindisi
b) per assicurare l'adeguamento alla normativa antisismica, per un Plesso specifico all'interno degli Ospedali Riuniti di Foggia.

Detti interventi sono stati selezionati per l'urgenza evidenziata dalle direzioni aziendali di riferimento e la piena coerenza con l'offerta ospedaliera da consolidare e da qualificare nell'ambito del Piano di Riordino della rete ospedaliera attuato dalla Regione Puglia nell'ambito del più complessivo Piano di Rientro 2010-2012, i cui obiettivi sono stati confermati dal Programma Operativo di Salute 2013-2015.

La capienza del fondo assegnato dalla Del. CIPE n. 92/2012 non consente di dare copertura ad altre priorità di investimento, già individuate nella programmazione sanitaria regionale, quali ad esempio gli altri 3 nuovi ospedali come dichiarati con Del. G.R. n. 1725/2012, e che attendono il completamento della procedura di elaborazione e di istruttoria del documento programmatico MExA per il finanziamento a valere sulle risorse ex art. 20 della l.n. 67/1988.
Infine, mentre prosegue il percorso di riconversione di preesistenti presidi ospedalieri dismessi, e la realizzazione di nuove sedi distrettuali con connesse attività ambulatoriali e con l'acquisizione di maggiori dotazioni tecnologiche, a valere sulle risorse FESR del ciclo 2007-2013, è stato estrapolato dal quadro complessivo dei fabbisogni delle Aziende Sanitarie Locali l'intervento relativo alla riqualificazione funzionale della palazzina ex-INAM di Foggia – per un importo di Euro 2.000.000,00 - per la realizzazione della piastra ambulatoriale, a potenziamento dell'offerta sanitaria territoriale della città capoluogo.

Si rinvia alla relazione tecnica di cui all'Allegato 1a allo schema dell'Accordo di Programma Quadro, per il dettaglio degli interventi e i relativi crono programmi.

R E G I O N E P U G L I A

Proposta di Deliberazione della Giunta Regionale

Allegato IV

Programma operativo

2013-2015

Riconversione delle Strutture Ospedaliere

Monitoraggio dello stato di avanzamento

Premessa

Il 49 Distretti coprono una Regione con 258 comuni e una conformazione geografica estremamente disomogenea in quanto alterna territori ad altissima densità demografica, concentrata in grossi comuni, per lo più della fascia costiera, ad altri che presentano una bassa densità demografica, disseminata, per altro, in piccoli comuni e frazioni.

In questi ultimi anni, l'azione della Regione Puglia ha portato l'Assessorato alle Politiche della Salute e l'Assessorato al Welfare a generare un ampio corredo di norme, direttive, linee, piani programmatici, ecc., tanto da rendere necessaria una riflessione complessiva sul loro livello di coerenza e di applicabilità a tutto il sistema del welfare formale e informale.

Nel 2010, inoltre, la nostra Regione ha sottoscritto il piano di rientro che la vede impegnata, per tre anni, in una difficile riorganizzazione di tutto il sistema sanitario e socio sanitario.

All'interno di questo contesto, l'Agenzia Regionale Sanitaria della Puglia (AReS), l'Assessorato alle Politiche della Salute e l'Assessorato al Welfare, sono impegnati in un complesso processo di strutturazione e omogeneizzazione delle attività distrettuali.

La definizione di un apposito Regolamento Regionale di *Organizzazione del Distretto* e lo sviluppo di un insieme di procedure e protocolli, hanno sancito l'avvio di un percorso virtuoso di condivisione e consenso con l'obiettivo di costruire un *sistema integrato di protezione sanitaria e socio-sanitaria a rete*.

Soprattutto, attraverso il regolamento del Distretto, si è cercato di definire:

a) un modello organizzativo e funzionale tale da garantire l'omogeneità ed equità dell'assistenza sul territorio regionale;
b) l'unicità del ruolo del Distretto nel "governo della domanda di salute";
c) i rapporti strutturali e funzionali tra la Direzione del Distretto e le Cure Primarie, ma anche i rapporti funzionali tra il Distretto, i Dipartimenti e le Strutture Sovradistrettuali territoriali.

Il Regolamento, inoltre, ha sancito la nascita delle Conferenze Aziendali dei Direttori di Distretto con il compito di omogeneizzare le attività distrettuali e condividere procedure e processi organizzativi e funzionali.

Lo stato di avanzamento della Riconversione delle strutture ospedaliere in Presidi Territoriali di Assistenza

La Riconversione delle strutture ospedaliere in Presidi Territoriali di Assistenza è finalizzata al perseguimento dell'assistenza territoriale integrata, secondo i principi della continuità assistenziale, delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali e attraverso la presa in carico secondo il modello "Chronic Care Model".

L'obiettivo strategico è quello di riqualificare la rete dei servizi distrettuali, all'interno della quale si colloca la progettazione dei PTA (Presidi Territoriali di Assistenza).

Per ciascuno dei comuni in cui si è proceduto alla riconversione della struttura ospedaliera si riportano:

- tabella riepilogativa riportante le attività realizzate nella struttura da riconvertire (servizi che sono stati trasferiti da altre sedi o di nuova attivazione) o programmate (attività sanitarie da attivare o da trasferire da altre sedi);

- tabella relativa agli ambulatori specialistici territoriali presenti nella struttura con il dettaglio delle branche specialistiche, numero ore settimanali e numero medici specialisti (convenzionati o dipendenti);
- tabella riepilogativa sullo stato di avanzamento del Progetto “Care Puglia” per la presa in carico delle persone affette da patologie croniche e/o a lungo termine secondo il modello Chronic Care Model;

Sintesi dello stato di avanzamento della Riconversione delle strutture ospedaliere in Presidi Territoriali di Assistenza all’interno della Struttura Complessa Cure Primarie R.R. n. 6/2011 - (Legge n. 189 del 8 novembre 2012)

ASL	Comuni	Servizi Distrettuali													Servizi Dipartimentali Territoriali						
		Sede DSS	Spec. Ambul	Day Service	Amb. Inferm	Rx Lab. Terr.	Consultorio	P.U.A	Associaz.mo MMG	Associaz.mo PLS	Cont.tà Assis.le	H di Com.ità	Hospice	R.S.A	Farm.ca Territ	CSM	Ser.T.	Riab.	Igiene e Prev.ne	P.P.I.	118
BA	Bitonto	SI	SI	SI		SI	SI				SI	SI			SI			SI		SI	SI
BA	Conversano (*)	SI	SI	SI		SI	SI	SI			SI							SI		SI	SI
BA	Gioia Del Colle		SI	SI		SI														SI	SI
BA	Grumo Appula	SI	SI	SI		SI		SI			SI		SI							SI	SI
BA	Noci						SI	SI			SI					SI		SI		SI	SI
BA	Rutigliano		SI				SI	SI			SI				SI		SI	SI	SI	SI	
BA	Ruvo Di Puglia	SI	SI	SI		SI	SI	SI			SI				SI		SI	SI	SI	SI	SI
BA	Santeramo in Colle		SI			SI	SI				SI				SI	SI		SI	SI	SI	SI
BR	Ceglie Messapica		SI	SI	SI	SI		SI			SI	SI			SI			SI	SI	SI	SI
BR	Cisternino		SI		SI	SI	SI	SI			SI	SI							SI	SI	SI
BT	Minervino Murge				SI	SI	SI	SI			SI					SI		SI	SI	SI	SI
BT	Spinazzola		SI		SI	SI		SI			SI			SI		SI		SI	SI	SI	SI
FG	Monte Sant'Angelo		SI	SI		SI	SI	SI			SI		SI	SI					SI	SI	SI
FG	San Marco in Lamis	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI			SI			SI	SI			SI	SI	SI	SI
FG	Torremaggiore		SI			SI	SI				SI	SI	SI			SI	SI		SI	SI	SI
LE	Campi Salentina		SI	SI	SI	SI	SI					SI			SI		SI	SI	SI	SI	SI
LE	Gagliano Del Capo	SI	SI	SI	SI	SI	SI				SI				SI	SI		SI	SI	SI	SI
LE	Maglie			SI		SI					SI					SI	SI	SI		SI	SI
LE	Nardò (*)		SI	SI		SI	SI	SI			SI					SI				SI	SI
LE	Poggiardo	SI	SI	SI		SI	SI				SI							SI	SI	SI	SI
TA	Massafra	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI		SI	SI				SI	SI	SI	SI	SI	SI
TA	Mottola		SI				SI											SI		SI	SI
	Totale																				

(*) Ospedali riconvertiti in Strutture di Assistenza Territoriale dal secondo Piano di Riordino della Rete Ospedaliera (DGR n. 1110 del 05 giugno 2012);

Riconversione
delle Strutture Ospedaliere
(AReS)

Dettaglio
dello stato di avanzamento

Aggiornato al 30/06/2014

ASL di BARI

Bitonto

Il Distretto Socio Sanitario n. 3 di Bitonto ha una popolazione di n. 78.248 e si estende nell'ambito territoriale dei Comuni di Bitonto e Palo del Colle.

Nell'ambito del precitato distretto, il Piano di Rientro ha previsto la riconversione della strutture ospedaliera di Bitonto con la contestuale attivazione del Presidio Territoriale di Assistenza per promuovere il modello assistenziale di gestione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici e di presa in carico di persone con patologie croniche.

Il Comune interessato dalla riorganizzazione ospedaliera presenta la seguente situazione:

- **Popolazione Residente:** n. **56.462;**
- **MMG –** n. 36;
- **PLS** – n. 7;

Dal 22 marzo 2011 è cessata ogni attività assistenziale ospedaliera, giusta Deliberazione DG n. 495 del 21 marzo 2011, e sono state avviate le azioni relative alla riconversione della struttura in attività territoriali.

Le **azioni** poste in essere sono le seguenti:

1. riconversione in attività distrettuali i servizi di Cardiologia, Pediatria, Radiologia, Ortopedia, Chirurgia Generale, Otorinolaringoiatria, Medicina Interna, Ostetricia e Ginecologia;

2. riconversione del Pronto Soccorso in Punto di Primo Intervento Territoriale (P.P.I.T.) con afferenza funzionale al Servizio di Emergenza Territoriale – 118;

3. organizzazione dei percorsi del nuovo modello assistenziale Day-Service per tunnel carpale, diabetologia ed ipertensione;

4. afferenza funzionale del Servizio di Patologia Clinica alla U.O.C. di patologia Clinica del P.O. San Paolo;

È previsto, inoltre, un **investimento PO F.E.S.R. 2007-2013** (Fondo Europeo Sviluppo Regionale) di € 1.887.000,00 per l'ammodernamento della struttura e l'acquisto di tecnologie.

ASL di BARI Bitonto			
Servizi	**Attivati/Trasferiti** (SI-NO)	**Da Attivare** (SI-NO)	**Da Trasferire** (SI-NO)
Accesso Unico alle Cure			
C.U.P.	**Si**	**-**	
P.U.A.	**Si (solo ASL)**	**-**	**-**
Assistenza Sanitaria di Base, Specialistica e Diagnostica			
Attività amministrativa legata all'assistenza sanitaria di Base:			
Scelta e Revoca Medico	**Si**	**-**	
Esenzioni Ticket	**Si**	**-**	**-**
Rimborsi sanitari	**Si**	**-**	
Ausili, Presidi e Protesi	**Si**	**-**	**-**
Assistenza Integrativa e farmaceutica	**Si**	**-**	
Attività Med. di Base e Specialistica Ambulatoriale:			
Ambulatori Medici Specialisti convenzionati interni e dipendenti	**Si**	**-**	**-**
Attività Diagnostica (Laboratorio Analisi e Radiodiagnostica)	**Si**	**-**	**-**
Day Service (P.A.C.C.)	**Si**	**-**	**-**
Day Service (P.C.A.)	**Si**	**-**	**-**
Ambulatorio Infermieristico Distrettuale	**No**	**Si**	**-**
Continuità Assistenziale	**Si**	**-**	**-**
Cure domiciliari	**Si**	**-**	**-**
Emergenza – Urgenza:			
Punto Primo Intervento	**Si**	**-**	**-**
Sede 118	**Si**	**-**	**-**
Assistenza Residenziale:			
Ospedale di Comunità	**Si**	**-**	**-**
Assistenza Consultoriale e Materno Infantile			
Consultorio Familiare	**Si**	**-**	**-**
Altre forme di Assistenza Territoriale:			
Prevenzione:			
Medicina Legale e Fiscale	**Si**	**-**	**-**
Riabilitazione:			
Centro Riabilitazione ambulatoriale	**Si**	**-**	**-**
Trattamenti domiciliari	**Si**	**-**	**-**

Conversano

Il Distretto Socio Sanitario n. 12 di Conversano ha una popolazione di n. 93.179 e si estende nell'ambito territoriale dei Comuni di Conversano, Monopoli e Polignano.

Nell'ambito del precitato distretto, la seconda fase della riorganizzazione della rete ospedaliera ha previsto la riconversione della strutture ospedaliera di Conversano con la contestuale attivazione del Presidio Territoriale di Assistenza.

Il Comune interessato dalla riorganizzazione ospedaliera presenta la seguente situazione:

- **Popolazione Residente:** n. **25.760;**
- **MMG –** n. 17;
- **PLS** – n. 4;

Dal 4 novembre 2012 è cessata ogni attività assistenziale ospedaliera, giusta Deliberazione DG n. 22 del 9 gennaio 2013, e sono state avviate le azioni previste nel *"Protocollo di Intesa Regione Puglia / ASL BA / Comune di Conversano"* relative alla riconversione della struttura in attività territoriali.

Le **azioni** previste sono le seguenti:

1. riconversione del Pronto Soccorso in Punto di Primo Intervento (P.P.I.) h24 con n. 4 p.l. tecnici per la stabilizzazione del paziente con il pieno supporto del Servizio Emergenza - 118;

2. istituzione di un "Poliambulatorio di III livello" con:

a. reparto diagnostico di RMN di tipo aperta ad alto campo (1 T);

b. reparto di Procreazione Medicalmente Assistita (P.M.A.);

c. Day Service chirurgici di Chirurgia generale, oculistica, ortopedia, otorinolaringoiatria, endoscopia e ginecologia;

d. Day Service medici di geriatria, ipertensione, diabete, malattie respiratorie e reumatologiche;

3. confermare l'attività anestesiologica a supporto di tutte le branche specialistiche ed in particolare delle attività chirurgiche, di quelle diagnostiche endoscopiche e delle attività di radiologia contrastografica e TAC, con competenza anche per la terapia del dolore;

4. sistemazione logistica dei servizi di continuità assistenziale e della rete dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta chiamati a concorrere alla centralità delle cure primarie per il processo di riorganizzazione dell'assistenza territoriale;

5. trasferimento negli ambienti dell'ex plesso ospedaliero di tutti i servizi sanitari territoriali facenti parte del Dipartimento di Prevenzione, del Dipartimento delle Dipendenze patologiche, la farmacia territoriale ed il Dipartimento di Salute Mentale.

È previsto, inoltre, un **investimento PO F.E.S.R. 2007-2013** (Fondo Europeo Sviluppo Regionale) di € 3.600.000,00 per l'ammodernamento della struttura e l'acquisto di tecnologie.

ASL di BARI Conversano			
Servizi	**Attivati/Trasferiti** (SI-NO)	**Da Attivare** (SI-NO)	**Da Trasferire** (SI-NO)
Accesso Unico alle Cure			
C.U.P.	**Si**	**-**	**-**
P.U.A.	**SI**	**-**	**-**
Assistenza Sanitaria di Base, Specialistica e Diagnostica			
Attività amministrativa legata all'assistenza sanitaria di Base:			
Scelta e Revoca Medico	**Si**	**-**	**Si**
Esenzioni Ticket	**SI**	**-**	**SI**
Rimborsi sanitari	**Si**	**-**	**-**
Ausili, Presidi e Protesi	**Si**	**-**	**-**
Assistenza Integrativa e farmaceutica			
Attività Med. di Base e Specialistica Ambulatoriale:			
Ambulatori Medici Specialisti convenzionati interni e dipendenti	**SI**	**-**	**-**
Attività Diagnostica (Laboratorio Analisi e Radiodiagnostica)	**Si**	**-**	**-**
Day Service (P.A.C.C.)	**Si**	**-**	**-**
Day Service (P.C.A.)	**Si**	**-**	**-**
Ambulatorio Infermieristico Distrettuale	**No**	**Si**	**-**
Continuità Assistenziale	**Si**	**-**	**-**
Cure domiciliari	**Si**	**-**	**-**
Emergenza – Urgenza:			
Punto Primo Intervento	**Si**	**-**	**-**
Sede 118	**Si**	**-**	**-**
Assistenza Consultoriale e Materno Infantile			
Consultorio Familiare	**Si**	**-**	**-**
Ambulatorio di Pediatria	**Si**	**-**	**-**
Altre forme di Assistenza Territoriale:			
Salute Mentale:			**-**
Centro Salute Mentale	**Si**	**-**	**-**
Riabilitazione:			
Centro Riabilitazione ambulatoriale	**Si**	**-**	**-**
Trattamenti domiciliari	**Si**	**-**	**-**
Neuropsichiatria Infantile	**Si**	**-**	**-**
Integrazione scolastica /UM	**Si**	**-**	**-**
Altre forme di Assistenza a gest. Ospedaliera:			
Centro DIALISI	**Si**	**-**	**-**

Gioia del Colle

Il Distretto Socio Sanitario n. 13 di Gioia del Colle ha una popolazione di n. 66.355 e si estende nell'ambito territoriale dei Comuni di Gioia del Colle, Casamassima, Sammichele e Turi.

Nell'ambito del precitato distretto, il Piano di Rientro ha previsto la riconversione della strutture ospedaliera di Gioia del Colle con la contestuale attivazione del Presidio Territoriale di Assistenza per promuovere il modello assistenziale di gestione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici e di presa in carico di persone con patologie croniche.

Il Comune interessato dalla riorganizzazione ospedaliera presenta la seguente situazione:

- **Popolazione Residente:** n. **28.100;**
- **MMG –** n. 22;
- **PLS** – n. 4;

Dal 1 ottobre 2012 è cessata ogni attività assistenziale ospedaliera, giusta Deliberazione DG n. 1683 del 1 ottobre 2012, e sono state avviate le azioni relative alla riconversione della struttura in attività territoriali.

Le **azioni** previste sono le seguenti:

1. riconversione in attività distrettuali dei servizi di Radiologia ed Endoscopia digestiva;

2. riconversione del Pronto Soccorso in Punto di Primo Intervento Territoriale (P.P.I.T.) con afferenza funzionale al Servizio di Emergenza Territoriale – 118;

3. organizzazione dei percorsi del nuovo modello assistenziale Day-Service;

4. conferma del Servizio di Patologia Clinica e Servizio Dialisi a gestione ospedaliera;

5. trasferimento negli ambienti dell'ex plesso ospedaliero di tutti i servizi sanitari distrettuali e dei Dipartimenti territoriali.

È previsto, inoltre, un **investimento PO F.E.S.R. 2007-2013** (Fondo Europeo Sviluppo Regionale) di € 920.000,00 per l'ammodernamento della struttura e l'acquisto di tecnologie.

ASL di BARI Gioia del Colle			
Servizi	**Attivati/Trasferiti** (SI-NO)	**Da Attivare** (SI-NO)	**Da Trasferire** (SI-NO)
Accesso Unico alle Cure			
C.U.P.	**Si**	**-**	**-**
P.U.A.	**-**	**-**	**Si**
Assistenza Sanitaria di Base, Specialistica e Diagnostica			**Sì**
Attività amministrativa legata all'assistenza sanitaria di Base:	**-**	**-**	**-**
Scelta e Revoca Medico	**-**	**-**	**Si**
Esenzioni Ticket	**-**	**-**	**Si**
Rimborsi sanitari	**-**	**-**	**Si**
Ausili, Presidi e Protesi	**-**	**-**	**Si**
Assistenza Integrativa e farmaceutica	**-**	**-**	**Si**
Attività Med. di Base e Specialistica Ambulatoriale:			
Ambulatori Medici Specialisti convenzionati interni e dipendenti	**Si**	**-**	**Si**
Attività Diagnostica (Laboratorio Analisi e Radiodiagnostica)	**Si**	**-**	**-**
Day Service (P.A.C.C.)	**Si (Ipertensione e Diabete)**		**-**
Day Service (P.C.A.)	**Si (Oculistica)**	**-**	**-**
Day Service (P.C.A.)	**Si (Tunnel Carpale)**		**-**
Continuità Assistenziale	**Si**	**-**	
Cure domiciliari	**-**	**-**	**Si**
Emergenza – Urgenza:			
Punto Primo Intervento	**Si**	**-**	**-**
Sede 118	**Si**	**-**	**-**
Assistenza Consultoriale e Materno Infantile			
Consultorio Familiare	**-**	**-**	**Si**
Altre forme di Assistenza Territoriale:			
Riabilitazione:	**-**	**-**	**-**
Centro Riabilitazione ambulatoriale	**-**	**-**	**Si**
Trattamenti domiciliari	**-**	**-**	**Si**
Altre forme di Assistenza a gest. Ospedaliera:			
Specificare (ad es. Posti Rene, ambulatori specialistici a gestione ospedaliera, ecc.)	**Posti Rene**	**-**	**-**

Grumo Appula

Il Distretto Socio Sanitario n. 5 di Grumo Appula ha una popolazione di n. 68.514 e si estende nell'ambito territoriale dei Comuni di Grumo Appula, Acquaviva delle Fonti, Binetto, Cassano Murge, Sannicandro e Toritto.

Nell'ambito del precitato distretto, il Piano di Rientro ha previsto la riconversione della strutture ospedaliera di Grumo Appula con la contestuale attivazione del Presidio Territoriale di Assistenza per promuovere il modello assistenziale di gestione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici e di presa in carico di persone con patologie croniche.

Il Comune interessato dalla riorganizzazione ospedaliera presenta la seguente situazione:

- **Popolazione Residente:** n. **13.145;**
- **MMG –** n. 9;
- **PLS** – n. 2;

Dal 30 aprile 2011 è cessata ogni attività assistenziale ospedaliera, giusta Deliberazione DG n. 662 del 12 aprile 2011, e sono state avviate le azioni relative alla riconversione della struttura in attività territoriali.

Le **azioni** previste sono le seguenti:

1. riconversione in attività distrettuali i servizi di Radiologia e Patologia Clinica;

2. riconversione del Pronto Soccorso in Punto di Primo Intervento Territoriale (P.P.I.T.) con afferenza funzionale al Servizio di Emergenza Territoriale – 118;

3. afferenza funzionale del Servizio Dialisi al P.O. di Altamura;

4. organizzazione dei percorsi del nuovo modello assistenziale Day-Service chirurgico in Oculistica;

5. conferma dell'hospice con potenziamento della dotazione organica, riveniente dalla UOS di Medicina e Lungodegenza;

6. conferma del Servizio di Continuità Assistenziale;

7. potenziamento delle seguenti branche specialistiche afferenti al Poliambulatorio distrettuale:

- Cardiologia;
- Chirurgia Generale;
- Endocrinologia;
- Dermatologia;
- Orotinolaringoiatria;
- Geriatria;
- Urologia;

8. potenziamento delle Cure Domiciliari in relazione al bisogno espresso.

È previsto, inoltre, un **investimento PO F.E.S.R. 2007-2013** (Fondo Europeo Sviluppo Regionale) di € 2.400.000,00 per l'ammodernamento della struttura e l'acquisto di tecnologie.

ASL di BARI Grumo Appula			
Servizi	**Attivati/Trasferiti** (SI-NO)	**Da Attivare** (SI-NO)	**Da Trasferire** (SI-NO)
Accesso Unico alle Cure			
C.U.P.	**Si**	**-**	**-**
P.U.A.	**Si**	**-**	**-**
Assistenza Sanitaria di Base, Specialistica e Diagnostica			
Attività amministrativa legata all'assistenza sanitaria di Base:	**-**	**-**	**-**
Scelta e Revoca Medico	**Si**	**-**	**-**
Esenzioni Ticket	**Si**	**-**	**-**
Rimborsi sanitari	**Si**	**-**	**-**
Ausili, Presidi e Protesi	**Si**	**-**	**-**
Assistenza Integrativa e farmaceutica	**Si**	**-**	**-**
Attività Med. di Base e Specialistica Ambulatoriale:	**-**	**-**	**-**
Ambulatori Medici Specialisti convenzionati interni e dipendenti	**Si**	**-**	**-**
Attività Diagnostica (Laboratorio Analisi e Radiodiagnostica)	**Si**	**-**	**-**
Day Service (P.A.C.C.)	**Si**	**-**	**-**
Day Service (P.C.A.)	**Si**	**-**	**-**
Ambulatorio Infermieristico Distrettuale	**-**	**SI**	**-**
A.F.T. MMG (monoprofessionali)	**-**	**SI**	**-**
A.F.T. PLS (monoprofessionali)	**-**	**SI**	**-**
U.C.C.P. (multiprofessionali)	**-**	**-**	**-**
Continuità Assistenziale	**Si**	**-**	**-**
Cure domiciliari	**Si**	**-**	**-**
Emergenza – Urgenza:			
Punto Primo Intervento	**Si**	**-**	**-**
Sede 118	**Si**	**-**	**-**
Assistenza Residenziale:			
Hospice	**Si**	**-**	**-**
Altre forme di Assistenza Territoriale:			
Prevenzione:			
Vaccinazioni	**Si**	**-**	**-**
Medicina Legale e Fiscale	**Si**	**-**	**-**
Riabilitazione:	**-**	**-**	**-**
Centro Riabilitazione ambulatoriale	**Si**	**-**	**-**
Trattamenti domiciliari	**Si**	**-**	**-**
Altre forme di Assistenza a gest. Ospedaliera:			
Posti Rene	**Si**	**-**	**-**
Endoscopia digestiva	**Si**	**-**	**-**

Noci

Il Distretto Socio Sanitario n. 14 di Putignano ha una popolazione di n. 91.550 e si estende nell'ambito territoriale dei Comuni di Grumo Appula, Acquaviva delle Fonti, Binetto, Cassano Murge, Sannicandro e Toritto.

Nell'ambito del precitato distretto, il Piano di Rientro ha previsto la riconversione della struttura ospedaliera di Noci con la contestuale attivazione del Presidio Territoriale di Assistenza per promuovere il modello assistenziale di gestione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici e di presa in carico di persone con patologie croniche.

Il Comune interessato dalla riorganizzazione ospedaliera presenta la seguente situazione:

- **Popolazione Residente:** n. **19.477;**
- **MMG –** n. 15;
- **PLS** – n. 3;

Dal 27 giugno 2011 è cessata ogni attività assistenziale ospedaliera, giusta Deliberazione DG n. 2399 del 20 dicembre 2011, e sono state avviate le azioni relative alla riconversione della struttura in attività territoriali.

Le **azioni** previste sono le seguenti:

1. riconversione del Pronto Soccorso in Punto di Primo Intervento Territoriale (P.P.I.T.) con afferenza funzionale al Servizio di Emergenza Territoriale – 118;

2. riconversione in attività distrettuali del servizio Patologia Clinica, ambulatorio di dermatologia, C.U.P., ;

È previsto, inoltre, un **investimento PO F.E.S.R. 2007-2013** (Fondo Europeo Sviluppo Regionale) di € 1.500.000,00 per l'ammodernamento della struttura e l'acquisto di tecnologie.

ASL di BARI Noci			
Servizi	**Attivati/Trasferiti** (SI-NO)	**Da Attivare** (SI-NO)	**Da Trasferire** (SI-NO)
Accesso Unico alle Cure			
C.U.P.	**Si**	**-**	**-**
P.U.A.	**Si**	**-**	**-**
Assistenza Sanitaria di Base, Specialistica e Diagnostica	**Si**	**-**	**-**
Attività amministrativa legata all'assistenza sanitaria di Base:		**-**	**-**
Scelta e Revoca Medico	**Si**	**-**	**-**
Esenzioni Ticket	**Si**	**-**	**-**
Rimborsi sanitari	**Si**	**-**	**-**
Ausili, Presidi e Protesi	**Si**	**-**	**-**
Assistenza Integrativa e farmaceutica	**Si**	**-**	**-**
Attività Med. di Base e Specialistica Ambulatoriale:		**-**	**-**
Ambulatorio Infermieristico Distrettuale	**-**	**Si**	**-**
Continuità Assistenziale	**Si**	**-**	**-**
Cure domiciliari	**Si**	**-**	**-**
Emergenza – Urgenza:			
Punto Primo Intervento	**Si**	**-**	**-**
Sede 118	**Si**	**-**	**-**
Assistenza Consultoriale e Materno Infantile			
Consultorio Familiare	**Si**	**-**	**-**
Altre forme di Assistenza Territoriale:			
Prevenzione:			
Vaccinazioni	**Si**	**-**	**-**
Salute Mentale:		**-**	**-**
Centro Salute Mentale	**Si**	**-**	**-**
Riabilitazione:			
Centro Riabilitazione ambulatoriale	**Si**	**-**	**-**
Trattamenti domiciliari	**Si**	**-**	**-**
Altre forme di Assistenza a gest. Ospedaliera:			
Specificare (ad es. Posti Rene, ambulatori specialistici a gestione ospedaliera, ecc.)	**Ambulatorio di Dermatologia Ospedaliera**	**-**	**-**

Rutigliano

Il Distretto Socio Sanitario n. 11 di Mola di Bari ha una popolazione di n. 70.291 e si estende nell'ambito territoriale dei Comuni di Mola di Bari, Noicattaro e Rutigliano.

Nell'ambito del precitato distretto, il Piano di Rientro ha previsto la riconversione della strutture ospedaliera di Rutigliano con la contestuale attivazione della struttura extraospedaliera di riabilitazione.

Il Comune interessato dalla riorganizzazione ospedaliera presenta la seguente situazione:

- **Popolazione Residente:** n. **18.108;**
- **MMG –** n. 13;
- **PLS** – n. 2;

Giusta Deliberazione DG n. 451 del 14 marzo 2011 sono state avviate le azioni relative alla riconversione della struttura extraospedaliera di riabilitazione.

Le **azioni** poste in essere sono le seguenti:

1. riconversione della Riabilitazione Ospedaliera in struttura Riabilitativa Territoriale a ciclo diurno afferente al Dipartimento di Riabilitazione;

2. riconversione della struttura di Lungodegenza post-acuzie in Struttura Territoriale di Algologia afferente al Dipartimento di Dipendenze Patologiche;

3. sospensione delle attività dell'Unità di Degenza Territoriale (U.D.T.);

4. riconversione del Pronto Soccorso in Punto di Primo Intervento Territoriale (P.P.I.T.) con afferenza funzionale al Servizio di Emergenza Territoriale – 118;

5. riconversione del servizio di Patologia Clinica e Radiodiagnostica in attività distrettuali;

6. riconversione del servizio di Farmacia Ospedaliera in territoriale con afferenza all'Area Farmaceutica.

È previsto, inoltre, un **investimento PO F.E.S.R. 2007-2013** (Fondo Europeo Sviluppo Regionale) di € 2.000.000,00 per l'ammodernamento della struttura e l'acquisto di tecnologie.

ASL di BARI Rutigliano			
Servizi	**Attivati/Trasferiti** (SI-NO)	**Da Attivare** (SI-NO)	**Da Trasferire** (SI-NO)
Accesso Unico alle Cure			
C.U.P.	**Si**	**-**	**-**
P.U.A.	**Si**	**-**	**-**
Assistenza Sanitaria di Base, Specialistica e Diagnostica			
Attività amministrativa legata all'assistenza sanitaria di Base:			
Scelta e Revoca Medico	**Si**	**-**	**-**
Esenzioni Ticket	**Si**	**-**	**-**
Ausili, Presidi e Protesi	**Si**	**-**	**-**
Attività Med. di Base e Specialistica Ambulatoriale:			
Ambulatori Medici Specialisti convenzionati interni e dipendenti	**Si**	**-**	**-**
Attività Diagnostica (Laboratorio Analisi e Radiodiagnostica)	**No**	**-**	**-**
Day Service (P.A.C.C.)	**Si**	**-**	**-**
Ambulatorio Infermieristico Distrettuale	**Si**		**-**
Continuità Assistenziale	**Si**	**-**	**-**
Cure domiciliari	**Si**	**-**	**-**
Emergenza – Urgenza:			
Punto Primo Intervento	**Si**	**-**	**-**
Assistenza Consultoriale e Materno Infantile			
Consultorio Familiare	**Si**	**-**	**-**
Altro	**-**	**-**	**-**
Altre forme di Assistenza Territoriale:			
Prevenzione:			
Vaccinazioni	**Si**	**-**	**-**
Medicina Legale e Fiscale	**Si**	**-**	**-**
Dipendenze Patologiche:	**-**	**-**	**-**
Ser.T.	**Si**	**-**	**-**
Riabilitazione:		**-**	**-**
Centro Riabilitazione ambulatoriale	**Si**	**-**	**-**
Trattamenti domiciliari	**Si**	**-**	**-**

Ruvo di Puglia

Il Distretto Socio Sanitario n. 2 di Ruvo di Puglia ha una popolazione di n. 101.177 e si estende nell'ambito territoriale dei Comuni di Ruvo di Puglia, Terlizzi e Corato.

Nell'ambito del precitato distretto, il Piano di Rientro ha previsto la riconversione della strutture ospedaliera di Ruvo di Puglia con la contestuale attivazione del Presidio Territoriale di Assistenza per promuovere il modello assistenziale di gestione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici e di presa in carico di persone con patologie croniche.

Il Comune interessato dalla riorganizzazione ospedaliera presenta la seguente situazione:

- **Popolazione Residente:** n. **25.786;**
- **MMG –** n. 15;
- **PLS** – n. 5;

Dal 28 febbraio 2011 è cessata ogni attività assistenziale ospedaliera, giusta Deliberazione DG n. 453 del 14 marzo 2011, e sono state avviate le azioni relative alla riconversione della struttura in attività territoriali.

Le **azioni** previste sono le seguenti:

1. riconversione in attività distrettuali i servizi di Radiologia e Patologia Clinica;

2. riconversione del Pronto Soccorso in Punto di Primo Intervento Territoriale (P.P.I.T.) con afferenza funzionale al Servizio di Emergenza Territoriale – 118;

3. afferenza funzionale del Servizio Dialisi alla U.O.C. di Nefrologia e Dialisi del P.O. di Molfetta.

.

ASL di BARI Ruvo di Puglia			
Servizi	**Attivati/Trasferiti** (SI-NO)	**Da Attivare** (SI-NO)	**Da Trasferire** (SI-NO)
Accesso Unico alle Cure			
C.U.P.	**Si**	**-**	**-**
P.U.A.	**Si**	**-**	**-**
Assistenza Sanitaria di Base, Specialistica e Diagnostica			
Attività amministrativa legata all'assistenza sanitaria di Base:			
Scelta e Revoca Medico	**Si**	**-**	**-**
Esenzioni Ticket	**Si**	**-**	**-**
Rimborsi sanitari	**Si**	**-**	**-**
Ausili, Presidi e Protesi	**Si**	**-**	**-**
Assistenza Integrativa e farmaceutica	**Si**	**-**	**-**
Attività Med. di Base e Specialistica Ambulatoriale:		**-**	**-**
Ambulatori Medici Specialisti convenzionati interni e dipendenti	**Si**	**-**	**-**
Attività Diagnostica (Laboratorio Analisi e Radiodiagnostica)	**Si**	**-**	**-**
Day Service (P.C.A.)	**Si**	**-**	**-**
Ambulatorio Infermieristico Distrettuale	**-**	**SI**	**-**
Continuità Assistenziale	**Si**	**-**	**-**
Cure domiciliari	**Si**	**-**	**-**
Emergenza – Urgenza:			
Punto Primo Intervento	**Si**	**-**	**-**
Sede 118	**Si**	**-**	**-**
Assistenza Consultoriale e Materno Infantile			
Consultorio Familiare	**Si**	**-**	**-**
Altre forme di Assistenza Territoriale:			
Prevenzione:			
Vaccinazioni	**Si**	**-**	**-**
Dipendenze Patologiche:	**-**	**-**	**-**
Ser.T.	**Si**	**-**	**-**
Riabilitazione:	**-**	**-**	**-**
Centro Riabilitazione ambulatoriale	**Si**	**-**	**-**
Trattamenti domiciliari	**Si**	**-**	**-**
Altre forme di Assistenza a gest. Ospedaliera:			
Posti Rene a gestione ospedaliera	**12 p.l.**	**-**	**-**
Epatologia	**6 Ore**	**-**	**-**

Santeramo in Colle

Il Distretto Socio Sanitario n. 4 di Altamura ha una popolazione di n. 142.354 e si estende nell'ambito territoriale dei Comuni di Altamura, Gravina di Puglia, Poggiorsini e Santeramo.

Nell'ambito del precitato distretto, il Piano di Rientro ha previsto la riconversione della strutture ospedaliera di Santeramo con la contestuale attivazione del Presidio Territoriale di Assistenza per promuovere il modello assistenziale di gestione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici e di presa in carico di persone con patologie croniche.

Il Comune interessato dalla riorganizzazione ospedaliera presenta la seguente situazione:

- **Popolazione Residente:** n. **26.854;**
- **MMG –** n. 18;
- **PLS** – n. 5;

Dal 20 marzo 2011 è cessata ogni attività assistenziale ospedaliera, giusta Deliberazione DG n. 452 del 14 marzo 2011, e sono state avviate le azioni relative alla riconversione della struttura in attività territoriali.

Le **azioni** previste sono le seguenti:

1. riconversione in attività distrettuali i servizi di Radiologia e Patologia Clinica;

2. riconversione del Pronto Soccorso in Punto di Primo Intervento Territoriale (P.P.I.T.) con afferenza funzionale al Servizio di Emergenza Territoriale – 118;

3. potenziamento dei servizi territoriali.

ASL di BARI Santeramo in Colle			
Servizi	**Attivati/Trasferiti** (SI-NO)	**Da Attivare** (SI-NO)	**Da Trasferire** (SI-NO)
Accesso Unico alle Cure			
C.U.P.	**Si**	**-**	**-**
Assistenza Sanitaria di Base, Specialistica e Diagnostica			
Attività amministrativa legata all'assistenza sanitaria di Base:			
Scelta e Revoca Medico	**Si**	**-**	**-**
Esenzioni Ticket	**Si**	**-**	**-**
Ausili, Presidi e Protesi	**Si**	**-**	**-**
Assistenza Integrativa e farmaceutica	**Si**	**-**	**-**
Attività Med. di Base e Specialistica Ambulatoriale:		**-**	**-**
Ambulatori Medici Specialisti convenzionati interni e dipendenti	**Si**	**-**	**-**
Attività Diagnostica (Radiodiagnostica)	**Si**	**-**	**-**
Day Service (P.C.A.)	**-**	**Si**	**-**
Continuità Assistenziale	**Si**	**-**	**-**
Cure domiciliari	**Si**	**-**	**-**
Emergenza – Urgenza:			
Punto Primo Intervento	**Si**	**-**	**-**
Sede 118	**Si**	**-**	**-**
Assistenza Consultoriale e Materno Infantile			
Consultorio Familiare	**Si**	**-**	**-**
Altre forme di Assistenza Territoriale:			
Prevenzione:			
Vaccinazioni	**Si**	**-**	**-**
Salute Mentale:			
Centro Salute Mentale	**Si**	**-**	**-**
Riabilitazione:			
Centro Riabilitazione ambulatoriale	**Si**	**-**	**-**
Trattamenti domiciliari	**Si**	**-**	**-**
Neuropsichiatria Infantile	**Si**	**-**	**-**
Altre forme di Assistenza a gest. Ospedaliera:			
Laboratorio Analisi	**Si**	**-**	**-**

ASL di BRINDISI

Ceglie Messapica

Il Distretto Socio Sanitario n. 3 di Francavilla Fontana ha una popolazione di n. 104.706 e si estende nell'ambito territoriale dei Comuni di Francavilla Fontana, Carovigno, Ceglie Messapica, Oria, San Michele Salentino e Villa Castelli.

Nell'ambito del precitato distretto, il Piano di Rientro ha previsto la riconversione della strutture ospedaliera di Ceglie Messapica con la contestuale attivazione del Presidio Territoriale di Assistenza per promuovere il modello assistenziale di gestione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici e di presa in carico di persone con patologie croniche.

Il Comune interessato dalla riorganizzazione ospedaliera presenta la seguente situazione:

- **Popolazione Residente:** n. **20.690;**
- **MMG –** n. 18;
- **PLS** – n. 2;

Con Deliberazione DG n. 3136 del 6 dicembre 2011 è stato adottato il progetto di riorganizzazione e riqualificazione dell'ex Stabilimento ospedaliero di Ceglie Messapica in Presidio Territoriale Polifunzionale.

All'interno del presidio coesistono, integrandosi perfettamente secondo la logica della cooperazione e della multiprofessionalità, un numero di professionisti e servizi suddivisi nelle seguenti macroaree di attività:

1. **Area Continuità Assistenziale**:

- Postazione 118;
- Punto di Primo Intervento;
- Guardia Medica;

2. **Area Sanitaria**:

- Ambulatori MMG per la gestione delle cronicità (progetto Care Puglia);
- Radiologia;
- Laboratorio Analisi;
- Day Service medico/chirurgico;
- Dialisi;
- Ospedale di Comunità;
- Poliambulatorio Specialistico;
- SUAP (Speciali Unità di Accoglienza Permanente) per persone in stato vegetativo o in stato di minima coscienza;
- CSM h12;
- Farmacia territoriale;

3. **Area SocioSanitaria**:

- Assistenza Domiciliare Integrata;
- R.S.A.;

4. **Area Accoglienza**:

- C.U.P.;
- Ufficio Assistenza Protesica;
- P.U.A.;

5. **Area delle Attività Sociali**:

- Associazioni di volontariato;

È previsto, inoltre, un **investimento PO F.E.S.R. 2007-2013** (Fondo Europeo Sviluppo Regionale) di € 900.000,00 per l'ammodernamento della struttura.

ASL di Brindisi Ceglie Messapica			
Servizi	**Attivati/Trasferiti** (SI-NO)	**Da Attivare** (SI-NO)	**Da Trasferire** (SI-NO)
Accesso Unico alle Cure			
C.U.P.	**Si**	**-**	**-**
P.U.A.	**Si**	**-**	**-**
Assistenza Sanitaria di Base, Specialistica e Diagnostica			
Attività amministrativa legata all'assistenza sanitaria di Base:			
Scelta e Revoca Medico	**Si**	**-**	**-**
Esenzioni Ticket	**Si**	**-**	**-**
Rimborsi sanitari	**Si**	**-**	**-**
Ausili, Presidi e Protesi	**Si**	**-**	**-**
Assistenza Integrativa e farmaceutica	**Si**	**-**	**-**
Attività Med. di Base e Specialistica Ambulatoriale:			
Ambulatori Medici Specialisti convenzionati interni e dipendenti	**SI**	**-**	**-**
Attività Diagnostica (Laboratorio Analisi e Radiodiagnostica)	**Si**	**-**	**-**
Day Service (P.A.C.C.)	**Si**	**-**	**-**
Day Service (P.C.A.)	**Si**	**-**	**-**
Continuità Assistenziale	**Si**	**-**	**-**
Cure domiciliari	**Si**	**-**	**-**
Emergenza – Urgenza:			
Punto Primo Intervento	**Si**	**-**	**-**
Sede 118	**Si**	**-**	**-**
Assistenza Residenziale:			
Ospedale di Comunità	**Si**	**-**	**-**
Centro Risvegli	**-**	**SI**	**-**
R.S.A.	**-**	**SI**	
Assistenza Consultoriale e Materno Infantile			
Consultorio Familiare	**-**	**-**	**SI**
Altre forme di Assistenza Territoriale:			
Prevenzione:			
Vaccinazioni	**Si**	**-**	**-**
Medicina Legale e Fiscale	**Si**	**-**	**-**
Salute Mentale:			
Centro Salute Mentale	**-**	**-**	**SI**
Riabilitazione:			
Centro Riabilitazione ambulatoriale	**Si**	**-**	**-**
Trattamenti domiciliari	**Si**	**-**	**-**
Altre forme di Assistenza a gest. Ospedaliera:			
Posti Rene a gestione ospedaliera	**-**	**N.6 Posti Rene**	**-**

Cisternino

Il Distretto Socio Sanitario n. 2 di Fasano ha una popolazione di n. 82.857 e si estende nell'ambito territoriale dei Comuni di Fasano, Cisternino, e Ostuni.

Nell'ambito del precitato distretto, il Piano di Rientro ha previsto la riconversione della strutture ospedaliera di Cisternino con la contestuale attivazione del Presidio Territoriale di Assistenza per promuovere il modello assistenziale di gestione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici e di presa in carico di persone con patologie croniche.

Il Comune interessato dalla riorganizzazione ospedaliera presenta la seguente situazione:

- **Popolazione Residente:** n. **11.884;**
- **MMG –** n. 9;
- **PLS** – n. 2;

Con Deliberazione DG n. 215 del 2 febbraio 2012 è stato adottato il progetto di riorganizzazione e riqualificazione dell'ex Stabilimento ospedaliero di Cisternino in Presidio Territoriale per la Gestione delle Cronicità.

All'interno del presidio coesistono, integrandosi perfettamente secondo la logica della cooperazione e della multiprofessionalità, un numero di professionisti e servizi suddivisi nelle seguenti macroaree di attività:

6. **Area Continuità Assistenziale**:
- Postazione 118;
- Punto di Primo Intervento;
- Guardia Medica;

7. **Area Assistenza Sanitaria**:
- Associazione MMG;
- Radiologia;
- Centro prelievi con postazione POCT;
- Day Service medico;
- Ospedale di Comunità;
- Poliambulatorio Specialistico;

8. **Area SocioSanitaria**:
- Assistenza Domiciliare Integrata;
- R.S.A.;

9. **Area Prevenzione**:
- Igiene Pubblica: servizio vaccinale e rilascio certificazioni medico-legali;
- Consultorio Familiare;

10. **Area Accoglienza**:
- C.U.P.;
- Front-Office;
- P.U.A.;

ASL di Brindisi Cisternino			
Servizi	**Attivati/Trasferiti** (SI-NO)	**Da Attivare** (SI-NO)	**Da Trasferire** (SI-NO)
Accesso Unico alle Cure			
C.U.P.	**Si**	**-**	**-**
P.U.A.	**Si**	**-**	**-**
Assistenza Sanitaria di Base, Specialistica e Diagnostica			
Attività amministrativa legata all'assistenza sanitaria di Base:	**Si**	**-**	**-**
Scelta e Revoca Medico	**Si**	**-**	**-**
Esenzioni Ticket	**Si**	**-**	**-**
Ausili, Presidi e Protesi	**Si**	**-**	**-**
Assistenza Integrativa e farmaceutica	**Si**	**-**	**-**
Attività Med. di Base e Specialistica Ambulatoriale:		**-**	**-**
Ambulatori Medici Specialisti convenzionati interni e dipendenti	**Si**	**-**	**-**
Attività Diagnostica (Laboratorio Analisi e Radiodiagnostica)	**Si**	**-**	**-**
Ambulatorio Infermieristico Distrettuale	**Si**	**-**	**-**
Continuità Assistenziale	**Si**	**-**	**-**
Cure domiciliari	**Si**	**-**	**-**
Emergenza – Urgenza:			
Punto Primo Intervento	**Si**	**-**	**-**
Sede 118	**Si**	**-**	**-**
Assistenza Residenziale:			
Ospedale di Comunità	**Si**	**-**	**-**
Assistenza Consultoriale e Materno Infantile			
Consultorio Familiare	**Si**	**-**	**-**
Altro		**-**	**-**
Altre forme di Assistenza Territoriale:			
Prevenzione:			
Vaccinazioni	**Si**	**-**	**-**
Medicina Legale e Fiscale	**Si**	**-**	**-**
Salute Mentale:		**-**	**-**
Centro Salute Mentale	**-**	**-**	**-**
Riabilitazione:	**-**	**-**	**-**
Centro Riabilitazione ambulatoriale	**-**	**Si**	
Trattamenti domiciliari	**Si**	**-**	**-**
Altre forme di Assistenza a gest. Ospedaliera:			
Ambulatori fisiatria, diabetologia e geriatria	**Si**	**-**	**-**

ASL di BAT

Minervino Murge - Spinazzola

Il Distretto Socio Sanitario n. 3 di Canosa di Puglia ha una popolazione di n. 47.621 e si estende nell'ambito territoriale dei Comuni Canosa di Puglia, Minervino Murge e Spinazzola.

Nell'ambito del precitato distretto, il Piano di Rientro ha previsto la riconversione delle strutture ospedaliere di Minervino Murge e Spinazzola con la contestuale attivazione del Presidio Territoriale di Assistenza per promuovere il modello assistenziale di gestione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici e di presa in carico di persone con patologie croniche.

I Comuni interessati dalla riorganizzazione ospedaliera presenta la seguente situazione:

Minervino Murge

- **Popolazione Residente:** n. **9.598;**
- **MMG –** n. 9;
- **PLS** – n. 2;

Dal 2011 è cessata ogni attività assistenziale ospedaliera e sono state avviate le azioni relative alla riconversione della struttura in attività territoriali.

Le **azioni** attuate sono le seguenti:

1. riconversione in attività distrettuali i servizi di Radiologia;

2. riconversione del Pronto Soccorso in Punto di Primo Intervento Territoriale (P.P.I.T.) con annessa postazione 118;

3. attivazione di un punto prelievi;

4. ampliamento ore specialistica ambulatoriale distrettuale;

5. attivazione dell'ambulatorio delle cronicità per la presa in carico delle persone affette da patologie croniche (Progetto Care Puglia);

6. attivazione dispensario farmaceutico;

7. conferma sportello Anagrafe Sanitaria e CUP;

8. trasferimento servizi sanitari afferenti al Dipartimento di Prevenzione e al Servizio Sovradistrettuale della Riabilitazione.

Ulteriori **azioni** programmate e da attuare entro fine 2014 sono le seguenti:

1. Istituzione Hospice;

2. ampliamento delle tecnologie;

3. avvio della telecardiologia e della telediabetologia;

È previsto, inoltre, un **investimento PO F.E.S.R. 2007-2013** (Fondo Europeo Sviluppo Regionale) di € 750.000,00 per l'ammodernamento della struttura e l'acquisto di tecnologie.

Spinazzola

- **Popolazione Residente:** n. **6.908;**
- **MMG –** n. 4;
- **PLS** – n. 1;

Dal 2011 è cessata ogni attività assistenziale ospedaliera e sono state avviate le azioni relative alla riconversione della struttura in attività territoriali.

Le **azioni** attuate sono le seguenti:

1. riconversione in attività distrettuali i servizi di Radiologia;
2. riconversione del Pronto Soccorso in Punto di Primo Intervento Territoriale (P.P.I.T.) con annessa postazione 118;
3. attivazione di un punto prelievi;
4. attivazione dell'ambulatorio delle cronicità per la presa in carico delle persone affette da patologie croniche (Progetto Care Puglia);
5. attivazione dispensario farmaceutico;
6. conferma servizio continuità Assistenziale;
7. conferma sportello Anagrafe Sanitaria e CUP;
8. trasferimento servizi sanitari afferenti al Dipartimento di Prevenzione e al Servizio Sovradistrettuale della Riabilitazione;
9. attivazione della telecardiologia.

Ulteriori **azioni** programmate e da attuare entro fine 2014 sono le seguenti:

1. trasferimento di studi della Medicina di Famiglia;

2. ampliamento ore specialistica ambulatoriale distrettuale;

3. ampliamento delle tecnologie;

4. avvio della telediabetologia;

5. trasferimento RSSA Disabili.

È previsto, inoltre, un **investimento PO F.E.S.R. 2007-2013** (Fondo Europeo Sviluppo Regionale) di € 1.550.000,00 per l'ammodernamento della struttura e l'acquisto di tecnologie.

ASL di BT Minervino Murge			
Servizi	**Attivati/Trasferiti** (SI-NO)	**Da Attivare** (SI-NO)	**Da Trasferire** (SI-NO)
Accesso Unico alle Cure			
C.U.P.	**Si**	**-**	**-**
P.U.A.	**Si**	**-**	**-**
Assistenza Sanitaria di Base, Specialistica e Diagnostica			
Attività amministrativa legata all'assistenza sanitaria di Base:			
Scelta e Revoca Medico	**Si**	**-**	**-**
Esenzioni Ticket	**Si**	**-**	**-**
Rimborsi sanitari	**Si**	**-**	**-**
Ausili, Presidi e Protesi	**Si**	**-**	**-**
Assistenza Integrativa e farmaceutica	**Si**	**-**	**-**
Attività Med. di Base e Specialistica Ambulatoriale:			
Ambulatori Medici Specialisti convenzionati interni e dipendenti			
Attività Diagnostica (Laboratorio Analisi e Radiodiagnostica)	**Si**	**-**	**-**
Continuità Assistenziale	**Si**	**-**	**-**
Cure domiciliari	**Si**	**-**	**-**
Emergenza – Urgenza:			
Punto Primo Intervento	**Si**	**-**	**-**
Sede 118	**Si**	**-**	**-**
Assistenza Residenziale:			
Hospice		**Si**	**-**
Assistenza Consultoriale e Materno Infantile			
Consultorio Familiare	**Si**	**-**	**-**
Altre forme di Assistenza Territoriale:			
Prevenzione:			
Vaccinazioni	**Si**	**-**	**-**
Medicina Legale e Fiscale	**Si**	**-**	**-**
Salute Mentale:			
Centro Salute Mentale	**Ambulatorio**	**-**	**-**
Riabilitazione:			
Centro Riabilitazione ambulatoriale	**Si**	**-**	**-**
Trattamenti domiciliari	**Si**	**-**	**-**
Neuropsichiatria Infantile	**Si**	**-**	**-**
Altre forme di Assistenza a gest. Ospedaliera:			
Specificare (ad es. Posti Rene, ambulatori specialistici a gestione ospedaliera, ecc.)	**8 Posti-Rene**	**-**	**-**

Servizi	ASL BT Spinazzola Attivati/Trasferiti (SI-NO)	Da Attivare (SI-NO)	Da Trasferire (SI-NO)
Accesso Unico alle Cure			
C.U.P.	**Si**	-	-
P.U.A.	**Si**	-	-
Assistenza Sanitaria di Base, Specialistica e Diagnostica			
Attività amministrativa legata all'assistenza sanitaria di Base:			
Scelta e Revoca Medico	**Si**	-	-
Esenzioni Ticket	**Si**	-	-
Rimborsi sanitari	**Si**	-	-
Ausili, Presidi e Protesi	**Si**	-	-
Assistenza Integrativa e farmaceutica	**Si**	-	-
Attività Med. di Base e Specialistica Ambulatoriale:			
Ambulatori Medici Specialisti convenzionati interni e dipendenti	**SI**	-	-
Attività Diagnostica (Laboratorio Analisi e Radiodiagnostica)	**Si**	-	-
Continuità Assistenziale	**Si**	-	-
Cure domiciliari	**Si**	-	-
Emergenza – Urgenza:			
Punto Primo Intervento	**Si**	-	-
Sede 118	**Si**	-	-
Altro: **Sportello Socio-Psicologico**	**Si**	-	-
Altre forme di Assistenza Territoriale:			
Prevenzione:			
Vaccinazioni	**Si**	-	-
Medicina Legale e Fiscale	**Si**	-	-
Salute Mentale:		-	-
Centro Salute Mentale	**Ambulatorio**	-	-
Riabilitazione:		-	-
Centro Riabilitazione ambulatoriale	**Si**	-	-
Trattamenti domiciliari	**Si**	-	-
Altro			
Altre forme di Assistenza a gest. Ospedaliera:			
Specificare (ad es. Posti Rene, ambulatori specialistici a gestione ospedaliera, ecc.)	**Posti-Rene n. 11**	-	-
Ambulatorio nefrologico	**2 Ore**	-	-

ASL di FOGGIA

Monte Sant'Angelo

Il Distretto Socio Sanitario n. 5 di Manfredonia ha una popolazione di n. 80.664 e si estende nell'ambito territoriale dei Comuni di Manfredonia, Mattinata, Monte Sant'Angelo e Zapponeta.

Nell'ambito del precitato distretto, il Piano di Rientro ha previsto la riconversione della struttura ospedaliera di Monte Sant'Angelo con la contestuale attivazione del Presidio Territoriale di Assistenza per promuovere il modello assistenziale di gestione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici e di presa in carico di persone con patologie croniche.

Il Comune interessato dalla riorganizzazione ospedaliera presenta la seguente situazione:

- **Popolazione Residente:** n. **13.221;**
- **MMG –** n. 11;
- **PLS** – n. 2;

Le azioni di potenziamento e riconversione, sommate ai servizi precedentemente funzionanti, connotano ad oggi l'ex ospedale di Monte Sant'Angelo come sede dei seguenti servizi:

- n. 2 moduli di RSA (preesistenti) per complessivi 40 posti residenza;
- Modulo Alzheimer;
- l'Hospice;
- postazione di continuità assistenziale;
- il Punto di Primo Intervento con sede della postazione 118;
- la Radiologia;
- il Centro prelievi collegato con il Laboratorio Analisi di Manfredonia;
- il Servizio Dialisi per n. 6 posti rene (in gestione a Casa Sollievo della Sofferenza);
- il Consultorio Familiare;
- il poliambulatorio distrettuale;
- il sevizio vaccinazioni e gli uffici del Dipartimento di Prevenzione;
- il servizio CUP.

La riconversione dello stesso presidio prevede, inoltre, l'attivazione di un ulteriore modulo di RSA per 20 posti letto dedicati alla assistenza di pazienti affetti da malattia di Alzheimer.

È previsto, inoltre, un **investimento PO F.E.S.R. 2007-2013** (Fondo Europeo Sviluppo Regionale) di € 1.000.000,00 per l'ammodernamento della struttura.

ASL di Foggia Monte Sant'Angelo			
Servizi	**Attivati/Trasferiti** (SI-NO)	**Da Attivare** (SI-NO)	**Da Trasferire** (SI-NO)
Accesso Unico alle Cure			
C.U.P.	**Si**	**-**	**-**
P.U.A.	**Si**	**-**	**-**
Assistenza Sanitaria di Base, Specialistica e Diagnostica			
Attività amministrativa legata all'assistenza sanitaria di Base:			
Scelta e Revoca Medico	**Si**	**-**	**-**
Esenzioni Ticket	**Si**	**-**	**-**
Rimborsi sanitari	**Si**	**-**	**-**
Ausili, Presidi e Protesi	**Si**	**-**	**-**
Assistenza Integrativa e farmaceutica	**Si**	**-**	**-**
Attività Med. di Base e Specialistica Ambulatoriale:			
Ambulatori Medici Specialisti convenzionati interni e dipendenti	**SI**	**-**	**-**
Attività Diagnostica (Laboratorio Analisi e Radiodiagnostica)	**Si**	**-**	**-**
Day Service (P.A.C.C.)	**Si**	**-**	**-**
Continuità Assistenziale	**Si**	**-**	**-**
Cure domiciliari	**Si**	**-**	**-**
Emergenza – Urgenza:			
Punto Primo Intervento	**Si**	**-**	**-**
Sede 118	**Si**	**-**	**-**
Assistenza Residenziale:			
Hospice	**SI**	**-**	**-**
R.S.A.	**Si**	**-**	**-**
Modulo Alzheimer	**SI**	**-**	**-**
Assistenza Consultoriale e Materno Infantile			
Consultorio Familiare	**Si**	**-**	**-**
Altre forme di Assistenza Territoriale:			
Prevenzione:			
Vaccinazioni	**Si**	**-**	**-**
Medicina Legale e Fiscale	**Si**	**-**	**-**
Altre forme di Assistenza a gest. Ospedaliera:			
Posti Rene Gestiti da Casa Sollievo della Sofferenza	**SI**	**-**	**-**

San Marco in Lamis

Il Distretto Socio Sanitario n. 8 di San Marco in Lamis ha una popolazione di n. 60.041 e si estende nell'ambito territoriale dei Comuni di San Marco in Lamis, Rignano Garganico, San Giovanni Rotondo e San Nicandro Garganico.

Nell'ambito del precitato distretto, il Piano di Rientro ha previsto la riconversione della strutture ospedaliera di San Marco in Lamis con la contestuale attivazione del Presidio Territoriale di Assistenza per promuovere il modello assistenziale di gestione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici e di presa in carico di persone con patologie croniche.

Il Comune interessato dalla riorganizzazione ospedaliera presenta la seguente situazione:

- **Popolazione Residente:** n. **14.444;**
- **MMG –** n. 15;
- **PLS** – n. 1;

Le azioni di riconversione dell'ex stabilimento ospedaliero di San Marco in Lamis in struttura distrettuale per i servizi territoriali, ha determinato l'attivazione di:

- implementazione dell'attività di chirurgia ambulatoriale con un chirurgo dell'Ospedale di S. Severo assegnato al presidio di S. Marco;
- attivazione Day Service (P.A.C.C.)
- un modulo di RSA da 20 posti letto;
- il Punto di Primo Intervento;
- l'Ambulatorio di diabetologia;
- la Radiologia;
- il Laboratorio Analisi.

Le ulteriori azioni di potenziamento prevedono:

- l'attivazione di ulteriori due moduli di R.S.A. da 20 posti letto ciascuno di cui uno dedicato alla assistenza di malati con malattia di Alzheimer;
- l'attivazione di un modulo di Hospice con 8 posti letto;
- il potenziamento della specialistica ambulatoriale e day service PCA – PACC (medici e chirurgici) nonché di un servizio di diabetologia e malattie metaboliche;

È previsto, inoltre, un **investimento PO F.E.S.R. 2007-2013** (Fondo Europeo Sviluppo Regionale) di € 1.000.000,00 per l'ammodernamento della struttura.

ASL di Foggia San Marco in Lamis			
Servizi	**Attivati/Trasferiti** (SI-NO)	**Da Attivare** (SI-NO)	**Da Trasferire** (SI-NO)
Accesso Unico alle Cure			
C.U.P.	**SI**	**-**	**-**
P.U.A.	**SI**	**-**	**-**
Assistenza Sanitaria di Base, Specialistica e Diagnostica	**SI**		
Attività amministrativa legata all'assistenza sanitaria di Base:	**SI**		
Scelta e Revoca Medico	**SI**	**-**	**-**
Esenzioni Ticket	**SI**	**-**	**-**
Rimborsi sanitari	**SI**	**-**	**-**
Ausili, Presidi e Protesi	**SI**	**-**	**-**
Assistenza Integrativa e farmaceutica	**SI**	**-**	**-**
Attività Med. di Base e Specialistica Ambulatoriale:			
Ambulatori Medici Specialisti convenzionati interni e dipendenti *(segue dettaglio)*	**SI**	**-**	**-**
Attività Diagnostica (Laboratorio Analisi e Radiodiagnostica)	**SI**	**-**	**-**
Day Service (P.A.C.C.)	**SI**	**-**	**-**
Day Service (P.C.A.)	**SI**	**-**	**-**
Ambulatorio Infermieristico Distrettuale	**SI**	**-**	**-**
A.F.T. MMG (monoprofessionali)	**-**	**SI**	**-**
U.C.C.P. (multiprofessionali)	**-**	**SI**	**-**
Continuità Assistenziale	**SI**	**-**	**-**
Cure domiciliari	**SI**	**-**	**-**
Emergenza – Urgenza:			
Punto Primo Intervento	**SI**	**-**	**-**
Sede 118	**SI**	**-**	**-**
Assistenza Residenziale:			
Hospice	**-**	**SI**	**-**
R.S.A.	**SI**	**-**	**-**
Modulo Alzheimer	**-**	**SI**	**-**
Assistenza Consultoriale e Materno Infantile			
Consultorio Familiare	**SI**	**-**	
Altro	**-**	**-**	**-**
Altre forme di Assistenza Territoriale:			
Prevenzione:	**-**	**-**	**-**
Vaccinazioni	**-**	**-**	**SI**
Medicina Legale e Fiscale	**-**	**-**	**SI**
Riabilitazione:	**-**	**-**	**-**
Neuropsichiatria Infantile	**-**	**SI**	**-**

Torremaggiore

Il Distretto Socio Sanitario n. 7 di San Severo ha una popolazione di n. 107.577 e si estende nell'ambito territoriale dei Comuni di San Severo, Apricena, Chiesti, Lesina, Poggio Imperiale, San Paolo di Civitate, Serracapriola e Torremaggiore.

Nell'ambito del precitato distretto, il Piano di Rientro ha previsto la riconversione della strutture ospedaliera di Torremaggiore con la contestuale attivazione del Presidio Territoriale di Assistenza per promuovere il modello assistenziale di gestione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici e di presa in carico di persone con patologie croniche.

Il Comune interessato dalla riorganizzazione ospedaliera presenta la seguente situazione:

- **Popolazione Residente:** n. **17.434;**
- **MMG –** n. 13;
- **PLS** – n. 2;

Le azioni di potenziamento e riconversione, sommate ai servizi precedentemente funzionanti, connotano ad oggi l'ex ospedale di Torremaggiore come sede dei seguenti servizi:

- n. 1 modulo di Hospice con 8 posti letto;
- la Radiologia;
- il Laboratorio Analisi;
- il SERT;
- il Centro di Salute Mentale;
- il Punto di Primo Intervento;
- una Unità di Degenza Territoriale con n. 8 p.l.

La riconversione dello stesso presidio presuppone ancora l'attivazione di:

- n. 2 moduli di R.S.A. di 20 P.L. ciascuno di cui uno dedicato all'Alzheimer (l'attivazione prevista non può essere attuata per sopraggiunta inidoneità dei locali);
- un centro per l'Autismo;
- il potenziamento della specialistica ambulatoriale day service – PCA – PACC (medici e chirurgici).

È previsto, inoltre, un **investimento PO F.E.S.R. 2007-2013** (Fondo Europeo Sviluppo Regionale) di € 1.000.000,00 per l'ammodernamento della struttura.

ASL di Foggia Torremaggiore			
Servizi	**Attivati/Trasferiti** (SI-NO)	**Da Attivare** (SI-NO)	**Da Trasferire** (SI-NO)
Accesso Unico alle Cure			
C.U.P.	**Si**	**-**	**-**
P.U.A.	**-**	**NO**	**-**
Assistenza Sanitaria di Base, Specialistica e Diagnostica			
Attività amministrativa legata all'assistenza sanitaria di Base:			
Scelta e Revoca Medico	**Si**	**-**	**-**
Esenzioni Ticket	**Si**	**-**	**-**
Rimborsi sanitari	**Si**	**-**	**-**
Ausili, Presidi e Protesi	**Si**	**-**	**-**
Assistenza Integrativa e farmaceutica	**Si**	**-**	**-**
Attività Med. di Base e Specialistica Ambulatoriale:			
Ambulatori Medici Specialisti convenzionati interni e dipendenti	**Si**	**-**	**-**
Attività Diagnostica (Laboratorio Analisi e Radiodiagnostica)	**Si**	**-**	**-**
Day Service (P.A.C.C.)	**-**	**SI**	**-**
Day Service (P.C.A.)	**-**	**SI**	**-**
Ambulatorio Infermieristico Distrettuale	**-**	**SI**	**-**
Continuità Assistenziale	**Si**	**-**	**-**
Cure domiciliari	**Si**	**-**	**-**
Emergenza – Urgenza:			
Punto Primo Intervento	**Si**	**-**	**-**
Sede 118	**Si**	**-**	**-**
Assistenza Residenziale:			
Ospedale di Comunità	**Si**	**-**	**-**
Hospice	**Si**	**-**	**-**
Assistenza Semi-Residenziale:			
Altro:	**-**	**Centro Autismo**	**-**
Assistenza Consultoriale e Materno Infantile			
Consultorio Familiare	**Si**	**-**	**-**
Altre forme di Assistenza Territoriale:			
Prevenzione:			
Vaccinazioni	**Si**	**-**	**-**
Medicina Legale e Fiscale	**Si**	**-**	**-**
Salute Mentale:			
Centro Salute Mentale	**Si**	**-**	**-**
Dipendenze Patologiche:			
Ser.T.	**Si**	**-**	**-**
Riabilitazione:			
Neuropsichiatria Infantile	**-**	**SI**	**-**

ASL di LECCE

Campi Salentina

Il Distretto Socio Sanitario n. 2 di Campi Salentina ha una popolazione di n. 89690 e si estende nell'ambito territoriale dei Comuni di Campi Salentina, Carmiano, Guagnano, Novoli, Salice Talentino, Squinzano, Trepuzzi e Veglie.

Nell'ambito del precitato distretto, il Piano di Rientro ha previsto la riconversione della struttura ospedaliera di Campi Salentina con la contestuale attivazione del Presidio Territoriale per la cronicità con particolare riferimento alle patologie immunomediate ed ambiente correlate.

Il Comune interessato dalla riorganizzazione ospedaliera presenta la seguente situazione:

- **Popolazione Residente:** n. **10.820;**
- **MMG –** n. 6;
- **PLS** – n. 2;

Dal 2011 è cessata ogni attività assistenziale ospedaliera e sono state avviate le azioni relative alla riconversione della struttura in attività territoriali.

Le **azioni** attuate sono le seguenti:

1. riconversione in attività distrettuali i servizi di Radiologia e Laboratorio Analisi;

2. riconversione del Pronto Soccorso in Punto di Primo Intervento Territoriale (P.P.I.T.) con annessa postazione 118;

3. riconversione della farmacia ospedaliera in territoriale;

4. ampliamento ore specialistica ambulatoriale distrettuale;

5. attivazione di un Ospedale di Comunità;

6. attivazione di Day Service Medici;

7. attivazione dell'ambulatorio infermieristico per la presa in carico delle persone affette da patologie croniche;

8. conferma del Centro Dialisi;

9. conferma del CUP;

10. trasferimento ufficio assistenza protesica;

11. trasferimento ufficio anagrafe sanitaria;

12. trasferimento Consultorio Familiare;

13. attivazione sportello del volontariato sociale.

Per il completamento della riconversione dello stesso presidio sono in corso le seguenti attività:

- trasferimento della Direzione del Distretto SocioSanitario;
- attivazione di Day Service Chirurgici;
- trasferimento del servizio Cure Domiciliari;
- trasferimento del Ser.T.;
- trasferimento del Centro Diurno ASM;
- trasferimento del Servizio Igiene Pubblica e Veterinaria;
- trasferimento del Porta Unica d'Accesso;
- trasferimento del Ufficio di Piano;

ASL di LECCE Campi Salentina			
Servizi	**Attivati/Trasferiti** (SI-NO)	**Da Attivare** (SI-NO)	**Da Trasferire** (SI-NO)
Accesso Unico alle Cure			
C.U.P.	**Si**	**-**	**-**
P.U.A.	**-**	**SI**	**-**
Assistenza Sanitaria di Base, Specialistica e Diagnostica			
Attività amministrativa legata all'assistenza sanitaria di Base:			
Scelta e Revoca Medico	**Si**	**-**	**-**
Esenzioni Ticket	**Si**	**-**	**-**
Rimborsi sanitari	**Si**	**-**	**-**
Ausili, Presidi e Protesi	**Si**	**-**	**-**
Assistenza Integrativa e farmaceutica	**Si**	**-**	**-**
Attività Med. di Base e Specialistica Ambulatoriale:		**-**	**-**
Ambulatori Medici Specialisti convenzionati interni e dipendenti	**Si**	**-**	**-**
Attività Diagnostica (Laboratorio Analisi e Radiodiagnostica)	**Si**	**-**	**-**
Day Service (P.A.C.C.) PAC01 – PAC02	**Si**	**-**	**-**
Day Service (P.C.A.)	**-**	**SI**	**-**
Ambulatorio Infermieristico Distrettuale	**Si**	**-**	**-**
Continuità Assistenziale	**Si**	**-**	**-**
Cure domiciliari	**Si**	**-**	**-**
Emergenza – Urgenza:			
Punto Primo Intervento	**Si**	**-**	**-**
Sede 118	**Si**	**-**	**-**
Assistenza Residenziale:			
Ospedale di Comunità	**Si**	**-**	**-**
Assistenza Consultoriale e Materno Infantile			
Consultorio Familiare	**Si**	**-**	**-**
Altro	**-**	**-**	**-**
Altre forme di Assistenza Territoriale:			
Prevenzione:			
Vaccinazioni	**Si**	**-**	**-**
Medicina Legale e Fiscale	**Si**	**-**	**-**
Dipendenze Patologiche:			
Ser.T.	**-**	**-**	**Si**
Riabilitazione:			
Centro Riabilitazione ambulatoriale	**Si**	**-**	**-**
Trattamenti domiciliari	**Si**	**-**	**-**
Altre forme di Assistenza a gest. Ospedaliera:			
Posti Rene	Si	**-**	**-**

Gagliano del Capo

Il Distretto Socio Sanitario n. 4 di Gagliano del Capo ha una popolazione di n. 87.914 e si estende nell'ambito territoriale dei Comuni di Gagliano del Capo, Acquatica del Capo, Alessano, Castrignano del Capo, Corsano, Miggiano, Montesano Salentino, Marciano di Leuca, Patù, Presiccie, Sale, Specchia, Tiggiano, Trifase e Ugento.

Nell'ambito del precitato distretto, il Piano di Rientro ha previsto la riconversione della struttura ospedaliera di Gagliano del Capo con la contestuale attivazione del Presidio Territoriale di salute per promuovere il modello assistenziale di gestione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici e di presa in carico di persone con patologie croniche.

Il Comune interessato dalla riorganizzazione ospedaliera presenta la seguente situazione:

- **Popolazione Residente:** n. **5.485;**
- **MMG –** n. 4;
- **PLS** – n. 1;

Dal 30 luglio 2011 è cessata ogni attività assistenziale ospedaliera, giusta Deliberazione del Commissario n. 1107 del 28 giugno 2011, e sono state avviate le azioni relative alla riconversione della struttura in attività territoriali.

Le **azioni** previste ed ultimate sono le seguenti:

1. Riconversione del Pronto Soccorso in Punto di Primo Intervento Territoriale (P.P.I.T.) con afferenza funzionale al Servizio di Emergenza Territoriale – 118;

2. Riconversione della Farmacia Ospedaliera in Territoriale;

3. Conferma presenza del Servizio di Continuità Assistenziale;

4. Conferma presenza dell'ambulatorio di Patologia Clinica ed ambulatorio TAO;

5. Conferma presenza del Servizio Dialisi;

6. Conferma presenza dell'ambulatorio vaccinazioni;

7. Conferma presenza del Consultorio Familiare;

8. Attivazione effettuata dei Day Service Chirurgici;

9. Trasferimento della Direzione e degli Uffici Amministrativi del Distretto SocioSanitario;

10. Trasferimento del Poliambulatorio con ampliamento ore di specialistica;

11. Trasferimento Porta Unica d'Accesso;

12. Trasferimento URP;

13. Trasferimento CUP;

14. Trasferimento CSM;

15. Trasferimento dell'ambulatorio di Screening senologico;

16. Trasferimento del Presidio Riabilitativo Distrettuale;

17. Attivare l'Ospedale di Comunità con n. 12 p.l.;

18. Attivare Residenza Sanitaria Anziani (R.S.A.) con n. 20 p.l.;

ASL di LECCE Gagliano del Capo			
Servizi	**Attivati/Trasferiti** (SI-NO)	**Da Attivare** (SI-NO)	**Da Trasferire** (SI-NO)
Accesso Unico alle Cure			
C.U.P.	**Si**	**-**	**-**
P.U.A.	**Si**	**-**	**-**
Assistenza Sanitaria di Base, Specialistica e Diagnostica			
Attività amministrativa legata all'assistenza sanitaria di Base:			
Scelta e Revoca Medico	**Si**	**-**	**-**
Esenzioni Ticket	**Si**	**-**	**-**
Rimborsi sanitari	**Si**	**-**	**-**
Ausili, Presidi e Protesi	**Si**	**-**	**-**
Assistenza Integrativa e farmaceutica	**Si**	**-**	**-**
Attività Med. di Base e Specialistica Ambulatoriale:			
Ambulatori Medici Specialisti convenzionati interni e dipendenti	**Si**	**-**	**-**
Attività Diagnostica (Laboratorio Analisi e Radiodiagnostica)	**Si**	**-**	**-**
Day Service (P.A.C.C.)	**-**	**Si**	**-**
Day Service (P.C.A.)	**SI**	**-**	**-**
Ambulatorio Infermieristico Distrettuale	**Si**	**-**	**-**
A.F.T. MMG (monoprofessionali)	**-**	**Si**	**-**
A.F.T. PLS (monoprofessionali)	**-**	**Si**	**-**
U.C.C.P. (multiprofessionali)	**-**	**Si**	**-**
Continuità Assistenziale	**Si**	**-**	**-**
Cure domiciliari	**Si**	**-**	**-**
Emergenza – Urgenza:			
Punto Primo Intervento	**Si**	**-**	**-**
Sede 118	**Si**	**-**	**-**
Assistenza Residenziale:			
Ospedale di Comunità	**-**	**Si**	**-**
R.S.A.	**-**	**Si**	**-**
Assistenza Consultoriale e Materno Infantile			
Consultorio Familiare	**Si**	**-**	**-**
Altro			
Altre forme di Assistenza Territoriale:			
Prevenzione:			
Vaccinazioni	**Si**	**-**	**-**
Medicina Legale e Fiscale	**-**	**Si**	**-**
Salute Mentale:			**-**
Centro Salute Mentale	**Si**		**-**
Dipendenze Patologiche:			**-**
Ser.T.	**-**	**Si**	**-**
Riabilitazione:			**-**
Centro Riabilitazione ambulatoriale	**Si**	**-**	**-**
Trattamenti domiciliari	**Si**	**-**	**-**
Neuropsichiatria Infantile	**Si**	**-**	**-**
Altro	**Si**	**-**	**-**
Altre forme di Assistenza a gest. Ospedaliera:			
Specificare (ad es. Posti Rene, ambulatori specialistici a gestione ospedaliera, ecc.)	**Si**	**-**	**-**

Maglie

Il Distretto Socio Sanitario n. 7 di maglie ha una popolazione di n. 56.344 e si estende nell'ambito territoriale dei Comuni di Maglie, Bagnolo del Salento, Cannole, Castrignano de' Greci, Corigliano d'Otranto, Cursi, Giurdignano, Melpignano, Muro Leccese, Otranto, Palmariggi e Scorrano.

Nell'ambito del precitato distretto, il Piano di Rientro ha previsto la riconversione della struttura ospedaliera di Maglie con la contestuale attivazione della Casa della Salute.

Il Comune interessato dalla riorganizzazione ospedaliera presenta la seguente situazione:

- **Popolazione Residente:** n. **14.981;**
- **MMG –** n. 17;
- **PLS** – n. 1;

Dal 2011 è cessata ogni attività assistenziale ospedaliera e sono state avviate le azioni relative alla riconversione della struttura in attività territoriali.

Le **azioni** attuate sono le seguenti:

1. Attivazione Day Service medici e chirurgici;

2. Attivazione ambulatorio infermieristico per la presa in carico delle persone affette da patologie croniche;

3. Attivazione ambienti dedicati all'ALPI;

4. Ampliamento ore di specialistica ambulatoriale;

5. Riconversione dei servizi di radiologia e laboratorio analisi in strutture distrettuali;

6. Riconversione della farmacia ospedaliera in farmacia territoriale;

7. Attivazione servizio Ingegneria Clinica;

8. Trasferimento CSM;

9. Trasferimento Ser.T.;

Le attività programmate e che dovranno essere attuate sono:

1. Trasferimento CSM;

2. Trasferimento della Direzione e degli Uffici Amministrativi del Distretto SocioSanitario;

3. Trasferimento Area Farmaceutica;

4. Ampliamento CUP;

5. Trasferimento URP;

6. Attivazione Sportello Associazioni di Volontariato;

7. Trasferimento Porta Unica d'Accesso;

8. Trasferimento del Consultorio Familiare;

9. Attivazione Ospedale di Comunità;

10. Attivazione Residenza Sanitaria Anziani (R.S.A.);

11. Attivazione Forme di Associazionismo Medico;

12. Attivazione Risonanza Magnetica Articolare;

13. Trasferimento Servizi Dipartimento di Prevenzione;

14. Trasferimento Postazione 118;

15. Attivazione ambulatorio dei codici bianchi e verdi;

ASL di LECCE Maglie			
Servizi	**Attivati/Trasferiti** (SI-NO)	**Da Attivare** (SI-NO)	**Da Trasferire** (SI-NO)
Accesso Unico alle Cure			
C.U.P.	**Si**	**-**	**-**
P.U.A.	**-**	**Si**	**-**
Assistenza Sanitaria di Base, Specialistica e Diagnostica			
Attività amministrativa legata all'assistenza sanitaria di Base:			
Scelta e Revoca Medico	**-**	**-**	**Si**
Esenzioni Ticket	**-**	**-**	**Si**
Rimborsi sanitari	**-**	**-**	**Si**
Ausili, Presidi e Protesi	**-**	**-**	**Si**
Assistenza Integrativa e farmaceutica	**-**	**-**	**Si**
Attività Med. di Base e Specialistica Ambulatoriale:			
Ambulatori Medici Specialisti convenzionati interni e dipendenti	**-**	**Si (Alcune Branche)**	**Si (ulteriori branche spec.)**
Attività Diagnostica (Laboratorio Analisi e Radiodiagnostica)	**Si**		
Day Service (P.A.C.C.)	**Si**	**-**	**-**
A.F.T. PLS (monoprofessionali)	**-**	**Si**	**-**
U.C.C.P. (multiprofessionali)	**-**	**Si**	**-**
Continuità Assistenziale	**Si**	**-**	**-**
Cure domiciliari	**-**	**-**	**Si**
Emergenza – Urgenza:			
Sede 118	**Si**	**-**	**-**
Assistenza Residenziale:			
Ospedale di Comunità	**-**	**Si**	**-**
R.S.A.	**-**	**Si**	**-**
Assistenza Consultoriale e Materno Infantile			
Consultorio Familiare	**-**	**-**	**Si**
Altre forme di Assistenza Territoriale:			
Prevenzione:			
Vaccinazioni	**-**	**-**	**Si**
Medicina Legale e Fiscale	**-**	**-**	**Si**
Salute Mentale:			
Centro Salute Mentale	**Si**	**-**	**-**
Dipendenze Patologiche:			
Ser.T.	**Si**	**-**	**-**
Riabilitazione:			
Centro Riabilitazione ambulatoriale	**Si**	**-**	**-**
Trattamenti domiciliari	**Si**	**-**	**-**
Neuropsichiatria Infantile	**Si**	**-**	**-**
Altre forme di Assistenza a gest. Ospedaliera:			
Specificare (ad es. Posti Rene, ambulatori specialistici a gestione ospedaliera, ecc.)	**Si**	**-**	**-**

Nardò

Il Distretto Socio Sanitario n. 9 di Nardò ha una popolazione di n. 94.193 e si estende nell'ambito territoriale dei Comuni di Nardò, Copertino, Galatone, Leveranno, Porto Cesareo e Seclì.

Nell'ambito del precitato distretto, la seconda fase della riorganizzazione della rete ospedaliera ha previsto la riconversione della strutture ospedaliera di Nardò con la contestuale attivazione del Presidio Territoriale di Assistenza.

Il Comune interessato dalla riorganizzazione ospedaliera presenta la seguente situazione:

- **Popolazione Residente:** n. **31.952;**
- **MMG –** n. 17;
- **PLS** – n. 4;

Dal 31 ottobre 2012 è cessata ogni attività assistenziale ospedaliera, e sono state avviate le azioni previste per la riconversione della struttura in attività territoriali.

Le **azioni** previste sono le seguenti:

1. riconversione del Pronto Soccorso in Punto di Primo Intervento (P.P.I.);

2. riconversione del Servizio di patologia clinica in attività distrettuale ed attivazione ambulatorio TAO;

3. riconversione del servizio di radiodiagnostica e TAC in servizio territoriale;

4. attivazione RSA con modulo SUAP/GCA;

5. attivazione Ospedale di Comunità;

6. Attivazione Day Service medici (diabete ed Ipertensione);

7. Attivazione Day Service chirurgici (chirurgia generale, ortopedica e cataratta);

8. Conferma presenza del Centro PMA;

9. trasferimento Consultorio Familiare;

10. Trasferimento CSM;

11. attivazione Unità di raccolta sangue;

12. trasferimento poliambulatorio specialistico.

ASL di LECCE Nardò			
Servizi	**Attivati/Trasferiti** (SI-NO)	**Da Attivare** (SI-NO)	**Da Trasferire** (SI-NO)
Accesso Unico alle Cure			
C.U.P.	**si**		
P.U.A.	**si**		
Assistenza Sanitaria di Base, Specialistica e Diagnostica			
Attività amministrativa legata all'assistenza sanitaria di Base:			**entro 31 luglio p.v.**
Scelta e Revoca Medico	**No**	**No**	**Si**
Esenzioni Ticket	**No**	**No**	**Si**
Rimborsi sanitari	**si**	**No**	**no**
Ausili, Presidi e Protesi	**No**	**No**	**Si**
Assistenza Integrativa e farmaceutica	**si**	**No**	**no**
Attività Med. di Base e Specialistica Ambulatoriale:			
Ambulatori Medici Specialisti convenzionati interni e dipendenti	**Si**	**No**	**no**
Attività Diagnostica (Laboratorio Analisi e Radiodiagnostica)	**Si**	**No**	**No**
Day Service (P.A.C.C.)	**Si**	**No**	**No**
Day Service (P.C.A.)	**Si**	**No**	**No**
Continuità Assistenziale	**si**	**No**	**no**
Cure domiciliari	**si**	**No**	**no**
Emergenza – Urgenza:			
Punto Primo Intervento	**Si**	**No**	**No**
Sede 118	**Si**	**No**	**No**
Assistenza Residenziale:			
Ospedale di Comunità	**No**	**Si**	**No**
R.S.A.	**No**	**Si**	**No**
S.U.A.P.	**No**	**Si**	**No**
Assistenza Consultoriale e Materno Infantile			
Consultorio Familiare	**SI**	**No**	**no**
Altre forme di Assistenza Territoriale:			
Salute Mentale:			
Centro Salute Mentale	**si**	**no**	**no**
Centro Procreazione Medicalmente Assist	**Si**	**No**	**No**
Altre forme di Assistenza a gest. Ospedaliera:			
CDA - Posti rene	**Si**	**No**	**No**
Amb. Ortopedia, Chirurgia Generale, oncologia, ematologia.	**Si**	**No**	**No**
Unità Fissa Raccolta Sangue	**Si**	**No**	**No**

Poggiardo

Il Distretto Socio Sanitario n. 10 di Poggiardo ha una popolazione di n. 46.266 e si estende nell'ambito territoriale dei Comuni di Poggiardo, Andranno, Botrugno, Castro, Diso, Giuggianello, Minervino di Lecce, Nociglia, Ortelle, San Cassiano, Santa Cesarea Terme, Sanarica, Spongano, Surano e Uggiano la Chiesa.

Nell'ambito del precitato distretto, la seconda fase della riorganizzazione della rete ospedaliera ha previsto la riconversione della strutture ospedaliera di Poggiardo con la contestuale attivazione del Presidio Territoriale di Assistenza.

Il Comune interessato dalla riorganizzazione ospedaliera presenta la seguente situazione:

- **Popolazione Residente:** n. **6.140;**
- **MMG –** n. 6;
- **PLS** – n. 1;

Le **azioni** previste ed attuate per la riconversione della struttura in attività territoriali sono le seguenti:

1. Attivazione Day Service chirurgici (Ernia addominale, Tunnel carpale e cataratta);

2. Attivazione Day Service medici (Diabete ed Ipertensione);

3. Attivazione ambulatorio Interruzione di Gravidanza (IVG);

4. Attivazione servizio riabilitativo;

5. Trasferimento della Direzione e degli Uffici Amministrativi del Distretto SocioSanitario;

6. Trasferimento CSM;

7. Trasferimento Servizio Continuità Assistenziale;

8. Ampliamento ore di specialistica ambulatoriale;

9. Riconversione della farmacia ospedaliera in farmacia territoriale;

10. Riconversione dei servizi di radiologia e laboratorio analisi in strutture distrettuali;

11. Riconversione del Pronto Soccorso in Punto di Primo Intervento con annessa postazione 118;

12. Conferma Servizio Dialisi;

13. Conferma CUP;

14. Trasferimento URP;

Le attività programmate e che dovranno essere attuate sono:

1. Attivazione RSA con 20 P.L.;

2. Attivazione Ospedale di Comunità;

3. Trasferimento Servizi Dipartimento di Prevenzione;

4. Trasferimento del Consultorio Familiare;

5. Attivazione TAC e RMN arti inferiori;

6. Trasferimento Porta Unica d'Accesso;

7. Attivazione Forme di Associazionismo Medico;

8. Attivazione Ambulatorio terapia infusionale;

9. Ambulatorio Gestione Stomie;

ASL di LECCE Poggiardo			
Servizi	**Attivati/Trasferiti** (SI-NO)	**Da Attivare** (SI-NO)	**Da Trasferire** (SI-NO)
Accesso Unico alle Cure			
C.U.P.	**Si**	**No**	**No**
P.U.A.	**-**	**Si**	**-**
Assistenza Sanitaria di Base, Specialistica e Diagnostica			
Attività amministrativa legata all'assistenza sanitaria di Base:			
Scelta e Revoca Medico	**Si**	**No**	**No**
Esenzioni Ticket	**Si**	**No**	**No**
Rimborsi sanitari	**Si**	**No**	**No**
Ausili, Presidi e Protesi	**Si**	**No**	**No**
Assistenza Integrativa e farmaceutica	**Si**	**No**	**No**
Attività Med. di Base e Specialistica Ambulatoriale:			
Ambulatori Medici Specialisti convenzionati interni e dipendenti	**Si**	**Si (Altre Branche)**	**-**
Attività Diagnostica (Laboratorio Analisi e Radiodiagnostica)	**Si**	**No**	**No**
Day Service (P.A.C.C.)	**Si**	**No**	**Si**
Day Service (P.C.A.)	**Si**	**Si (Altri)**	**No**
Ambulatorio Infermieristico Distrettuale	**-**	**No**	**Si**
A.F.T. MMG (monoprofessionali)	**No**	**Si**	**-**
A.F.T. PLS (monoprofessionali)	**No**	**Si**	**-**
U.C.C.P. (multiprofessionali)	**No**	**Si**	**-**
Continuità Assistenziale	**Si**	**No**	**-**
Cure domiciliari	**Si**	**No**	**No**
Emergenza – Urgenza:			
Punto Primo Intervento	**Si**	**No**	**No**
Sede 118	**Si**	**No**	**No**
Assistenza Residenziale:			
Ospedale di Comunità	**No**	**Si**	**No**
R.S.A.	**No**	**Si**	**No**
Assistenza Consultoriale e Materno Infantile			
Consultorio Familiare	**Si**	**No**	**Si**
Altro			
Altre forme di Assistenza Territoriale:			
Prevenzione:			
Vaccinazioni	**Si**	**No**	**-**
Medicina Legale e Fiscale	**Si**	**No**	**-**
Riabilitazione:			**-**
Centro Riabilitazione ambulatoriale	**Si**	**No**	**-**
Trattamenti domiciliari	**Si**	**No**	**-**
Neuropsichiatria Infantile	**Si**	**No**	**-**
Servizio Farmaceutico Territoriale	**Si**	**No**	**-**
Altre forme di Assistenza a gest. Ospedaliera:			
Ambulatori Specialistici a gestione ospedaliera	**Si**	**No**	**No**
UAL	**Si**	**No**	**No**

ASL di TARANTO

Massafra - Mottola

Il Distretto Socio Sanitario n. 2 di Massafra ha una popolazione di n. 79.379 e si estende nell'ambito territoriale dei Comuni di Massafra, Mottola, Palagiano e Statte.

Nell'ambito del precitato distretto, il Piano di Rientro ha previsto la riconversione delle strutture ospedaliere di Massafra e Mottola con la contestuale attivazione dei Presidi Territoriali di Assistenza.

I Comuni interessati dalla riorganizzazione ospedaliera presenta la seguente situazione:

Massafra

- **Popolazione Residente:** n. **32.488;**
- **MMG –** n. 19;
- **PLS** – n. 4;

Dal 2011 è cessata ogni attività assistenziale ospedaliera e sono state avviate le azioni relative alla riconversione della struttura in attività territoriali.

Le **azioni** attuate sono le seguenti:

1. ampliamento ore specialistica ambulatoriale distrettuale;
2. riconversione in attività distrettuali i servizi di Radiologia con annessa TAC;
3. riconversione del Pronto Soccorso in Punto di Primo Intervento Territoriale (P.P.I.T.) h 24 con annessa postazione 118;
4. attivazione dell'ambulatorio infermieristico;
5. attivazione U.C.C.P. della Medicina Generale;
6. attivazione day service chirurgico ortopedico;
7. attivazione del Centro Donna per Percorsi diagnostico-terapeutici per la prevenzione oncologica nelle donne;
8. Attivazione U.A.L.;
9. Attivazione Day Service;
10. Trasferimento CSM;

Ulteriori **azioni** programmate e da attuare entro fine 2014 sono le seguenti:

1. attivazione ambulatorio per l'assistenza ai pazienti trapiantati;
2. attivazione ambulatorio medicina del lavoro;
3. attivazione ospedale di comunità;

È previsto, inoltre, un **investimento PO F.E.S.R. 2007-2013** (Fondo Europeo Sviluppo Regionale) di € 250.000,00 per l'ammodernamento della struttura.

ASL di TARANTO Massafra			
Servizi	**Attivati/Trasferiti** (SI-NO)	**Da Attivare** (SI-NO)	**Da Trasferire** (SI-NO)
Accesso Unico alle Cure			
C.U.P.	**Si**	**-**	**-**
P.U.A.	**Si**	**-**	**-**
Assistenza Sanitaria di Base, Specialistica e Diagnostica			
Attività amministrativa legata all'assistenza sanitaria di Base:			
Scelta e Revoca Medico	**Si**	**-**	**-**
Esenzioni Ticket	**Si**	**-**	**-**
Rimborsi sanitari	**Si**	**-**	**-**
Ausili, Presidi e Protesi	**Si**	**-**	**-**
Assistenza Integrativa e farmaceutica	**Si**	**-**	**-**
Attività Med. di Base e Specialistica Ambulatoriale:			
Ambulatori Medici Specialisti convenzionati interni e dipendenti	**Si**	**-**	**-**
Day Service (P.A.C.C.)	**Si**	**-**	**-**
Day Service (P.C.A.)	**Si**	**-**	**-**
Ambulatorio Infermieristico Distrettuale	**Si**	**-**	**-**
U.C.C.P. (multiprofessionali)	**Si**	**-**	**-**
Cure domiciliari	**Si**	**-**	**-**
Emergenza – Urgenza:			
Punto Primo Intervento	**Si**	**-**	**-**
Sede 118	**Si**	**-**	**-**
Assistenza Residenziale:			
Modulo Alzheimer	**-**	**Si**	
Assistenza Consultoriale e Materno Infantile			
Consultorio Familiare	**Si**	**-**	**-**
Altro	**-**	**-**	**-**
Altre forme di Assistenza Territoriale:			
Prevenzione:			
Vaccinazioni	**Si**	**-**	**-**
Medicina Legale e Fiscale	**Si**	**-**	**-**
Salute Mentale:		**-**	**-**
Centro Salute Mentale	**Si**	**-**	**-**
Centro Diurno Disabili psichici	**Si**	**-**	**-**
Dipendenze Patologiche:		**-**	**-**
Ser.T.	**Si**	**-**	**-**
Riabilitazione:		**-**	**-**
Centro Riabilitazione ambulatoriale	**Si**	**-**	**-**
Trattamenti domiciliari	**Si**	**-**	**-**
Altre forme di Assistenza a gest. Ospedaliera:			
UAL	**Si**	**-**	**-**

Mottola

- **Popolazione Residente:** n. **16.333;**
- **MMG –** n. 10;
- **PLS** – n. 2;

Dal 2011 è cessata ogni attività assistenziale ospedaliera e sono state avviate le azioni relative alla riconversione della struttura in attività territoriali.

Le **azioni** attuate sono le seguenti:

1. riconversione del Pronto Soccorso in Punto di Primo Intervento Territoriale (P.P.I.T.) con annessa postazione 118;

2. conferma Progetto "Fenice" – Centro riabilitativo post-acuzie a sperimentazione gestionale pubblico-privato;

3. trasferimento del Poliambulatorio Specialistico ed ampliamento delle ore;

4. conferma servizio FKT afferente alla S.C. di Riabilitazione dell'Ospedale SS. Annunziata;

Ulteriori **azioni** programmate e da attuare entro fine 2014 sono le seguenti:

1. attivazione di unità di degenza OPG;

È previsto, inoltre, un **investimento PO F.E.S.R. 2007-2013** (Fondo Europeo Sviluppo Regionale) di € 5.550.000,00 per l'ammodernamento della struttura e l'acquisto di tecnologie.

ASL di TARANTO Mottola			
Servizi	**Attivati/Trasferiti** (SI-NO)	**Da Attivare** (SI-NO)	**Da Trasferire** (SI-NO)
Accesso Unico alle Cure			
C.U.P.	**Si**	**-**	**-**
P.U.A.	**No**	**-**	**-**
Assistenza Sanitaria di Base, Specialistica e Diagnostica			
Attività amministrativa legata all'assistenza sanitaria di Base:			
Scelta e Revoca Medico	**Si**	**-**	**-**
Esenzioni Ticket	**Si**	**-**	**-**
Rimborsi sanitari	**Si**	**-**	**-**
Ausili, Presidi e Protesi	**Si**	**-**	**-**
Assistenza Integrativa e farmaceutica	**Si**	**-**	**-**
Attività Med. di Base e Specialistica Ambulatoriale:			
Ambulatori Medici Specialisti convenzionati interni e dipendenti	**Si**	**-**	**-**
Day Service (P.A.C.C.)	**-**	**Si**	**-**
Day Service (P.C.A.)	**-**	**Si**	**-**
Ambulatorio Infermieristico Distrettuale	**-**	**Si**	**-**
A.F.T. MMG (monoprofessionali)	**-**	**Si**	**-**
A.F.T. PLS (monoprofessionali)	**-**	**Si**	**-**
U.C.C.P. (multiprofessionali)	**-**	**Si**	**-**
Continuità Assistenziale	**Si**	**-**	**-**
Cure domiciliari	**Si**	**-**	**-**
Emergenza – Urgenza:			
Punto Primo Intervento	**Si**	**-**	**-**
Sede 118	**Si**	**-**	**-**
Assistenza Consultoriale e Materno Infantile			
Consultorio Familiare	**Si**	**-**	**-**
Altro			
Altre forme di Assistenza Territoriale:			
Prevenzione:			
Vaccinazioni	**Si**	**-**	**-**
Medicina Legale e Fiscale	**Si**	**-**	**-**
Riabilitazione:			
Centro Riabilitazione ambulatoriale	**SI**	**-**	**-**
Trattamenti domiciliari	**SI**	**-**	**-**
Neuropsichiatria Infantile	**Si**	**-**	**-**

REGIONE PUGLIA

Proposta di Deliberazione della Giunta Regionale

Allegato V

PROGRAMMA OPERATIVO 2013-2015

ALLEGATO CE TENDENZIALE E PROGRAMMATICO E MODELLI LA TENDENZIALI E PROGRAMMATICI

REGIONE PUGLIA

	Esercizio 2011	Esercizio 2012	Tendenziale 2013	Tendenziale 2014	Tendenziale 2015	Program. Prog. 2013	Program. Prog. 2014	Program. Prog. 2015
Totale ricavi	7.406.726	7.515.637	7.490.394	7.519.070	7.603.070	7.490.394	7.519.070	7.603.070
Totale costi	7.552.864	7.511.686	7.485.057	7.458.125	7.441.255	7.485.057	7.515.824	7.601.247
Risultato	(146.138)	3.951	5.337	60.945	161.815	5.337	3.246	1.823

Modello CE - Esercizio 2011-2012. Tendenziali e Programmatici 2013-2015

A) Valore della produzione

AA0010	**A.1) Contributi in c/esercizio**	7.009.098	7.060.273	7.082.549	7.172.825	7.260.825	7.082.549	7.172.825	7.260.825
AA0020	**A.1.A) Contributi da Regione ... per quota F.S. regionale**	6.943.618	6.992.588	6.992.805	7.112.805	7.200.805	6.992.805	7.112.805	7.200.805
AA0030	A.1.A.1) da Regione ... per quota F.S. regionale indistinto	6.814.618	6.861.781	6.845.124	6.965.124	7.053.124	6.845.124	6.965.124	7.053.124
AA0040	A.1.A.2) da Regione ... per quota F.S. regionale vincolato	129.000	130.807	147.681	147.681	147.681	147.681	147.681	147.681
AA0050	**A.1.B) Contributi c/esercizio (extra fondo)**	63.167	64.326	87.248	57.320	57.320	87.248	57.320	57.320
AA0060	A.1.B.1) da Regione ... (extra fondo)	63.167	43.337	60.225	32.820	32.820	60.225	32.820	32.820
AA0070	A.1.B.1.1) Contributi da Regione ... (extra fondo) vincolati	11.911	13.027	13.028	12.000	12.000	13.028	12.000	12.000
AA0080	A.1.B.1.2) Contributi da Regione ... (extra fondo) - Risorse agg.ve da bilancio regionale per LEA		-	26.377	-	-	26.377	-	-
AA0090	reg.le per extra LEA	34.150	30.310	-	-	-	-	-	-
AA0100	A.1.B.1.4) Contributi da Regione ... (extra fondo) - Altro	17.106	-	20.820	20.820	20.820	20.820	20.820	20.820
AA0110	A.1.B.2) Contributi da Az. sanit. pubbl. della Regione ... (extra fondo)		-	-	-	-	-	-	-
AA0120	A.1.B.2.1) Contributi da Az. sanit. pubbl. della Regione ... (extra fondo) vincolati		-	-	-	-	-	-	-
AA0130	A.1.B.2.2) Contributi da Az. sanit. pubbl. della Regione ... (extra fondo) altro		-	-	-	-	-	-	-
AA0140	A.1.B.3) Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo)	-	20.989	27.023	24.500	24.500	27.023	24.500	24.500
AA0150	A.1.B.3.1) Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) vincolati		32	2.346	1.000	1.000	2.346	1.000	1.000
AA0160	A.1.B.3.2) Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) L. 210/92		19.937	21.882	22.000	22.000	21.882	22.000	22.000
AA0170	A.1.B.3.3) Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) altro		1.020	2.795	1.500	1.500	2.795	1.500	1.500
AA0180	**A.1.C) Contributi c/esercizio per ricerca**	2.006	2.941	1.968	2.300	2.300	1.968	2.300	2.300
AA0190	A.1.C.1) Contributi da Ministero della Salute per ricerca corrente	1.446	2.001	1.695	1.800	1.800	1.695	1.800	1.800
AA0200	A.1.C.2) Contributi da Ministero della Salute per ricerca finalizzata	560	940	136	500	500	136	500	500
AA0210	A.1.C.3) Contributi da Regione ed altri soggetti pubblici per ricerca		-	127	-	-	127	-	-
AA0220	A.1.C.4) Contributi da privati per ricerca		-	10	-	-	10	-	-
AA0230	**A.1.D) Contributi c/esercizio da privati**	307	418	528	400	400	528	400	400
AA0240	**A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione**	-	-	(18.064)	(22.000)	(20.000)	(18.064)	(22.000)	(20.000)
AA0250	A.2.A) Rettifica contrib. in c/eserc. per ... investimenti ... per quota F.S.	-	-	(18.064)	(22.000)	(20.000)	(18.064)	(22.000)	(20.000)
AA0260	A.2.B) Rettifica contributi in c/esercizio per ...investimenti - altri contrib	-	-	-	-	-	-	-	-
AA0270	**A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vi**	-	981	4.646	3.300	3.300	4.646	3.300	3.300
AA0280	A.3.A) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti ... pe	-	-	2.223	2.000	2.000	2.223	2.000	2.000
AA0290	A.3.B) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi prec. da soggetti p	-	83	1.246	1.000	1.000	1.246	1.000	1.000
AA0300	A.3.C) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti per ric	-	-	832	200	200	832	200	200
AA0310	A.3.D) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi preceder	-	898	345	100	100	345	100	100
AA0320	**A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie**	161.501	174.315	161.072	162.111	162.111	161.072	162.111	162.111
AA0330	**A.4.A) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevar**	60.152	71.852	71.229	71.261	71.261	71.229	71.261	71.261
AA0340	A.4.A.1) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza	-	-	-	-	-	-	-	-
AA0350	A.4.A.1.1) Prestazioni di ricovero		-	-	-	-	-	-	-
AA0360	A.4.A.1.2) Prestazioni di specialistica ambulatoriale		-	-	-	-	-	-	-
AA0370	A.4.A.1.3) Prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale		-	-	-	-	-	-	-
AA0380	A.4.A.1.4) Prestazioni di File F		-	-	-	-	-	-	-
AA0390	A.4.A.1.5) Prestazioni servizi MMG, PLS, Contin. assistenziale		-	-	-	-	-	-	-
AA0400	A.4.A.1.6) Prestazioni servizi farmaceutica convenzionata		-	-	-	-	-	-	-
AA0410	A.4.A.1.7) Prestazioni termali		-	-	-	-	-	-	-
AA0420	A.4.A.1.8) Prestazioni trasporto ambulanze ed elisoccorso		-	-	-	-	-	-	-
AA0430	A.4.A.1.9) Altre prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a rilevanza sanitaria		-	-	-	-	-	-	-
AA0440	A.4.A.2) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza	6.506	2.900	1.168	1.200	1.200	1.168	1.200	1.200
AA0450	A.4.A.3) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza	53.646	68.952	70.061	70.061	70.061	70.061	70.061	70.061

	REGIONE PUGLIA	Esercizio 2011	Esercizio 2012	Tendenziale 2013	Tendenziale 2014	Tendenziale 2015	Program. Prog. 2013	Program. Prog. 2014	Program. Prog. 2015
AA0460	A.4.A.3.1) Prestazioni di ricovero	42.935	48.330	51.821	51.821	51.821	51.821	51.821	51.821
AA0470	A.4.A.3.2) Prestazioni ambulatoriali	3.518	4.431	5.810	5.810	5.810	5.810	5.810	5.810
AA0480	A.4.A.3.3) Prestazioni di psichiatria non soggetta a compensazione (resid. e semi	-	-	-	-	-	-	-	-
AA0490	A.4.A.3.4) Prestazioni di File F	3.740	5.641	7.123	7.123	7.123	7.123	7.123	7.123
AA0500	A.4.A.3.5) Prestazioni servizi MMG, PLS, Contin. assistenziale extrareg.	547	605	1.009	1.009	1.009	1.009	1.009	1.009
AA0510	A.4.A.3.6) Prestazioni servizi farmaceutica convenzionata extrareg.	1.016	688	1.142	1.142	1.142	1.142	1.142	1.142
AA0520	A.4.A.3.7) Prestazioni termali extrareg.	1.328	1.423	1.292	1.292	1.292	1.292	1.292	1.292
AA0530	A.4.A.3.8) Prestazioni trasporto ambulanze ed elisoccorso extrareg.		-	-	-	-	-	-	-
AA0540	A.4.A.3.9) Altre prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria extrareg.		-	-	-	-	-	-	-
AA0550	A.4.A.3.10) Ricavi per cessione di emocomponenti e cellule staminali extrareg.		-	-	-	-	-	-	-
AA0560	A.4.A.3.11) Ricavi per differenziale tariffe TUC		7.515	1.549	1.549	1.549	1.549	1.549	1.549
AA0570	A.4.A.3.12) Altre prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria non so	562	131	315	315	315	315	315	315
AA0580	A.4.A.3.12.A) Prestazioni di assistenza riabilitativa non soggette a compensazione extrareg.	-	-	-	-	-	-	-	-
AA0590	A.4.A.3.12.B) Altre prestazioni sanitarie ... non soggette a compensazione extrare	562	131	315	315	315	315	315	315
AA0600	A.4.A.3.13) Altre prestazioni sanitarie e rilevanza sanitaria - Mobilità attiva Intermozionale		188	-	-	-	-	-	-
AA0610	**A.4.B) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevar**	**37.633**	**40.750**	**39.750**	**40.750**	**40.750**	**39.750**	**40.750**	**40.750**
AA0620	A.4.B.1) Prestazioni di ricovero da priv. extrareg. in compensazione (mo	33.894	35.356	34.356	35.356	35.356	34.356	35.356	35.356
AA0630	A.4.B.2) Prestazioni ambulatoriali da priv. extrareg. in compensazione	2.309	3.718	3.718	3.718	3.718	3.718	3.718	3.718
AA0640	A.4.B.3) Prestazioni di File F da priv. extrareg. in compensazione (mobil	1.430	1.676	1.676	1.676	1.676	1.676	1.676	1.676
AA0650	A.4.B.4) Altre prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate da privati v	-	-	-	-	-	-	-	-
AA0660	**A.4.C) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevar**	**18.410**	**19.089**	**14.050**	**14.050**	**14.050**	**14.050**	**14.050**	**14.050**
AA0670	**A.4.D) Ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intr**	**45.306**	**42.624**	**36.043**	**36.050**	**36.050**	**36.043**	**36.050**	**36.050**
AA0680	A.4.D.1) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area ospedaliera	9.102	7.807	12.835	12.840	12.840	12.835	12.840	12.840
AA0690	A.4.D.2) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area specialistica	26.058	25.041	21.022	21.020	21.020	21.022	21.020	21.020
AA0700	A.4.D.3) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area sanità pubb	279	258	250	250	250	250	250	250
AA0710	A.4.D.4) Ricavi per Prest. San. intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 l	2.788	2.055	1.936	1.940	1.940	1.936	1.940	1.940
AA0720	A.4.D.5) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Consulenze (ex a	-	-	-	-	-	-	-	-
AA0730	A.4.D.6) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Altro	7.079	7.463	-	-	-	-	-	-
AA0740	A.4.D.7) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Altro (Az. sanit. p	-	-	-	-	-	-	-	-
AA0750	**A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi**	**51.186**	**44.474**	**56.856**	**48.850**	**47.850**	**56.856**	**48.850**	**47.850**
AA0760	**A.5.A) Rimborsi assicurativi**	**338**	**286**	**852**	**350**	**350**	**852**	**350**	**350**
AA0770	**A.5.B) Concorsi, recuperi e rimborsi da Regione**	**-**	**540**	**123**	**500**	**500**	**123**	**500**	**500**
AA0780	A.5.B.1) Rimborso degli oneri stipendiali del personale dell'azienda in posizione di coma		540	123	500	500	123	500	500
AA0790	A.5.B.2) Altri concorsi, recuperi e rimborsi da parte della Regione	-	-	-	-	-	-	-	-
AA0800	**A.5.C) Concorsi, recuperi e rimborsi da Az. sanit. pubbl. della Re**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
AA0810	A.5.C.1) Rimborso degli oneri stipendiali del personale dipendente dell'azienda in posizi		-	-	-	-	-	-	-
AA0820	A.5.C.2) Rimborsi per acquisto beni da parte di Az. sanit. pubbl. della Regione	-	-	-	-	-	-	-	-
AA0830	A.5.C.3) Altri concorsi, recuperi e rimborsi da parte di Az. sanit. pubbl. della Regione	-	-	-	-	-	-	-	-
AA0840	**A.5.D) Concorsi, recuperi e rimborsi da altri soggetti pubblici**	**2.554**	**6.348**	**6.305**	**6.000**	**6.000**	**6.305**	**6.000**	**6.000**
AA0850	A.5.D.1) Rimborso degli oneri stipendiali del personale dipendente d	780	591	809	500	500	809	500	500
AA0860	A.5.D.2) Rimborsi per acquisto beni da parte di altri soggetti pubblici	-	-	-	-	-	-	-	-
AA0870	A.5.D.3) Altri concorsi, recuperi e rimborsi da parte di altri soggetti p	1.774	5.757	5.496	5.500	5.500	5.496	5.500	5.500
AA0880	**A.5.E) Concorsi, recuperi e rimborsi da privati**	**48.294**	**37.300**	**49.576**	**42.000**	**41.000**	**49.576**	**42.000**	**41.000**
AA0890	**A.5.E.1) Rimborso da aziende farmaceutiche per Pay back**	**33.946**	**35.169**	**45.619**	**40.000**	**39.000**	**45.619**	**40.000**	**39.000**
AA0900	A.5.E.1.1) Pay-back per il superamento del tetto della spesa farmaceutica terr	33.946	35.169	-	-	-	-	-	-
AA0910	A.5.E.1.2) Pay back per superamento del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera	-	-	45.619	40.000	39.000	45.619	40.000	39.000
AA0920	A.5.E.1.3) Ulteriore Pay-back		-	-	-	-	-	-	-
AA0930	A.5.E.2) Altri concorsi, recuperi e rimborsi da privati	14.348	2.131	3.957	2.000	2.000	3.957	2.000	2.000
AA0940	**A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sa**	**59.324**	**63.664**	**58.785**	**58.800**	**58.800**	**58.785**	**58.800**	**58.800**
AA0950	A.6.A) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie - Ticket sulle pr	55.885	59.671	56.757	56.800	56.800	56.757	56.800	56.800
AA0960	A.6.B) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie - Ticket sul pro	1.665	2.278	2.028	2.000	2.000	2.028	2.000	2.000
AA0970	A.6.C) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket) - Altro	1.774	1.905	-	-	-	-	-	-
AA0980	**A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizi**	**52.776**	**47.210**	**58.914**	**58.920**	**58.920**	**58.914**	**58.920**	**58.920**
AA0990	A.7.A) Quota imputata all'esercizio dei finanziamenti per investimen	2.728	4.074	6.472	6.470	6.470	6.472	6.470	6.470

	REGIONE PUGLIA	Esercizio 2011	Esercizio 2012	Tendenziale 2013	Tendenziale 2014	Tendenziale 2015	Program. Prog. 2013	Program. Prog. 2014	Program. Prog. 2015
AA1000	A.7.B) Quota imputata all'esercizio dei finanziamenti per investimer	49.674	42.299	49.676	49.680	49.680	49.676	49.680	49.680
AA1010	A.7.C) Quota imputata all'esercizio dei finanziamenti per beni di pri	-	148	-	-	-	-	-	-
AA1020	A.7.D) Quota imputata all'esercizio dei contributi in c/ esercizio FSR	-	122	2.437	2.440	2.440	2.437	2.440	2.440
AA1030	A.7.E) Quota imputata all'esercizio degli altri contributi in c/ esercizi	-	37	13	10	10	13	10	10
AA1040	A.7.F) Quota imputata all'esercizio di altre poste del patrimonio nett	374	530	316	320	320	316	320	320
AA1050	**A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori int**	-	-	-	-	-	-	-	-
AA1060	**A.9) Altri ricavi e proventi**	5.459	5.783	8.197	8.300	8.300	8.197	8.300	8.300
AA1070	A.9.A) Ricavi per prestazioni non sanitarie	184	2.646	3.052	3.100	3.100	3.052	3.100	3.100
AA1080	A.9.B) Fitti attivi ed altri proventi da attività immobiliari	2.541	2.887	2.879	2.900	2.900	2.879	2.900	2.900
AA1090	A.9.C) Altri proventi diversi	3.734	2.699	2.266	2.300	2.300	2.266	2.300	2.300
AZ9999	**Totale valore della produzione (A)**	7.340.344	7.399.339	7.412.955	7.491.106	7.580.106	7.412.955	7.491.106	7.580.106
	B) Costi della produzione			-			-		
BA0010	**B.1) Acquisti di beni**	1.097.137	1.125.365	1.159.363	1.213.780	1.257.660	1.159.363	1.203.780	1.227.660
BA0020	**B.1.A) Acquisti di beni sanitari**	1.069.665	1.098.884	1.132.845	1.187.270	1.231.150	1.132.845	1.177.270	1.201.150
BA0030	B.1.A.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati	564.322	608.422	630.541	684.960	737.690	630.541	674.960	707.690
BA0040	B.1.A.1.1) Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale		559.123	604.664	659.080	711.810	604.664	649.080	681.810
BA0050	B.1.A.1.2) Medicinali senza AIC		7.506	1.127	1.130	1.130	1.127	1.130	1.130
BA0060	B.1.A.1.3) Emoderivati di produzione regionale		41.793	24.750	24.750	24.750	24.750	24.750	24.750
BA0070	B.1.A.2) Sangue ed emocomponenti		5.896	17.699	17.700	17.700	17.699	17.700	17.700
BA0080	B.1.A.2.1) da pubblico (Az. sanit. pubbl. della Regione) – Mobilità intraregionale		-	-	-	-	-	-	-
BA0090	B.1.A.2.2) da pubblico (Az. sanit. pubbl. extra Regione) – Mobilità extraregionale		-	-	-	-	-	-	-
BA0100	B.1.A.2.3) da altri soggetti		5.896	17.699	17.700	17.700	17.699	17.700	17.700
BA0210	B.1.A.3) Dispositivi medici	465.184	347.710	442.454	442.460	433.610	442.454	442.460	433.610
BA0220	B.1.A.3.1) Dispositivi medici		194.178	253.445	253.450	248.380	253.445	253.450	248.380
BA0230	B.1.A.3.2) Dispositivi medici impiantabili attivi		70.158	61.902	61.900	60.660	61.902	61.900	60.660
BA0240	B.1.A.3.3) Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)		83.374	127.107	127.110	124.570	127.107	127.110	124.570
BA0250	B.1.A.4) Prodotti dietetici	6.012	8.157	8.966	8.970	8.970	8.966	8.970	8.970
BA0260	B.1.A.5) Materiali per la profilassi (vaccini)	33.450	32.589	31.422	31.420	31.420	31.422	31.420	31.420
BA0270	B.1.A.6) Prodotti chimici		42.952	264	260	260	264	260	260
BA0280	B.1.A.7) Materiali e prodotti per uso veterinario	697	924	927	930	930	927	930	930
BA0290	B.1.A.8) Altri beni e prodotti sanitari		52.234	572	570	570	572	570	570
BA0300	B.1.A.9) Beni e prodotti sanitari da Az. sanit. pubbl. della Regione		-	-	-	-	-	-	-
BA0310	**B.1.B) Acquisti di beni non sanitari**	27.472	26.481	26.518	26.510	26.510	26.518	26.510	26.510
BA0320	B.1.B.1) Prodotti alimentari	1.429	1.288	1.274	1.270	1.270	1.274	1.270	1.270
BA0330	B.1.B.2) Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere	3.341	2.930	2.563	2.560	2.560	2.563	2.560	2.560
BA0340	B.1.B.3) Combustibili, carburanti e lubrificanti	9.277	8.903	8.484	8.480	8.480	8.484	8.480	8.480
BA0350	B.1.B.4) Supporti informatici e cancelleria	7.636	7.839	8.126	8.130	8.130	8.126	8.130	8.130
BA0360	B.1.B.5) Materiale per la manutenzione	3.683	3.567	4.812	4.810	4.810	4.812	4.810	4.810
BA0370	B.1.B.6) Altri beni e prodotti non sanitari	2.106	1.954	1.259	1.260	1.260	1.259	1.260	1.260
BA0380	B.1.B.7) Beni e prodotti non sanitari da Az. sanit. pubbl. della Regione	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0390	**B.2) Acquisti di servizi**	3.688.594	3.683.119	3.726.099	3.743.270	3.751.179	3.726.099	3.742.476	3.786.016
BA0400	**B.2.A) Acquisti servizi sanitari**	3.255.793	3.216.768	3.273.253	3.291.370	3.299.279	3.273.253	3.290.370	3.333.716
BA0410	**B.2.A.1) Acquisti servizi sanitari per medicina di base**	508.622	515.772	519.825	522.530	525.370	519.825	522.530	525.370
BA0420	B.2.A.1.1) - da convenzione	507.412	514.899	517.693	520.400	523.240	517.693	520.400	523.240
BA0430	B.2.A.1.1.A) Costi per assistenza MMG	324.813	329.326	326.755	326.760	326.760	326.755	326.760	326.760
BA0440	B.2.A.1.1.B) Costi per assistenza PLS	81.499	81.642	81.131	81.130	81.130	81.131	81.130	81.130
BA0450	B.2.A.1.1.C) Costi per assistenza Continuità assistenziale	56.832	56.846	55.699	55.700	55.700	55.699	55.700	55.700
BA0460	B.2.A.1.1.D) Altro (medicina dei servizi, psicologi, medici 118, ecc)	44.268	47.085	54.108	56.810	59.650	54.108	56.810	59.650
BA0470	B.2.A.1.2) - M.G. da pubblico (Az. sanit. pubbl. della Regione) - Mobilità	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0480	B.2.A.1.3) - M.G. da pubblico (Az. sanit. pubbl. extrareg.) - Mobilità extra	1.210	873	2.132	2.130	2.130	2.132	2.130	2.130
BA0490	**B.2.A.2) Acquisti servizi sanitari per farmaceutica**	760.069	676.973	671.854	671.850	671.850	671.854	661.850	651.850

REGIONE PUGLIA		Esercizio 2011	Esercizio 2012	Tendenziale 2013	Tendenziale 2014	Tendenziale 2015	Program. Prog. 2013	Program. Prog. 2014	Program. Prog. 2015
BA0500	B.2.A.2.1) - da convenzione	753.885	673.191	668.102	668.100	668.100	668.102	658.100	648.100
BA0510	B.2.A.2.2) - Farm. da pubblico (Az. sanit. pubbl. della Regione) - Mobilità	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0520	B.2.A.2.3) - Farm. da pubblico (extrareg.)	6.184	3.782	3.752	3.750	3.750	3.752	3.750	3.750
BA0530	**B.2.A.3) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica an**	**275.189**	**304.248**	**320.822**	**320.830**	**320.830**	**320.822**	**320.830**	**320.830**
BA0540	B.2.A.3.1) - Specialistica da pubblico (Az. sanit. pubbl. della Regione)	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0550	B.2.A.3.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	-	3	-	-	-	-	-	-
BA0560	B.2.A.3.3) - Specialistica da pubblico (extrareg.)	28.264	32.202	36.929	36.930	36.930	36.929	36.930	36.930
BA0570	B.2.A.3.4) - da privato - Medici SUMAI	53.900	59.786	62.784	62.780	62.780	62.784	62.780	62.780
BA0580	B.2.A.3.5) - da privato	190.716	208.539	217.391	217.400	217.400	217.391	217.400	217.400
BA0590	B.2.A.3.5.A) Servizi sanitari per assistenza specialistica da IRCCS privati e Policlini	23.078	24.578	28.578	28.580	28.580	28.578	28.580	28.580
BA0600	B.2.A.3.5.B) Servizi sanitari per assistenza specialistica da Ospedali Classificati pri	29.887	33.795	38.795	38.800	38.800	38.795	38.800	38.800
BA0610	B.2.A.3.5.C) Servizi sanitari per assistenza specialistica da Case di Cura private	-	2	-	-	-	-	-	-
BA0620	B.2.A.3.5.D) Servizi sanitari per assistenza specialistica da altri privati	137.751	150.164	150.018	150.020	150.020	150.018	150.020	150.020
BA0630	B.2.A.3.6) - da privato per cittadini non residenti - extrareg. (mobilità at	2.309	3.718	3.718	3.720	3.720	3.718	3.720	3.720
BA0640	**B.2.A.4) Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa**	**242.501**	**183.694**	**161.119**	**161.130**	**161.079**	**161.119**	**161.130**	**204.516**
BA0650	B.2.A.4.1) - Riabilitativa da pubblico (Az. sanit. pubbl. della Regione)	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0660	B.2.A.4.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	57	49	98	100	49	98	100	49
BA0670	B.2.A.4.3) - Riabilitativa da pubblico (extrareg.) non soggetti a compens	1	-	-	-	-	-	-	-
BA0680	B.2.A.4.4) - da privato (intraregionale)	242.443	180.035	142.216	142.220	142.220	142.216	142.220	185.657
BA0690	B.2.A.4.5) - da privato (extraregionale)		3.610	18.805	18.810	18.810	18.805	18.810	18.810
BA0700	**B.2.A.5) Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa**	**50.420**	**47.323**	**49.267**	**51.730**	**54.320**	**49.267**	**51.730**	**54.320**
BA0710	B.2.A.5.1) - Integrativa da pubblico (Az. sanit. pubbl. della Regione)	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0720	B.2.A.5.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	16	-	2	-	-	2	-	-
BA0730	B.2.A.5.3) - Integrativa da pubblico (extrareg.)	-	-	12	10	10	12	10	10
BA0740	B.2.A.5.4) - da privato	50.404	47.323	49.253	51.720	54.310	49.253	51.720	54.310
BA0750	**B.2.A.6) Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica**	**65.000**	**58.213**	**59.196**	**60.380**	**61.590**	**59.196**	**60.380**	**61.590**
BA0760	B.2.A.6.1) - Protesica da pubblico (Az. sanit. pubbl. della Regione)		-	-	-	-	-	-	-
BA0770	B.2.A.6.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)		-	-	-	-	-	-	-
BA0780	B.2.A.6.3) - Protesica da pubblico (extrareg.)		-	4	-	-	4	-	-
BA0790	B.2.A.6.4) - da privato	65.000	58.213	59.192	60.380	61.590	59.192	60.380	61.590
BA0800	**B.2.A.7) Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera**	**925.313**	**938.119**	**957.718**	**957.730**	**957.730**	**957.718**	**952.730**	**947.730**
BA0810	B.2.A.7.1) - Ospedaliera da pubblico (Az. sanit. pubbl. della Regione)	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0820	B.2.A.7.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	2.680	801	120	120	120	120	120	120
BA0830	B.2.A.7.3) - da pubblico (extrareg.)	212.741	200.376	214.377	214.380	214.380	214.377	209.380	204.380
BA0840	B.2.A.7.4) - da privato	675.998	701.586	708.865	708.870	708.870	708.865	708.870	708.870
BA0850	B.2.A.7.4.A) Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da IRCCS privati e Policlinic	167.308	195.309	200.808	200.810	200.810	200.808	200.810	200.810
BA0860	B.2.A.7.4.B) Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da Ospedali Classificati pri	148.727	169.326	174.826	174.830	174.830	174.826	174.830	174.830
BA0870	B.2.A.7.4.C) Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da Case di Cura private	322.571	335.240	332.637	332.640	332.640	332.637	332.640	332.640
BA0880	B.2.A.7.4.D) Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da altri privati	37.392	1.711	594	590	590	594	590	590
BA0890	B.2.A.7.5) - da privato per cittadini non residenti - extrareg. (mob. att. ir	33.894	35.356	34.356	34.360	34.360	34.356	34.360	34.360
BA0900	**B.2.A.8) Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semi**	**108.592**	**107.105**	**111.722**	**111.720**	**111.720**	**111.722**	**111.720**	**111.720**
BA0910	B.2.A.8.1) - Psichiatria da pubblico (Az. sanit. pubbl. della Regione)	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0920	B.2.A.8.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0930	B.2.A.8.3) - Psichiatria da pubblico (extrareg.) - non soggette a compens	19	-	81	80	80	81	80	80
BA0940	B.2.A.8.4) - da privato (intraregionale)	108.573	106.431	103.519	103.520	103.520	103.519	103.520	103.520
BA0950	B.2.A.8.5) - da privato (extraregionale)		674	8.122	8.120	8.120	8.122	8.120	8.120
BA0960	**B.2.A.9) Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F**	**38.677**	**33.215**	**36.331**	**37.600**	**38.920**	**36.331**	**37.600**	**38.920**
BA0970	B.2.A.9.1) - File F da pubblico (Az. sanit. pubbl. della Regione) - Mobilità	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0980	B.2.A.9.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	-	-	-	-	-	-	-	-
BA0990	B.2.A.9.3) - File F da pubblico (extrareg.)	8.233	8.939	9.555	9.560	9.560	9.555	9.560	9.560
BA1000	B.2.A.9.4) - da privato (intraregionale)	29.014	22.600	25.100	26.360	27.680	25.100	26.360	27.680
BA1010	B.2.A.9.5) - da privato (extraregionale)	-	-	-	-	-	-	-	-
BA1020	B.2.A.9.6) - da privato per cittadini non residenti - extrareg. (mobilità at	1.430	1.676	1.676	1.680	1.680	1.676	1.680	1.680
BA1030	**B.2.A.10) Acquisto prestazioni termali in convenzione**	**11.828**	**7.468**	**10.495**	**10.500**	**10.500**	**10.495**	**10.500**	**10.500**
BA1040	B.2.A.10.1) - Termale da pubblico (Az. San. pubbl. della Regione) - Mob.	-	-	-	-	-	-	-	-

	REGIONE PUGLIA	Esercizio 2011	Esercizio 2012	Tendenziale 2013	Tendenziale 2014	Tendenziale 2015	Program. Prog. 2013	Program. Prog. 2014	Program. Prog. 2015
BA1050	B.2.A.10.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	6	-	-	-	-	-	-	-
BA1060	B.2.A.10.3) - Termale da pubblico (extrareg.)	3.797	140	2.976	2.980	2.980	2.976	2.980	2.980
BA1070	B.2.A.10.4) - da privato	8.025	7.328	7.519	7.520	7.520	7.519	7.520	7.520
BA1080	B.2.A.10.5) - da privato per cittadini non residenti - extrareg. (mobilità a	-	-	-	-	-	-	-	-
BA1090	**B.2.A.11) Acquisto prestazioni di trasporto sanitario**	**48.886**	**36.762**	**58.434**	**58.440**	**58.440**	**58.434**	**58.440**	**58.440**
BA1100	B.2.A.11.1) - Trasporto da pubb. (Az. sanit. pubbl. della Regione) - Mobili	-	-	-	-	-	-	-	-
BA1110	B.2.A.11.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	-	1	-	-	-	-	-	-
BA1120	B.2.A.11.3) -Trasporti da pubblico (extrareg.)	756	1.118	1.338	1.340	1.340	1.338	1.340	1.340
BA1130	B.2.A.11.4) - da privato	48.130	35.643	57.096	57.100	57.100	57.096	57.100	57.100
BA1140	**B.2.A.12) Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sani**	**44.761**	**92.362**	**117.866**	**117.870**	**117.870**	**117.866**	**131.870**	**138.870**
BA1150	B.2.A.12.1) - PSSRS da pubblico (Az. sanit. pubbl. della Regione) - Mobili	-	-	-	-	-	-	-	-
BA1160	B.2.A.12.2) - da pubblico (altri soggetti pubblici della Regione)	-	-	1.395	1.400	1.400	1.395	1.400	1.400
BA1170	B.2.A.12.3) - da pubblico (extrareg.) non soggette a compensazione	38	176	310	310	310	310	310	310
BA1180	B.2.A.12.4) - da privato (intraregionale)	44.723	84.681	101.110	101.110	101.110	101.110	115.110	122.110
BA1190	B.2.A.12.5) - da privato (extraregionale)	40.995	7.505	15.051	15.050	15.050	15.051	15.050	15.050
BA1200	**B.2.A.13) Compartecipazione al personale per att. libero-prof.**	**40.995**	**36.518**	**29.010**	**29.020**	**29.020**	**29.010**	**29.020**	**29.020**
BA1210	B.2.A.13.1) Compart. al personale per att. libero prof. intramoenia - Are	-	16.037	11.546	11.550	11.550	11.546	11.550	11.550
BA1220	B.2.A.13.2) Compart. al personale per att. libero prof. intramoenia- Are	-	18.336	13.937	13.940	13.940	13.937	13.940	13.940
BA1230	B.2.A.13.3) Compart.al personale per att. Lib. prof. intramoenia - Area	-	57	201	200	200	201	200	200
BA1240	B.2.A.13.4) Comp .al personale per att. Lib. prof. Intr. - Cons. (ex art. 55	-	1.501	3.326	3.330	3.330	3.326	3.330	3.330
BA1250	B.2.A.13.4) Comp .al personale per att. Lib. prof. Intr. - Cons. (ex art. 55	-	-	-	-	-	-	-	-
BA1260	B.2.A.13.6) Compartecipazione al personale per att. libero professional	-	587	-	-	-	-	-	-
BA1270	B.2.A.13.7) Compart. al personale per att. libero prof. intramoenia - Alt	-	-	-	-	-	-	-	-
BA1280	**B.2.A.14) Rimborsi, assegni e contributi sanitari**	**70.933**	**69.833**	**74.091**	**74.210**	**74.210**	**74.091**	**74.210**	**74.210**
BA1290	B.2.A.14.1) Contributi ad associazioni di volontariato	3.105	3.753	4.021	4.020	4.020	4.021	4.020	4.020
BA1300	B.2.A.14.2) Rimborsi per cure all'estero	2.150	1.812	1.237	1.240	1.240	1.237	1.240	1.240
BA1310	B.2.A.14.3) Contributi a società partecipate e/o enti dipendenti della Re	18.400	23.356	26.470	26.470	26.470	26.470	26.470	26.470
BA1320	B.2.A.14.4) Contributo Legge 210/92	16.760	19.946	21.882	22.000	22.000	21.882	22.000	22.000
BA1330	B.2.A.14.5) Altri rimborsi, assegni e contributi	30.518	20.966	20.481	20.480	20.480	20.481	20.480	20.480
BA1340	B.2.A.14.6) Rimborsi, assegni e contributi v/Az. sanit. pubbl. della Regio	-	-	-	-	-	-	-	-
BA1350	**B.2.A.15) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre presta**	**41.378**	**37.421**	**36.528**	**46.860**	**46.860**	**36.528**	**46.860**	**46.860**
BA1360	B.2.A.15.1) Consulenze sanitarie e sociosan. da Az. sanit. pubbl. della Re	-	-	-	-	-	-	-	-
BA1370	B.2.A.15.2) Consulenze sanitarie e sociosanit. da terzi - Altri soggetti pub	1.151	1.061	191	200	200	191	200	200
BA1380	B.2.A.15.3) Consulenze, Collaborazioni, interinale e altre prestazioni di	40.122	36.133	36.075	46.400	46.400	36.075	46.400	46.400
BA1390	B.2.A.15.3.A) Consulenze sanitarie da privato - articolo 55, comma 2, CCNL 8 giug	14.687	7.113	8.681	19.000	19.000	8.681	19.000	19.000
BA1400	B.2.A.15.3.B) Altre consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato	5.750	1.566	1.289	1.290	1.290	1.289	1.290	1.290
BA1410	B.2.A.15.3.C) Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e socios. da privato		5.660	4.829	4.830	4.830	4.829	4.830	4.830
BA1420	B.2.A.15.3.D) Indennità a personale universitario - area sanitaria	16.441	18.282	16.755	16.760	16.760	16.755	16.760	16.760
BA1430	B.2.A.15.3.E) Lavoro interinale - area sanitaria	46	49	99	100	100	99	100	100
BA1440	B.2.A.15.3.F) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area sanitaria	3.198	3.463	4.422	4.420	4.420	4.422	4.420	4.420
BA1450	B.2.A.15.4) Rimborso oneri stipendiali del personale sanitario in comand	105	227	262	260	260	262	260	260
BA1460	B.2.A.15.4.A) Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da Az. sa	-	-	-	-	-	-	-	-
BA1470	B.2.A.15.4.B) Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da Regio	33	133	153	150	150	153	150	150
BA1480	B.2.A.15.4.C) Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da azien	72	94	109	110	110	109	110	110
BA1490	**B.2.A.16) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitar**	**22.629**	**38.052**	**40.495**	**40.490**	**40.490**	**40.495**	**40.490**	**40.490**
BA1500	B.2.A.16.1) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da p	-	-	-	-	-	-	-	-
BA1510	B.2.A.16.2) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da p	14.289	14.526	15.957	15.960	15.960	15.957	15.960	15.960
BA1520	B.2.A.16.3) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pu	3	68	452	450	450	452	450	450
BA1530	B.2.A.16.4) Altri servizi sanitari da privato	8.337	23.458	14.153	14.150	14.150	14.153	14.150	14.150
BA1540	B.2.A.16.5) Costi per servizi sanitari - Mobilità internazionale passiva	-	-	9.933	9.930	9.930	9.933	9.930	9.930
BA1550	**B.2.A.17) Costi per differenziale tariffe TUC**		**33.690**	**18.480**	**18.480**	**18.480**	**18.480**	**18.480**	**18.480**
BA1560	**B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari**	**432.801**	**466.351**	**452.846**	**451.900**	**451.900**	**452.846**	**452.100**	**452.300**
BA1570	**B.2.B.1) Servizi non sanitari**	**423.630**	**458.501**	**445.623**	**444.650**	**444.650**	**445.623**	**444.650**	**444.650**
BA1580	B.2.B.1.1) Lavanderia	21.630	21.279	18.266	18.270	18.270	18.266	18.270	18.270
BA1590	B.2.B.1.2) Pulizia	71.055	72.100	68.650	68.650	68.650	68.650	68.650	68.650

	REGIONE PUGLIA	Esercizio 2011	Esercizio 2012	Tendenziale 2013	Tendenziale 2014	Tendenziale 2015	Program. Prog. 2013	Program. Prog. 2014	Program. Prog. 2015
BA1600	B.2.B.1.3) Mensa	46.948	46.640	43.735	43.740	43.740	43.735	43.740	43.740
BA1610	B.2.B.1.4) Riscaldamento	23.350	21.623	22.879	22.880	22.880	22.879	22.880	22.880
BA1620	B.2.B.1.5) Servizi di assistenza informatica	41.103	44.766	44.343	44.340	44.340	44.343	44.340	44.340
BA1630	B.2.B.1.6) Servizi trasporti (non sanitari)	2.789	2.646	2.277	2.280	2.280	2.277	2.280	2.280
BA1640	B.2.B.1.7) Smaltimento rifiuti	10.720	10.902	10.754	10.750	10.750	10.754	10.750	10.750
BA1650	B.2.B.1.8) Utenze telefoniche	16.152	16.642	15.503	15.500	15.500	15.503	15.500	15.500
BA1660	B.2.B.1.9) Utenze elettricità	35.315	40.697	37.976	37.980	37.980	37.976	37.980	37.980
BA1670	B.2.B.1.10) Altre utenze	17.365	19.856	18.591	18.590	18.590	18.591	18.590	18.590
BA1680	B.2.B.1.11) Premi di assicurazione	42.807	43.099	36.311	35.330	35.330	36.311	35.330	35.330
BA1690	B.2.B.1.11.A) Premi di assicurazione - R.C. Professionale	40.943	41.444	33.330	33.330	33.330	33.330	33.330	33.330
BA1700	B.2.B.1.11.B) Premi di assicurazione - Altri premi assicurativi	1.864	1.655	2.981	2.000	2.000	2.981	2.000	2.000
BA1710	B.2.B.1.12) Altri servizi non sanitari	94.396	118.251	126.338	126.340	126.340	126.338	126.340	126.340
BA1720	B.2.B.1.12.A) Altri servizi non sanitari da pubblico (Az. San. Pubbl. Regio	-	-	-	-	-	-	-	-
BA1730	B.2.B.1.12.B) Altri servizi non sanitari da altri soggetti pubblici	4	61	69	70	70	69	70	70
BA1740	B.2.B.1.12.C) Altri servizi non sanitari da privato	94.392	118.190	126.269	126.270	126.270	126.269	126.270	126.270
BA1750	**B.2.B.2) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazi**	**5.863**	**4.644**	**4.422**	**4.440**	**4.440**	**4.422**	**4.440**	**4.440**
BA1760	B.2.B.2.1) Consulenze non sanitarie da Az. sanit. pubbl. della Regione	-	-	-	-	-	-	-	-
BA1770	B.2.B.2.2) Consulenze non sanitarie da Terzi - Altri soggetti pubblici	111	42	9	10	10	9	10	10
BA1780	B.2.B.2.3) Consulenze, Collaborazioni, Interinale ... non sanitarie da priv	5.722	4.473	4.289	4.300	4.300	4.289	4.300	4.300
BA1790	B.2.B.2.3.A) Consulenze non sanitarie da privato	1.824	1.454	1.329	1.330	1.330	1.329	1.330	1.330
BA1800	B.2.B.2.3.B) Collaborazioni coordinate e continuative non sanitarie da pi	909	1.439	1.399	1.400	1.400	1.399	1.400	1.400
BA1810	B.2.B.2.3.C) Indennità a personale universitario - area non sanitaria	-	379	378	380	380	378	380	380
BA1820	B.2.B.2.3.D) Lavoro interinale - area non sanitaria	1.150	944	867	870	870	867	870	870
BA1830	B.2.B.2.3.E) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area non sanita	1.839	257	316	320	320	316	320	320
BA1840	B.2.B.2.4) Rimborso oneri stipendiali del personale non sanitario in com	30	129	124	130	130	124	130	130
BA1850	B.2.B.2.4.A) Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comar	-	-	-	-	-	-	-	-
BA1860	B.2.B.2.4.B) Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comar	30	78	98	100	100	98	100	100
BA1870	B.2.B.2.4.C) Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comar	-	51	26	30	30	26	30	30
BA1880	**B.2.B.3) Formazione (esternalizzata e non)**	**3.308**	**3.206**	**2.801**	**2.810**	**2.810**	**2.801**	**3.010**	**3.210**
BA1890	B.2.B.3.1) Formazione (esternalizzata e non) da pubblico	172	1.153	1.266	1.270	1.270	1.266	1.270	1.270
BA1900	B.2.B.3.2) Formazione (esternalizzata e non) da privato	3.136	2.053	1.535	1.540	1.540	1.535	1.740	1.940
BA1910	**B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esterna)**	**110.883**	**121.386**	**121.201**	**121.210**	**121.210**	**121.201**	**121.210**	**121.210**
BA1920	B.3.A) Manutenzione e riparazione ai fabbricati e loro pertinenze	34.912	39.435	35.686	35.690	35.690	35.686	35.690	35.690
BA1930	B.3.B) Manutenzione e riparazione agli impianti e macchinari	1.761	34.158	35.763	35.760	35.760	35.763	35.760	35.760
BA1940	B.3.C) Manutenzione e riparazione alle attrezzature sanitarie e scien	44.324	44.774	46.468	46.470	46.470	46.468	46.470	46.470
BA1950	B.3.D) Manutenzione e riparazione ai mobili e arredi	-	1.041	1.277	1.280	1.280	1.277	1.280	1.280
BA1960	B.3.E) Manutenzione e riparazione agli automezzi	1.252	1.310	1.250	1.250	1.250	1.250	1.250	1.250
BA1970	B.3.F) Altre manutenzioni e riparazioni	28.614	668	757	760	760	757	760	760
BA1980	B.3.G) Manutenzioni e riparazioni da Az. sanit. pubbl. della Regione	-	-	-	-	-	-	-	-
BA1990	**B.4) Godimento di beni di terzi**	**39.557**	**40.146**	**39.136**	**39.140**	**39.140**	**39.136**	**39.140**	**39.140**
BA2000	**B.4.A) Fitti passivi**	**8.903**	**9.943**	**9.728**	**9.730**	**9.730**	**9.728**	**9.730**	**9.730**
BA2010	**B.4.B) Canoni di noleggio**	**26.544**	**27.796**	**27.878**	**27.880**	**27.880**	**27.878**	**27.880**	**27.880**
BA2020	B.4.B.1) Canoni di noleggio - area sanitaria	20.319	21.736	22.630	22.630	22.630	22.630	22.630	22.630
BA2030	B.4.B.2) Canoni di noleggio - area non sanitaria	6.225	6.060	5.248	5.250	5.250	5.248	5.250	5.250
BA2040	**B.4.C) Canoni di leasing**	**4.110**	**2.406**	**1.530**	**1.530**	**1.530**	**1.530**	**1.530**	**1.530**
BA2050	B.4.C.1) Canoni di leasing - area sanitaria	4.080	2.372	1.496	1.500	1.500	1.496	1.500	1.500
BA2060	B.4.C.2) Canoni di leasing - area non sanitaria	30	34	34	30	30	34	30	30
BA2070	**B.4.D) Locazioni e noleggi da Az. sanit. pubbl. della Regione**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
BA2080	Totale Costo del personale	2.096.049	2.021.617	1.966.252	1.931.447	1.876.314	1.966.252	1.994.580	2.019.314
BA2090	**B.5) Personale del ruolo sanitario**	**1.711.882**	**1.655.726**	**1.616.590**	**1.537.975**	**1.542.447**	**1.616.590**	**1.650.350**	**1.682.945**
BA2100	**B.5.A) Costo del personale dirigente ruolo sanitario**	**863.736**	**834.565**	**806.298**	**792.026**	**769.418**	**806.298**	**825.882**	**850.479**
BA2110	**B.5.A.1) Costo del personale dirigente medico**	**785.329**	**769.688**	**729.150**	**716.244**	**695.799**	**729.150**	**749.134**	**770.690**
BA2120	B.5.A.1.1) Costo del personale dirigente medico - tempo indeterminato		730.806	679.914	667.879	648.815	679.914	700.769	723.706
BA2130	B.5.A.1.2) Costo del personale dirigente medico - tempo determinato		38.882	49.210	48.339	46.959	49.210	48.339	46.959

	REGIONE PUGLIA	Esercizio 2011	Esercizio 2012	Tendenziale 2013	Tendenziale 2014	Tendenziale 2015	Program. Prog. 2013	Program. Prog. 2014	Program. Prog. 2015
BA2140	B.5.A.1.3) Costo del personale dirigente medico - altro		-	26	26	25	26	26	25
BA2150	**B.5.A.2) Costo del personale dirigente non medico**	78.407	64.877	77.148	75.782	73.619	77.148	76.748	79.789
BA2160	B.5.A.2.1) Costo del personale dirigente non medico - tempo indeterminato		62.833	71.404	70.140	68.138	71.404	71.106	74.308
BA2170	B.5.A.2.2) Costo del personale dirigente non medico - tempo determinato		2.044	5.688	5.587	5.428	5.688	5.587	5.428
BA2180	B.5.A.2.3) Costo del personale dirigente non medico - altro		-	56	55	53	56	55	53
BA2190	**B.5.B) Costo del personale comparto ruolo sanitario**	848.146	821.161	810.292	795.949	773.229	810.292	824.468	832.466
BA2200	B.5.B.1) Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo indeterminato		792.554	776.177	762.438	740.675	776.177	790.957	799.912
BA2210	B.5.B.2) Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo determinato		28.607	34.012	33.410	32.456	34.012	33.410	32.456
BA2220	B.5.B.3) Costo del personale comparto ruolo sanitario - altro		-	103	101	98	103	101	98
BA2230	**B.6) Personale del ruolo professionale**	7.138	6.442	5.892	5.788	5.623	5.892	5.788	5.623
BA2240	**B.6.A) Costo del personale dirigente ruolo professionale**	5.524	5.060	4.538	4.457	4.330	4.538	4.457	4.330
BA2250	B.6.A.1) Costo del personale dirigente ruolo professionale - tempo indeterminato		4.219	4.111	4.038	3.923	4.111	4.038	3.923
BA2260	B.6.A.2) Costo del personale dirigente ruolo professionale - tempo determinato		841	427	419	407	427	419	407
BA2270	B.6.A.3) Costo del personale dirigente ruolo professionale - altro		-	-	-	-	-	-	-
BA2280	**B.6.B) Costo del personale comparto ruolo professionale**	1.614	1.382	1.354	1.331	1.293	1.354	1.331	1.293
BA2290	B.6.B.1) Costo del personale comparto ruolo professionale - tempo indeterminato		1.265	1.209	1.188	1.154	1.209	1.188	1.154
BA2300	B.6.B.2) Costo del personale comparto ruolo professionale - tempo determinato		117	135	133	129	135	133	129
BA2310	B.6.B.3) Costo del personale comparto ruolo professionale - altro		-	10	10	10	10	10	10
BA2320	**B.7) Personale del ruolo tecnico**	226.033	213.297	202.763	199.173	193.487	202.763	199.931	194.245
BA2330	**B.7.A) Costo del personale dirigente ruolo tecnico**	5.421	4.846	5.119	5.028	4.884	5.119	5.028	4.884
BA2340	B.7.A.1) Costo del personale dirigente ruolo tecnico - tempo indeterminato		4.802	5.016	4.927	4.786	5.016	4.927	4.786
BA2350	B.7.A.2) Costo del personale dirigente ruolo tecnico - tempo determinato		44	103	101	98	103	101	98
BA2360	B.7.A.3) Costo del personale dirigente ruolo tecnico - altro		-	-	-	-	-	-	-
BA2370	**B.7.B) Costo del personale comparto ruolo tecnico**	220.612	208.451	197.644	194.145	188.603	197.644	194.903	189.361
BA2380	B.7.B.1) Costo del personale comparto ruolo tecnico - tempo indeterminato		204.214	193.410	189.986	184.563	193.410	190.744	185.321
BA2390	B.7.B.2) Costo del personale comparto ruolo tecnico - tempo determinato		4.175	4.232	4.157	4.038	4.232	4.157	4.038
BA2400	B.7.B.3) Costo del personale comparto ruolo tecnico - altro		62	2	2	2	2	2	2
BA2410	**B.8) Personale del ruolo amministrativo**	150.996	146.152	141.007	138.511	134.557	141.007	138.511	136.501
BA2420	**B.8.A) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo**	17.149	17.428	15.333	15.062	14.632	15.333	15.062	15.431
BA2430	B.8.A.1) Costo del personale dirigente ruolo amm.vo - tempo indeterminato		16.121	13.846	13.601	13.213	13.846	13.601	14.012
BA2440	B.8.A.2) Costo del personale dirigente ruolo amm.vo - tempo determinato		1.307	1.487	1.461	1.419	1.487	1.461	1.419
BA2450	B.8.A.3) Costo del personale dirigente ruolo amm.vo - altro		-	-	-	-	-	-	-
BA2460	**B.8.B) Costo del personale comparto ruolo amministrativo**	133.847	128.724	125.674	123.449	119.925	125.674	123.449	121.070
BA2470	B.8.B.1) Costo del personale comparto ruolo amm.vo - tempo indeterminato		128.073	125.362	123.143	119.628	125.362	123.143	120.773
BA2480	B.8.B.2) Costo del personale comparto ruolo amm.vo - tempo determinato		536	312	306	297	312	306	297
BA2490	B.8.B.3) Costo del personale comparto ruolo amm.vo - altro		115	-	-	-	-	-	-
BA2500	**B.9) Oneri diversi di gestione**	33.737	28.159	27.418	27.420	27.420	27.418	27.420	27.420
BA2510	**B.9.A) Imposte e tasse (escluso IRAP e IRES)**	6.680	7.085	7.567	7.570	7.570	7.567	7.570	7.570
BA2520	**B.9.B) Perdite su crediti**	-	10	16	20	20	16	20	20
BA2530	**B.9.C) Altri oneri diversi di gestione**	27.057	21.064	19.835	19.830	19.830	19.835	19.830	19.830
BA2540	B.9.C.1) Inden., rimborso spese e oneri sociali per Organi Direttivi e Col	27.057	13.201	13.382	13.380	13.380	13.382	13.380	13.380
BA2550	B.9.C.2) Altri oneri diversi di gestione	27.057	7.863	6.453	6.450	6.450	6.453	6.450	6.450
BA2560	Totale Ammortamenti	*98.615*	*105.406*	*100.255*	*100.006*	*100.006*	*100.255*	*100.006*	*100.006*
BA2570	**B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immate**	1.492	1.606	1.852	1.606	1.606	1.852	1.606	1.606
BA2580	**B.11) Ammortamenti delle immobilizzazioni materia**	97.123	103.800	98.403	98.400	98.400	98.403	98.400	98.400
BA2590	**B.12) Ammortamento dei fabbricati**	35.511	35.709	36.829	36.830	36.830	36.829	36.830	36.830
BA2600	B.12.A) Ammortamenti fabbricati non strumentali (disponibili)	-	2.071	43	40	40	43	40	40
BA2610	B.12.B) Ammortamenti fabbricati strumentali (indisponibili)	35.511	33.638	36.786	36.790	36.790	36.786	36.790	36.790
BA2620	**B.13) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni**	61.612	68.091	61.574	61.570	61.570	61.574	61.570	61.570
BA2630	**B.14) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei credi**	672	28.527	8.015	7.000	5.000	8.015	7.000	5.000
BA2640	B.14.A) Svalutazione delle immobilizzazioni immateriali e materiali		-	-	-	-	-	-	-
BA2650	B.14.B) Svalutazione dei crediti		28.527	8.015	7.000	5.000	8.015	7.000	5.000

	REGIONE PUGLIA	Esercizio 2011	Esercizio 2012	Tendenziale 2013	Tendenziale 2014	Tendenziale 2015	Program. Prog. 2013	Program. Prog. 2014	Program. Prog. 2015
BA2660	**B.15) Variazione delle rimanenze**	(9.108)	2.680	4.147	-	-	4.147	-	-
BA2670	B.15.A) Variazione rimanenze sanitarie	(9.711)	2.310	3.566	-	-	3.566	-	-
BA2680	B.15.B) Variazione rimanenze non sanitarie	603	370	581	-	-	581	-	-
BA2690	**B.16) Accant. dell'esercizio**	98.821	89.647	99.081	92.560	90.910	99.081	92.560	90.910
BA2700	**B.16.A) Accant. per rischi**	38.755	54.031	60.015	60.000	60.000	60.015	60.000	60.000
BA2710	B.16.A.1) Accant. per cause civili ed oneri processuali	36.776	39.100	42.629	42.000	42.000	42.629	42.000	42.000
BA2720	B.16.A.2) Accant. per contenzioso personale dipendente	1.979	4.661	9.199	10.000	10.000	9.199	10.000	10.000
BA2730	B.16.A.3) Accant. per rischi connessi all'acquisto di prestazioni sanit. da privato		-	2.940	3.000	3.000	2.940	3.000	3.000
BA2740	B.16.A.4) Accant. per copertura diretta dei rischi (autoassicurazione)		10.270	5.247	5.000	5.000	5.247	5.000	5.000
BA2750	B.16.A.5) Altri Accant. per rischi		-	-	-	-	-	-	-
BA2760	**B.16.B) Accant. per premio di operosità (SUMAI)**	2.276	2.590	3.254	3.250	3.250	3.254	3.250	3.250
BA2770	**B.16.C) Accant. per quote inutilizzate di contributi vincolati**	-	683	7.814	2.000	2.000	7.814	2.000	2.000
BA2780	B.16.C.1) Accant. per quote inutilizzate contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. vir		62	6.304	2.000	2.000	6.304	2.000	2.000
BA2790	B.16.C.2) Accant. per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici (extra fondo) vincola		-	1.266	-	-	1.266	-	-
BA2800	B.16.C.3) Accant. per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici per ricerca		-	-	-	-	-	-	-
BA2810	B.16.C.4) Accant. per quote inutilizzate contributi vincolati da privati		621	244	-	-	244	-	-
BA2820	**B.16.D) Altri Accant.**	57.790	32.343	27.998	27.310	25.660	27.998	27.310	25.660
BA2830	B.16.D.1) Accant. per interessi di mora	9.118	17.223	9.182	8.260	6.610	9.182	8.260	6.610
BA2840	B.16.D.2) Acc. Rinnovi convenzioni MMG/PLS/MCA	4.248	4.381	3.405	3.410	3.410	3.405	3.410	3.410
BA2850	B.16.D.3) Acc. Rinnovi convenzioni Medici Sumai		602	637	640	640	637	640	640
BA2860	B.16.D.4) Acc. Rinnovi contratt.: dirigenza medica		-	-	-	-	-	-	-
BA2870	B.16.D.5) Acc. Rinnovi contratt.: dirigenza non medica		-	-	-	-	-	-	-
BA2880	B.16.D.6) Acc. Rinnovi contratt.: comparto		-	-	-	-	-	-	-
BA2890	B.16.D.7) Altri Accant.	44.424	10.137	14.774	15.000	15.000	14.774	15.000	15.000
BZ9999	**Totale costi della produzione (B)**	7.254.937	7.246.051	7.250.967	7.275.833	7.268.839	7.250.967	7.328.166	7.416.676
	C) Proventi e oneri finanziari			-			-		
CA0010	**C.1) Interessi attivi**	1.676	1.687	1.010	1.010	1.010	1.010	1.010	1.010
CA0020	C.1.A) Interessi attivi su c/tesoreria unica	1.336	1.411	992	990	990	992	990	990
CA0030	C.1.B) Interessi attivi su c/c postali e bancari	334	276	18	20	20	18	20	20
CA0040	C.1 C) Altri interessi attivi	6	-	-	-	-	-	-	-
CA0050	**C.2) Altri proventi**	-	29	-	-	-	-	-	-
CA0060	C.2.A) Proventi da partecipazioni	-	-	-	-	-	-	-	-
CA0070	C.2.B) Proventi finanziari da crediti iscritti nelle immobilizzazioni	-	-	-	-	-	-	-	-
CA0080	C.2.C) Proventi finanziari da titoli iscritti nelle immobilizzazioni	-	-	-	-	-	-	-	-
CA0090	C.2.D) Altri proventi finanziari diversi dai precedenti	-	28	-	-	-	-	-	-
CA0100	C.2.E) Utili su cambi	-	1	-	-	-	-	-	-
CA0110	**C.3) Interessi passivi**	17.334	11.770	12.662	11.440	9.250	12.662	11.440	9.250
CA0120	C.3.A) Interessi passivi su anticipazioni di cassa	657	562	473	470	470	473	470	470
CA0130	C.3.B) Interessi passivi su mutui	-	-	-	-	-	-	-	-
CA0140	C.3.C) Altri interessi passivi	16.677	11.208	12.189	10.970	8.780	12.189	10.970	8.780
CA0150	**C.4) Altri oneri**	3	647	14	10	10	14	10	10
CA0160	C.4.A) Altri oneri finanziari	3	647	14	10	10	14	10	10
CA0170	C.4.B) Perdite su cambi	-	-	-	-	-	-	-	-
CZ9999	**Totale proventi e oneri finanziari (C)**	(15.661)	(10.701)	(11.666)	(10.440)	(8.250)	(11.666)	(10.440)	(8.250)
	D) Rettifiche di valore di attività finanziarie			-			-		
DA0010	**D.1) Rivalutazioni**	-	-	-	-	-	-	-	-
DA0020	**D.2) Svalutazioni**	8	-	108	-	-	108	-	-
DZ9999	**Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)**	(8)	-	(108)	-	-	(108)	-	-
	E) Proventi e oneri straordinari			-			-		
EA0010	**E.1) Proventi straordinari**	64.706	114.582	76.429	26.954	21.954	76.429	26.954	21.954
EA0020	**E.1.A) Plusvalenze**	47	19	1	19	19	1	19	19
EA0030	**E.1.B) Altri proventi straordinari**	64.659	114.563	76.428	26.935	21.935	76.428	26.935	21.935

	REGIONE PUGLIA	Esercizio 2011	Esercizio 2012	Tendenziale 2013	Tendenziale 2014	Tendenziale 2015	Program. Prog. 2013	Program. Prog. 2014	Program. Prog. 2015
EA0040	E.1.B.1) Proventi da donazioni e liberalità diverse	713	935	341	935	935	341	935	935
EA0050	E.1.B.2) Sopravvenienze attive	13.113	33.970	13.309	8.600	8.600	13.309	8.600	8.600
EA0060	E.1.B.2.1) Sopravvenienze attive v/Az. sanit. pubbl. della Regione	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0070	E.1.B.2.2) Sopravvenienze attive v/terzi	13.113	33.970	13.309	8.600	8.600	13.309	8.600	8.600
EA0080	E.1.B.2.2.A) Sopravvenienze attive v/terzi relative alla mobilità extraregionale	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0090	E.1.B.2.2.B) Sopravvenienze attive v/terzi relative al personale	3.263	7.026	1.106	1.000	1.000	1.106	1.000	1.000
EA0100	E.1.B.2.2.C) Sopravvenienze attive v/terzi relative alle convenzioni con medici di b	90	95	109	100	100	109	100	100
EA0110	E.1.B.2.2.D) Sopravvenienze attive v/terzi relative alle convenzioni per la specialis	11	1	-	-	-	-	-	-
EA0120	E.1.B.2.2.E) Soprav. attive v/terzi relative all'acquisto prestaz. sanitarie da op. acc	3.548	14.509	1.868	1.500	1.500	1.868	1.500	1.500
EA0130	E.1.B.2.2.F) Sopravvenienze attive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi	1.555	6.709	3.816	3.000	3.000	3.816	3.000	3.000
EA0140	E.1.B.2.2.G) Altre sopravvenienze attive v/terzi	4.646	5.630	6.410	3.000	3.000	6.410	3.000	3.000
EA0150	E.1.B.3) Insussistenze attive	50.116	77.040	62.350	17.000	12.000	62.350	17.000	12.000
EA0160	E.1.B.3.1) Insussistenze attive v/Az. sanit. pubbl. della Regione	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0170	E.1.B.3.2) Insussistenze attive v/terzi	50.116	77.040	62.350	17.000	12.000	62.350	17.000	12.000
EA0180	E.1.B.3.2.A) Insussistenze attive v/terzi relative alla mobilità extraregionale	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0190	E.1.B.3.2.B) Insussistenze attive v/terzi relative al personale	6.035	8.609	9.164	-	-	9.164	-	-
EA0200	E.1.B.3.2.C) Insussistenze attive v/terzi relative alle convenzioni con medici di ba	10	1.817	762	-	-	762	-	-
EA0210	E.1.B.3.2.D) Insussistenze attive v/terzi relative alle convenzioni per la specialistic	904	-	-	-	-	-	-	-
EA0220	E.1.B.3.2.E) Insuss. attive v/terzi relative all'acquisto prestaz. sanitarie da op. acc	4.677	12.754	14.545	2.000	2.000	14.545	2.000	2.000
EA0230	E.1.B.3.2.F) Insussistenze attive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi	9.678	23.801	16.703	5.000	5.000	16.703	5.000	5.000
EA0240	E.1.B.3.2.G) Altre insussistenze attive v/terzi	28.812	30.059	21.176	10.000	5.000	21.176	10.000	5.000
EA0250	E.1.B.4) Altri proventi straordinari	717	2.618	428	400	400	428	400	400
EA0260	E.2) Oneri straordinari	127.580	104.306	75.929	28.110	25.110	75.929	28.110	25.110
EA0270	E.2.A) Minusvalenze	141	107	14	10	10	14	10	10
EA0280	E.2.B) Altri oneri straordinari	127.439	104.199	75.815	28.100	25.100	75.815	28.100	25.100
EA0290	E.2.B.1) Oneri tributari da esercizi precedenti	-	2.063	631	500	500	631	500	500
EA0300	E.2.B.2) Oneri da cause civili ed oneri processuali	1.102	1.376	647	500	500	647	500	500
EA0310	E.2.B.3) Sopravvenienze passive	124.921	70.759	66.830	27.100	24.100	66.830	27.100	24.100
EA0320	E.2.B.3.1) Sopravvenienze passive v/Az. sanit. pubbl. della Regione	-	5.234	-	-	-	-	-	-
EA0330	E.2.B.3.1.A) Sopravvenienze passive v/Az. sanit. pubbl. relative alla mobilità intra	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0340	E.2.B.3.1.B) Altre sopravvenienze passive v/Az. sanit. pubbl. della Regione	-	5.234	-	-	-	-	-	-
EA0350	E.2.B.3.2) Sopravvenienze passive v/terzi	124.921	65.525	66.830	27.100	24.100	66.830	27.100	24.100
EA0360	E.2.B.3.2.A) Soprav. passive v/terzi relative alla mobilità extraregionale	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0370	E.2.B.3.2.B) Sopravvenienze passive v/terzi relative al personale	17.875	7.844	5.234	3.600	2.600	5.234	3.600	2.600
EA0380	E.2.B.3.2.B.1) Soprav. passive v/terzi relative al personale - dirigenza medica	12.308	5.102	1.809	1.500	1.500	1.809	1.500	1.500
EA0390	E.2.B.3.2.B.2) Soprav. passive v/terzi relative al personale - dirigenza non medica	905	692	118	100	100	118	100	100
EA0400	E.2.B.3.2.B.3) Soprav. passive v/terzi relative al personale - comparto	4.662	2.050	3.307	2.000	1.000	3.307	2.000	1.000
EA0410	E.2.B.3.2.C) Soprav. passive v/terzi relative alle convenzioni con medici	21.041	473	6.576	500	500	6.576	500	500
EA0420	E.2.B.3.2.D) Soprav. passive v/terzi relative alle convenzioni per la speci	1.289	95	4	-	-	4	-	-
EA0430	E.2.B.3.2.E) Soprav. Pas. v/terzi relative all'acquisto prestaz. Sanit. da op	30.396	4.399	11.752	6.000	4.000	11.752	6.000	4.000
EA0440	E.2.B.3.2.F) Sopravvenienze passive v/terzi relative all'acquisto di beni e	35.724	44.165	33.453	15.000	15.000	33.453	15.000	15.000
EA0450	E.2.B.3.2.G) Altre sopravvenienze passive v/terzi	18.596	8.549	9.811	2.000	2.000	9.811	2.000	2.000
EA0460	E.2.B.4) Insussistenze passive	1.397	29.980	7.567	-	-	7.567	-	-
EA0470	E.2.B.4.1) Insussistenze passive v/Az. sanit. pubbl. della Regione	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0480	E.2.B.4.2) Insussistenze passive v/terzi	1.397	29.980	7.567	-	-	7.567	-	-
EA0490	E.2.B.4.2.A) Insussistenze passive v/terzi relative alla mobilità extraregionale	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0500	E.2.B.4.2.B) Insussistenze passive v/terzi relative al personale	-	45	1.804	-	-	1.804	-	-
EA0510	E.2.B.4.2.C) Insussistenze passive v/terzi relative alle convenzioni con medici di b	-	268	-	-	-	-	-	-
EA0520	E.2.B.4.2.D) Insussistenze passive v/terzi relative alle convenzioni per la specialist	-	-	-	-	-	-	-	-
EA0530	E.2.B.4.2.E) Insuss. passive v/terzi relative all'acquisto prestaz. sanitarie da op. ac	-	3.619	316	-	-	316	-	-
EA0540	E.2.B.4.2.F) Insussistenze passive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi	31	302	4.023	-	-	4.023	-	-
EA0550	E.2.B.4.2.G) Altre insussistenze passive v/terzi	1.366	25.746	1.424	-	-	1.424	-	-
EA0560	E.2.B.5) Altri oneri straordinari	19	21	140	-	-	140	-	-
EZ9999	Totale proventi e oneri straordinari (E)	(62.874)	10.276	600	(1.156)	(3.156)	600	(1.156)	(3.156)
XA0000	Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	6.864	152.863	150.814	203.677	299.861	150.814	151.344	152.024

REGIONE PUGLIA

Imposte e tasse

		Esercizio 2011	Esercizio 2012	Tendenziale 2013	Tendenziale 2014	Tendenziale 2015	Program. Prog. 2013	Program. Prog. 2014	Program. Prog. 2015
YA0010	**Y.1) IRAP**	**151.204**	**146.862**	**143.703**	**140.752**	**136.066**	-	**146.118**	**148.221**
YA0020	Y.1.A) IRAP relativa a personale dipendente	139.344	134.913	131.810	128.852	124.166	131.810	134.218	136.321
YA0030	Y.1.B) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipen	9.840	9.704	10.223	10.220	10.220	10.223	10.220	10.220
YA0040	Y.1.C) IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)	1.830	2.016	1.665	1.670	1.670	1.665	1.670	1.670
YA0050	Y.1.D) IRAP relativa ad attività commerciale	190	229	5	10	10	5	10	10
YA0060	**Y.2) IRES**	**1.798**	**1.850**	**1.774**	**1.780**	**1.780**	**1.774**	**1.780**	**1.780**
YA0070	Y.2.A) IRES su attività istituzionale	1.458	1.316	1.329	1.330	1.330	1.329	1.330	1.330
YA0080	Y.2.B) IRES su attività commerciale	340	534	445	450	450	445	450	450
YA0090	**Y.3) Accantonamento a F.do Imposte (Accertamenti**	-	**200**	-	**200**	**200**	-	**200**	**200**
Y29999	**Totale imposte e tasse**	**153.002**	**148.912**	**145.477**	**142.732**	**138.046**	**145.477**	**148.098**	**150.201**
Z29999	RISULTATO DI ESERCIZIO	(146.138)	**3.951**	**5.337**	**60.945**	**161.815**	**5.337**	**3.246**	**1.823**

VERO II VERO E VERO N VERO N VERO Y

REGIONE PUGLIA
AREA POLITICHE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE, DELLE PERSONE E DELLE PARI OPPORTUNITÀ

MODELLO LA 2012 - 999 CONSOLIDATO REGIONALE

	Macrovoci economiche	Consumi e manutenzioni		Costi per acquisti di servizi			Personale				Ammortam.	Soprav. / insuss.	Altri costi	Totale
		sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi san. per erog. di prest.	servizi non sanitari	sanitario	profess.	tecnico	amm.vo				
	Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro													
10100	Igiene e sanità pubblica	6.766	437	21	16.242	12.442	47.001	59	3.614	10.248	2.658	774	8.978	109.240
10200	Igiene degli alimenti e della nutrizione	55	85	3	2.499	1.353	9.117	13	97	1.065	537	140	776	15.740
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di la	48	99	3	2.139	1.626	7.591	13	148	957	512	133	1.503	14.772
10400	Sanità pubblica veterinaria	760	357	745	7.549	7.502	44.820	42	3.251	3.237	2.265	697	1.173	72.418
10500	Attività di prevenzione rivolte alle persone	29.388	6	3.809	10.289	4.239	4.913	17	43	397	226	226	2.844	56.397
10600	Servizio medico legale	130	37	1	1.068	869	2.005	16	227	2.260	199	65	10.051	16.928
19999	**Totale**	37.167	1.021	4.582	39.786	28.031	115.447	160	7.380	18.164	6.397	2.035	25.325	285.495
	Assistenza distrettuale													
20100	Guardia medica	677	30	57.372	431	2.855	185	0	63	47	304	320	9.436	71.720
20200	Medicina generale	306	65	415.983	779	4.958	3.123	5	441	11.648	250	375	1.183	439.116
20201	– Medicina generica	300	61	333.108	679	4.306	2.788	4	419	11.575	236	366	1.035	354.877
20202	–Pediatria di libera scelta	6	4	82.875	100	652	335	1	22	73	14	9	148	84.239
20300	Emergenza sanitaria territoriale	2.793	522	68.183	26.872	7.478	40.076	79	9.477	610	1.613	1.264	7.405	168.372
20400	Assistenza farmaceutica	408.198	109	715.385	5.773	19.094	5.350	60	1.250	3.387	534	17.325	2.391	1.178.856
20401	–Ass. farmaceutica erogata tramite le fa	11	7	677.517	10	12.121	2.305	5	327	932	106	48	1.677	695.066
20402	–Altre forme di erogazione dell'assisten	408.187	102	37.868	5.763	6.973	3.045	55	923	2.455	428	17.277	714	483.790
20500	Assistenza Integrativa	14.522	3	46.259	2.165	752	662	1	184	161	27	24	472	65.232
20600	Assistenza specialistica	120.493	3.543	311.530	14.654	78.559	308.113	1.299	24.388	19.283	16.401	10.155	26.393	934.811
20601	–Attività clinica	44.700	1.837	138.882	8.511	41.969	165.259	718	13.522	8.932	7.672	4.950	13.637	450.589
20602	–Attività di laboratorio	56.481	1.062	112.070	3.384	18.124	72.284	347	5.733	6.312	3.898	3.340	6.702	289.737
20603	–Attività di diagnostica strumentale e pe	19.312	644	60.578	2.759	18.466	70.570	234	5.133	4.039	4.831	1.865	6.054	194.485
20700	Assistenza Protesica	34.521	106	58.224	502	12.522	1.968	3	399	3.200	228	5.423	192	117.288
20800	Assistenza territoriale ambulatoriale e domic	26.618	2.096	61.720	15.133	47.613	202.112	381	46.826	17.374	11.943	15.406	10.474	457.698
20801	–assistenza programmata a domicilio (A	10.526	131	12.365	1.862	3.436	14.175	31	4.110	704	841	3.613	907	52.701
20802	–assistenza alle donne, famiglia, coppie	1.203	269	2.288	2.623	12.633	42.074	36	8.664	4.696	2.891	1.927	2.000	81.304
20803	–Assistenza psichiatrica	6.218	619	5.775	4.642	11.978	54.957	58	7.155	3.595	2.900	3.843	2.793	104.533
20804	–Assistenza riabilitativa ai disabili	2.078	808	23.520	3.194	12.539	64.458	217	20.626	6.479	3.795	3.539	3.511	144.764
20805	–Assistenza ai tossicodipendenti	4.904	268	1.575	1.484	7.027	26.446	39	6.271	1.899	1.516	2.486	1.263	55.178
20806	–Assistenza agli anziani	110	1	15.980	68	0	2	0	0	1	0	0	0	16.162
20807	–Assistenza ai malati terminali	1.029	0	217	1.260	0	0	0	0	0	0	0	0	2.506
20808	–Assistenza a persone affette da HIV	550	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	550
20900	Assistenza territoriale semiresidenziale	35	25	75.903	135	1.088	3.082	3	2.328	182	211	149	278	83.419
20901	–Assistenza psichiatrica	34	9	12.701	7	191	389	1	92	9	17	5	31	13.486
20902	–Assistenza riabilitativa ai disabili	1	14	61.821	128	874	2.255	0	2.186	13	188	141	236	67.857
20903	–Assistenza ai tossicodipendenti	0	0	1.169	0	23	250	1	28	91	0	0	5	1.567
20904	–Assistenza agli anziani	0	2	212	0	0	188	1	22	69	6	3	6	509
20905	–Assistenza a persone affette da HIV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20906	–Assistenza ai malati terminali	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21000	Assistenza territoriale residenziale	2.657	102	264.496	542	6.078	7.359	8	2.564	311	607	704	1.341	286.769
21001	–Assistenza psichiatrica	176	32	89.644	56	1.940	1.954	3	1.003	115	332	419	518	96.192
21002	–Assistenza riabilitativa ai disabili	3	1	103.675	8	2.299	149	0	8	27	4	3	559	106.736
21003	–Assistenza ai tossicodipendenti	319	0	12.912	45	339	932	0	26	10	31	33	87	14.734
21004	–Assistenza agli anziani	1.115	39	51.836	157	804	1.555	3	1.043	159	121	140	120	57.094
21005	–Assistenza a persone affette da HIV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21006	–Assistenza ai malati terminali	1.044	30	6.427	276	696	2.769	2	484	0	119	109	57	12.013
21100	Assistenza Idrotermale	0	0	7.472	0	131	67	0	9	24	4	1	34	7.742
29999	**Totale**	610.820	6.601	2.082.527	68.986	181.128	572.097	1.839	87.929	56.227	32.122	51.148	59.599	3.811.023
	Assistenza ospedaliera													
30100	Attività di pronto soccorso	6.469	2.092	31.837	901	17.482	81.998	145	19.857	1.698	4.806	1.480	10.762	179.527
30200	Ass. ospedaliera per acuti	411.893	16.501	872.681	18.171	385.957	971.281	4.596	105.536	77.196	59.514	31.874	70.241	3.025.241
30201	–in Day Hospital e Day Surgery	55.937	2.118	68.815	2.779	49.961	139.783	520	14.338	9.504	8.420	4.678	12.653	369.506
30202	–in degenza ordinaria	355.756	14.383	803.866	15.392	335.996	831.498	4.076	91.198	67.692	51.094	27.196	57.588	2.655.735
30300	Interventi ospedalieri a domicilio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti	1.748	74	3.102	36	2.486	10.935	26	2.096	400	636	520	556	22.615
30500	Ass. ospedaliera per riabilitazione	1.704	101	29.316	73	3.222	12.898	29	964	488	428	135	660	50.018
30600	Emocomponenti e servizi trasfusionali	27.948	389	3.905	838	4.743	23.869	55	1.985	971	1.118	221	558	66.600
30700	Trapianto organi e tessuti	3.645	72	20.831	1.439	1.248	5.911	10	701	192	385	43	172	34.649
39999	**Totale**	453.207	19.229	961.672	21.458	415.138	1.106.892	4.861	131.139	80.945	66.887	34.273	82.949	3.378.650
49999	**TOTALE**	1.101.194	26.851	3.048.781	130.230	624.297	1.794.436	6.860	226.448	155.336	105.406	87.456	167.873	7.475.168

REGIONE PUGLIA
AREA POLITICHE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE, DELLE PERSONE E DELLE PARI OPPORTUNITÀ

MODELLO "999" LA 2013 TENDENZIALE - CONSOLIDATO REGIONALE

	Macrovoci economiche	Consumi e manutenzioni		Costi per acquisti di servizi			Personale				Ammortam.	Soprav. / insuss.	Altri costi	Totale
		sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi san. per erog. di prest.	servizi non sanitari	sanitario	profess.	tecnico	amm.vo				
	Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro													
10100	Igiene e sanità pubblica	8.834	380	2.021	14.943	11.944	46.108	58	3.469	10.043	2.871	348	7.721	108.740
10200	Igiene degli alimenti e della nutrizione	56	74	3	2.299	1.299	8.944	13	93	1.044	580	63	667	15.135
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	48	86	3	1.968	1.561	7.447	13	142	938	553	60	1.293	14.112
10400	Sanità pubblica veterinaria	788	311	752	6.945	7.202	43.968	42	3.121	3.172	2.446	314	1.009	70.070
10500	Attività di prevenzione rivolte alle persone	34.682	5	8.847	9.466	4.069	14.820	17	41	389	244	102	2.446	75.128
10600	Servizio medico legale	131	32	1	983	834	1.967	16	218	2.215	215	29	8.644	15.285
19999	**Totale**	44.539	888	11.627	36.604	26.909	123.254	159	7.084	17.801	6.909	916	21.780	298.470
	Assistenza distrettuale													
20100	Guardia medica	684	26	57.160	397	2.741	181	0	60	46	328	144	8.115	69.882
20200	Medicina generale	309	56	405.097	717	4.760	3.084	5	423	11.416	270	169	1.017	427.303
20201	-- Medicina generica	303	53	325.192	625	4.134	2.735	4	402	11.344	255	165	890	346.102
20202	--Pediatria di libera scelta	6	3	79.905	92	626	329	1	21	72	15	4	127	81.201
20300	Emergenza sanitaria territoriale	2.821	454	78.665	26.562	7.179	39.315	78	9.098	598	1.742	569	6.368	173.649
20400	Assistenza farmaceutica	412.280	95	710.052	5.311	18.330	5.248	59	1.200	3.319	576	2.797	2.056	1.161.323
20401	--Ass. farmaceutica erogata tramite le farmacie	11	6	669.805	9	11.636	2.261	5	314	913	114	22	1.442	686.538
20402	--Altre forme di erogazione dell'assistenza farm.	412.269	89	40.247	5.302	6.694	2.987	54	886	2.406	462	2.775	614	474.785
20500	Assistenza Integrativa	14.667	3	49.136	1.992	722	649	1	177	158	29	11	406	67.951
20600	Assistenza specialistica	121.898	3.062	308.180	13.481	75.416	302.259	1.287	23.413	18.897	17.713	4.570	22.698	912.694
20601	--Attività clinica	45.147	1.598	136.497	7.830	40.290	162.119	711	12.981	8.753	8.286	2.228	11.726	438.168
20602	--Attività di laboratorio	57.046	924	110.145	3.113	17.399	70.911	344	5.504	6.186	4.210	1.503	5.764	283.049
20603	--Attività di diagnostica strumentale e per imma	19.505	560	61.538	2.538	17.727	69.229	232	4.928	3.958	5.217	839	5.206	191.477
20700	Assistenza Protesica	34.866	92	64.280	462	12.021	1.931	3	383	3.136	246	2.440	165	120.025
20800	Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	26.884	1.824	76.984	13.922	45.709	198.273	378	44.953	17.026	12.896	6.934	9.007	454.792
20801	--assistenza programmata a domicilio (ADI)	10.631	114	27.135	1.713	3.299	13.906	31	3.946	690	908	1.626	780	64.779
20802	--assistenza alle donne, famiglia, coppie (consu	1.215	234	2.311	2.413	12.128	41.275	38	8.317	4.602	3.122	867	1.720	78.240
20803	--Assistenza psichiatrica	6.280	539	5.833	4.271	11.499	53.913	57	6.869	3.523	3.132	1.729	2.402	100.047
20804	--Assistenza riabilitativa ai disabili	2.099	703	23.755	2.938	12.037	63.233	215	19.801	6.349	4.099	1.593	3.019	139.841
20805	--Assistenza ai tossicodipendenti	4.953	233	1.591	1.365	6.746	25.944	39	6.020	1.861	1.637	1.119	1.086	52.594
20806	--Assistenza agli anziani	111	1	16.140	63	0	2	0	0	1	0	0	0	16.318
20807	--Assistenza ai malati terminali	1.039	0	219	1.159	0	0	0	0	0	0	0	0	2.417
20808	--Assistenza a persone affette da HIV	556	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	556
20900	Assistenza territoriale semiresidenziale	35	22	76.662	124	1.044	3.023	3	2.235	179	227	66	239	83.859
20901	--Assistenza psichiatrica	34	8	12.828	6	183	382	1	88	9	18	2	27	13.586
20902	--Assistenza riabilitativa ai disabili	1	12	62.439	118	839	2.212	0	2.099	13	203	63	203	68.202
20903	--Assistenza ai tossicodipendenti	0	0	1.181	0	22	245	1	27	89	0	0	4	1.569
20904	--Assistenza agli anziani	0	2	214	0	0	184	1	21	68	6	1	5	502
20905	--Assistenza a persone affette da HIV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20906	--Assistenza ai malati terminali	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21000	Assistenza territoriale residenziale	2.683	89	267.140	498	5.834	7.218	8	2.462	305	656	317	1.153	288.363
21001	--Assistenza psichiatrica	178	28	90.540	52	1.862	1.917	3	963	113	359	189	445	96.649
21002	--Assistenza riabilitativa ai disabili	3	1	104.712	7	2.207	146	0	8	26	4	1	481	107.596
21003	--Assistenza ai tossicodipendenti	322	0	13.041	41	325	914	0	25	10	33	15	75	14.801
21004	--Assistenza agli anziani	1.126	34	52.356	144	772	1.525	3	1.001	156	131	63	103	57.414
21005	--Assistenza a persone affette da HIV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21006	--Assistenza ai malati terminali	1.054	26	6.491	254	668	2.716	2	465	0	129	49	49	11.903
21100	Assistenza Idrotermale	0	0	6.253	0	126	66	0	9	24	4	0	29	6.511
29999	**Totale**	616.927	5.743	2.099.809	63.466	173.882	561.227	1.822	84.413	55.104	34.689	18.017	51.253	3.766.352
	Assistenza ospedaliera													
30100	Attività di pronto soccorso	6.534	1.820	41.155	829	16.783	80.440	144	19.063	1.664	5.190	866	9.255	183.543
30200	Ass. ospedaliera per acuti	411.396	14.256	873.318	13.817	369.705	947.501	4.550	101.314	75.652	63.662	18.794	61.435	2.955.402
30201	--in Day Hospital e Day Surgery	56.496	1.843	69.504	2.557	47.963	137.127	515	13.764	9.314	9.094	2.105	10.882	361.164
30202	--in degenza ordinaria	354.900	12.415	803.814	11.260	321.742	810.374	4.035	87.550	66.338	54.568	16.689	50.553	2.594.238
30300	Interventi ospedalieri a domicilio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti	1.765	64	3.133	33	2.387	10.727	26	2.012	392	687	234	478	21.938
30500	Ass. ospedaliera per riabilitazione	1.721	88	29.609	67	3.093	12.653	29	925	478	462	61	568	49.754
30600	Emocomponenti e servizi trasfusionali	28.227	338	3.944	771	4.553	23.415	54	1.906	952	1.207	99	480	65.946
30700	Trapianto organi e tessuti	3.681	63	30.039	1.324	1.198	5.799	10	673	188	416	19	148	43.558
39999	**Totale**	453.324	16.631	981.198	16.841	397.719	1.080.535	4.813	125.893	79.326	71.624	19.873	72.364	3.320.141
49999	**TOTALE**	1.114.790	23.262	3.092.634	116.911	598.510	1.765.016	6.794	217.390	152.231	113.222	38.806	145.397	7.384.963

REGIONE PUGLIA
AREA POLITICHE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE, DELLE PERSONE E DELLE PARI OPPORTUNITÀ

MODELLO "999" LA 2014 TENDENZIALE - CONSOLIDATO REGIONALE

	Macrovoci economiche	Consumi e manutenzioni		Costi per acquisti di servizi			Personale				Ammortam.	Soprav. / insuss.	Altri costi	Totale
		sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi san. per erog. di prest.	servizi non sanitari	sanitario	profess.	tecnico	amm.vo				
	Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro													
10100	Igiene e sanità pubblica	8.899	361	1.987	16.437	11.562	45.278	57	3.400	9.892	3.043	264	8.941	108.121
10200	Igiene degli alimenti e della nutrizione	56	70	3	2.529	1.257	8.783	13	91	1.028	815	48	600	15.093
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	48	82	3	2.165	1.511	7.313	13	139	924	586	46	1.162	13.992
10400	Sanità pubblica veterinaria	794	295	739	7.640	6.972	43.177	41	3.059	3.124	2.593	239	907	69.580
10500	Attività di prevenzione rivolte alle persone	37.939	5	11.697	10.413	3.939	23.553	17	40	383	259	78	2.199	90.522
10600	Servizio medico legale	132	30	1	1.081	807	1.932	16	214	2.182	228	22	7.771	14.416
19999	**Totale**	47.868	843	14.430	40.265	26.048	130.036	157	6.943	17.533	7.324	697	19.580	311.724
	Assistenza distrettuale													
20100	Guardia medica	689	25	57.160	437	2.853	178	0	59	45	348	109	7.295	68.998
20200	Medicina generale	311	53	405.100	789	4.608	3.009	5	415	11.245	286	128	914	426.863
20201	-- Medicina generica	305	50	325.190	688	4.002	2.686	4	394	11.174	270	125	800	345.688
20202	--Pediatria di libera scelta	6	3	79.910	101	606	323	1	21	71	16	3	114	81.175
20300	Emergenza sanitaria territoriale	2.842	431	87.524	29.218	6.949	36.607	76	8.916	589	1.847	432	5.725	183.156
20400	Assistenza farmaceutica	415.331	91	709.373	5.842	17.744	5.153	58	1.176	3.259	611	1.126	1.848	1.161.622
20401	--Ass. farmaceutica erogata tramite le farmacie	11	6	669.810	10	11.264	2.220	5	308	899	121	17	1.296	685.967
20402	--Altre forme di erogazione dell'assistenza farm.	415.320	85	39.563	5.832	6.480	2.933	53	868	2.370	490	1.109	552	475.655
20500	Assistenza Integrativa	14.776	3	51.020	2.191	699	637	1	173	156	31	8	365	70.060
20600	Assistenza specialistica	122.598	2.928	304.680	14.829	73.003	296.819	1.261	22.944	18.614	18.778	3.473	20.405	900.330
20601	--Attività clinica	45.481	1.518	135.826	8.613	39.001	159.201	697	12.721	8.622	8.783	1.693	10.543	432.701
20602	--Attività di laboratorio	57.468	878	109.606	3.424	16.842	69.635	337	5.394	6.093	4.463	1.142	5.182	280.464
20603	--Attività di diagnostica strumentale e per imma	19.649	532	59.246	2.792	17.160	67.983	227	4.829	3.899	5.530	638	4.680	187.165
20700	Assistenza Protesica	35.124	87	70.980	508	11.636	1.896	3	375	3.089	261	1.854	148	125.961
20800	Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	27.084	1.732	82.416	15.314	44.248	196.705	370	44.055	16.771	13.671	5.270	8.096	455.730
20801	--assistenza programmata a domicilio (ADI)	10.710	108	33.414	1.884	3.193	15.656	30	3.867	680	962	1.236	701	72.441
20802	--assistenza alle donne, famiglia, coppie (consu	1.224	222	2.272	2.654	11.740	40.532	35	8.151	4.533	3.309	659	1.546	76.877
20803	--Assistenza psichiatrica	8.326	512	5.734	4.698	11.131	52.943	56	6.732	3.470	3.320	1.314	2.159	98.395
20804	--Assistenza riabilitativa ai disabili	2.115	668	23.351	3.232	11.652	62.085	211	19.405	6.254	4.345	1.211	2.714	137.253
20805	--Assistenza ai tossicodipendenti	4.990	221	1.564	1.502	6.530	25.477	38	5.900	1.833	1.735	850	976	51.616
20806	--Assistenza agli anziani	112	1	15.866	69	0	2	0	0	1	0	0	0	16.051
20807	--Assistenza ai malati terminali	1.047	0	215	1.275	0	0	0	0	0	0	0	0	2.537
20808	--Assistenza a persone affette da HIV	560	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	560
20900	Assistenza territoriale semiresidenziale	35	21	75.359	137	1.010	2.969	3	2.190	177	240	51	214	82.406
20901	--Assistenza psichiatrica	34	8	12.610	7	177	375	1	86	9	19	2	24	13.352
20902	--Assistenza riabilitativa ai disabili	1	11	61.378	130	812	2.172	0	2.057	13	215	48	182	67.019
20903	--Assistenza ai tossicodipendenti	0	0	1.161	0	21	241	1	26	68	0	0	4	1.542
20904	--Assistenza agli anziani	0	2	210	0	0	181	1	21	67	6	1	4	493
20905	--Assistenza a persone affette da HIV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20906	--Assistenza ai malati terminali	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21000	Assistenza territoriale residenziale	2.702	85	262.599	547	5.647	7.088	8	2.414	301	696	241	1.036	283.364
21001	--Assistenza psichiatrica	179	27	89.001	57	1.802	1.882	3	944	111	381	144	400	94.931
21002	--Assistenza riabilitativa ai disabili	3	1	102.932	8	2.136	143	0	8	26	4	1	432	105.694
21003	--Assistenza ai tossicodipendenti	324	0	12.819	45	315	898	0	25	10	35	11	67	14.549
21004	--Assistenza agli anziani	1.134	32	51.466	158	747	1.498	3	981	154	139	48	93	56.453
21005	--Assistenza a persone affette da HIV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21006	--Assistenza ai malati terminali	1.062	25	6.381	279	647	2.667	2	456	0	137	37	44	11.737
21100	Assistenza Idrotermale	0	0	6.250	0	122	65	0	9	24	4	0	26	6.500
29999	**Totale**	621.492	5.456	2.112.461	69.812	168.317	553.126	1.765	82.726	54.280	36.771	12.692	46.072	3.764.990
	Assistenza ospedaliera													
30100	Attività di pronto soccorso	6.582	1.729	50.455	912	16.246	78.992	141	18.682	1.639	5.501	506	8.320	189.705
30000	Ass. ospedaliera per acuti	411.432	13.786	854.643	14.797	357.167	920.216	4.459	99.288	74.517	67.822	15.042	54.932	2.888.101
99201	--in Day Hospital e Day Surgery	56.914	1.751	68.322	2.813	46.428	134.659	505	13.489	9.174	9.640	1.600	9.783	355.078
30202	--in degenza ordinaria	354.518	12.035	786.321	11.984	310.739	785.557	3.954	85.799	65.343	58.182	13.442	45.149	2.533.023
30500	Interventi ospedalieri a domicilio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti	1.778	61	3.080	36	2.311	10.534	25	1.972	386	728	178	430	21.519
30500	Ass. ospedaliera per riabilitazione	1.734	84	29.106	74	2.994	12.425	28	907	471	490	46	511	48.870
30600	Emocomponenti e servizi trasfusionali	28.436	321	3.877	848	4.407	22.994	53	1.868	938	1.279	75	432	65.528
30700	Trapianto organi e tessuti	3.708	60	39.528	1.456	1.160	5.695	10	660	185	441	14	133	53.050
39999	**Totale**	453.670	16.041	980.669	18.123	384.285	1.050.856	4.716	123.377	78.136	76.261	15.861	64.758	3.266.773
49999	**TOTALE**	1.123.030	22.340	3.107.580	128.200	578.650	1.734.018	6.658	213.046	149.949	120.356	29.250	130.410	7.343.487

REGIONE PUGLIA
AREA POLITICHE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE, DELLE PERSONE E DELLE PARI OPPORTUNITÀ

MODELLO "999" LA 2015 TENDENZIALE - CONSOLIDATO REGIONALE

	Macrovoci economiche	Consumi e manutenzioni		Costi per acquisti di servizi			Personale				Ammortam.	Soprav. / insuss.	Altri costi	Totale
		sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi san. per erog. di prest.	servizi non sanitari	sanitario	profess.	tecnico	amm.vo				
	Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro													
10100	Igiene e sanità pubblica	8.899	361	1.963	16.601	11.597	44.870	57	3.393	9.892	3.256	206	6.941	108.036
10200	Igiene degli alimenti e della nutrizione	56	70	3	2.554	1.261	8.704	13	91	1.028	658	37	600	15.075
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	48	82	3	2.187	1.516	7.247	13	139	924	627	36	1.162	13.984
10400	Sanità pubblica veterinaria	794	295	730	7.716	6.993	42.788	41	3.053	3.124	2.775	186	907	69.402
10500	Attività di prevenzione rivolte alle persone	40.939	5	13.991	10.517	3.951	33.341	17	40	383	277	61	2.199	105.721
10600	Servizio medico legale	132	30	1	1.092	809	1.915	16	214	2.182	244	17	7.771	14.423
19999	**Totale**	**50.868**	**843**	**16.691**	**40.667**	**26.127**	**138.865**	**157**	**6.930**	**17.533**	**7.837**	**543**	**19.580**	**326.641**
	Assistenza distrettuale													
20100	Guardia medica	689	25	57.160	441	2.661	176	0	59	45	372	85	7.295	69.008
20200	Medicina generale	311	53	405.100	797	4.622	2.982	5	414	11.245	306	100	914	426.849
20201	-- Medicina generica	305	50	325.190	695	4.014	2.662	4	393	11.174	289	98	800	345.674
20202	--Pediatria di libera scelta	6	3	79.910	102	608	320	1	21	71	17	2	114	81.175
20300	Emergenza sanitaria territoriale	2.842	431	95.474	29.510	6.970	38.260	76	6.898	589	1.976	337	5.725	191.088
20400	Assistenza farmaceutica	413.331	91	708.898	5.900	17.797	5.107	58	1.173	3.269	653	878	1.848	1.159.003
20401	--Ass. farmaceutica erogata tramite le farmacie	11	6	669.810	10	11.298	2.200	5	307	899	129	13	1.296	685.984
20402	--Altre forme di erogazione dell'assistenza farm	413.320	85	39.088	5.890	6.499	2.907	53	866	2.370	524	865	552	473.019
20500	Assistenza integrativa	14.776	3	52.970	2.213	701	631	1	173	156	33	6	365	72.028
20600	Assistenza specialistica	122.598	2.928	304.680	14.977	73.222	294.147	1.261	22.898	18.614	20.090	2.710	20.405	898.530
20601	--Attività clinica	45.481	1.518	135.826	8.699	39.118	157.768	897	12.696	8.622	9.398	1.321	10.543	431.689
20602	--Attività di laboratorio	57.468	878	109.606	3.458	16.893	69.008	337	5.383	6.093	4.775	891	5.182	279.972
20603	--Attività di diagnostica strumentale e per imma	19.649	532	59.246	2.820	17.211	67.371	227	4.819	3.899	5.917	498	4.680	186.869
20700	Assistenza Protesica	35.124	87	78.380	513	11.671	1.879	3	374	3.089	279	1.446	148	132.993
20800	Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	27.084	1.732	81.427	15.468	44.379	196.935	370	43.967	16.771	14.627	4.111	8.096	454.967
20801	--assistenza programmata a domicilio (ADI)	10.710	108	33.013	1.903	3.203	17.515	30	3.859	680	1.029	984	701	73.715
20802	--assistenza alle donne, famiglia, coppie (consu	1.224	222	2.245	2.681	11.775	40.167	35	8.135	4.533	3.541	514	1.546	76.618
20803	--Assistenza psichiatrica	6.326	512	5.665	4.745	11.164	52.467	56	6.719	3.470	3.552	1.025	2.159	97.860
20804	--Assistenza riabilitativa ai disabili	2.115	668	23.071	3.264	11.687	61.536	211	19.368	6.254	4.649	945	2.714	136.480
20805	--Assistenza ai tossicodipendenti	4.990	221	1.545	1.517	6.550	25.248	38	5.888	1.833	1.856	663	976	51.325
20806	--Assistenza agli anziani	112	1	15.676	70	0	2	0	0	1	0	0	0	15.862
20807	--Assistenza ai malati terminali	1.047	0	212	1.288	0	0	0	0	0	0	0	0	2.547
20808	--Assistenza a persone affette da HIV	560	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	560
20900	Assistenza territoriale semiresidenziale	35	21	74.454	138	1.013	2.942	3	2.186	177	256	40	214	81.479
20901	--Assistenza psichiatrica	34	8	12.459	7	178	372	1	88	9	20	2	24	13.200
20902	--Assistenza riabilitativa ai disabili	1	11	60.641	131	814	2.152	0	2.053	13	230	37	182	66.265
20903	--Assistenza ai tossicodipendenti	0	0	1.147	0	21	239	1	26	88	0	0	4	1.526
20904	--Assistenza agli anziani	0	2	207	0	0	179	1	21	67	6	1	4	488
20905	--Assistenza a persone affette da HIV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20906	--Assistenza ai malati terminali	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21000	Assistenza territoriale residenziale	2.702	85	259.447	553	5.663	7.025	8	2.409	301	745	188	1.036	280.162
21001	--Assistenza psichiatrica	179	27	87.933	58	1.807	1.865	3	942	111	408	112	400	93.845
21002	--Assistenza riabilitativa ai disabili	3	1	101.697	8	2.142	142	0	8	26	4	1	432	104.464
21003	--Assistenza ai tossicodipendenti	324	0	12.665	45	316	890	0	25	10	37	9	67	14.388
21004	--Assistenza agli anziani	1.134	32	50.848	160	749	1.485	3	979	154	149	37	93	55.823
21005	--Assistenza a persone affette da HIV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21006	--Assistenza ai malati terminali	1.062	25	6.304	282	649	2.643	2	455	0	147	29	44	11.642
21100	Assistenza Idrotermale	0	0	6.250	0	122	64	0	9	24	4	0	26	6.499
29999	**Totale**	**619.492**	**5.456**	**2.124.240**	**70.510**	**168.821**	**550.148**	**1.785**	**82.560**	**54.280**	**39.341**	**9.901**	**46.072**	**3.772.606**
	Assistenza ospedaliera													
30100	Attività di pronto soccorso	6.582	1.729	59.850	921	16.295	78.281	141	18.645	1.639	5.885	395	8.320	198.684
30200	Ass. ospedaliera per acuti	411.452	13.356	842.024	14.622	358.138	897.884	4.459	99.089	74.517	72.348	10.666	55.082	2.853.417
30201	--in Day Hospital e Day Surgery	56.914	1.751	67.502	2.841	46.567	134.447	505	13.462	9.174	10.315	1.248	9.783	354.509
30202	--in degenza ordinaria	354.538	11.605	774.522	11.781	311.571	763.217	3.954	85.627	65.343	62.033	9.418	45.299	2.498.908
30300	Interventi ospedalieri a domicilio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti	1.778	61	3.043	36	2.318	10.439	25	1.968	386	779	139	430	21.402
30500	Ass. ospedaliera per riabilitazione	1.734	84	28.757	75	3.003	12.313	28	905	471	524	36	511	48.441
30600	Emocomponenti e servizi trasfusionali	28.436	321	3.830	856	4.420	22.787	53	1.864	938	1.369	59	432	65.365
30700	Trapianto organi e tessuti	3.708	60	49.054	1.471	1.163	5.644	10	659	185	472	11	133	62.570
39999	**Totale**	**453.690**	**15.611**	**986.558**	**17.981**	**385.337**	**1.027.128**	**4.716**	**123.130**	**78.136**	**81.378**	**11.306**	**64.908**	**3.249.879**
49999	**TOTALE**	**1.124.050**	**21.910**	**3.127.489**	**129.158**	**580.285**	**1.716.141**	**6.658**	**212.620**	**149.949**	**128.556**	**21.750**	**130.560**	**7.349.126**

REGIONE PUGLIA
AREA POLITICHE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE, DELLE PERSONE E DELLE PARI OPPORTUNITÀ

MODELLO "999" LA 2013 PROGRAMMATICO - CONSOLIDATO REGIONALE

	Macrovoci economiche	Consumi e manutenzioni		Costi per acquisti di servizi			Personale				Ammortam.	Soprav. / insuss.	Altri costi	Totale
		sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi san. per erog. di prest.	servizi non sanitari	sanitario	profess.	tecnico	amm.vo				
	Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro													
10100	Igiene e sanità pubblica	8.834	380	2.021	14.943	11.944	46.108	56	3.469	10.043	2.871	348	7.721	108.740
10200	Igiene degli alimenti e della nutrizione	56	74	3	2.299	1.299	8.944	13	93	1.044	580	63	667	15.135
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	48	86	3	1.968	1.561	7.447	13	142	938	553	60	1.293	14.112
10400	Sanità pubblica veterinaria	788	311	752	6.945	7.202	43.968	42	3.121	3.172	2.446	314	1.009	70.070
10500	Attività di prevenzione rivolte alle persone	34.682	5	8.847	9.466	4.069	14.820	17	41	389	244	102	2.446	75.128
10600	Servizio medico legale	131	32	1	983	834	1.967	16	218	2.215	215	29	8.644	15.285
19999	**Totale**	**44.539**	**888**	**11.627**	**36.604**	**26.909**	**123.254**	**159**	**7.084**	**17.801**	**6.909**	**916**	**21.780**	**298.470**
	Assistenza distrettuale													
20100	Guardia medica	684	26	57.160	397	2.741	181	0	60	46	328	144	8.115	69.882
20200	Medicina generale	309	56	405.097	717	4.760	3.084	5	423	11.416	270	169	1.017	427.303
20201	-- Medicina generica	303	53	325.192	625	4.134	2.735	4	402	11.344	255	165	890	346.102
20202	--Pediatria di libera scelta	6	3	79.905	92	626	329	1	21	72	15	4	127	81.201
20300	Emergenza sanitaria territoriale	2.821	454	78.865	26.562	7.179	39.315	78	9.098	598	1.742	569	6.368	173.649
20400	Assistenza farmaceutica	411.780	95	710.052	5.311	18.330	5.248	59	1.200	3.319	576	2.797	2.056	1.160.823
20401	--Ass. farmaceutica erogata tramite le farmacie	11	6	669.805	9	11.636	2.261	5	314	913	114	22	1.442	686.538
20402	--Altre forme di erogazione dell'assistenza farm.	411.769	89	40.247	5.302	6.694	2.987	54	886	2.406	462	2.775	614	474.285
20500	Assistenza Integrativa	14.667	3	49.136	1.992	722	649	1	177	158	29	11	408	67.951
20600	Assistenza specialistica	121.698	3.082	308.180	13.481	75.416	302.259	1.287	23.413	18.897	17.713	4.570	22.698	912.694
20601	--Attività clinica	45.147	1.598	136.497	7.830	40.290	162.119	711	12.981	8.753	8.286	2.228	11.728	438.168
20602	--Attività di laboratorio	57.046	924	110.145	3.113	17.399	70.911	344	5.504	6.186	4.210	1.503	5.764	283.049
20603	--Attività di diagnostica strumentale e per immag.	19.505	560	61.538	2.538	17.727	69.229	232	4.928	3.958	5.217	839	5.206	191.477
20700	Assistenza Protesica	34.866	92	64.280	462	12.021	1.931	3	383	3.136	246	2.440	165	120.025
20800	Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	26.884	1.824	76.984	13.922	45.709	198.273	378	44.953	17.026	12.896	6.934	9.007	454.792
20801	--assistenza programmata a domicilio (ADI)	10.631	114	27.135	1.713	3.299	13.906	31	3.948	690	908	1.626	780	64.779
20802	--assistenza alle donne, famiglia, coppie (consu	1.215	234	2.311	2.413	12.128	41.275	36	8.317	4.602	3.122	867	1.720	78.240
20803	--Assistenza psichiatrica	6.280	539	5.833	4.271	11.499	53.913	57	6.869	3.523	3.132	1.729	2.402	100.047
20804	--Assistenza riabilitativa ai disabili	2.099	703	23.755	2.938	12.037	63.233	215	19.801	6.349	4.099	1.593	3.019	139.841
20805	--Assistenza ai tossicodipendenti	4.953	233	1.591	1.365	6.746	25.944	39	6.020	1.861	1.637	1.119	1.086	52.594
20806	--Assistenza agli anziani	111	1	18.140	63	0	2	0	0	1	0	0	0	16.318
20807	--Assistenza ai malati terminali	1.039	0	219	1.159	0	0	0	0	0	0	0	0	2.417
20808	--Assistenza a persone affette da HIV	556	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	556
20900	Assistenza territoriale semiresidenziale	35	22	76.662	124	1.044	3.023	3	2.235	179	227	66	239	83.859
20901	--Assistenza psichiatrica	34	8	12.828	6	183	382	1	88	9	18	2	27	13.586
20902	--Assistenza riabilitativa ai disabili	1	12	62.439	118	839	2.212	0	2.099	13	203	63	203	68.202
20903	--Assistenza ai tossicodipendenti	0	0	1.181	0	22	245	1	27	89	0	0	4	1.569
20904	--Assistenza agli anziani	0	2	214	0	0	184	1	21	68	6	1	5	502
20905	--Assistenza a persone affette da HIV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20906	--Assistenza ai malati terminali	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21000	Assistenza territoriale residenziale	2.683	89	267.140	498	5.834	7.218	8	2.462	305	656	317	1.153	288.363
21001	--Assistenza psichiatrica	178	28	90.540	52	1.862	1.917	3	963	113	359	189	445	96.649
21002	--Assistenza riabilitativa ai disabili	3	1	104.712	7	2.207	148	0	8	26	4	1	481	107.596
21003	--Assistenza ai tossicodipendenti	322	0	13.041	41	325	914	0	25	10	33	15	75	14.801
21004	--Assistenza agli anziani	1.126	34	52.356	144	772	1.525	3	1.001	158	131	63	103	57.414
21005	--Assistenza a persone affette da HIV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21006	--Assistenza ai malati terminali	1.054	26	6.491	254	868	2.716	2	465	0	129	49	49	11.903
21100	Assistenza Idrotermale	0	0	6.253	0	126	66	0	9	24	4	0	29	6.511
29999	**Totale**	**616.427**	**5.743**	**2.099.809**	**63.466**	**173.882**	**561.227**	**1.822**	**84.413**	**55.104**	**34.689**	**18.017**	**51.253**	**3.765.852**
	Assistenza ospedaliera													
30100	Attività di pronto soccorso	6.534	1.820	41.155	829	16.783	80.440	144	19.063	1.664	5.190	666	9.255	183.543
30200	Ass. ospedaliera per acuti	411.396	14.258	873.319	13.817	369.705	947.501	4.550	101.314	75.652	63.662	18.794	61.322	2.955.290
30201	--in Day Hospital e Day Surgery	56.496	1.843	69.504	2.557	47.963	137.127	515	13.764	9.314	9.094	2.105	10.882	361.164
30202	--in degenza ordinaria	354.900	12.415	803.815	11.260	321.742	810.374	4.035	87.550	66.338	54.568	16.689	50.440	2.594.126
30300	Interventi ospedalieri a domicilio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti	1.765	64	3.133	33	2.387	10.727	26	2.012	392	687	234	478	21.938
30500	Ass. ospedaliera per riabilitazione	1.721	88	29.609	67	3.093	12.653	29	925	478	462	81	568	49.754
30600	Emocomponenti e servizi trasfusionali	28.227	338	3.944	771	4.553	23.415	54	1.906	952	1.207	99	480	65.946
30700	Trapianto organi e tessuti	3.681	63	30.039	1.324	1.198	5.799	10	673	188	416	19	148	43.558
39999	**Totale**	**453.324**	**16.631**	**981.199**	**16.841**	**397.719**	**1.080.535**	**4.813**	**125.893**	**79.326**	**71.624**	**19.873**	**72.251**	**3.320.029**
49999	**TOTALE**	**1.114.290**	**23.262**	**3.092.635**	**116.911**	**598.510**	**1.765.016**	**6.794**	**217.390**	**152.231**	**113.222**	**38.806**	**145.284**	**7.384.351**

REGIONE PUGLIA
AREA POLITICHE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE, DELLE PERSONE E DELLE PARI OPPORTUNITÀ

MODELLO "999" LA 2014 PROGRAMMATICO - CONSOLIDATO REGIONALE

	Macrovoci economiche	Consumi e manutenzioni		Costi per acquisti di servizi			Personale				Ammortam.	Soprav. / insuss.	Altri costi	Totale
		sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi san. per erog. di prest.	servizi non sanitari	sanitario	profess.	tecnico	amm.vo				
	Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro													
10100	Igiene e sanità pubblica	13.588	361	1.967	16.437	11.261	46.636	57	3.400	9.892	3.043	264	6.872	113.778
10200	Igiene degli alimenti e della nutrizione	54	70	3	2.529	1.224	9.046	13	91	1.028	615	48	594	15.315
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	46	82	3	2.165	1.472	7.532	13	139	924	586	46	1.150	14.158
10400	Sanità pubblica veterinaria	786	295	732	7.640	6.791	44.472	41	3.059	3.124	2.593	239	898	70.650
10500	Attività di prevenzione rivolte alle persone	41.611	5	16.580	10.413	3.837	33.260	17	40	383	259	78	2.177	108.660
10600	Servizio medico legale	127	30	1	1.061	786	1.990	16	214	2.182	228	22	12.693	19.370
19999	**Totale**	56.192	843	19.286	40.265	25.371	142.936	157	6.943	17.533	7.324	697	24.384	341.931
	Assistenza distrettuale													
20100	Guardia medica	665	25	57.160	437	2.584	183	0	59	45	348	109	7.222	68.837
20200	Medicina generale	300	53	405.100	789	4.488	3.100	5	415	11.245	286	128	905	426.814
20201	-- Medicina generica	294	50	325.190	688	3.898	2.767	4	394	11.174	270	125	792	345.646
20202	--Pediatria di libera scelta	6	3	79.910	101	590	333	1	21	71	16	3	113	81.168
20300	Emergenza sanitaria territoriale	2.743	431	96.649	29.218	6.768	39.765	76	8.916	589	1.847	432	5.668	193.102
20400	Assistenza farmaceutica	395.795	91	672.138	5.842	17.283	5.308	58	1.176	3.289	611	1.126	1.829	1.104.526
20401	--Ass. farmaceutica erogata tramite le farmacie	11	6	632.971	10	10.971	2.287	5	308	899	121	17	1.283	648.889
20402	--Altre forme di erogazione dell'assistenza farm.	395.784	85	39.167	5.832	6.312	3.021	53	868	2.370	490	1.109	546	455.637
20500	Assistenza integrativa	14.259	3	51.020	2.191	681	656	1	173	156	31	8	361	69.540
20600	Assistenza specialistica	118.307	2.928	304.660	14.829	80.105	305.723	1.261	22.944	18.614	18.778	3.473	20.201	911.841
20601	--Attività clinica	43.889	1.518	135.828	8.613	40.987	163.977	697	12.721	8.622	8.783	1.693	10.438	437.766
20602	--Attività di laboratorio	55.457	878	109.606	3.424	19.404	71.724	337	5.394	6.093	4.463	1.142	5.130	283.052
20603	--Attività di diagnostica strumentale e per imma	18.961	532	59.246	2.792	19.714	70.022	227	4.829	3.899	5.530	638	4.633	191.023
20700	Assistenza Protesica	33.895	87	67.766	508	11.333	1.953	3	375	3.089	261	1.854	147	121.271
20800	Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	26.135	1.732	89.591	15.314	43.098	204.606	370	44.055	16.771	13.671	5.270	8.015	468.626
20801	--assistenza programmata a domicilio (ADI)	10.335	108	33.060	1.684	3.110	18.126	30	3.867	680	962	1.236	694	74.112
20802	--assistenza alle donne, famiglia, coppie (consu	1.181	222	2.249	2.654	11.435	41.748	35	8.151	4.533	3.309	659	1.531	77.707
20803	--Assistenza psichiatrica	6.105	512	5.677	4.698	10.842	54.531	56	6.732	3.470	3.320	1.314	2.137	99.394
20804	--Assistenza riabilitativa ai disabili	2.041	668	23.117	3.232	11.349	63.958	211	19.405	6.254	4.345	1.211	2.687	138.478
20805	--Assistenza ai tossicodipendenti	4.815	221	1.548	1.502	6.360	26.241	38	5.900	1.833	1.735	850	966	52.009
20806	--Assistenza agli anziani	108	1	23.707	69	0	2	0	0	1	0	0	0	23.888
20807	--Assistenza ai malati terminali	1.010	0	213	1.275	0	0	0	0	0	0	0	0	2.498
20808	--Assistenza a persone affette da HIV	540	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	540
20900	Assistenza territoriale semiresidenziale	34	21	74.605	137	983	3.057	3	2.190	177	240	51	212	81.710
20901	--Assistenza psichiatrica	33	8	12.484	7	172	386	1	86	9	19	2	24	13.231
20902	--Assistenza riabilitativa ai disabili	1	11	60.764	130	791	2.237	0	2.057	13	215	48	180	66.447
20903	--Assistenza ai tossicodipendenti	0	0	1.149	0	20	248	1	26	58	0	0	4	1.536
20904	--Assistenza agli anziani	0	2	208	0	0	186	1	21	67	6	1	4	496
20905	--Assistenza a persone affette da HIV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20906	--Assistenza ai malati terminali	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21000	Assistenza territoriale residenziale	2.608	85	259.973	547	5.500	7.300	8	2.414	301	696	241	1.026	280.699
21001	--Assistenza psichiatrica	173	27	88.111	57	1.755	1.938	3	944	111	381	144	396	94.040
21002	--Assistenza riabilitativa ai disabili	3	1	101.903	8	2.080	147	0	8	26	4	1	428	104.609
21003	--Assistenza ai tossicodipendenti	313	0	12.691	45	307	925	0	25	10	35	11	66	14.428
21004	--Assistenza agli anziani	1.094	32	50.951	158	728	1.543	3	981	154	139	48	92	55.923
21005	--Assistenza a persone affette da HIV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21006	--Assistenza ai malati terminali	1.025	25	6.317	279	630	2.747	2	456	0	137	37	44	11.699
21100	Assistenza Idrotermale	0	0	6.250	0	119	67	0	9	24	4	0	26	6.499
29999	**Totale**	594.741	5.456	2.084.932	69.812	172.940	571.716	1.785	82.726	54.280	36.771	12.692	45.612	3.733.465
	Assistenza ospedaliera													
30100	Attività di pronto soccorso	6.352	1.729	49.950	912	15.824	81.362	141	18.682	1.639	5.501	506	8.237	190.835
30200	Ass. ospedaliera per acuti	397.044	13.320	840.394	14.797	347.179	934.714	4.459	99.288	74.517	67.822	15.042	46.185	2.854.761
30201	--in Day Hospital e Day Surgery	54.922	1.751	67.839	2.813	45.221	138.699	505	13.489	9.174	9.640	1.600	9.685	355.138
30202	--in degenza ordinaria	342.122	11.569	772.755	11.984	301.958	796.015	3.954	85.799	65.343	58.182	13.442	36.500	2.499.623
30300	Interventi ospedalieri a domicilio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti	1.716	61	3.049	36	2.251	10.850	25	1.972	386	726	178	426	21.678
30500	Ass. ospedaliera per riabilitazione	1.673	84	28.815	74	2.916	12.798	28	907	471	490	46	506	48.808
30600	Emocomponenti e servizi trasfusionali	27.441	321	3.838	848	4.292	23.684	53	1.868	938	1.279	75	428	65.065
30700	Trapianto organi e tessuti	3.578	60	39.133	1.456	1.130	5.866	10	660	185	441	14	132	52.665
39999	**Totale**	437.804	15.575	965.179	18.123	373.592	1.069.274	4.716	123.377	78.136	76.261	15.861	55.914	3.233.812
49999	**TOTALE**	1.088.737	21.874	3.069.397	128.200	571.903	1.783.928	6.658	213.046	149.949	120.356	29.250	125.910	7.309.208

REGIONE PUGLIA
AREA POLITICHE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE, DELLE PERSONE E DELLE PARI OPPORTUNITÀ

MODELLO "999" LA 2015 PROGRAMMATICO - CONSOLIDATO REGIONALE

	Macrovoci economiche	Consumi e manutenzioni		Costi per acquisti di servizi			Personale				Ammortam.	Soprav. / insuss.	Altri costi	Totale
		sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi san. per erog. di prest.	servizi non sanitari	sanitario	profess.	tecnico	amm.vo				
	Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro													
10100	Igiene e sanità pubblica	19.384	357	3.467	16.437	11.036	48.662	57	3.383	9.843	3.456	198	7.735	124.015
10200	Igiene degli alimenti e della nutrizione	53	69	3	2.529	1.200	9.245	13	91	1.023	656	36	582	15.502
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	45	81	3	2.165	1.443	7.698	13	138	919	627	35	1.127	14.294
10400	Sanità pubblica veterinaria	1.755	292	732	7.640	6.655	45.450	41	3.044	3.708	3.275	179	880	73.651
10500	Attività di prevenzione rivolte alle persone	42.187	5	17.777	11.013	3.760	38.642	17	40	1.081	1.077	59	2.133	117.791
10600	Servizio medico legale	125	30	1	1.081	770	2.034	16	213	2.171	244	17	13.439	20.141
19999	**Totale**	**63.549**	**834**	**21.983**	**40.865**	**24.864**	**151.731**	**157**	**6.909**	**18.745**	**9.337**	**524**	**25.896**	**365.394**
	Assistenza distrettuale													
20100	Guardia medica	655	25	57.160	437	2.532	187	0	59	45	372	82	7.078	68.632
20200	Medicina generale	298	53	405.100	789	4.388	3.168	5	413	11.189	306	98	867	426.700
20201	-- Medicina generica	290	50	325.190	688	3.820	2.828	4	392	11.118	289	94	776	345.539
20202	--Pediatria di libera scelta	6	3	79.910	101	578	340	1	21	71	17	2	111	81.161
20300	Emergenza sanitaria territoriale	4.702	427	106.630	29.218	6.633	40.640	76	8.871	586	1.976	324	5.555	205.638
20400	Assistenza farmaceutica	389.858	90	628.592	5.842	16.938	5.424	58	1.170	2.753	653	845	1.792	1.054.015
20401	--Ass. farmaceutica erogata tramite le farmacie	11	6	589.433	10	10.752	2.337	5	306	895	129	13	1.257	605.154
20402	--Altre forme di erogazione dell'assistenza farma	389.847	84	39.159	5.832	6.186	3.087	53	864	1.858	524	832	535	448.861
20500	Assistenza Integrativa	14.045	3	52.970	2.191	667	670	1	172	155	33	6	354	71.267
20600	Assistenza specialistica	116.533	2.899	305.880	14.229	87.503	309.448	1.261	22.829	18.522	20.590	2.606	19.106	921.406
20601	--Attività clinica	43.231	1.503	135.828	8.013	43.167	164.584	697	12.657	8.579	9.898	1.270	9.539	438.966
20602	--Attività di laboratorio	54.625	869	109.606	3.424	22.016	73.302	337	5.367	6.063	4.775	857	5.027	286.268
20603	--Attività di diagnostica strumentale e per immag	18.677	527	60.446	2.792	22.320	71.562	227	4.805	3.880	5.917	479	4.540	196.172
20700	Assistenza Protesica	33.387	86	74.831	508	11.106	1.996	3	373	3.074	279	1.391	144	127.178
20800	Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	27.242	1.715	97.573	15.314	42.234	212.187	370	43.835	16.386	14.627	3.953	7.854	483.292
20801	--assistenza programmata a domicilio (ADI)	11.680	107	33.073	1.884	3.048	21.605	30	3.848	677	1.029	927	680	78.588
20802	--assistenza alle donne, famiglia, coppie (consul	1.163	220	2.249	2.654	11.206	42.666	35	8.110	4.510	3.541	494	1.500	78.348
20803	--Assistenza psichiatrica	6.013	507	5.676	4.698	10.625	55.731	56	6.698	3.453	3.552	986	2.094	100.089
20804	--Assistenza riabilitativa ai disabili	2.010	661	23.112	3.232	11.122	65.365	211	19.308	5.923	4.649	906	2.633	139.134
20805	--Assistenza ai tossicodipendenti	4.743	219	1.548	1.502	6.233	26.818	38	5.871	1.824	1.856	638	947	52.237
20806	--Assistenza agli anziani	106	1	31.702	69	0	2	0	0	1	0	0	0	31.881
20807	--Assistenza ai malati terminali	995	0	213	1.275	0	0	0	0	0	0	0	0	2.483
20808	--Assistenza a persone affette da HIV	532	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	532
20900	Assistenza territoriale semiresidenziale	34	21	74.591	137	964	3.123	3	2.180	177	256	39	208	81.733
20901	--Assistenza psichiatrica	33	8	12.482	7	169	394	1	86	9	20	2	24	13.235
20902	--Assistenza riabilitativa ai disabili	1	11	60.752	130	775	2.286	0	2.047	13	230	36	176	66.457
20903	--Assistenza ai tossicodipendenti	0	0	1.149	0	20	253	1	26	88	0	0	4	1.541
20904	--Assistenza agli anziani	0	2	208	0	0	190	1	21	67	6	1	4	500
20905	--Assistenza a persone affette da HIV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20906	--Assistenza ai malati terminali	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21000	Assistenza territoriale residenziale	2.569	85	259.921	547	5.389	7.460	8	2.402	299	745	181	1.005	280.611
21001	--Assistenza psichiatrica	170	27	88.093	57	1.720	1.981	3	939	110	408	108	388	94.004
21002	--Assistenza riabilitativa ai disabili	3	1	101.883	8	2.038	150	0	8	26	4	1	419	104.541
21003	--Assistenza ai tossicodipendenti	308	0	12.688	45	301	945	0	25	10	37	8	65	14.432
21004	--Assistenza agli anziani	1.078	32	50.941	158	713	1.577	3	976	153	149	36	90	55.906
21005	--Assistenza a persone affette da HIV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21006	--Assistenza ai malati terminali	1.010	25	6.316	279	617	2.807	2	454	0	147	28	43	11.728
21100	Assistenza Idrotermale	0	0	6.250	0	117	68	0	9	24	4	0	25	6.497
29999	**Totale**	**589.321**	**5.404**	**2.069.498**	**69.212**	**178.481**	**584.371**	**1.785**	**82.313**	**53.212**	**39.841**	**9.523**	**44.008**	**3.726.969**
	Assistenza ospedaliera													
30100	Attività di pronto soccorso	6.257	1.712	49.940	912	15.508	83.152	141	18.589	1.631	5.886	380	8.072	192.180
30200	Ass. ospedaliera per acuti	383.984	12.768	836.193	15.755	339.790	945.561	4.460	98.792	73.844	70.348	11.087	42.123	2.834.505
30201	--in Day Hospital e Day Surgery	54.098	1.733	67.625	2.813	44.317	144.750	505	13.422	9.128	10.315	1.200	9.491	359.397
30203	--in degenza ordinaria	329.886	11.035	768.568	12.942	295.473	800.811	3.955	85.370	64.516	60.033	9.887	32.632	2.475.108
30300	Interventi ospedalieri a domicilio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti	1.690	60	3.048	36	2.206	11.089	25	1.962	384	779	134	417	21.830
30500	Ass. ospedaliera per riabilitazione	1.648	83	28.809	74	2.858	13.080	28	902	469	524	35	496	49.006
30600	Emocomponenti e servizi trasfusionali	27.029	318	3.837	848	4.206	24.205	53	1.859	933	1.369	56	419	65.132
30700	Trapianto organi e tessuti	3.524	59	39.125	1.456	1.107	5.995	10	657	184	472	11	129	52.729
39999	**Totale**	**424.132**	**15.000**	**960.952**	**19.081**	**365.675**	**1.083.082**	**4.717**	**122.761**	**77.245**	**79.378**	**11.703**	**51.656**	**3.215.382**
49999	**TOTALE**	**1.077.002**	**21.238**	**3.052.433**	**129.158**	**569.020**	**1.819.184**	**6.659**	**211.983**	**149.202**	**128.556**	**21.750**	**121.560**	**7.307.745**

ALL B)

CRONOPROGRAMMA PO 2013-2015 REGIONE PUGLIA

Area	PROGRAMMA	Obiettivo/Intervento	Azione	Output (Decreto/Relazione monitoraggio)	Scadenza	Indicatore di processo	Indicatore di Risultato
	2	2.1:Attuazione del decreto legislativo 118/2011 nell'ambito del Programma Operativo e controlli	Individuazione della struttura/dirigente responsabile dell'attuazione del decreto legislativo 118/2011 nell'ambito del Programma Operativo	Provvedimento di individuazione della struttura responsabile dell'attuazione del decreto legislativo 118/2011 nell'ambito del Programma Operativo	30/10/2014	Adozione DGR	Validazione ministeriale
		2.2: Azioni di monitoraggio dell'effettiva attuazione del decreto legislativo 118/2011	Azioni di affiancamento per la valutazione dell'effettiva attuazione del decreto legislativo 118/2011	Report di monitoraggio	30/10/2014	Trasmissione report	Emanazione Procedure minime di controllo relative alle aziende, alla GSA e al consolidato regionale e corretta esposizione delle poste patrimoniali ex D.Lgs 118/2011.
			Definizione di un capitolato di appalto con l'obiettivo di acquisire entro 5 anni un sistema contabile unico a livello regionale	DGR	31/12/2014	Adozione DGR	Definizione Capitolato d'appalto
		2.3: Garantire l'omogeneità delle rilevazioni contabili effettuate dalle varie aziende	Realizzazione e implementazione di specifici flussi informativi dedicati alla effettiva attuazione del decreto legislativo 118/2011	Report di monitoraggio	31/12/2014	Trasmissione report	Report allegati al modello trimestrale
		2.4: Redazione periodica di un rapporto concernente lo stato di trasferimento alla GSA e alle aziende sanitarie di competenza e di cassa delle risorse destinate al SSR	Riconciliazione trimestrale dei trasferimenti alla GSA e alle aziende sanitarie delle risorse destinate al SSR con le risultanze contabili rilevate dalla GSA.	Report di monitoraggio	31/12/2014	Trasmissione report	Certificazione della riconciliazione trimestrale dei trasferimenti alla GSA e alle aziende sanitarie delle risorse destinate al SSR con le risultanze contabili rilevate dalla GSA
	3	3.1: Certificabilità dei bilanci del SSR	Percorso di affiancamento, a coordinamento regionale, finalizzato alla certificazione	Implementazione di un piano di azione. tempi di attuazione sono stati puntualmente riportati all'interno della citata DGR n.1170 del 21-06-2013 con cui è stato adottato il Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC) degli Enti del Servizio Sanitario Regionale.	31/12/2015	Atti regionali	Validazione ministeriale
	4	4.1: Flussi informativi NSIS	Miglioramento in termini di completezza e qualità e dei flussi informativi NSIS	Report di monitoraggio	verifica semestrale (31/12 e 30/6 di ogni anno)	Trasmissione report	Incremento quantitativo e qualitativo dei dati inviati secondo gli indicatori definiti dal Ministero della Salute
		4.2: Sistema Tessera Sanitaria ed evoluzioni (ricetta elettronica di cui al DPCM 26/03/2008 e ricetta dematerializzata di cui al D.M. 02/11/2011)	Realizzazione di quanto previsto dall'art. 50 del D.L. 269/2003 e relativi decreti attuativi (ricetta elettronica, ricetta de materializzata, verifica esenzioni)	Report di monitoraggio	verifica semestrale (31/12 e 30/6 di ogni anno)	Trasmissione report	Indicatori del Sistema TS (cruscotti integrati)
	5	5.1: Aggiornamento procedure per l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie	Adeguamento ai contenuti del Documento che sarà definito dal Tavolo Tecnico ex Intesa del 20.12.2012 da parte del Gruppo di Lavoro Regionale per la revisione della Legge Regionale 28 maggio 2004 n. 8	Relazione del Gruppo di lavoro con proposta di adeguamento delle norme/regolamenti regionali a seguito del Documento del Tavolo Tecnico ex Intesa del 20.12.2012Eventuale modifica della Legge Regionale 28 maggio 2004 n. 8.	La tempistica sarà stabilità dal Documento di indirizzo	Trasmissione report	Validazione ministeriale

PO 2013-2015 REGIONE PUGLIA

Area	PROGRAMMA	Obiettivo/intervento	Azione	Output (Decreto/Relazione monitoraggio)	Scadenza	Indicatore di processo	Indicatore di Risultato
Governo del sistema		5.2: Modalità di verifica di allineamento dei requisiti richiesti per l'accreditamento, in coerenza con la normativa vigente	Adeguamento del Regolamento Regionale n. 3/2005 e s.m.i. ai contenuti del Documento che sarà definito dal Tavolo Tecnico ex Intesa del 20.12.2012	Proposta di adeguamento del Regolamento Regionale a seguito del Documento del Tavolo Tecnico ex Intesa del 20.12.2012	La tempistica sarà stabilità dal Documento di indirizzo	Trasmissione report	Validazione ministeriale
		5.3: Modalità di verifica periodica della sussistenza dei requisiti	Adeguamento delle modalità e tempi di controllo del permanere del possesso dei requisiti di accreditamento ai contenuti del Documento che sarà definito dal Tavolo Tecnico ex Intesa del 20.12.2012	§ Proposta di adeguamento della Legge Regionale 28 maggio 2004 n. 8 a seguito del Documento del Tavolo Tecnico ex Intesa del 20.12.2012	La tempistica sarà stabilità dal Documento di indirizzo	Trasmissione report	Validazione ministeriale
		5.4: Piano di adeguamento finalizzato all'Accreditamento istituzionale delle Strutture Pubbliche	Piano di adeguamento ai requisiti generali previsti dal DPR 14.01.1997 e ai requisiti specifici strutturali, tecnologici e organizzativi di cui al R.R. 3/2005 e s.m.i. nonché ai requisiti che saranno definiti dal Tavolo tecnico che emanerà il Documento di indirizzi relativi agli elementi individuati dal paragrafo 5 dell'Intesa del 20.12.2012,	Trasmissione dei piani di adeguamento da parte dei Direttori Generali delle ASL, delle Aziende Ospedaliere Universitarie e degli IRCCS Pubblici	entro 12 mesi dall'approvazione del Documento del Tavolo Tecnico ex Intesa del 20.12.2012	Trasmissione Piani	Validazione ministeriale
		5.5: Accreditamento delle Strutture trasfusionali pubbliche	Adeguamento delle Strutture trasfusionali pubbliche ai requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dal Regolamento Regionale n. 14/2012 e Regolamento Regionale n. 15/2013	Adozione dei provvedimenti di accreditamento delle Strutture trasfusionali pubbliche	31.12.2014	Trasmissione provvedimenti	Validazione ministeriale
		5.6: Adeguamento della normativa regionale su autorizzazione ed accreditamento istituzionale a quanto sarà definito dal Tavolo Tecnico ex Intesa del 20.12.2012	Costituzione di un Gruppo di lavoro per l'adeguamento ai contenuti del Documento che sarà definito dal Tavolo Tecnico ex Intesa del 20.12.2012	Report di monitoraggio	entro quattro mesi dalla emanazione del Documento del tavolo Tecnico ex Intesa del 20.12.2012	Trasmissione report	Prima verifica circa la coerenza tra i criteri indicati nell'Intesa del 20.12.2012 e gli attuali criteri/requisiti già previsti dal Regolamento reg. n.3/2005 e s.m.i.;
					entro sei mesi dalla emanazione del Documento del tavolo Tecnico ex Intesa del 20.12.2012	Trasmissione report	Relazione del Gruppo di lavoro con proposta di adeguamento delle norme/regolamenti regionali a seguito del Documento del Tavolo Tecnico;
					entro un anno dalla emanazione del Documento del tavolo Tecnico ex Intesa del 20.12.2012	Adozione provvedimenti	Adozione di eventuali atti per la modifica dei Regolamenti vigenti;
					31/12/2014	Trasmissione report	Predisposizione da parte delle strutture pubbliche del piano di adeguamento ai requisiti per l'accreditamento;
					31/12/2014	Adozione provvedimenti	Accreditamento dei servizi trasfusionali di cui al R.R. n. 15/2013
		5.7:Adeguamento del fabbisogno di prestazioni per anziani non autosufficienti	Individuazione fabbisogno per Strutture di Cure Residenziali Intensive per anziani non autosufficienti	Provvedimenti regionali, anche di rango normativo	31/12/2014	Adozione provvedimenti	Regolamento Regionale sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi e sulle tariffe per Strutture di Cure Residenziali Intensive per anziani non autosufficienti
			Autorizzazione ed accreditamento di Strutture di Cure Residenziali Intensive per anziani non autosufficienti, definizione tetti di spesa e schemi di accordi contrattuali	Provvedimenti regionali	31/12/2015	Adozione provvedimenti	Validazione ministeriale
			Istituzione di un Gruppo di Lavoro regionale	DGR	31/12/2014	Adozione DGR	
			Ricognizione aziendale	Report di monitoraggio	31/12/2014	Trasmissione report	Implementazione del modello

PO 2013-2015 REGIONE PUGLIA

Area	PROGRAMMA	Obiettivo/Intervento	Azione	Output (Decreto/Relazione monitoraggio)	Scadenza	Indicatore di processo	Indicatore di Risultato
	6	6.1: sviluppo della contabilità analitica in coerenza con il D.Lgs 118/2011 e con le direttive ministeriali	Analisi comparativa dell'applicazione del modello regionale con confronto con modelli regionali analoghi,	Report di monitoraggio	31/12/2014	Trasmissione report	Realizzazione piattaforma
			Definizione del nuovo modello guida	DGR	31/12/2015	Adozione DGR	
			Sviluppo di una piattaforma dedicata nell'ambito del Sistema Informativo Sanitario Regionale	DGR	31/12/2015	Adozione DGR	
	7	7.1: Ricognizione delle tariffe regionali	Revisione requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi dei presidi di riabilitazione fisica, psichica e funzionale	Regolamento regionale	31.12.2014	Adozione regolamento	Validazione ministeriale
			Revisione tariffe per le prestazioni eroagate dai presidi di riabilitazione alla luce dei nuovi requisiti di cui al punto precedente	Regolamento regionale	31.03.2015	Adozione regolamento	Validazione ministeriale
		7.2: Accordi contrattuali	Adeguamento schemi di accordi contrattuali con gli erogatori privati	Adozione schemi di accordi contrattuali	31.12.2014	Adozione DGR	Validazione ministeriale
		7.3: Individuazione delle funzioni assistenziali di cui al D. L.vo. 502/92	Indicazione limiti e parametri per completare l'individuazione delle strutture erogatrici, nonché i per il calcolo delle remunerazioni	DGR	31/12/2014	Adozione DGR	Validazione ministeriale
		7.4: Programma dei controlli di appropriatezza	Implementazione di un sistema di monitoraggio per l'appropriatezza dei ricoveri in riabilitazione intensiva	DGR	31/12/2013	Adozione DGR	Validazione ministeriale
			Definizione degli indicatori ai fini della costruzione di un sistema regionale di valutazione delle performance e degli esiti delle strutture ospedaliere e territoriali	DGR	31/12/2014	Adozione DGR	
			Implementazione del sistema di valutazione regionale	Report di monitoraggio	31/12/2015	Trasmissione report	Report validato
			Intensificazione della attività di controllo dell'appropriatezza dei ricoveri attraverso le UVAR	Report di monitoraggio	31/12/2014	Trasmissione report	Raggiungimento obiettivo indicato dallo schema di certificazione LEA
			Definizione di modelli e di strumenti per la verifica dell'appropriatezza dell'attività territoriale ambulatoriale	Produzione linee guida regionali per l'appropriatezza delle modalità prescrittive	30/06/2015	Adozione linee guida	Report di monitoraggio, a cadenza annuale, quali-quantitativo
		7.5controlli di congruenza tra cartella clinica e SDO	Intensificazione della attività di controllo dell'appropriatezza dei ricoveri attraverso le UVAR	Riorganizzazione delle attività aziendali ai fini dell'incremento quali-quantitativo dei controlli	30/04/2014	Adozione DGR	Report di monitoraggio a cadenza trimestrale secondo i criteri indicati per la verifica LEA
		7.6: Rapporti con gli erogatori privati accreditati	Adeguamento dei tetti di spesa , nella misura del 2% in ottemperanza al D.L. 6 luglio 2012 n. 95, convertito nella L. 7 agosto 2012, n. 135	Report di monitoraggio	31/12/2014	Trasmissione report	Report validato
				Adozione ed approvazione del nuovo tariffario regionale per le prestazioni erogate in regime di ricovero ed ambulatoriale	31/12/2014	Trasmissione circolare	Circolare regionale
		7.7: Rapporti con le Università degli studi di Bari e Foggia	Protocolli di Intesa con le Università degli Studi di Bari e di Foggia per definire gli aspetti economico-organizzativi e gestionali, nonché gli aspetti didattici, scientifici ed assistenziali	Atto di modifica e approvazione del protocollo d'intesa con l'Università di Foggia; Atto di approvazione del protocollo d'intesa con l'Università di Bari.	31/03/2015	Atti regionali di approvazione dei due protocolli d'intesa	Validazione ministeriale
			Progetti formativi di interesse regionale promossi dall'ORFS e dalle aziende inseriti nei PAF	Progetti formativi	31/12/2014	Implementazione Progetti formativi	numero totale di partecipanti effettivi; raggiungimento degli obiettivi descritti nei singoli progetti definiti con un set di indicatori;
			formazione manageriale	Progetti formativi	31/12/2015	Implementazione Progetti formativi	numero totale di partecipanti effettivi; raggiungimento degli obiettivi descritti nei singoli progetti definiti con un set di indicatori;

PO 2013-2015 REGIONE PUGLIA

Area	PROGRAMMA	Obiettivo/Intervento	Azione	Output (Decreto/Relazione monitoraggio)	Scadenza	Indicatore di processo	Indicatore di Risultato
	8	8.1: Formazione del personale, ivi compreso sistemi di *job evaluation , performance measurement* e incentivazione	progetti formativi relativi alla riorganizzazione, alla promozione e allo sviluppo dei servizi territoriali e alla riconversione delle strutture	Progetti formativi	31/12/2015	Implementazione Progetti formativi	numero totale di partecipanti effettivi; raggiungimento degli obiettivi descritti nei singoli progetti definiti con un set di indicatori;
			progetti formativi relativi alla promozione di funzioni organizzative innovative	Progetti formativi	31/12/2015	Implementazione Progetti formativi	Applicazion3 di linee guida e protocolli operativi finalizzati alla promozione di best practice di modelli assistenziali, organizzativi e/o amministrativi (es. definizione del manuale pratico regionale sull'uso e sull'impiego degli approcci di HTA e HS
			Programmi di Prevenzione e sviluppo di Politiche di Health Promotion	Linee guida	31/12/2015	Adozione linee guida	applicazione di percorsi e linee guida finalizzati alla promozione della Salute (es. riduzione del tasso di obesità infantile)
		8.2: Promozione della carta dei servizi nelle Aziende sanitarie	Manutenzione periodica delle Carte dei servizi	Nomina formale di un Referente regionale per le Carte dei Servizi	31/12/2014	Provvedimento di nomina	Aggiornamento perdiodico della carta dei servizi
			Linea guida per la corretta gestione del Processo Carta dei servizi	Linee guida	30/06/2015	Adozione linee guida	N. Eventi di diffusione delle Linee guida
		8.3: Attivazione di azioni finalizzate alla rilevazione sistematica della qualità percepita dagli utenti/cittadini	Gruppo di lavoro per la definizione di una proposta metodologica di rilevazione omogenea regionale	Nomina formale di un Referente regionale per la qualità percepita e di un gruppo di lavoro	31/12/2014	Provvedimento di nomina	Formulazione proposta metodologica
			Produrre una Linea guida per la corretta gestione dei Questionari per la qualità	Linea guida per la corretta gestione della valutazione della qualità percepita	31/12/2015	Adozione linee guida	N. Eventi di diffusione delle Linee guida
Razionalizzazione dei fattori produttivi	9	9.1: Razionalizzazione spesa	Piano regionale annuale delle attività negoziali della sanità	Piano regionale delle attività negoziali della sanità	30/10/2014	Adozione DGR	Validazione ministeriale
				Rinnovo accordi quadro regionali in essere (fornitura ossigeno liquido, presidi per diabetici)	31/12/2014	Atti regionali di approvazione accordo	Adozione di atti
				Avvio procedure programmate in unione di acquisto tra aziende/enti del SSR e stipula accordi quadro /convenzioni regionali (fornitura dispositivi per la ventilazione polmonare) , prioritariamente attraverso canali telematici e su piattaforma EmPulia	31/01/2015	Trasmissione report	Report
				Verifica con le strutture preposte delle Asl/enti del SSR dello stato di avanzamento delle procedure di acquisizione attivate	31/07/2015	Trasmissione report	Report
				Nuova programmazione acquisti per beni servizi della sanità annualità 2016 al 31/12/2015 report delle procedure istruite, avviate, concluse nel 2014-2015 in unione di acquisto e in forma centralizzata, mediante strumenti telematici su piattaforma Consip, MePa o EmPulia	30/09/2015	Trasmissione report	Report
				Costituzione di un Gruppo di lavoro per individuare i criteri di eleggibilità per la redazione dell'Elenco prescrittori	31/12/2014	Adozione DGR	Validazione ministeriale
				Adozione provvedimento di Istituzione dell'Elenco prescrittori	31/03/2014	Adozione DGR	Validazione ministeriale

PO 2013-2015 REGIONE PUGLIA

Area	PROGRAMMA	Obiettivo/Intervento	Azione	Output (Decreto/Relazione monitoraggio)	Scadenza	Indicatore di processo	Indicatore di Risultato
			Razionalizzazione della spesa per l'assistenza protesica	Predisposizione circolare sul tema dell'evidenza pubblica per la fornitura dei dispositivi "finiti"	31/03/2014	Atti regionali	Adozione di atti
				Adozione provvedimento di approvazione dell'Elenco prescrittori	30/03/2015	Adozione DGR	Validazione ministeriale
				Adozione provvedimento di approvazione linee guida regionali per le prescrizioni dei dispositivi/ausili protesici	30/06/2014	Adozione DGR	Validazione ministeriale
				Adozione provvedimento relativo al tetto di spesa 2015 per l'assistenza protesica	30/12/2014	Atti regionali	Adozione di atti
				Predisposizione circolare per acquisizione dati di spesa annuale	30/12/2014	Atti regionali	Adozione di atti
				Analisi sui dati di spesa 2014	31/03/2015	Report	Trasmissione Report
				Predisposizione circolare per acquisizione dati di spesa annuale	30/12/2015	Atti regionali	Adozione di atti
				Analisi sui dati di spesa 2015	31/03/2016	Report	Trasmissione Report
		9.2: Sviluppo HTA e HS	Implementazione del Manuale HTA AReS Puglia e proseguimento dei processi di formazione HTA presso le AASS pugliesi mediante atelier formativi	DGR nomina gruppo di lavoro	30/06/2014	Adozione DGR	N. Eventi formativi
			Attivazione OPEN DATA per mappatura dotazioni e nuovi investimenti per grandi macchine	**Provvedimento di attivazione e progettazione web per Portale Salute**	**31/12/2014**	**Atti regionali - Report di monitoraggio**	**Report - N. eventi di presentazione**
			attività di supporto tecnico al NRCA	Report	30/12/2014	Trasmissione report	N. Report
			Costituzione di Tavoli Tecnici HTA multidisciplinari	Provvedimenti di costituzione	30/12/2014	Insediamento	N. Tavoli Tecnici attivati
			Pareri per nuove tecnologie	Report	30/12/2014	Trasmissione report	N. pareri
		10.1: Rideterminazione Dotazioni Organiche delle Aziende/Enti SSR e assunzioni	Emanazione linee di indirizzo regionali per la rideterminazione del fabbisogno di personale	DGR	31/12/2014	Adozione DGR	Validazione ministeriale
			Adozione degli atti di rideterminazione delle Dotazioni organiche da parte delle Aziende/Enti	DGR	31/03/2015	Adozione DGR	Validazione ministeriale
			Verifica andamento della spesa del personale	Report di monitoraggio	30/06/2013	Trasmissione report	Rispetto costo programmato
			Atto autorizzazione assunzione personale a tempo indeterminato	DGR	30/06/2013	Adozione DGR	Validazione ministeriale
			Verifica andamento della spesa del personale	Report di monitoraggio	31/12/2013	Trasmissione report	Rispetto costo programmato
			Atto autorizzazione assunzione personale a tempo indeterminato	DGR	31/12/2013	Adozione DGR	Validazione ministeriale
			Verifica andamento della spesa del personale	Report di monitoraggio	30/06/2014	Trasmissione report	Rispetto costo programmato
			Atto autorizzazione assunzione personale a tempo indeterminato	DGR	30/06/2014	Adozione DGR	Validazione ministeriale
			Verifica andamento della spesa del personale	Report di monitoraggio	31/12/2014	Trasmissione report	Rispetto costo programmato
			Atto autorizzazione assunzione personale a tempo indeterminato	DGR	31/12/2014	Adozione DGR	Validazione ministeriale
			Verifica andamento della spesa del personale	Report di monitoraggio	30/06/2015	Trasmissione report	Rispetto costo programmato
			Atto autorizzazione assunzione personale a tempo indeterminato	DGR	30/06/2015	Adozione DGR	Validazione ministeriale
			Verifica andamento della spesa del personale	Report di monitoraggio	31/12/2015	Trasmissione report	Rispetto costo programmato
			Atto autorizzazione assunzione personale a tempo indeterminato	DGR	31/12/2015	Adozione DGR	Validazione ministeriale
			Costituzione di un gruppo di lavoro per la verifica dei fondi contrattuali	DGR	30/06/2013	Adozione DGR	Validazione ministeriale
			Tavolo di confronto con le Organizzazioni sindacali per l'individuazione delle modalità di perequazione dei fondi contrattuali.	DGR	31/12/2014	Adozione DGR	Validazione ministeriale
			Report di monitoraggio della consistenza annuale dei fondi contrattuali di ciascuna Azienda/Ente del SSR	Report di monitoraggio	31/12/2013	Trasmissione report	Report validato

PO 2013-2015 REGIONE PUGLIA

Area	PROGRAMMA	Obiettivo/Intervento	Azione	Output (Decreto/Relazione monitoraggio)	Scadenza	Indicatore di processo	Indicatore di Risultato
	10	10.2: Rideterminazione dei fondi contrattuali	Adozione del provvedimento che individua le modalità di perequazione dei fondi contrattuali	DGR	31/05/2015	Adozione DGR	Validazione ministeriale
			Adozione di provvedimenti di rideterminazione dei fondi contrattuali da parte delle Aziende/Enti (entro due mesi dall'adozione del provvedimento di approvazione regionale delle modalità di perequazione)	DGR	31/07/2015	Adozione DGR	Validazione ministeriale
			Report di monitoraggio della consistenza annuale dei fondi contrattuali di ciascuna Azienda/Ente del SSR	Report di monitoraggio	31/12/2014	Trasmissione report	Report validato
			Adozione di provvedimenti di rideterminazione dei fondi contrattuali da parte delle Aziende/Enti	DGR	31/12/2015	Adozione DGR	Validazione ministeriale
			Report di monitoraggio della consistenza annuale dei fondi contrattuali di ciascuna Azienda/Ente del SSR	Report di monitoraggio	31/12/2015	Trasmissione report	Report validato
		10.3: Gestione Attività Libero Professionale Intra-moenia	Emanazione linee di indirizzo regionali per l'ALPI	DGR	31/12/2014	Adozione DGR	Validazione ministeriale
			Adozione di provvedimenti di autorizzazione delle Aziende/Enti all'effettuazione di programmi sperimentali di ALPI presso studi privati	DGR	31/12/2014	Adozione DGR	Validazione ministeriale
			Monitoraggio semestrale sui volumi di attività intra-moenia in rapporto con i volumi di attività istituzionale.	Report di monitoraggio	30/06/2013	Trasmissione report	Validazione report
				Report di monitoraggio	31/12/2013	Trasmissione report	Validazione report
			Atti di ridefinizione delle tariffe ALPI in relazione all'emanazione delle linee guida regionali di ciascuna Azienda/Ente SSR	DGR	30/06/2015	Adozione DGR	Validazione ministeriale
			Monitoraggio semestrale sui volumi di attività intra-moenia in rapporto con i volumi di attività istituzionale.	Report di monitoraggio	30/06/2014	Trasmissione report	Validazione report
				Report di monitoraggio	31/12/2014	Trasmissione report	Validazione report
			Verifica dei programmi sperimentali di ALPI presso studi privati	DGR	30/06/2015	Adozione DGR	Validazione ministeriale
			Monitoraggio semestrale sui volumi di attività intra-moenia in rapporto con i volumi di attività istituzionale.	Report di monitoraggio	30/06/2015	Trasmissione report	Validazione report
				Report di monitoraggio	31/12/2015	Trasmissione report	Validazione report
		10.4: Dirigenza sanitaria e governo clinico	Protocollo d'Intesa Regione-Università in materia di requisiti e procedure per la nomina dei Direttori generali di Azienda Ospedaliero-Universitaria	Protocollo d'Intesa	31/03/2015	Adozione Protocollo	Adeguamento alla L. 189/2012
			Approvazione avviso pubblico per la predisposizione di un elenco regionale di candidati idonei alla nomina di Direttore Generale delle Aziende ed Enti del S.S.R., ai sensi della L. 189/2012 e degli artt. 24 e 25 della L.R. n. 4/2010 s.m.i.	DGR	31/01/2014	Adozione DGR	Pubblicazione Avviso su BURP e, per estratto, su Gazzetta Ufficiale
			Conclusione del procedimento di valutazione ai fini della conferma dell'incarico per i Direttori generali delle Aziende Sanitarie Locali del SSR (ASL BA, ASL BR, ASL BT, ASL LE ed ASL TA)	DGR	28/02/2014	Adozione DGR	Esito valutazione DD.GG.
			Valutazione degli obiettivi gestionali annuali attribuiti ai Direttori generali di ASL ed AOU del S.S.R. per l'anno 2013, secondo le modalità e procedure definite con D.G.R. n. 3009 del 27/12/2012.	Determina Direttore Area	31/05/2014	Adozione Determina Direttore Area	Scheda valutazione obiettivi gestionali annuali DD.GG. 2012
			Definizione degli obiettivi da attribuire ai DG di ASL ed AOU del SSR per l'anno 2014 e della relativa metodologia di valutazione	DGR	30/06/2014	Adozione DGR	Prospetto obiettivi gestionali annuali 2013 (disaggregato per ASL ed AOU)

PO 2013-2015 REGIONE PUGLIA

Area	PROGRAMMA	Obiettivo/Intervento	Azione	Output (Decreto/Relazione monitoraggio)	Scadenza	Indicatore di processo	Indicatore di Risultato
			Definizione delle modalità di valutazione annuale dei dirigenti medici e sanitari delle Aziende ed Enti del SSR ai sensi dell'art. 15, co. 5 del D.Lgs. 502/1992 s.m.i.	DGR	31/07/2014	Adozione DGR	Definizione modalità di valutazione annuale da parte di apposito gruppo di lavoro regionale
		10.5: Strutture organizzative ed atti aziendali	Definizione in via definitiva dello standard di posizioni organizzative e coordinamenti attribuibili da parte di ciascuna Azienda o Ente del SSR, ad avvenuta determinazione di tali standard da parte del Comitato LEA.	DGR	31/03/2014	Adozione DGR	Definizione standard P.O. e COORD.
			Aggiornamento Linee guida per la predisposizione atti aziendali da parte delle Aziende ed Enti del S.S.R. in base alla normativa vigente nonché ai parametri standard regionali relativi alle strutture organizzative (SS, SC, PO e COORD) di cui alle DD.GG.RR. n. 1388/2011 e 3008/2012.	DGR	30/06/2014	Adozione DGR	Linee guida su atti aziendali
			Adozione o aggiornamento da parte delle Aziende ed Enti del S.S.R. – entro 6 mesi dall'approvazione delle Linee guida di cui al punto precedente – degli atti aziendali, che dovranno essere sottoposti alla successiva approvazione della Giunta Regionale, previa verifica della conformità degli stessi alle predette Linee guida regionali nonché alle previsioni dei piani di riordino della rete ospedaliera e territoriale;	DGR	31/12/2014	Adozione DGR	Approvazione atti aziendali Aziende ed Enti SSR
			Monitoraggio semestrale relativo all'applicazione degli atti aziendali e regolamenti di organizzazione delle Aziende ed Enti S.S.R., con specifico riguardo all'attribuzione degli incarichi di direzione/responsabilità di struttura organizzativa.	Report di monitoraggio	Semestrale	Trasmissione report	N. incarichi di direzione/responsabilità di struttura organizzativa per singola Azienda
	11	11.1: Piano Strategico Regionale per la Promozione della Salute nella Scuola	Promuovere percorsi e azioni coerenti con i programmi nazionali di "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari"	Piano Strategico 2013-14, 2014-2015, 2015-2016	31.12.2014 e 31.12.2015	Reporti di monitoraggio	Validazione del Gruppo Tecnico Regionale
			Promuovere una visione di programmazione partecipata sugli stili di vita, in un'ottica di rete	Elaborazione percorsi formativi	31/12/2014	Approvazione	Coinvolgimento di almeno 30 mila alunni per anno
		11.2: Piano Regionale della Prevenzione	Riprogrammazione del Piano regionale di prevenzione 2014-2018	Programmazione e successiva attuazione del nuovo Piano Regionale di Prevenzione	31.12.2014 e 31.12.2018	Reporti di monitoraggio	Validazione ministeriale
			PRP 2014-2018	DGR	31.12.2014 e 31.12.2018	App	Validazione ministeriale
		11.3: Qualificazione dei programmi di screening	Potenziamento delle attività di screening oncologico	diminuire la mortalità specifica per cancro nella popolazione invitata al I livello	31.12.2014 e 31.12.2015	scheda di verifica dell'ONS(GISMA, GISCI; GISCOR)	Validazione ministeriale
			Malattie infettive	offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni prioritarie per la popolazione generale al fine del raggiungimento e del mantenimento dei livelli di copertura necessari a prevenire la diffusione delle specifiche malattie infettive	31.12.2014 e 31.12.2015	Report di monitoraggio	Validazione ministeriale
		11.4: Prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro	Prevenzione degli infortuni sul lavoro	Potenziamento delle attività di vigilanza sui l	31.12.2014 e 31.12.2015	Reporti di monitoraggio	Validazione ministeriale
			Prevenzione delle malattie professionali e lavoro-correlate	Miglioramento della gestione del rischio	31.12.2014 e 31.12.2015	Reporti di monitoraggio	Validazione ministeriale

PO 2013-2015 REGIONE PUGLIA

Area	PROGRAMMA	Obiettivo/Intervento	Azione	Output (Decreto/Relazione monitoraggio)	Scadenza	Indicatore di processo	Indicatore di Risultato
Livelli essenziali di assistenza		11.5 Integrazione Ambiente e Salute	Integrazione funzionale tra ARPA e ASL per il potenziamento dell'efficacia delle azioni di tutela ambientale e sanitaria	Potenziamento delle attività di controllo e vigilanza e incremento della loro efficacia	31/12/2014	Istituzione Tavolo di Lavoro Congiunto	Validazione ministeriale
					31/07/2015	protocolli di lavoro congiunti	N. protocolli adottati
			Potenziamento delle attività di epidemiologia ambientale	prosecuzione attività registro tumori e mortalità, attivazione registro malformazioni congenite	31/12/2014	aggiornamento delle stime epidemiologiche	Rapporti di studio
			Potenziamento delle attività di comunicazione alla cittadinanza e di formazione degli operatori	Attivazione di specifici percorsi formativi rivolti agli operatori per il miglioramento delle loro competenze	31/03/2015	Implementazione Progetti formativi	N. progetti formativi avviati
				Attivazione di percorsi formativi rivolti ai MMG e PLS	30/04/2015		
				Attivazione di specifici percorsi formativi congiunti di educazione ambientale e sanitaria	30/06/2015		
				Potenziamento degli strumenti di comunicazione e di informazione	31/12/2015	Creazione sito web	Pubblicazione contenuti su sito web
	12	12.1: Riorganizzazione e riqualificazione del "nodo regionale" del Sistema d'allerta	Istituzione del nodo regionale ai sensi dell'intesa Stato-Regioni 13/11/08 e Reg. CE 16/2011 ai fini della gestione operativa del sistema di allerta per alimenti destinati a consumo umano e mangimi	Determinazione Dirigenziale	31/12/2014	Approvazione Determinazione	Validazione ministeriale
			Standardizzazione delle modalità di gestione ed operative del Nodo regionale	Determinazione Dirigenziale	31/12/2014	Approvazione Determinazione	Validazione ministeriale
		12.2: Coerenza delle linee di attività programmate a livello regionale con quelle riportate nel Piano Nazionale integrato 2011-2014	Predisposizione del Piano Regione dei controlli ufficiali in materia di sicurezza alimentare periodo 2011-2014	DGR	31/07/2013	Adozione DGR	Validazione ministeriale
		12.3: Definizione di un Piano Regionale integrato dei controlli ufficiali, o il suo eventuale aggiornamento con tutte le linee di attività previste dalla pianificazione nazionale	Definizione ed ggiornamento annuale di un Piano Regionale integrato dei controlli ufficiali in materia di sicurezza alimentare	DGR	30/07/2013	Adozione DGR	Validazione ministeriale
			Attuazione della pianificazione regionale dei controlli ufficiali in conformità del Piano regionale integrato di controllo ufficiale	Report di monitoraggio	31/12/2014	Trasmissione report	Validazione ministeriale
		12.4:Miglioramento della rete dei laboratori, con ampliamento del bacino di metodiche accreditate a supporto delle attività regionali di controllo ufficiale, riducendo l'aggravio sui soggetti extraregionali	Il Reg. CE 882/04, all'art.12, stabilisce che le analisi dei campioni prelevati durante i controlli ufficiali debbano essere eseguiti da laboratori accreditati	Report di monitoraggio	31/12/2014	trasmissione report	Validazione ministeriale
		12.5: Assegnazione di obiettivi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali , con ribaltamento a cascata su tutta la struttura operativa	Assegnazione ai Direttori Generali delle AA.SS.LL. di obiettivi in materia di sicurezza alimentare da realizzare attraverso la predisposizioni di Piani Locali di controllo ufficiale.	Report di monitoraggio	31/12/2014	trasmissione report	Validazione ministeriale

PO 2013-2015 REGIONE PUGLIA

Area	PROGRAMMA	Obiettivo/Intervento	Azione	Output (Decreto/Relazione monitoraggio)	Scadenza	Indicatore di processo	Indicatore di Risultato
		12.6: Adozione ed attuazione di un sistema di audit sulle Autorità Competenti , nonché implementazione di un piano di formazione	Programmare un sistema di audit sulle Autorità competenti locali in materia di sicurezza alimentare	Report di monitoraggio	31/12/2014	Trasmissione report	Validazione ministeriale
Riqualificazione delle reti assistenziali	13	13.1: Sviluppo reti assistenziali per intensità di cure	Rete IMA: Completamento della rete attraverso l'organizzazione secondo criteri Hub e Spoke delle strutture, incluse quelle private accreditate	Costituzione di gruppi di lavoro, produzione di documenti di analisi ed indirizzo, riorganizzazione delle reti con contestuale rivisitazione dei centri Hub e Spoke.	31/10/2014	Attivazione gruppi di lavoro	Verbali
			Rete Stroke:Attuazione del progetto integrato di rilevanza regionale per la realizzazione di una rete regionale per la Malattia Cerebro vascolare acuta	Costituzione di gruppi di lavoro, produzione di documenti di analisi ed indirizzo, riorganizzazione delle reti con contestuale rivisitazione dei centri Hub e Spoke.	31/10/2014	Attivazione gruppi di lavoro	Verbali
			Rete Trauma: Attuazione dell'Accordo Stato-Regioni del 4 aprile 2002	Costituzione di gruppi di lavoro, produzione di documenti di analisi ed indirizzo, riorganizzazione delle reti con contestuale rivisitazione dei centri Hub e Spoke.	31/10/2014	Attivazione gruppi di lavoro	Verbali
			Rete Oncologica:Ottimizzare il percorso diagnostico, terapeutico ed assistenziale del paziente	Costituzione di gruppi di lavoro, produzione di documenti di analisi ed indirizzo, riorganizzazione delle reti con contestuale rivisitazione dei centri Hub e Spoke.	31/10/2014	Attivazione gruppi di lavoro	Verbali
		13.2 Definizione di PDTA	PDTA Bronco-Asma	Linee Guida Regionali	31/03/2015	Adozione Protocollo	Adozione DGR
			PDTA Oncologici	Linee Guida Regionali	31/03/2015	Adozione Protocollo	Adozione DGR
			PDTA Cardiovascolari	Linee Guida Regionali	31/03/2015	Adozione Protocollo	Adozione DGR
			PDTA Malattie metaboliche	Linee Guida Regionali	31/03/2015	Adozione Protocollo	Adozione DGR
		13.3: PDTA per le cronicità	Completamento del modello assistenziale di gestione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici e di presa in carico di persone con patologie croniche nel territorio regionale	Linee Guida Regionali	31/12/2015	Adozione Protocollo	Adozione DGR
		14.1: Rimodulazione rete ospedaliera	Mappatura strutture in termini di livelli organizzativi, discipline, numero di posti letto, dimensioni reparti, appropriatezza prestazioni e tasso di ospedalizzazione per provincia	Report di monitoraggio	31/12/2014	Trasmissione report	Miglioramento Indicatori LEA Assistenza Ospedaliera
			Rimodulazione tendenziale della dotazione di posti letto per disciplina in funzione dei fabbisogni e degli standard vigenti ed emendati	DGR	31/12/2014	Adozione DGR	Dotazione di pl come risultanti dai flussi HSP validati al 31.12.2015
			Completamento della rete dei punti nascita, attraverso l'organizzazione secondo criteri Hub e spoke delle strutture, incluse quelle private accreditate, e l'organizzazione del trasporto neonatale	DGR	31/12/2014	Adozione DGR	Adozione dei provvedimenti finalizzati al completamento della rete dei punti nascita; Assenza di SDO che riportino DRG del parto dai punti nascita disattivati entro il 30.06.2014; Miglioramento dell'indicatore LEA parti cesarei
			Completamento della dismissione delle funzioni ospedaliere non più previste nei presidi ospedalieri oggetto di riconversione, ridefinendo le attività territoriali previste in maniera standardizzata in conformità con le indicazioni nazionali e regionali relative ai Presidi Territoriali di Assistenza	Monitoraggio degli atti aziendali per la valutazione dell'assetto conseguente al completamento delle riconversioni	31/12/2014	Trasmissione report di monitoraggio	Congruenza SDO/modelli HSP

PO 2013-2015 REGIONE PUGLIA

Area	PROGRAMMA	Obiettivo/intervento	Azione	Output (Decreto/Relazione monitoraggio)	Scadenza	Indicatore di processo	Indicatore di Risultato
		14.2: Riconversione Ospedali e Integrazione Ospedale - Territorio	Sperimentazione dei protocolli di integrazione/ospedale territorio	Sperimentazione dei protocolli di integrazione/ospedale territorio	31/12/2014	Trasmissione protocolli	N. protocolli
			Prosecuzione dell'individuazione forme alternative di assistenza (day service, ambulatorio, residenziale) per DRG selezionati	DGR	30/06/2014	Adozione DGR	N. Day Service attivati > 5
			Emanazione Linee Guida e direttive regionali sulla organizzazione funzionamento dei Presidi Territoriali di Assistenza	DGR	31/12/2014	Adozione DGR	Validazione linee guida
			Rimodulazione tendenziale delle risorse umane e tecnologiche in funzione dei fabbisogni e degli standard vigenti ed emendati	DGR	31/12/2014	Adozione DGR	Validazione ministeriale
			Rimodulazione dei percorsi clinici ospedale/territorio (vedi anche rimodulazione della della rete ospedaliera)	Report di monitoraggio	31/12/2015	Trasmissione report	Protocolli di integrazione ospedale-territorio
			Monitoraggio delle strutture attive sul territorio regionale	Report di monitoraggio	31/12/2014 e poi annuale	Trasmissione report	Report monitoraggio strutture
		14.3: Definizione e realizzazione del modello organizzativo delle Reti Cure palliative e Terapia del dolore	Monitoraggio delle strutture attive sul territorio regionale	Report di monitoraggio	31.12.2014	Trasmissione report	Report allegato alle Linee Guida Regionali
			Definizione di linee guida regionali sui requisiti delle Reti, sulle modalità organizzative e sulle modalità di presa in carico dei pazienti e di inserimento in hospice o in ADI-CP	Deliberazione di Giunta Regionale di approvazione delle linee guida	31/12/2015	Adozione DGR	Validazione ministeriale
			Attuazione di piani di formazione degli operatori della rete	Definizione e realizzazione dei programmi di formazione rivolti agli operatori	31/12/2015	Circolare di direttive alle AASSLL	Validazione ministeriale
		14.4: Assistenza primaria	Attuazione di piani di formazione degli operatori della rete	DGR	30/09/2014	Adozione DGR	Applicazione degli staddard ai DD.SS.SS. Finalizzata all'omogenizzazione delle strutture, dei servizi e delle prestazioni su tutto il territorio regionale (Del. Aziendale)
			Standard Organizzativi del DSS	DGR - Successiva all'Accordo Nazionale della Medicina Generale	31/12/2015	Adozione DGR	Attivazione della S.C. (Del. Aziendale)
			La Struttura complessa delle Cure Primarie	Report di monitoraggio	31/12/2015	Trasmissione report	Adozione linee Guida Regionali di funzionamento del DSS
			La funzione di Committenza del DSS	DGR - Successiva all'Accordo Nazionale della Medicina Generale	31/12/2014	Adozione DGR	Accordo integrativo Regiomnale(AIR)
			Accordi con MMG/PLS: individuazione o rimodulazione delle forme di associazionismo;	AIR - Successivo all'Accorso Nazionale della Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta	31/12/2015	Adozione DGR	Accordo integrativo Regionale(AIR)
		14.5 Riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private di laboratorio	Razionalizzazione dei laboratori pubblici e privati	DGR	31/12/2014	Adozione DGR	Validazione ministeriale
			Monitoraggio della riorganizzazione	Implementazione della metodologia di monitoraggio	31.12.2015	Trasmissione report	N. di laboratori in linea con le disposizioni nazionali e regionali/tot
		14.6 Piano regionale di contenimento dei tempi d'attesa	Miglioramento della gestione delle liste d'attesa	DGR Adozione PRGLA	entro 60 giorni dall'emanazione del PNGLA 2013-2015	Adozione	Miglioramento Indicatori LEA
		14.7 Assistenza Distrettuale	Riorganizzazione della rete distrettuale	DGR	30/06/2014	Adozione DGR	Adozione di un Protocollo Operativo di funzionamento complessivo del D.S.S. e di Linee Guida per la definizione dei ruoli e delle funzioni della Direzione del Distretto e della Direzione Cure Primarie

PO 2013-2015 REGIONE PUGLIA

Area	PROGRAMMA	Obiettivo/Intervento	Azione	Output (Decreto/Relazione monitoraggio)	Scadenza	Indicatore di processo	Indicatore di Risultato
	14	14.8 Assistenza specialistica ambulatoriale territoriale	Programmazione dell'attività specialistica territoriale in base i bisogni espressi dalla popolazione ed in coerenza con quanto previsto dalla programmazione zonale ed eventualmente dalla presenza di strutture ospedaliere	DGR	31/07/2014	Adozione DGR	Piano regionale della rete dell'Assistenza specialistica ambulatoriale territoriale
		14.9 Programma di interventi per la riorganizzazione e rafforzamento del Dipartimento di Salute Mentale	Rideterminazione della rete dei Centri di Salute Mentale, apertura h12 degli stessi ed implementazione delle dotazioni organiche, in coerenza con gli standard organizzativi stabiliti dalla DGR 1400/2007.	Apertura h12 nel triennio del 50% dei CSM	31.12.2015	Report di monitoraggio	Validazione ministeriale
			Potenziamento dell'assistenza ambulatoriale, domiciliare e territoriale	Aumento, nell'anno, delle prestazioni ambulatoriali, domiciliari e territoriali (verifica al 31-12-2015 rispetto al 2014)	31.12.2015	Report di monitoraggio	Validazione ministeriale
			Rafforzamento dell'assistenza erogata dai Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, attraverso l'implementazione delle dotazioni organiche, in coerenza con gli standard organizzativi stabiliti dalla DGR 1442/2009, e potenziamento del lavoro di equipe.	Aumento del grado di soddisfazione dell'utenza, rilevata attraverso questionari somministrati al 31-12-2014 ed al 31-12-2015	31.12.2015	Report di monitoraggio	Validazione ministeriale
			Completa attuazione delle Raccomandazioni di buone pratiche sulla gestione integrata delle emergenze-urgenze psichiatriche	Diminuzione del 10% degli infortuni degli operatori interessati alla gestione dell'emergenza-urgenza Diminuzione nell'anno del 10% del numero di ricoveri a rischio di inappropriatezza secondo i LEA (verifica al 31-12-2015 rispetto al 2014).	verifica al 31-12-2015 rispetto al 2014	Report di monitoraggio	Validazione ministeriale
			Attuazione della Linee Guida relative alla prevenzione delle contenzioni meccaniche in SPDC	Diminuzione del 20% delle contenzioni	verifica al 31-12-2015 rispetto al 2014	Report di monitoraggio	Validazione ministeriale
			Rideterminazione del fabbisogno di posti letto terapeutico riabilitativi, socio riabilitativi e socio sanitari h24, h12 ed a fasce orarie	Diminuzione pl h24 ed aumento pl h12 e a fasce orarie	verifica al 31-12-2015 rispetto al 2014	Report di monitoraggio	Validazione ministeriale
			Completamento della definizione dei requisiti richiesti per l'accreditamento delle strutture residenziali	Completamento delle diverse tipologie di strutture previste dall'Accordo CU 17-10-2013	31.12.2015	Report di monitoraggio	Validazione ministeriale
			Disciplina della assistenza domiciliare, a casa del paziente o in appartamenti messi a disposizione dalle AA.SS.LL. e/o dagli Enti Locali per piccoli nuclei di convivenza	Delibera di Giunta Regionale	31.12.2015	Trasmissione DGR	Validazione ministeriale
			Attuazione delle Linee Guida Regionali per l'inserimento lavorativo della persone con disagio psichico	Report di monitoraggio	31.12.2015	Trasmissione Report di monitoraggio	Validazione ministeriale
			Attuazione, nelle ASL, delle direttive per il potenziamento dei servizi di NPIA, di cui alla DGR n. 1721/2012, ed implementazione delle dotazioni organiche anche tramite l'utilizzo dei finanziamenti all'uopo finalizzati.	Aumento delle prestazioni ambulatoriali, domiciliari e territoriali	verifica al 31-12-2015 rispetto al 2014	Report di monitoraggio	Validazione ministeriale
			Redazione dei requisiti di accreditamento per le strutture di riabilitazione dei disturbi del comportamento alimentare.	DGR	31.12.2014	Trasmissione DGR	Validazione ministeriale
			Attivazione di posti letto dedicati alla gestione delle acuzie psichiatriche in adolescenza	Diminuzione del 20% della mobilità passiva extra-regionale nel triennio	31.12.2014	Report di monitoraggio	Validazione ministeriale

PO 2013-2015 REGIONE PUGLIA

Area	PROGRAMMA	Obiettivo/Intervento	Azione	Output (Decreto/Relazione monitoraggio)	Scadenza	Indicatore di processo	Indicatore di Risultato
		14.10 Riorganizzazione e il rafforzamento del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche	Rideterminazione del modello organizzativo del DDP per una riqualificazione dell'assistenza territoriale delle dipendenze patologiche.	Rimodulazione territoriale della rete dei Sert al fine di garantire una omogenea assistenza sul territorio regionale.	31.12.2015	Misurazione in ogni Sert del rapporto operatore/n. utenti, a dicembre 2015 rispetto all'anno precedente, con conseguimento di un miglioramento medio del rapporto	trasmissione Report
			Integrazione del privato sociale accreditato, del volontariato e delle cooperative sociali nell'organizzazione dei DDP	Adeguamento rette regionali al Tasso Inflazione Programmato	31.12.14	Adozione DGR	trasmissione DGR al Ministero
				Offerta di servizi in grado di rispondere alle esigenze di prevenzione primaria, cura e riabilitazione dei soggetti a rischio, attraverso la realizzazione di specifici moduli organizzativi utili a rispondere ai bisogni emergenti	31.12.2015	Adozione di regolamento di autorizzazione ed accreditamento delle strutture del privato sociale.	Validazione ministeriale
					31.12.2015	Riduzione, nel biennio di almeno il 5% dei costi attualmente sostenuti per l'invio di utenti pugliesi tossicodipendenti in Comunità Terapeutiche extraregione	trasmissione Report
		14.11 Piano di riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza domiciliare integrata	Riorganizzazione della funzione ADI come sancito dal Regolamento Regionale n.6/2012	DGR	31/12/2014	Adozione di linee guida per le CDI per migliorarne l'organizzazione, la gestione e la produzione dei servizi relativi agli anziani non autosufficienti	trasmissione DGR al Ministero
			Ritardare il più possibile l'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti	Definizione da parte delle ASL dei progetti aziendali per l'implementazione delle Linee Guida CDI	30/06/2015	Report di monitoraggio	Validazione ministeriale
			Adozione dello schema di Accordo di Programma tra ASL e Comuni per le CDI	DGR	31/11/2013	Trasmissione report	Report Accordi di Programma
			Implementazione dell'Assistenza Domiciliare: tendenziale 4% standard previsto dalla griglia L.E.A.	Valutazione regionale dei progetti presentati	31.12.2014	adozione DGR	incremento indicatore LEA
		14.12 Riorganizzazione della rete consultoriale pugliese	Realizzazione della rete consultoriale pugliese in attuazione delle linee di indirizzo regionali dettate con DGR n. 405/2009 e n. 3066/2012	Definizione da parte delle ASL dei progetti aziendali	31.12.2014	Report di monitoraggio	Validazione ministeriale
				Valutazione regionale dei progetti presentati	30/06/2015	adozione DGR	trasmissione DGR
				Offerta attiva delle attività progettuali (percorso nascita, adolescenti, screening..)	31.12.2014 e 31.12.2015	Report di monitoraggio sull'offerta attiva nei confronti delle donne, degli adolescenti, delle famiglie	Validazione ministeriale
	15	15.1 Ridefinizione della rete emergenza-urgenza territoriale ed ospedaliera	Ridefinizione della rete territoriale	Report di monitoraggio	31.12.2014 e 31.12.2015	trasmissione Report	Validazione ministeriale
			Ridefinizione Rete di emergenza ospedaliera	Report di monitoraggio	31.12.2014 e 31.12.2015	trasmissione Report	Validazione ministeriale
			Integrazione con il servizio di continuità assistenziale	Miglioramento dell'assistenza erogata al 31/12/15 rispetto ai valori relativi al 31/12/14	31.12.2014 e 31.12.2015	trasmissione Report	Validazione ministeriale

Area	PROGRAMMA	Obiettivo/intervento	Azione	Output (Decreto/Relazione monitoraggio)	Scadenza	Indicatore di processo	Indicatore di Risultato
	16	16.1 Riqualificazione dell'assistenza sanitaria penitenziaria in attuazione del DPCM 1° aprile 2008	Ricognizione dell'assistenza e delle prestazioni erogate nei 12 istituti di pena a fronte delle disposizioni della DGR n.361/2011	Report di monitoraggio	31.12.2014 e 31.12.2015	trasmissione Report	Validazione ministeriale
			Adeguamento delle ore di assistenza sanitaria erogate in rapporto all'utenza carceraria in attuazione del modello organizzativo individuato dalla DGR n. 361	Miglioramento dell'assistenza erogata al 31-12-2015 rispetto ai valori relativi al 31-12-2014	31.12.2015	trasmissione Report di verifica	Validazione ministeriale
			Attuazione del protocollo di intesa stipulato con l'Amministrazione Penitenziaria relativo alle forme di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario	Nr incontri dell'Osservatorio regionale permanente sulla sanità penitenziaria (almeno 3 incontri nell'anno)	31.12.2014 e 31.12.2015	Dimissione di almeno il 50% degli internati in OPG per i quali è stata disposta la proroga della misura di sicurezza detentiva per mancanza di sistemazione all'esterno	Validazione ministeriale
			Attuazione delle linee di indirizzo per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario nelle carceri (DGR n. 1102 del 05.06.2012)	Recepimento ed attuazione in almeno il 70% deegli istituti penali delle Linee di iindirizzo	31.12.2015	Report di verifica delle azioni poste in essere	Validazione ministeriale
			Prosecuzione del processo di presa in carico territoriale degli internati in OPG dimissibili	Presa in carico di almeno il 50% degli internati in OPG per i quali è stata disposta la proroga della misura di sicurezza detentiva per mancanza di sistemazione all'esterno	31.12.2014	Report di verifica	Validazione ministeriale
			Attivazione strutture sanitarie alternative all'OPG destinate ad ospitare i soggetti destinatari di misure di sicurezza detentiva	Report di verifica delle azioni poste in essere	31.12.2014 e 31.12.2015	trasmissione report di verifica	validazione ministeriale
			Attivazione, nell' Istituto Penitenziario di Lecce della Sezione dedicata alla tutela intramuraria della salute mentale delle persone ristrette in attuazione dell' Accordo C. U. del 13 Ottobre 2011, previo adeguamento della sede a cura dell'Amministrazione penitenziaria e reclutamento del personale a cura della ASL LE	Report di verifica delle azioni poste in essere	31.12.2014 e 31.12.2015	trasmissione report di verifica	validazione ministeriale
	17	17.1 Misure per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	Produrre linee guida ed effettuare monitoraggio appropriatezza prescrittiva	Linee guida per l'impiego di farmaci oncologici ad alto costo	30.06.2015 e 30.06.2016	Adozione linee guida	Eventi di diffusione delle Linee guida
				Monitoraggio sulla applicazione delle linee guida regionali per l'impiego di statine, sartani e ACE-inibitori, etc.	31.12.2014 e 31.12.2015	Report semestrale su consumo per ATC regionale e per ASL	Verifica andamento consumi
				Monitoraggio sulla applicazione delle linee guida regionali per sull'ossigeno-terapia	31.12.2014 e 31.12.2015	Report semestrale su consumo ossigeno liquido e gassoso regionale e per ASL	Verifica andamento consumi
				Monitoraggio chisura schede di monitoraggio Registri Aifa	31.12.2014 e 31.12.2015	Report semestrale alle aziende sanitarie	Verifica chiusura schede di monitoraggio
		17.2 Rispetto del tetto di spesa farmaceutica territoriale del 11,35% del FSR	Determinazione degli obiettivi ai Direttori Generali di diminuzione del gap	Assegnazione degli obiettivi ai Direttori Generali di diminuzione del gap	31.12.2014 e 31.12.2015	DGR	Report di monitoraggio annuale
		17.3 Rispetto del tetto di spesa ospedaliera del 3,5% del FSR	Determinazione degli obiettivi ai Direttori Generali di diminuzione del gap	Assegnazione degli obiettivi ai Direttori Generali di diminuzione del gap	31.12.2014 e 31.12.2015	DGR	Report di monitoraggio annuale

PO 2013-2015 REGIONE PUGLIA

Area	PROGRAMMA	Obiettivo/Intervento	Azione	Output (Decreto/Relazione monitoraggio)	Scadenza	Indicatore di processo	Indicatore di Risultato
		17.4 Aggiornamento PTOR	Riunione almeno semestrale Commissione PTOR	Revisione semestrale del PTOR	31.12.2014 e 31.12.2015	Adozione Determina Dirigente di Servizio PATP	trasmissione al Ministrero
		17.5 Sviluppo attività di farmacovigilanza	Prosecuzione attività di farmacovigilanza	Bando di concorso per assunzione farmacisti dedicati alla farmacovigilanza	31.12.2014 e 31.12.2015	Avvio bando di concorso e stipula contratti con farmacisti assunti	trasmissione al Ministrero
		17.6 Modifica del sistema di remunerazione per la distribuzione in nome e per conto da parte delle farmacie convenzionate	Stipula di nuovo accordo regionale per la DPC in scadenza	DGR	30/06/2014	Adozione DGR	Condizioni nuovo accordo più favorevoli rispetto a quelle di cui al precedente accordo DGR 1235/2010
	18	18.1 Definizione di un programma regionale articolato nelle dimensioni del Governo Clinico e che contenga anche metodologia e strumenti per la gestione degli eventi avversi	sviluppo e rafforzamento della rete regionale "Rischio Clinico" in Puglia	Report	31/12/2015	Trasmissione report annuali	N. report su eventi avversi e sinistri; N. percorsi formativi avviati
	19	19.1 Potenziamento delle attività di monitoraggio, prevenzione, vigilanza e promozione attiva della salute	Potenziamento delle attività di screening oncologico	Provvedimenti aziendali e regionali	31/12/2015	Trasmissione provvedimenti	Incremento indicatori LEA screening
			Integrazione strutturale e funzionale con ARPA Puglia per il potenziamento dell'efficacia delle attività di	Protocolli operativi	31/12/2013	Trasmissione Protocolli	Implementazione delle attività
			Potenziamento delle attività di sorveglianza epidemiologica	Report	31/12/2014	Trasmissione report annuali	Aggiornamento stime di incidenza e mortalità
			Sicurezza degli alimenti, con specifico riferimento all'inquinamento di origine industriale	Protocolli operativi	31/12/2015	Trasmissione report annuali	N. campioni analizzati
		19.2 Potenziamento delle attività di assistenza sanitaria	Attivazione di specifici percorsi diagnostico/assistenziali per le malattie ambiente-correlate	Protocolli operativi	31/12/2015	Trasmissione report annuali	N. percorsi attivati; N. soggetti coinvolti