



Regione Puglia
Assessorato alle Politiche della Salute

L'Assessore

Relazione sullo stato dei livelli essenziali di assistenza e sull'organizzazione funzionale del sistema sanitario regionale

L'Assessore
Ettore Attolini

La programmazione strategica della Regione Puglia in materia di politiche sanitarie trova le sue linee di indirizzo esplicitate nella l.r. 3 agosto 2006, n. 25 e nel Piano di Salute regionale (LR 23/2008).

Successivamente è intervenuto il Piano di rientro e di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2010-2012, 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, in ragione sostanzialmente dal mancato rispetto del Patto interno di Stabilità per gli anni 2006 e 2008.

La legge 296 del 27 dicembre 2006 (legge finanziaria per l'anno 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, per renderlo conforme a quello desumibile dal vigente Piano Sanitario Nazionale e dal vigente DPCM di fissazione 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.

Evidentemente, il sovrapporsi dei vincoli imposti dal Piano di Rientro, in un contesto di definanziamento dei sistemi sanitari regionali e di tagli lineari alla spesa, condiziona pesantemente l'attuazione delle politiche sanitarie regionali, in particolare in relazione al personale sanitario.

Tuttavia, il Governo regionale ha inteso interpretare il Piano di Rientro come opportunità per la razionalizzazione del sistema di offerta sanitaria e per la riqualificazione del sistema, senza derogare dai principi enunciati dal Piano di Salute.

Alla riorganizzazione della rete ospedaliera ha fatto da contraltare il potenziamento dei servizi territoriali: come si evidenzia dai dati di analisi, dal 2002 al 2011 il tasso di ricoveri inappropriati è stato abbattuto del 50% e la mobilità passiva dal 2006 al 2011 del 14%, mentre solo nell'ultimo anno sono cresciute del 20% le prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Il taglio dei posti letto è stato condotto secondo criteri di razionalizzazione ed ha ricevuto l'apprezzamento dei Ministeri con il parere inviato in data 17 settembre e non ha determinato un depauperamento dei servizi ai cittadini, né una fuga verso altre regioni ma, al contrario, ha prodotto un'ottimizzazione della rete, in modo da rispondere in maniera sempre più adeguata ai bisogni di salute dei cittadini pugliesi.

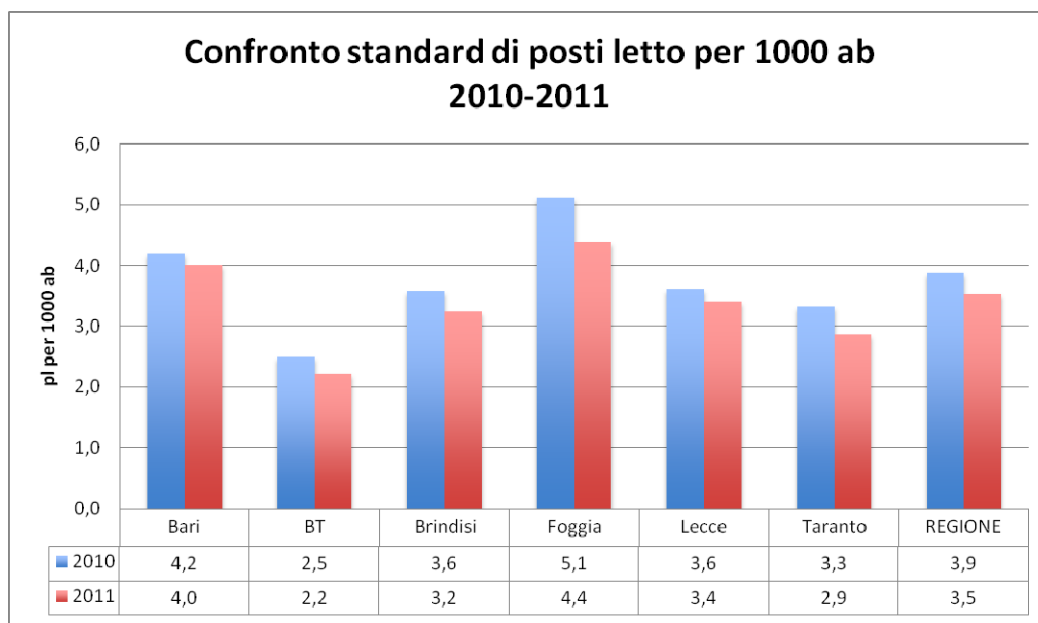
Nonostante le esigenze imposte dal contenimento dei costi è stato dato grande impulso alle politiche di promozione attiva della salute, si è coniugato l'obiettivo del risparmio con quelli del miglioramento dei livelli di appropriatezza, dell'incremento di efficienza tecnico-economica mediante un aumento 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 sul territorio pugliese.

Anni 2010-2011

Gli interventi della prima fase di riorganizzazione della rete ospedaliera sono stati definiti con il Regolamento Regionale n. 18 del 2010 e s.m.i, sulla base dei seguenti criteri:

- 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 inappropriatazza delle prestazioni erogate nell'ultimo triennio.

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.



L'esito della rimodulazione dei posti letto per le Aziende ed Enti del SSR nonché per gli Enti Ecclesiastici della Regione Puglia nella prima fase è riportato nella tabella che segue.

	HSP 2010		RR 18		Riduzione %
	Pubblico e EE	Privato	Pubblico e EE	Diff	
ASL BARI	1.827		1560	-267	
AOU Policlinico Bari	1438		1392	-46	
IRCCS Oncologico	104		130	26	
IRCCS De Bellis	105		122	17	
EE Miulli	577		600	23	
IRCCS Maugeri	226		230	4	
Bari	4.277	984	4034	-243	-6%
ASL BT	875		769	-106	
BT	875	100	769		-12%
ASL Brindisi	1350		1206	-144	
IRCCS Medea	25		30	5	
Brindisi	1375	68	1236	-139	-10%
ASL Foggia	970		725	-245	
Ospedali Riuniti Foggia	893		808	-85	
IRCCS Casa Sollievo	1041		907	-134	
Foggia	2904	372	2440	-464	-16%
ASL Lecce	2152		1951	-201	
EE Panico	386		407	21	
Lecce	2538	407	2358	-180	-7%
ASL Taranto	1313		1044	-269	
Taranto	1313	620	1044		-20%
REGIONE	13.282	2.551	11.881	-1.401	-11%

I dati di produzione della rete ospedaliera che seguono rendono conto dei principali effetti degli interventi di riorganizzazione e delle criticità di funzionamento del sistema su cui si è intervenuti con la seconda fase del riordino ospedaliero.

L'analisi della rete ospedaliera nel 2010 in Puglia ha evidenziato come l'elevata ospedalizzazione e l'eccessiva disponibilità di posti letto nelle strutture sia indice spesso di inappropriately dell'utilizzo dei presidi ospedalieri e dei ricoveri.

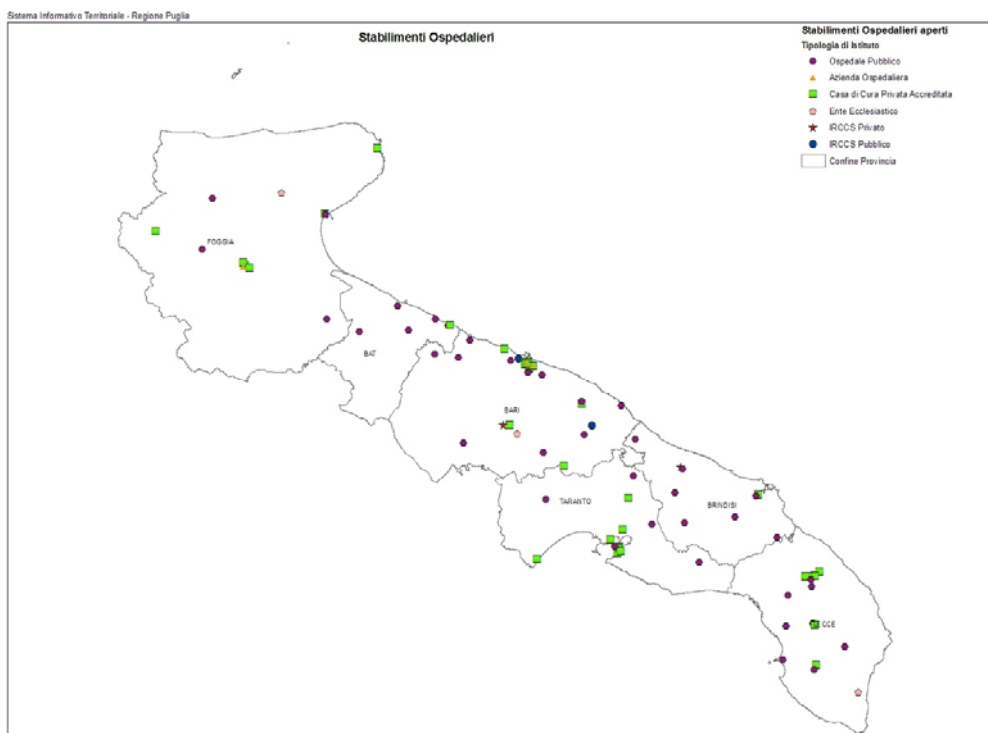
Basti considerare che, secondo i dati del 2010, tra i 20 DRG per cui più frequentemente ci si ricovera in Puglia, 11 sono considerati dal Ministero della Salute "ad alto rischio di inappropriately se erogati in regime di ricovero"; inoltre, si è calcolato che circa il 24% dei ricoveri per acuti del 2010 avrebbe potuto essere trasferito in un setting non residenziale.

Più nello specifico, è stato evidenziato che circa 195.000 ricoveri per acuti nel 2010 avrebbero potuto essere trattati con forme assistenziali differenti dal ricovero, e di questi, ben 139.000 avrebbero potuto usufruire di prestazioni ambulatoriali, senza il ricorso al posto letto. Un'organizzazione di questo tipo ridurrebbe il ricorso al ricovero come forma assistenziale predominante, e di conseguenza, contribuirebbe ad un consistente contenimento dei costi per tutto il sistema sanitario regionale.

Si pensi che nel 2010 il tasso di ospedalizzazione per ricoveri acuti è stato di 199 ogni 1.000 abitanti, a fronte di un valore di riferimento nazionale di 180 ricoveri ogni 1.000 abitanti; se fossero state utilizzate le altre forme di assistenza, più appropriate e funzionali rispetto alla ospedalizzazione, il tasso pugliese sarebbe stato di 158 ricoveri per 1.000 abitanti.

Analisi delle attività di ricovero per l'anno 2011

La rete ospedaliera, al termine del 2011, risulta composta come mostrato nella mappa di seguito.



Attività di ricovero in Regione Puglia

PERIODO	Ricoveri tot	Ordinari		DH		108 DRG LEA		TRASF_TOT	TRASF_ORD
		N	%	N	%	N	%		
2010	861.049	627.113	73%	233.936	27%	388.300	45%	23%	11%
2011	801.152	588.617	73%	212.535	27%	339.067	42%	21%	10%
<i>Diff</i>	<i>-7%</i>	<i>-6%</i>		<i>-9%</i>		<i>-13%</i>			

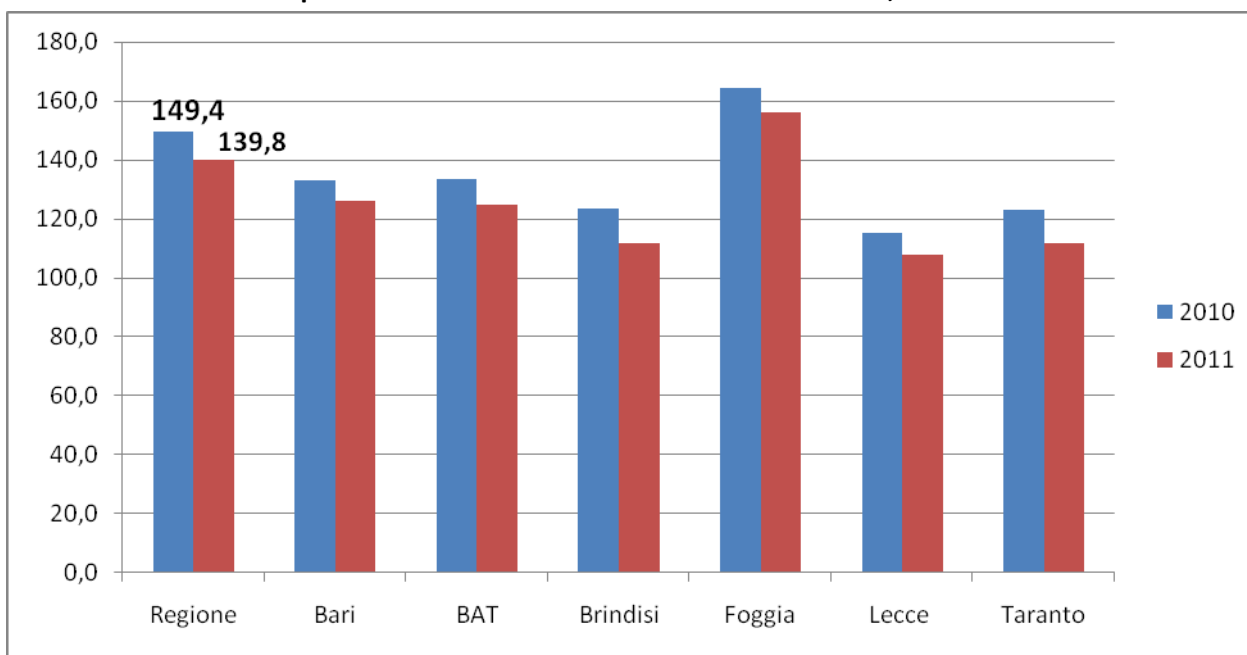
Per quanto riguarda l'attività di ricovero effettuata nella Regione, si registra una contrazione pari al 7%, con una riduzione pari al 13% per la quota di ospedalizzazioni riferite ai 108 DRG potenzialmente inappropriati.

Azienda Sanitaria	Ricoveri tot	Ricoveri Inappropriati
BARI	-7%	-11%
BAT	-7%	-14%
BRINDISI	-12%	-19%
FOGGIA	-6%	-14%
LECCE	-7%	-16%
TARANTO	-8%	-15%
Totale	-7%	-13%

Anche i ricoveri ordinari acuti erogati in Regione Puglia sono diminuiti: significativa appare la riduzione del tasso di ospedalizzazione, standardizzato per classi di età quinquennali sulla popolazione italiana standard, di circa 10 punti.

N. di ricoveri ordinari acuti							
Anno	Regione	Bari	BAT	Brindisi	Foggia	Lecce	Taranto
2010	556.873	166.309	50.011	54.931	105.289	103.391	76.942
2011	520.445	157.653	46.820	49.665	99.752	96.977	69.578
Diff	36.428	8.656	3.191	5.266	5.537	6.414	7.364
Diff%	6,5	5,2	6,4	9,6	5,3	6,2	9,6

Tasso di ospedalizzazione standardizzato – ricoveri ordinari, acuti 2010-2011



Attività di ricovero in Regione Puglia – anno 2011

AUTOCONSUMO (3)

	Pubblica (Ospedali pubblici, AO, IRCCS pubblici) (1)				Enti Ecclesiastici e IRCCS Privati (2)				Privata Accreditata				Privata Autorizzata				Totale			
	Nr.	%	Di cui Ordinari	Di cui Day Hospital/ Surgery	Nr.	%	Di cui Ordinari	Di cui Day Hospital/ Surgery	Nr.	%	Di cui Ordinari	Di cui Day Hospital/ Surgery	Nr.	%	Di cui Ordinari	Di cui Day Hospital/ Surgery	Nr.	%	Di cui Ordinari	Di cui Day Hospital/ Surgery
ACUTI	466.002	95%	324.636	141.366	84.921	94%	61.729	23.192	81.655	88%	70.179	11.476	683	92%	651	32	633.261	94%	457.195	176.066
NON-ACUTI	2.648	1%	1.383	1.265	3.125	3%	2.868	257	7.009		7.009		59		59		12.841		11.319	1.522
LUNGODEGENZA	2.521	1%	2.521		44	0%	44		34		34						2.599		2.599	
NIDO	17.854	4%	17.852	2	2.212	2%	2.212		3.647		3.647						23.713		23.711	2
Totali	489.025	73%	346.392	142.633	90.302	13%	66.853	23.449	92.345	14%	80.869	11.476	742	0%	710	32	672.414		494.824	177.590

MOBILITA' ATTIVA INTRAREGIONALE (4)

	Pubblica (Ospedali pubblici, AO, IRCCS pubblici) (1)				Enti Ecclesiastici e IRCCS Privati (2)				Privata Accreditata				Privata Autorizzata				Totale			
	Nr.	%	Di cui Ordinari	Di cui Day Hospital/ Surgery	Nr.	%	Di cui Ordinari	Di cui Day Hospital/ Surgery	Nr.	%	Di cui Ordinari	Di cui Day Hospital/ Surgery	Nr.	%	Di cui Ordinari	Di cui Day Hospital/ Surgery	Nr.	%	Di cui Ordinari	Di cui Day Hospital/ Surgery
ACUTI	54.081	11%	33.181	20.900	21.287	24%	14.936	6.351	15.786	17%	14.460	1.326	300	40%	296	4	91.454	14%	62.873	28.581
NON-ACUTI	1.154	0%	826	328	637	1%	586	51	1.603	2%	1.603		13	2%	13		3.407	1%	3.028	379
LUNGODEGENZA	134	0%	134		1	0%	1		1	0%	1						136	0%	136	
NIDO	1.333	0%	1.333		234	0%	234		393	0%	393		1	0%	1		1.961	0%	1.961	
Totali	56.702	58%	35.474	21.228	22.159	23%	15.757	6.402	17.783	18%	16.457	1.326	314	0%	310	4	96.958		67.998	28.960

MOBILITA' ATTIVA EXTRANAZIONALE

	Pubblica (Ospedali pubblici, AO, IRCCS pubblici) (1)				Enti Ecclesiastici e IRCCS Privati (2)				Privata Accreditata				Privata Autorizzata				Totale			
	Nr.	%	Di cui Ordinari	Di cui Day Hospital/ Surgery	Nr.	%	Di cui Ordinari	Di cui Day Hospital/ Surgery	Nr.	%	Di cui Ordinari	Di cui Day Hospital/ Surgery	Nr.	%	Di cui Ordinari	Di cui Day Hospital/ Surgery	Nr.	%	Di cui Ordinari	Di cui Day Hospital/ Surgery
ACUTI	9.675	2%	7.864	1.811	6.475	7%	5.436	1.039	1.423	2%	1.391	32	19	3%	19		17.592	3%	14.710	2.882
NON-ACUTI	52	0%	42	10	65	0%	65		112	0%	112		1	0%	1		230	0%	220	10
LUNGODEGENZA	26	0%	26						1	0%	1						27	0%	27	
NIDO	386	0%	386		58	0%	58		69	0%	69						513	0%	513	
Totali	10.139	55%	8.318	1.821	6.598	36%	5.559	1.039	1.605	9%	1.573	32	20	0%	20	-	18.362		15.470	2.892

1) Inclusi AO Policlinico, AO OORR, IRCCS De Bellis, IRCCS Oncologico

2) IRCCS Maugeri, IRCCS Casa Sollievo, IRCCS Medea, EE Panico, EE, Miulli

3) Ricoveri erogati dalle strutture per i residenti della ASL di competenza della stessa struttura

3) Ricoveri erogati dalle strutture per i residenti in altre ASL della regione

MOBILITA' PASSIVA EXTRAREGIONALE				
Totale				
	Nr.	%	Di cui Ordinari	Di cui Day Hospital/ Surgery
ACUTI	59.024	0	41.206	17.818
NON-ACUTI	3.401	0	2.782	619
LUNGODEGENZA	315	0	315	
NIDO	395	0	395	
Totali	63.135	1	44.698	18.437

ATTIVITA' DI RICOVERO in Puglia e in Mobilità Passiva Extraregionale - ANNO 2010

							Popolazione ISTAT al 1/1/2010 4.084.035
	Produzione totale (1)	Stranieri (2)	Mobilità attiva (3)	Mobilità passiva (4)	Totale dei cittadini ovunque residenti (5 = 1 meno 2 meno 3 più 4)		T.O. x 1.000 ab.
	Nr. Ricoveri	Nr. Ricoveri	Nr. Ricoveri	Nr. Ricoveri	Nr.	%	
Acuti	812.990	3.142	28.059	59.577	841.366	94,4%	206,0
Non Acuti	21.972	34	967	3.700	24.671	2,8%	6,0
Nido	26.087	26	778	393	25.676	2,9%	6,3
Totali	861.049	3.202	29.804	63.670	891.713	100%	218,3

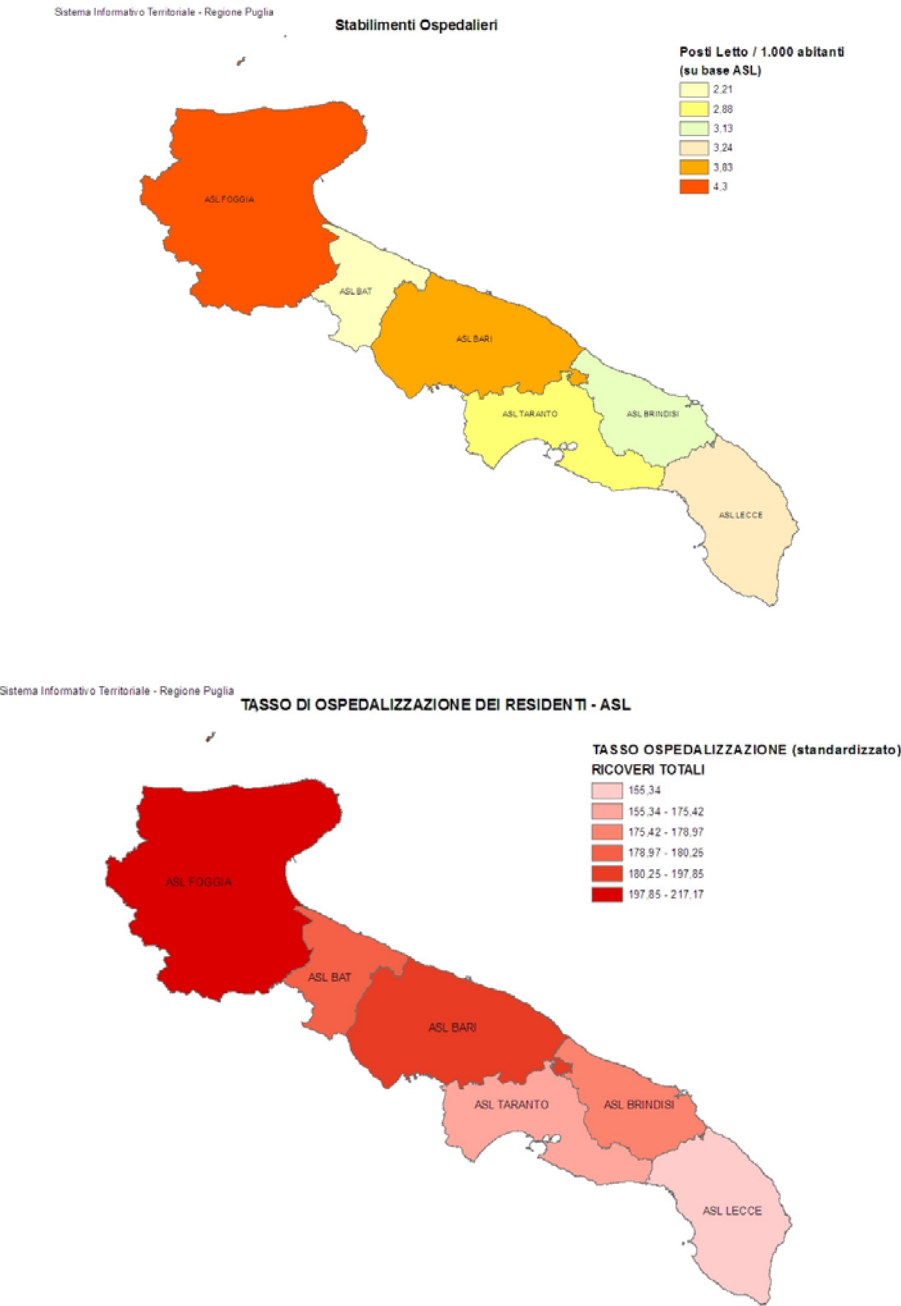
ATTIVITA' DI RICOVERO in Puglia e in Mobilità Passiva Extraregionale - ANNO 2011 (Agg. 10/07/2012)

							Popolazione ISTAT al 1/1/2011 4.091.259
	Produzione totale (1)	Stranieri (2)	Mobilità attiva (3)	Mobilità passiva (4)	Totale dei cittadini ovunque residenti (5 = 1 meno 2 meno 3 più 4)		T.O. x 1.000 ab.
	Nr. Ricoveri	Nr. Ricoveri	Nr. Ricoveri	Nr. Ricoveri	Nr.	%	
Acuti	754.708	3.781	26.212	59.024	783.739	94,1%	191,56
Non Acuti	19.923	43	897	3.716	22.699	2,7%	5,55
Nido	26.521	47	800	395	26.069	3,1%	6,37
Totali	801.152	3.871	27.909	63.135	832.507	100%	203,48

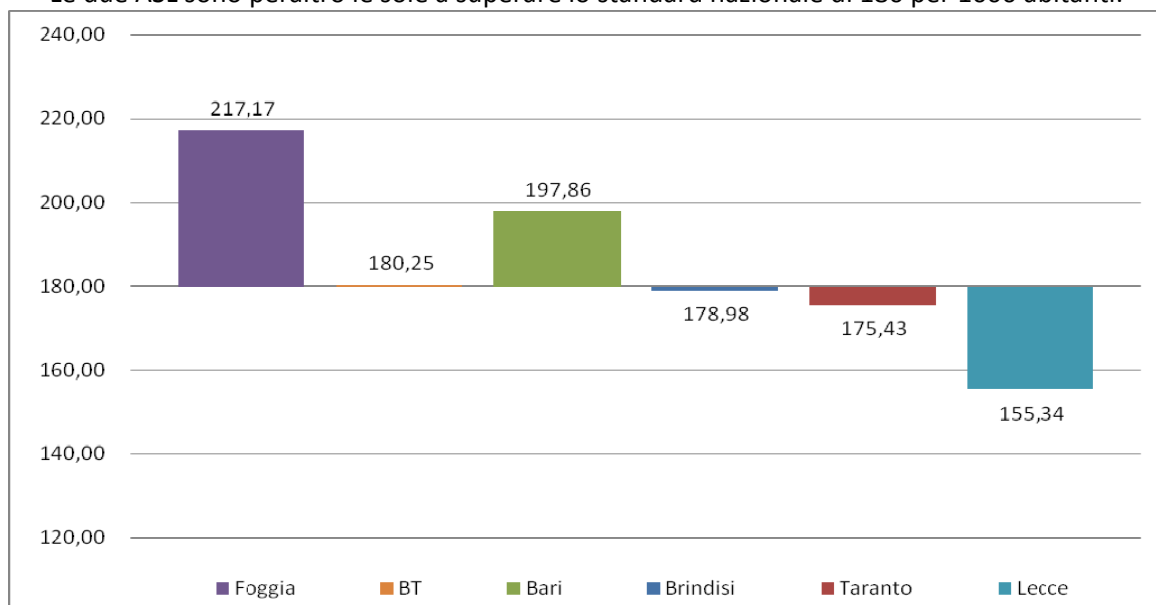
++

- 1 Nr. Di ricoveri erogati in Puglia
- 2 Nr. Di ricoveri erogati in Puglia per cittadini stranieri
- 3 Nr. Di ricoveri erogati in Puglia per cittadini residenti in altre regioni
- 4 Nr. Di ricoveri erogati in altre regioni per residenti in Puglia
- 5 Nr. Di ricoveri erogati in totale per i residenti in Puglia

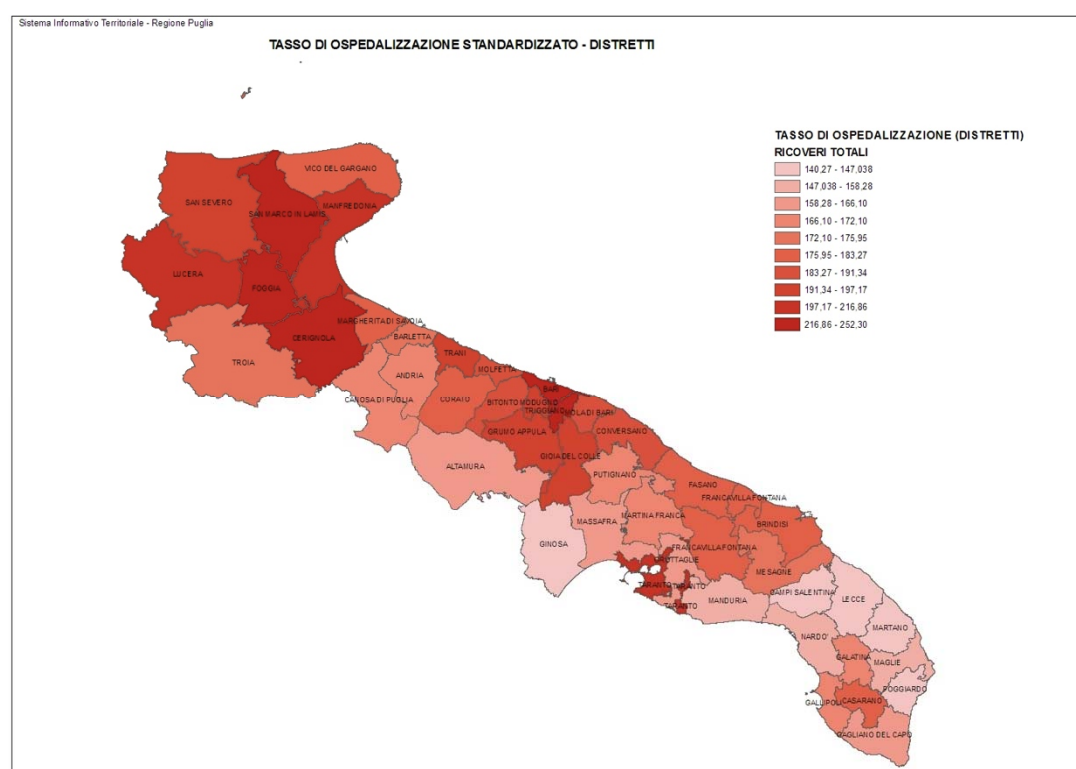
La maggiore disponibilità di posti letto sembra condizionare il ricorso all'ospedalizzazione: il tasso standardizzato per età (rif. popolazione Puglia 31.12.2010, fonte ISTAT) – calcolato sui ricoveri erogati in regione nel 2011 - risulta infatti più elevato nelle province di Foggia e di Bari.



Le due ASL sono peraltro le sole a superare lo standard nazionale di 180 per 1000 abitanti:



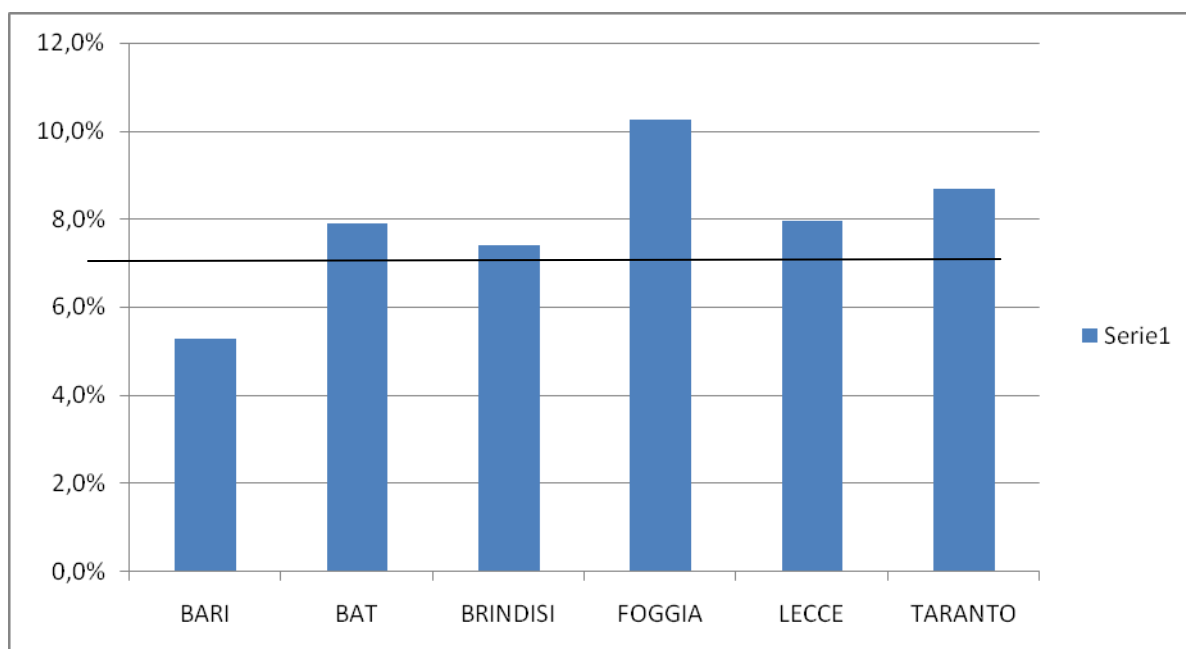
Di particolare interesse appare osservare il quadro dell'ospedalizzazione dal punto di vista del distretto socio-sanitario, che consente di evidenziare specifiche eterogeneità territoriali: spicca in particolare il dato del comune di Taranto (in cui confluiscono due distretti), l'unico della provincia a superare il valore di 180 e del distretto di Troia, unico della provincia di Foggia che non supera tale valore (e che non presenta posti letto ospedalieri). Anche il distretto di Trani mostra valori in controtendenza rispetto al dato provinciale.



Numero ricoveri per residenti pugliesi

ASL RESIDENZA	2011							
	TOTALE	% su anno prec.	IN REGIONE	% sul TOT ASL	% su Anno prec.	EXTRA REGIONE	% sul TOT ASL	% su Anno prec.
BARI	261.188	-6,2%	247.406	94,7%	-6,6%	13.782	5,3%	1,5%
BAT	73.722	-6,7%	67.903	92,1%	-6,9%	5.819	7,9%	-4,0%
BRINDISI	79.728	-10,0%	73.829	92,6%	-11,0%	5.899	7,4%	4,5%
FOGGIA	156.110	-4,8%	140.098	89,7%	-5,1%	16.012	10,3%	-2,8%
LECCE	149.386	-6,2%	137.529	92,1%	-6,8%	11.857	7,9%	1,3%
TARANTO	112.373	-8,1%	102.607	91,3%	-8,5%	9.766	8,7%	-3,6%
TOT REGIONE	832.507	-6,6%	769.372	92,4%	-7,1%	63.135	7,6%	-0,7%

* i dati di mobilità passiva sono riferiti al primo invio



La linea orizzontale rappresenta la media regionale, pari a 7,6%

I dati di analisi dell'assistenza ospedaliera del 2011 mostrano che la riorganizzazione della rete ha iniziato a mostrare gli effetti di una riduzione progressiva dell'inappropriatezza, attraverso la razionalizzazione e riqualificazione dell'offerta, e procedendo parallelamente al potenziamento dell'assistenza sanitaria nei territori e della rete dei servizi territoriali, a incominciare dalle sedi degli ospedali riconvertiti dalla prima fase del riordino ospedaliero.

Confrontando i risultati della griglia di valutazione dell'adempimento ministeriale di "mantenimento dell'erogazione dei LEA" 2010-2011, si registrano degli iniziali miglioramenti in un quadro di strutturale criticità, in particolare per alcuni indicatori dell'assistenza ospedaliera.

Scende il tasso di ospedalizzazione ordinario e diurno da 213,08 a 193 (per quanto, come detto, ancora superiore al valore soglia di 180); il tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico si abbassa da 22,72 a 19,40; il tasso di ospedalizzazione standardizzato (di due o più giornate) attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza passa da 35,33 a 21,17; la percentuale di pazienti di età superiore a 65 anni con frattura del femore operati entro 72 ore sale da 33,73% a 41%.

Questi dati confermano un trend positivo che caratterizza il periodo 2002-2011, con una riduzione del tasso di ospedalizzazione dal 2002 (quando era pari a 230,3) ad oggi pari al 16%. Particolarmente significativa la diminuzione, nello stesso periodo, del 50% del tasso di ospedalizzazione per i DRG potenzialmente inappropriati.

I decrementi più significativi si registrano negli ultimi anni: ulteriori evoluzioni positive, sia in termini di contenimento di costi, sia – soprattutto – in termini di incremento di efficienza dell’assistenza sanitaria con l’adozione da parte della Regione, dei provvedimenti per l’introduzione dei Day Service.

Uno degli aspetti su cui si è concentrata l’attenzione dell’amministrazione regionale è stato certamente l’investimento per il **potenziamento dell’assistenza specialistica ambulatoriale**, in cui vengono erogate prestazioni terapeutiche e riabilitative e di diagnostica strumentale e di laboratorio. La Regione Puglia non ha investito risorse solo ed esclusivamente per l’acquisto di infrastrutture e di dotazioni tecnologiche, quindi, ma anche per offrire nuovi servizi ai cittadini, seguendo il concetto del potenziamento della rete dei servizi e dei presidi territoriali.

Dal 2010 al 2011 si è registrato un incremento del 20% del monte ore dedicato alla specialistica ambulatoriale nei territori. 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).

E’ chiaro che il potenziamento e l’aumento più consistente delle ore di specialistica ambulatoriale si è concentrato nei distretti interessati dalla prima fase di riordino ospedaliero, che nel 2010 ha riconvertito le strutture ospedaliere che esercitavano poca attrattività sui loro territori e costituivano un eccesso di offerta ospedaliera insostenibile.

L’incremento costante del monte ore di servizi di specialistica ambulatoriale è uno dei dati che insieme ad altri, meglio racconta di come gli sforzi dell’amministrazione regionale sono stati indirizzati alla modernizzazione del sistema sanitario regionale, per fare in modo che i cittadini ottengano risposte adeguate alle loro domande di salute, direttamente sui loro territori, senza ricorrere all’utilizzo inappropriato dei ricoveri. E’ la dimostrazione che le risorse “liberate” dall’eccessivo ricorso ai ricoveri inappropriati viene utilizzato per l’implementazione di nuovi e più moderni servizi, a vantaggio dei cittadini e della tutela della salute.

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%

Un’analisi accurata sui dati della mobilità passiva della regione Puglia ci restituisce un quadro in via di miglioramento, in quanto i viaggi fuori regione, cosiddetti viaggi della speranza, per ricorrere alle cure e all’assistenza sanitaria sono ormai in costante riduzione dal 2006. E questo è certamente merito di un articolato processo di ristrutturazione della rete dei servizi sanitari più omogenea e più rispondente alle necessità di salute dei cittadini.

Un risultato di questo tipo è anche il frutto di uno studio puntuale e costante, su base scientifica, delle cause che spingono i cittadini a cercare risposte alle domande di salute fuori dal proprio territorio.

Attraverso un'analisi dei dati sono state individuate le cause strutturali principali per le quali i cittadini preferiscono il ricovero fuori regione.

Ci sono territori in Puglia, ad esempio, che soffrono di carenze di alcune discipline specifiche che nel corso degli anni hanno condizionato l'andamento della mobilità passiva, costringendo i cittadini a cercare risposte adeguate sia all'interno della stessa regione, in altre province, che in strutture ospedaliere extraregionali. Su questo aspetto siamo impegnati e il Piano di riordino della rete ospedaliera, in particolare nella sua seconda fase, può rappresentare una grande opportunità di ridefinizione della distribuzione dell'offerta: **in questa direzione vanno il potenziamento dei reparti di oncologia sul territorio regionale, e in particolare nell'area di Taranto, l'attivazione di chirurgie specialistiche nelle aree di Taranto e Lecce, l'assegnazione di mission ben precise ai presidi ospedalieri della BAT, tradizionalmente caratterizzata da un'elevata mobilità extraprovinciale.**

Tale processo, ovviamente, risulta pesantemente condizionato dall'attuale blocco del turn over e dal mancato sblocco da parte dei Ministeri competenti delle deroghe.

Un effetto positivo del potenziamento della rete dei servizi, ad esempio, lo si vede chiaramente nell'andamento della mobilità passiva per la cura di patologie come i tumori: la mobilità per questo tipo di patologie va riducendosi costantemente negli ultimi cinque anni, dal 2006 al 2010, passando da 13.266 a 12.177 ricoveri fuori regione. **Una riduzione tra il 2009 e il 2011 del 10% dei ricoveri di mobilità passiva per patologie neoplastiche, a fronte di una riduzione dei ricoveri complessivi fuori regione del 7%.**

Va specificato che esistono diversi tipi di mobilità passiva. Innanzitutto, ci sono quote di mobilità per patologie di elevatissima complessità, per cui i cittadini preferiscono rivolgersi a strutture di eccellenza pressoché uniche sul territorio nazionale; del resto un fenomeno analogo si verifica anche all'interno della nostra regione, nella quale 10 ospedali coprono oltre la metà della domanda di salute, esercitando una forte attrazione per i cittadini di tutto il territorio pugliese. C'è poi un'altra quota di mobilità che riguarda prestazioni di bassa complessità, ovvero prestazioni che potrebbero essere erogate nelle strutture pugliesi in condizioni di sicurezza, con livelli di qualità dei servizi adeguati e con tempi d'attesa per i ricoveri in linea con la media nazionale. In questi casi la mobilità si configura come fenomeno che fa aumentare i costi del sistema sanitario, senza però modificare la qualità dell'assistenza sanitaria.

Va pure precisato che una quota di tale mobilità è verosimilmente dovuta a prestazione erogate a cittadini che risultano residenti in Puglia, ma che lavorano o studiano in altre regioni, un fenomeno quindi, rispondente ad altre cause e non all'offerta di prestazioni nelle strutture regionali.

Tuttavia, la mobilità passiva per prestazioni di bassa complessità è una problematica su cui si sta sviluppando una profonda riflessione a livello nazionale, con proposte di correttivi che sono al vaglio della Commissione degli assessori regionali alla Salute e di uno dei tavoli tecnici che sono stati istituiti presso il Ministero della Salute per la elaborazione del Nuovo Patto della Salute 2013-2015. E' chiaro, quindi, che non si tratta di un problema che riguarda solamente la Puglia, ma coinvolge tutte le regioni italiane.

2011- 2012 Disattivazione e riconversione degli ospedali come da RR 18 e smi

Il potenziamento dell'assistenza territoriale ha trovato nella riconversione delle strutture dismesse il punto di avvio della riorganizzazione delle attività.

Gli stabilimenti riconvertiti, nella prima fase, risultano 19: in tali ospedali – che rappresentano il 19% del totale, sono stati effettuati nel 2010 27.388 ricoveri, pari al 3% dei ricoveri effettuati nella Regione Puglia. Tutte le strutture presentavano un contenuto utilizzo per attività di ricovero anche da parte dei residenti nei comuni in cui sono allocati (la percentuale di residenti nel comune che si rivolge alla propria struttura non supera mai il 35%).

Provincia	Ospedali da riconvertire	N. ricoveri	N. ricoveri residenti nell'Osp del comune	N. Ricoveri totali dei residenti	% pop del comune che si ricovera nell'Osp
Bari	Ruvo di Puglia	149	78	4.625	1,7
	Bitonto	2.380	1.207	11.842	10,2
	Santeramo in Colle	317	257	5.082	5,1
	Noci	224	115	3.897	3
	Grumo Appula	701	292	2.679	10,9
	Rutigliano	277	57	3.671	1,6
	Gioia del Colle	3.085	1.171	5.971	19,6
BAT	Minervino Murge	243	103	1.856	5
	Spinazzola	824	415	1.228	34,30
Brindisi	Cisternino	366	134	2.751	4,9
	Ceglie	2.357	1.323	5.021	26,3
Foggia	Monte Sant'Angelo	666	568	3.569	15,9
	Torremaggiore	1.654	370	4.324	8,6
	San Marco in Lamis	2.302	527	3.873	13,6
Lecce	Gagliano del Capo	2.672	306	1.209	25,3
	Maglie	2.776	593	3.546	16,7
	Poggiardo	4.153	508	1.467	34,6
	Campi Salentina	2.714	241	1.905	12,7
Taranto	Massafra	1.805	912	6.510	14
	Mottola	1.085	276	3.195	8,6
Totale I fase		30.750	9.453	78.221	12

Per ciascuno dei comuni in cui si è proceduto alla riconversione della struttura ospedaliera si riportano:

- Una tabella riepilogativa dell'offerta sanitaria (ospedaliera e territoriale)
- Una tabella riepilogativa dell'attività realizzata nel 2010 per reparto, distinguendo i ricoveri in ordinari e DH. Laddove possibile si evidenziano le percentuali di trasformabilità di tali ricoveri in setting assistenziali diversi dal ricovero
- Una tabella con indicatori di performance, relativa ai soli ricoveri ordinari acuti
- Le attività realizzate o programmate di riconversione

ASL BARI:
Ospedale di Ruvo di Puglia

REPARTO	RICOVERI TOT	RICOVERI TRASF	ORDINARI>2gg		ORDINARI 0-1 G	
			N	%	N	%
160176-6021 - LUNGODEGENTI	149	0	146	98%	3	2%

D.D.G. n.453 del 14/03/2011 avente ad oggetto "Chiusura del Presidio Ospedaliero di Ruvo di Puglia e riconversione in attività Territoriali".

- chiusura di ogni attività assistenziale ospedaliera presso la U.O. di Lungodegenza del P.O. di Ruvo di Puglia e relativa riconversione in attività territoriale;
- riconversione dei servizi di Patologia Clinica e di Radiologia di Ruvo in attività territoriali afferenti al Distretto Socio Sanitario n.2;
- riclassificazione del Punto di Primo Intervento ospedaliero del P.O. di Ruvo di Puglia in Punto di Primo Intervento Territoriale afferente al Servizio di Emergenza Territoriale 118;
- conferma dell'afferenza funzionale del Servizio di Dialisi di Ruvo alla U.O.C. di Nefrologia e Dialisi del P.O. di Molfetta.

Ospedale di Santeramo in Colle

				ORDINARI>2gg		ORDINARI 0-1 G		DH		POSSIBILI AMBULATORIALI																		
REPARTO	RICOVERI TOT	RICOVERI TRASF	N	%	N	%	N	%	N	%	TRASF. TOT	TRASF. ORD																
160157-6031 - LUNGODEGENTI	70	0	70	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0%	0%																
160157-2631 - MEDICINA GENERALE	247	1	243	98%	3	1%	1	0%	1	0%	0%	0%																
	317																											
Disciplina		ricoveri		so medio		g. Preop.		g. Media		ricoveri Alta compl.		media ass.		ricoveri chirurgici		attività media *		IO <1		PESO < 1,5		<= PESO < 2,5		IO >= 2,5		DICE DI CASE MIX		Posti letto ORD stimati con 80%
26-MEDICINA GENERALE		246	0,87	5,00	7,98	-	70,89	0%	2,62	69%	30%	1%	0%	0,91	7													

D.D.G. n.452 del 14/03/2011 avente ad oggetto "Chiusura dell'Ospedale di Santeramo – Riconversione del Plesso in Struttura Territoriale".

- cessazione dell'accettazione dei ricoveri presso la U.O. di Medicina e Lungodegenza dello Stabilimento Ospedaliero di Santeramo in Colle;
- chiusura di tutte le attività ospedaliere a far data dal 20/03/2011 e riconversione del plesso in struttura territoriale;
- riclassificazione del Servizio di Pronto Soccorso in Punto di Primo Intervento Territoriale afferente al Servizio di Emergenza Territoriale 118.

Ospedale di Bitonto

REPARTO	RICOVERI TOT	RICOVERI TRASF	ORDINARI>2gg		ORDINARI 0-1 G		DH		POSSIBILI AMBULATORIALI		TRASF. TOT	TRASF. ORD
			N	%	N	%	N	%	N	%		
160190-6031 - LUNGODEGENTI	43	0	43	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0%	0%
160190-3931 - PEDIATRIA	948	710	0	0%	1	0%	947	100%	297	31%	75%	%
160190-2631 - MEDICINA GENERALE	341	14	317	93%	24	7%	0	0%	12	4%	4%	4%
160190-0931 - CHIRURGIA GENERALE	978	382	0	0%	0	0%	978	100%	358	37%	39%	%
160179-6021 - LUNGODEGENTI	2	0	2	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0%	0%
160179-3921 - PEDIATRIA	26	22	0	0%	0	0%	26	100%	11	42%	85%	%
160179-2621 - MEDICINA GENERALE	16	0	16	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0%	0%
160179-0921 - CHIRURGIA GENERALE	26	18	0	0%	0	0%	26	100%	18	69%	69%	%

Disciplina	N° ricoveri	Peso medio	Deg. Preop.	Deg. Media	N° ricoveri Alta compl.	Età media ass.	% ricoveri chirurgici	criticità media *	PESO <1	1<= PESO < 1,5	1,5<= PESO < 2,5	PESO >= 2,5	INDICE DI CASE MIX	TRATTATO UNO stimati con occ 80%	Tasso di utilizzo PL (ORD+ Pag)
26-MEDICINA GENERALE	16	0,96		11,19	-	76,19		2,25	56%	44%	0%	0%	1,00	1	
26-MEDICINA GENERALE	341	0,89	-	7,87	2	71,36	1%	2,21	67%	32%	1%	1%	0,93	9	82%
39-PEDIATRIA	1	0,56		1,00	-	58,00		1,00	100%	0%	0%	0%	1,09	0	

D.D.G. n.495 del 21/03/2011 avente ad oggetto "Riconversione del Plesso Ospedaliero di Bitonto in attività sanitarie territoriali".

- cessazione di ogni attività assistenziale ospedaliera e relativa riconversione del Plesso Ospedaliero di Bitonto in attività territoriale;
- conferma dell'afferenza funzionale del Servizio di Patologia Clinica di Bitonto alla U.O.C. di Patologia Clinica del P.O. San Paolo di Bari;
- conferma dell'afferenza funzionale ed organizzativa del Servizio di dialisi di Bitonto alla U.O.C. di Nefrologia e Dialisi del P.O. di Molfetta;
- riconversione del Servizio di Pronto Soccorso del Plesso di Bitonto in Punto di Primo Intervento Territoriale con afferenza funzionale al Servizio di Emergenza Territoriale 118.

Ospedale di Rutigliano

REPARTO	RICOVERI TOT	RICOVERI TRASF	ORDINARI>2gg		ORDINARI 0-1 G	
			N	%	N	%
160169-6041 - LUNGODEGENTI	79	0	77	97%	2	3%
160169-5641 - RECUPERO E RIABILITAZI	198	0	197	99%	1	1%
	277					

D.D.G. n.451 del 14/03/2011 avente ad oggetto "Chiusura del plesso ospedaliero "Monte dei Poveri" di Rutigliano e sua riconversione in struttura extra-ospedaliera".

- riconversione dell'Ospedale "Monte dei Poveri" di Rutigliano in struttura extra-ospedaliera di riabilitazione;
- rideterminazione a zero sia dei posti letto di Riabilitazione ospedaliera (cod.56) sia dei posti letto di Lungodegenza post-acuzie;
- riconversione della Riabilitazione Ospedaliera in struttura Riabilitativa Territoriale a ciclo diurno afferente al Dipartimento di Riabilitazione;
- riconversione della Lungodegenza post-acuzie in struttura territoriale di algologia a ciclo diurno afferente al Dipartimento delle Dipendenze Patologiche;
- sospensione dell'attività dell'Unità di Degenza Territoriale;
- riconversione dei servizi di Patologia Clinica e di Radiologia di Rutigliano in attività territoriali afferenti al Distretto Socio Sanitario n.11;
- riconversione della Farmacia ospedaliera in attività territoriale afferente alla Farmacia Territoriale;
- riconversione del Punto di Primo Intervento in Punto di Primo Intervento Territoriale afferente al Servizio di Emergenza Territoriale 118.

Ospedale di Grumo Appula

REPARTO	RICOVERI TOT	RICOVERI TRASF	ORDINARI>2gg		ORDINARI 0-1 G		DH		POSSIBILI AMBULATORIALI		TRASF. TOT	TRASF. ORD
			N	%	N	%	N	%	N	%		
160157-6021 - LUNGODEGENTI	133	0	132	99%	1	1%	0	0%	0	0%	0%	0%
160157-2621 - MEDICINA GENERALE	568	278	246	43%	12	2%	310	55%	278	49%	49%	7%
	701											

Disciplina																	
26-MEDICINA GENERALE		258	0,92	0,33	7,52	2	70,65	1%	2,45	58%	39%	2%	1%	0,97	7		

D.D.G. n.662 del 12/04/2011 avente ad oggetto "Chiusura dell'Ospedale di Grumo Appula – Riconversione del Plesso in Struttura Territoriale

- cessazione dell'accettazione dei ricoveri presso la U.O. di Medicina e Lungodegenza dello Stabilimento Ospedaliero di Grumo Appula;
- riconversione dei servizi di Patologia Clinica e di Radiodiagnostica di Grumo Appula in attività territoriali afferenti al Distretto Socio Sanitario n.5;
- mantenimento dell'afferenza funzionale del Centro di Dialisi di Grumo Appula alla Struttura di Nefrologia e Dialisi del P.O. unico di Altamura;
- riclassificazione del Servizio di Pronto Soccorso del Plesso di Grumo Appula in Punto di Primo Intervento Territoriale con afferenza funzionale al Servizio di emergenza Territoriale 118.

Ospedale di Noci

REPARTO	RICOVERI TOT	RICOVERI TRASF	ORDINARI>2gg		ORDINARI 0-1 G		DH		POSSIBILI AMBULATORIALI		TRASF_TOT	TRASF_ORD
			N	%	N	%	N	%	N	%		
160160-6021 - LUNGODEGENTI	76	0	76	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0%	0%
160160-2621 - MEDICINA GENERALE	148	123	0	0%	0	0%	148	100%	122	82%	83%	%
	224											

D.D.G. n.2399 del 20/12/2011 avente ad oggetto "Riconversione del Plesso Ospedaliero di Noci in attività sanitarie territoriali".

- cessazione dell'accettazione dei ricoveri presso la U.O. di Medicina e Lungodegenza dello Stabilimento Ospedaliero di Noci;
- riconversione in struttura territoriale con potenziamento dei servizi territoriali in tutte le loro forme.

Ospedale di Gioia del Colle

REPARTO	RICOVERI TOT	RICOVERI TRASF	ORDINARI>2gg		ORDINARI 0-1 G		DH		POSSIBILI AMBULATORIALI		TRASF_TOT	TRASF_ORD
			N	%	N	%	N	%	N	%		
160160-6831 - PNEUMOLOGIA	653	0	629	96%	24	4%	0	0%	0	0%	0%	0%
160160-3431 - OCULISTICA	1.037	978	0	0%	0	0%	1.037	100%	977	94%	94%	%
160160-2631 - MEDICINA GENERALE	845	267	438	52%	18	2%	389	46%	263	31%	32%	1%
160160-2131 - GERIATRIA	550	0	543	99%	7	1%	0	0%	0	0%	0%	0%
	3085											

Disciplina																				
21-GERIATRIA		550	1,07	10,00	11,74	1	79,74	1%	3,24	28%	69%	2%	0%	1,10	22	88%	20	0		
26-MEDICINA GENERALE		456	0,94	11,25	12,25	2	65,86	1%	2,13	59%	37%	3%	0%	0,99	19	96%	16	2		
68-PNEUMOLOGIA		653	1,05	4,00	9,38	3	71,27	1%	2,92	41%	57%	2%	0%	0,90	21	84%	20	0		

D.D.G. n.2397 del 20/12/2011 avente ad oggetto "RR 18 del 16.2.2010. Ospedale di Gioia del Colle".

- Approvazione della riconversione della struttura ospedaliera in Casa della Salute.
- Approvazione dell'avvio delle attività di day service come da DGR 433/2011.

Ospedale di Ceglie Messapica

REPARTO	RICOVERI TOT	RICOVERI TRASF	ORDINARI>2gg		ORDINARI 0-1 G		DH		POSSIBILI AMBULATORIALI		TRASF. TOT	TRASF. ORD
			N	%	N	%	N	%	N	%		
160162-6021 - LUNGODEGENTI	275	0	268	97%	7	3%	0	0%	0	0%	0%	0%
160162-4021 - PSICHIATRIA	424	0	353	83%	49	12%	22	5%	0	0%	0%	0%
160162-3621 - ORTOPEDIA E TRAUMAT	793	369	567	72%	20	3%	206	26%	248	31%	47%	40%
160162-2621 - MEDICINA GENERALE	436	161	277	64%	11	3%	148	34%	160	37%	37%	17%
160162-0921 - CHIRURGIA GENERALE	429	69	199	46%	11	3%	219	51%	46	11%	16%	25%
	2357											

Disciplina	ricoveri	so medio	g. Preop.	g. Media	ricoveri Alta compl.	media ass.	ricoveri chirurgici	attività media*	IO <1	PESO < 1,5	PESO < 2,5	IO >= 2,5	DICE DI CASE MIX	Posti letto ORD stimati con 80%	so di utilizzo PL (ORD+ Pag)	pl. ORD	pl. DH
09-CHIRURGIA GENERALE	210	0,80	2,21	7,69	2	56,97	25%	1,52	72%	20%	7%	1%	0,74	6	49%	9	6
26-MEDICINA GENERALE	288	0,82		9,57	-	69,37		1,52	76%	23%	2%	0%	0,86	9	84%	9	1
36-ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	587	0,82	0,89	4,53	1	55,12	54%	1,12	88%	7%	5%	0%	0,73	9	43%	17	1
40-PSICHIATRIA	402	0,72		10,95	-	45,52		1,21	100%	0%	0%	0%	1,00	15	86%	14	1
21-GERIATRIA	476	0,81		11,17	-	80,26		2,32	86%	13%	1%	0%	0,83	18	73%	20	0
40-PSICHIATRIA	287	0,74		14,28	-	45,03		1,56	100%	0%	0%	0%	1,03	14	94%	12	1

D.D.G. n.3136 del 6/12/2011 – adozione del progetto di riorganizzazione e riqualificazione dell'ex Stabilimento Ospedaliero di Ceglie Messapica in Presidio Territoriale Polifunzionale

- Attivato dal 18.05.2012 un Ospedale di Comunità con 8 pl cui hanno aderito tutti i MMG del Comune
- Sono stati attivati ambulatori specialistici e il Day Service Chirurgico (tunnel carpale).
- Attivo dal mese di gennaio l'ambulatorio infermieristico per la presa in carico delle cronicità e delle fragilità in particolare a supporto del progetto oltre che alla gestione dell'ambulatorio infermieristico inserito nel Presidio Territoriale di Assistenza;
- A far data gennaio 2012, è attivo il Day Service diabete e ipertensione.
- Sono attivi, inoltre, i seguenti servizi: Guardia Medica, P.P.I. territoriale, postazione mobile 118, servizio di radiologia e servizio di patologia clinica.
- A partire dal 26.06.2012 è aperto lo sportello PUA; gli incontri dell'UVM per accesso ADI, RSA, RSSA e assegno di cura vengono già svolti presso il Presidio Territoriale
- Sono stati assicurati idonei spazi alle associazioni AVIS e ANT
- Sono stati trasferiti nel maggio 2012 i Servizi di Igiene Pubblica del Dipartimento di Prevenzione (ufficio vaccinale e medico legale)
- Attivati i servizi ADI e l'Ufficio Protesico
- Con DDG n.3140 del 6/12/2011 è stata avanzata la proposta di collocazione presso la struttura di Un Centro Risvegli

Ospedale di Cisternino

REPARTO	RICOVERI TOT	RICOVERI TRASF	ORDINARI>2gg		ORDINARI 0-1 G	
			N	%	N	%
160161-6031 - LUNGODEGENTI	366	0	347	95%	19	5%

D.D.G. n.215 del 2/2/2012 – adozione del progetto di riorganizzazione e riqualificazione dell'ex Stabilimento Ospedaliero di Ceglie Messapica in Presidio Territoriale Polifunzionale

- Ospita l'Associazione di tutti i MMG del Comune organizzati in Super Rete
- Attivo l'Ospedale di Comunità con n. 12 posti letto
- Poliambulatorio Specialistico, Servizio di Radiologia per l'esecuzione di indagini di primo livello, Centro prelievi di laboratorio, Guardia Medica, P.P.I. territoriale, Postazione mobile 118, Consultorio
- Sono stati trasferiti nel maggio 2012 i Servizi di Igiene Pubblica del Dipartimento di Prevenzione (ufficio vaccinale e medico legale)
- Presenti Servizi di CUP/cassa Ticket e Front Office di Assistenza Protesica
- Attivata la PUA

ASL BT

Ospedale di Minervino

REPARTO	RICOVERI TOT	RICOVERI TRASF	ORDINARI >2gg		ORDINARI 0-1 G	
			N	%	N	%
160175-6021 - LUNGODEGENTI	243	0	237	98%	6	2%

- Attivo dal mese di gennaio l'ambulatorio infermieristico per la presa in carico delle cronicità e delle fragilità (in particolare a supporto del progetto NARDINO con arruolamento di 1 infermiere),
- Permangono attivi i servizi di front office: diagnostica per immagini, centro prelievi, poliambulatorio per la specialistica, ambulatorio per la riabilitazione, PPI;
- Processo per la presa in carico di Disease and Care management: arruolamento di n° 1 infermieri già inseriti nell'ambito delle cure primarie per la presa in carico delle persone a rischio di fragilità e patologie a lungo termine;
- Implementazione del software di gestione della presa in carico all'interno del protocollo organizzativo ed operativo del Progetto, attivo dal mese di febbraio 2012;
- Attivo dal mese di gennaio l'ambulatorio infermieristico per la presa in carico delle cronicità e delle fragilità in particolare a supporto del progetto oltre che alla gestione dell'ambulatorio infermieristico inserito nel Presidio Territoriale di Assistenza;
- Programma di formazione per n° 25 figure professionali coinvolte nel processo di presa in carico, svolto nel mese di gennaio 2012;
- E' in corso la ricognizione del Parco tecnologico per il suo rinnovo;
- E' in via di definizione progetto di rifacimento dei prospetti con Fondi FERS già autorizzati
- Avviato studio per la realizzazione entro l'anno dell'Hospice.

Ospedale di Spinazzola

REPARTO	RICOVERI TOT	RICOVERI TRASF	ORDINARI >2gg		ORDINARI 0-1 G		DH		POSSIBILI AMBULATORIALI		TRASF. TOT	TRASF. ORD
			N	%	N	%	N	%	N	%		
160175-6031 - LUNGODEGENTI	74	0	73	99%	1	1%	0	0%	0	0%	0%	0%
160175-4031 - PSICHIATRIA	115	0	100	87%	15	13%	0	0%	0	0%	0%	0%
160175-2631 - MEDICINA GENERALE	635	114	606	95%	29	5%	0	0%	110	17%	18%	18%
	824											

Disciplina		ricoveri	so medio	g. Preop.	g. Media	ricoveri Alta compl.	media ass.	ricoveri chirurgici	icità media*	IO <1	PESO < 1,5	<= PESO < 2,5	IO >= 2,5	DICE DI CASE MIX	Posti letto ORD stimati con 80%	so di utilizzo PL (ORD+ Pag)	pl. ORD	pl. DH
26-MEDICINA GENERALE	635	0,81			5,64	1	66,66		2,03	79%	21%	0%	0%	0,84	12	76%	13	0
40-PSICHIATRIA	115	0,65			10,76	-	50,17		1,21	99%	1%	0%	0%	0,91	4	42%	8	0

- E' stato sancito l'accordo di programma con i MMG per la costituzione del Presidio di Continuità Assistenziale;
- E' attivo dal mese di gennaio l'ambulatorio infermieristico per la presa in carico delle cronicità e delle fragilità (in particolare a supporto del progetto NARDINO con arruolamento di n° 1 infermiere);
- Permangono attivi i servizi di front office: diagnostica per immagini, centro prelievi, poliambulatorio per la specialistica (con incremento di ore), ambulatorio per la riabilitazione, PPI;
- Processo di presa in carico di Disease and Care management: arruolamento di n° 1 infermieri da inserire nell'ambito delle cure primarie per la presa in carico delle persone a rischio di fragilità e patologie a lungo termine;
- Implementazione del software di gestione della presa in carico all'interno del protocollo organizzativo ed operativo del Progetto, attivo dal mese di febbraio 2012;
- Attivo dal mese di gennaio l'ambulatorio infermieristico per la presa in carico delle cronicità e delle fragilità in particolare a supporto del progetto oltre che alla gestione dell'ambulatorio infermieristico inserito nel Presidio Territoriale di Assistenza;
- Programma di formazione per n° 25 figure professionali coinvolte nel processo di presa in carico, svolto nel mese di gennaio 2012;
- Invia di completamento il rinnovo del Parco elettromedicale;
- Istituzione entro l'anno della medicina di famiglia associata all'interno del Presidio

ASL FOGGIA

Ospedale di Monte Sant'Angelo

REPARTO	RICOVERI TOT	RICOVERI TRASF	ORDINARI>>2gg		ORDINARI 0-1 G		DH		POSSIBILI AMBULATORIALI		TRASF. TOT	TRASF. ORD					
			N	%	N	%	N	%	N	%							
160164-2621 - MEDICINA GENERALE	21	13	0	0%	0	0%	21	100%	13	62%	62%	%					
160164-2121 - GERIATRIA	645	43	606	94%	39	6%	0	0%	43	7%	7%	7%					
	666																
Disciplina		ricoveri	so medio	g. Preop.	g. Media	ricoveri Alta compl.	media ass.	ricoveri chirurgici	icità media*	IO <1	PESO < 1,5	<= PESO < 2,5	IO >= 2,5	DICE DI CASE MIX	Posti letto ORD stimati con	so di utilizzo PL (ORD+ Pag)	pl. ORD
	21-GERIATRIA	645	0,89	3,00	8,87	1	78,09	0%	2,56	71%	29%	0%	0%	0,92	20	78%	20

Deliberazione n. 430 dell'8.4.2011, relativa al recepimento del protocollo d'intesa del 14.3.2011, tra la ASL di Foggia e il Comune di Monte S. Angelo, che ha previsto la riconversione dell'Ospedale di Monte Sant'Angelo in presidio sanitario territoriale con le seguenti strutture e servizi:

- n.1 modulo di R.S.A. di 20 P.L. dedicato all'Alzheimer;
- n. 1 modulo di HOSPICE,
- n. 6 posti rene per Dialisi peritoneale
- potenziamento della specialistica ambulatoriale e day service – PCA – PACC (medici e chirurgici).

A luglio 2012, nel presidio riconvertito risultano le seguenti attività:

- n. 2 moduli di RSA (preesistenti)
- n. 1 modulo Alzheimer (attivato aprile 2012)
- continuità assistenziale
- Punto di Primo Intervento
- postazione 118
- Radiologia
- Centro prelievi collegato con il Lab Analisi di Manfredonia (aprile 2012)
- Dialisi per n. 6 posti rene (in gestione a Casa Sollievo della Sofferenza)

Ospedale di Torremaggiore

Spedite in busta chiusa a:																
REPARTO	RICOVERI TOT	RICOVERI TRASF.		ORDINARI>2gg		ORDINARI 0-1 G		DH		POSSIBILI AMBULATORIALI		TRASF. TOT	TRASF. ORD			
		N	%	N	%	N	%	N	%							
160163-6821 - PNEUMOLOGIA	437	19	431	99%	6	1%	0	0%	13	3%	4%	4%				
160163-6021 - LUNGODEGENTI	360	0	333	93%	27	8%	0	0%	0	0%	0%	0%				
160163-5621 - RECUPERO E RIABILITAZI	24	0	24	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0%	0%				
160163-0921 - CHIRURGIA GENERALE	833	131	0	0%	0	0%	833	100%	123	15%	16%	%				
	1654															
Disciplina	ricoveri	so medio	g. Preop.	g. Media	ricoveri Alta compl.	media ass.	ricoveri chirurgici	icità media*	IO <1	PESO < 1,5	PESO < 2,5	IO >= 2,5	DICE DI CASE MIX	Posti letto ORD stimati con 80%	so di utilizzo PL (ORD+ Pag)	pl. ORD
68-PNEUMOLOGIA	437	1,07	-	8,15	2	69,16	0%	3,08	38%	59%	2%	0%	0,92	12	98%	10

Deliberazione D.G. n.431 dell'8.4.2011, relativa al recepimento del protocollo d'intesa del 25.3.2011, tra la ASL di Foggia e il Comune di Torremaggiore, che ha previsto la riconversione dell'Ospedale di Torremaggiore, in Presidio sanitario territoriale con le seguenti strutture e servizi:

- n. 1 modulo di HOSPICE con 8 P.L.;
- n. 2 moduli di R.S.A. di 20 P.L. ciascuno di cui uno dedicato all'Alzheimer;
- n. 1 centro per l'Autismo
- potenziamento della specialistica ambulatoriale day service – PCA – PACC (medici e chirurgici).

A **luglio 2012**, nel presidio riconvertito risultano le seguenti attività:

- Hospice con n. 8 p.l. (attivazione aprile 2012)
- Radiologia
- Laboratorio Analisi
- SERT
- DSM
- Punto di Primo Intervento (attivazione aprile 2012)
- Unità di Degenza Territoriale con n. 8 p.l.

Ospedale di San Marco in Lamis

REPARTO	RICOVERI TOT	RICOVERI TRASF	ORDINARI>2gg		ORDINARI 0-1 G		DH		POSSIBILI AMBULATORIALI		TRASF_TOT	TRASF_ORD
			N	%	N	%	N	%	N	%		
160163-6031 - LUNGODEGENTI	211	0	206	98%	5	2%	0	0%	0	0%	0%	0%
160163-4031 - PSICHIATRIA	367	0	336	92%	18	5%	13	4%	0	0%	0%	0%
160163-2631 - MEDICINA GENERALE	1.724	203	1.462	85%	262	15%	0	0%	30	2%	12%	9%
	2302											

Deliberazione n. 432 dell'8.4.2011, relativo al recepimento del protocollo d'intesa del 23.3.2011, tra la ASL di Foggia e il Comune di S. Marco in Lamis, che ha previsto la riconversione dell'Ospedale di San Marco in Lamis in Presidio territoriale con le seguenti strutture e servizi:

- A **luglio 2012**, nel presidio riconvertito risultano le seguenti attività:

- ASL LECCE

[illegible]

- S.O. Maglie (D.S.S. Maglie)

23

Disciplina																		
26-MEDICINA GENERALE	943	0,88	12,00	8,89	4	69,85	1%	2,34	68%	31%	1%	0%	0,92	29	85%	27	2	
40-PSICHIATRIA	414	0,76		13,07	-	46,51		1,24	100%	0%	0%	0%	1,05	19	99%	15	0	

- completato il trasferimento del SPDC al P.O. Scorrano;
- è attivo e fortemente avanzato il percorso di attivazione di “day service medico” e “day service chirurgico”, oggetto di apposito atto deliberativo della ASL Lecce;
- in generale, è molto avanzato il livello organizzativo di assistenza territoriale.

S.O. Poggiardo (D.S.S. Poggiardo)

REPARTO	RICOVERI TOT	RICOVERI TRASF	ORDINARI>2gg		ORDINARI 0-1 G		DH		POSSIBILI AMBULATORIALI		TRASF. TOT	TRASF. ORD
			N	%	N	%	N	%	N	%		
160166-6031 - LUNGODEGENTI	152	0	147	97%	5	3%	0	0%	0	0%	0%	0%
160166-5831 - GASTROENTEROLOGIA	937	287	767	82%	20	2%	150	16%	249	27%	31%	27%
160166-2631 - MEDICINA GENERALE	2.214	370	1.535	69%	53	2%	626	28%	342	15%	17%	9%
160166-0231 - DAY HOSPITAL	850	171	0	0%	0	0%	850	100%	142	17%	20%	%
	4153											

Disciplina	ricoveri	so medio	g. Preop.	g. Media	ricoveri Alta compl.	media ass.	ricoveri chirurgici	icità media*	IO <1	PESO < 1,5	<= PESO < 2,5	IO >= 2,5	DICE DI CASE MIX	Posti letto ORD stimati con 80%	so di utilizzo PL (ORD+ Pag)	pl. ORD	pl. DH
26-MEDICINA GENERALE	1.588	1,17	8,32	7,40	146	71,37	9%	2,86	50%	39%	2%	9%	1,22	40	101%	32	3
58-GASTROENTEROLOGIA	787	0,90	27,00	5,81	-	57,45	0%	1,94	51%	49%	0%	0%	0,93	16	90%	14	2

- la persistenza di un residuale livello organizzativo ospedaliero rallenta oggettivamente il progressivo sviluppo delle funzioni territoriali, anche perché il P.O. di riferimento (Scorrano) è esterno al D.S.S. di Poggiardo.

S.O. Gagliano (D.S.S. Gagliano)

REPARTO	RICOVERI TOT	RICOVERI TRASF	ORDINARI>2gg		ORDINARI 0-1 G		DH		POSSIBILI AMBULATORIALI		TRASF. TOT	TRASF. ORD
			N	%	N	%	N	%	N	%		
160167-5621 - RECUPERO E RIABILITAZI	119	0	118	99%	1	1%	0	0%	0	0%	0%	0%
160167-4021 - PSICHIATRIA	233	0	227	97%	6	3%	0	0%	0	0%	0%	0%
160167-2621 - MEDICINA GENERALE	1.236	42	911	74%	51	4%	274	22%	40	3%	3%	1%
160167-0221 - DAY HOSPITAL	1.084	220	0	0%	0	0%	1.084	100%	216	20%	20%	%
	2672											

Disciplina	ricoveri	so medio	g. Preop.	g. Media	ricoveri Alta compl.	media ass.	ricoveri chirurgici	icità media*	IO <1	PESO < 1,5	<= PESO < 2,5	IO >= 2,5	DICE DI CASE MIX	Posti letto ORD stimati con 80%	so di utilizzo PL (ORD+ Pag)	pl. ORD	pl. DH
26-MEDICINA GENERALE	962	0,93		8,95	2	71,05		2,67	54%	45%	1%	0%	0,98	29	74%	32	4
40-PSICHIATRIA	233	0,71		14,53	-	42,71		1,31	100%	0%	0%	0%	0,98	12	93%	10	0

- non vi sono funzioni di degenza ospedaliera;
- è in atto il progressivo spostamento di funzioni territoriali dalle sedi pre-esistenti, rallentato dalla necessità di espletare alcuni lavori nella struttura;
- il livello di emergenza urgenza è garantito dal SEUS 118

Ospedale di MASSAFRA

				ORDINARI>2gg		ORDINARI 0-1 G		DH		POSSIBILI AMBULATORIALI			
REPARTO	RICOVERI TOT	RICOVERI TRASF		N	%	N	%	N	%	N	%	TRASF. TOT	TRASF. ORD
160168-3921 - PEDIATRIA	210	0		191	91%	19	9%	0	0%	0	0%	0%	0%
160168-2621 - MEDICINA GENERALE	1.595	556		859	54%	52	3%	684	43%	546	34%	35%	2%
	1805												
Disciplina													
	ricoveri												
	so medio												
	g. Preop.												

Si è attuata un'articolazione nelle seguenti aree organizzative:

- Front office amministrativo (URP, CUP, ticket, assistenza amministrativa ai cittadini, ecc);
- Centro di Assistenza Limitata (ex UAL) con 12 posti tecnici di emodialisi e con possibilità di ulteriori ampliamenti a seconda delle necessità espresse dal territorio;
- PUA e UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale);
- Spazi a disposizione dei servizi sociali e del volontariato;
- Ambulatorio di assistenza infermieristica per assicurare le prestazioni di particolare rilievo infermieristico, quali le medicazioni, comprese quelle avanzate, la gestione delle lesioni cutanee e delle stomie, i prelievi ematologici, la terapia iniettiva ed infusionale e le trasfusioni;
- Servizio di continuità assistenziale(ex Guardia Medica);
- Punto di I intervento collegato al 118 con orario di attività articolato nell'arco delle 24 ore giornaliere e con disponibilità di competenze cliniche e strumentali adeguate a fronteggiare e stabilizzare, temporaneamente, le emergenze fino alla loro attribuzione al Pronto Soccorso dell'Ospedale di riferimento ed in grado di fornire risposte a situazioni di minore criticità e bassa complessità. Per ogni turno è presente almeno una unità medica ed una unità di personale infermieristico. Il Punto di I Intervento è chiamato a garantire il primo intervento sanitario, la stabilizzazione dei parametri vitali, l'attivazione del trasporto protetto. Sono attivi 4 posti "letti tecnici di primo intervento" a supporto delle attività del PPI.
- Servizi di assistenza specialistica che si stanno organizzando secondo un modello organizzativo (Day Service Ambulatoriale-DSA) di assistenza ambulatoriale complessa ed integrata, alternativa al ricovero ospedaliero, centrata sul problema clinico del paziente e non sulle singole prestazioni 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. Sono attive le branche specialistiche di Allergologia, Cardiologia, Chirurgia Vascolare, Diabetologia, Dermosifilopatia, Endocrinologia, Fisiatria, Geriatria, Medicina Del Lavoro, Medicina Riabilitativa, Neurologia, Oculistica, Odontostomatologia, Ortopedia, Ostetricia Ginecologia, Otorinolaringoiatria, Pneumologia, Psicologia, Urologia, Gastroenterologia (con attività di Gastrosopia, Colonscopia, ecc.), Chirurgia Generale, Reumatologia, Radiologia (con TAC), Patologia Clinica e da gennaio p.v. di Anestesia. Solo nel corso dei primi nove mesi del corrente anno sono state attivate oltre 140 ore specialistiche settimanali.

- Dal giorno 1 settembre 2011 è stato attivato il Centro Donna: per percorsi diagnostico-terapeutici per la prevenzione oncologica nelle donne nell'ambito dell'integrazione ospedale-territorio.

A breve partiranno i lavori per la realizzazione di un Servizio di degenza intermedia (UDT – Ospedale di comunità) con 10-16 posti-letto destinati a tutti i pazienti in fase sub-critica o immediatamente post-critica (dimissioni ospedaliere protette ad alta intensità assistenziale) per i quali la forma classica dell'assistenza domiciliare non sembra in grado di garantire adeguati livelli di sicurezza clinica.

A breve, entro la fine dell'anno, si attuerà il trasferimento del CSM (essendo completati i lavori all'interno della struttura)

Si sta continuando a lavorare con i Medici di Medicina Generale per coinvolgerli nell'attivazione di un CPT (Centro Polifunzionale Territoriale).

Ospedale di Mottola

REPARTO	RICOVERI TOT	RICOVERI TRASF	ORDINARI >2gg		ORDINARI 0-1 G		DH		POSSIBILI AMBULATORIALI		TRASF_TOT	TRASF_ORD
			N	%	N	%	N	%	N	%		
160168-6031 - LUNGODEGENTI	305	0	299	98%	6	2%	0	0%	0	0%	0%	0%
160168-2631 - MEDICINA GENERALE	463	395	0	0%	0	0%	463	100%	395	85%	85%	%
160168-0231 - DAY HOSPITAL	317	192	0	0%	0	0%	317	100%	192	61%	61%	%
	1085											

- Servizi di assistenza specialistica che si stanno organizzando secondo un modello organizzativo (Day Service Ambulatoriale-DSA) di assistenza ambulatoriale complessa ed integrata, alternativa al ricovero ospedaliero, centrata sul problema clinico del paziente e non sulle singole prestazioni 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. Sono attive le branche specialistiche di Cardiologia, Diabetologia, Dermosifilopatia, Fisiatria, Neurologia, Oculistica, Ortopedia, Ostetricia Ginecologia, Otorinolaringoiatria, Urologia, Gastroenterologia (con attività di Gastrosopia, Colonscopia, ecc.), Reumatologia, Radiologia, Patologia Clinica. Solo nel corso dei primi nove mesi del corrente anno sono state attivate oltre 80 ore specialistiche settimanali delle 160 disponibili.
- Servizio di FKT collegato alla SC di Riabilitazione dell'Ospedale SS. Annunziata
- Punto di I Intervento e sede 118

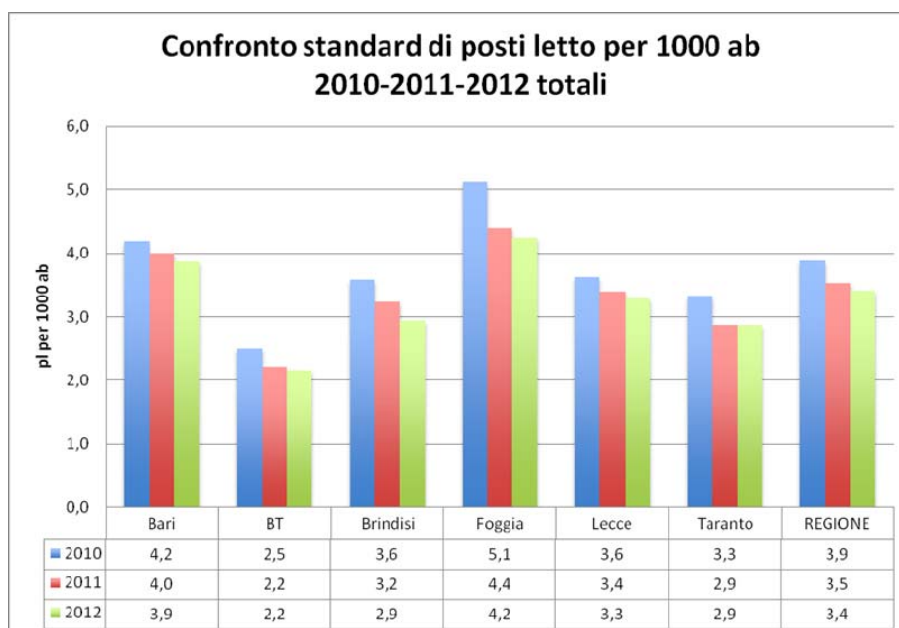
2012 - La Seconda fase di riordino ospedaliero

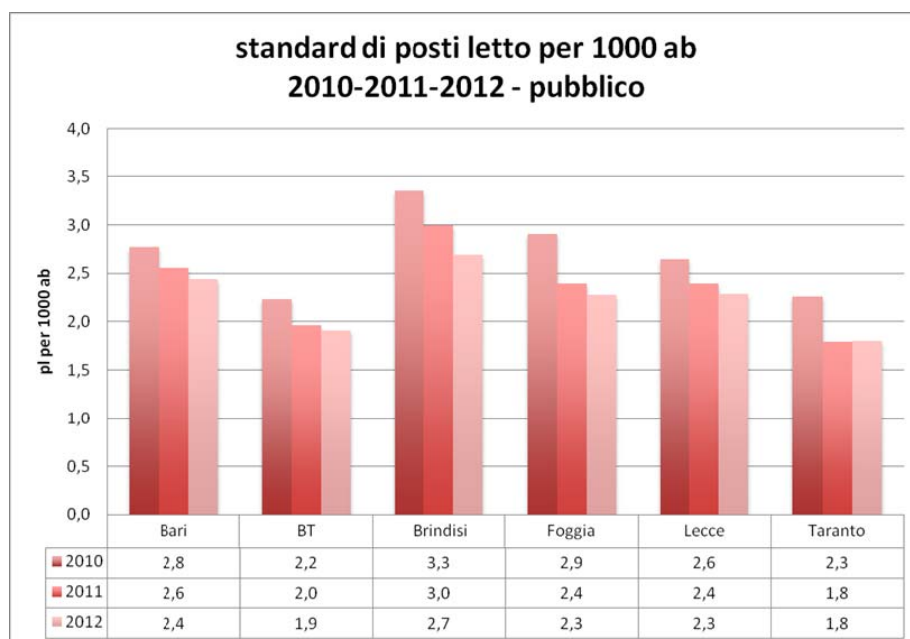
1. **Obiettivo:** taglio di ulteriori 800 pl, così ripartiti: 370 pubblici, 130 EE e IRCCS privati, 300 privato accreditato
 - a. **Indicazioni del Ministero:** la riduzione di pl si opera attraverso l'eliminazione di Unità Operative; discipline con pl in eccesso: chirurgia generale, medicina generale, geriatria, ostetricia e ginecologia, ortopedia, unità coronarica; discipline con pl in difetto: lungodegenze e riabilitazione funzionale
 - b. **Metodologia adottata per la razionalizzazione dell'offerta:**
 - i. Confronto della distribuzione di pl per disciplina – per ogni provincia – con gli standard definiti dall'Agenzia Nazionale Sanitaria (AGENAS): quantificazione numerica degli scostamenti in eccesso e in difetto
 - ii. Produzione di una griglia di indicatori delle performance di ogni singolo reparto di tutti gli ospedali pugliesi,
 - iii. Valutazione dell'appropriatezza dell'attività di ricovero per ogni singolo reparto di tutti gli ospedali pugliesi

Con il citato Regolamento Regionale n. 11 si è proceduto a definire la seconda fase del riordino ospedaliero secondo i criteri sopra riportati. In questo modo, la riduzione di posti letto è stata operata nei reparti (per le discipline in eccesso secondo il punto i.) 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 (di cui si dirà in seguito).

La dotazione di pl risultante è di 3,4 per 1000 abitanti, al di sotto di quanto previsto dal Decreto Sanità.





	2010		RR 18/2010			RR 11/2012		
	Pubblico e EE	Privato	Pubblico e EE	Diff	Riduzione %	Pubblico e EE	diff	Riduzione %
ASL BARI	1.827		1560	-267		1418	-142	
AOU Policlinico Bari	1438		1392	-46		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	
Bari	4.277	984	4034	-243	-6%	3863	-171	-4%
ASL BT	875		769	-106		747	-22	
BT	875	100	769		-12%	747	-22	-3%
ASL Brindisi	1350		1206	-144		1085	-121	
IRCCS Medea	25		30	5		30	0	
Brindisi	1375	68	1236	-139	-10%	1115	-121	-10%
ASL Foggia	970		725	-245		652	-73	
Ospedali Riuniti Foggia	893		808	-85		808	0	
IRCCS Casa Sollievo	1041		907	-134		887	-20	
Foggia	2904	372	2440	-464	-16%	2347	-93	-4%
ASL Lecce	2152		1951	-201		1863	-88	
EE Panico	386		407	21		400	-7	
Lecce	2538	407	2358	-180	-7%	2263	-95	-4%
ASL Taranto	1313		1044	-269		1046	2	
Taranto	1313	620	1044		-20%	1046	2	0%
							0	
REGIONE	13.282	2.551	11.881	-1.401	-11%	11.381	-500	-4%

La seconda fase del riordino è caratterizzata da una razionalizzazione tendenziale dell'offerta ospedaliera verso i criteri di riferimento di riorganizzazione della rete.

Sono stati avviati incontri per la definizione degli indirizzi attraverso cui giungere all'obiettivo assegnato della riduzione di 300 posti letto, che saranno omogenei con i criteri descritti per la rimodulazione dell'offerta pubblica.

Di seguito si riporta la tabella relativa ai posti letto attribuiti agli Enti Ecclesiastici e IRCCS privati:

	2010	RR 18/2010		RR 11/2012	
	EE e IRCCS privati	EE e IRCCS privati	Diff	EE e IRCCS Privati	diff
EE Miulli	577	600	23	571	-29
IRCCS Maugeri	226	230	4	230	0
IRCCS Medea	25	30	5	30	0
IRCCS Casa Sollievo	1041	907	-134	887	-20
EE Panico	386	407	-21	400	-7
Totale	2255	2174	-81	2118	-56

Riorganizzazione dei punti nascita regionali

L'Accordo Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome Rep. Atti n. 137/CU del 16/12/2010 ha emanato le "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali del percorso nascita e per la induzione del taglio cesareo" recepito con DGR n. 131 del 31.01.2011, integrata con provvedimento n. 550 del 24/03/2011, con le quali, peraltro, si provvedeva ad istituire il Comitato Percorso Nascita Regionale.

Il suddetto Accordo (allegato 1a) prevede l'inizio di un percorso che dovrà portare alla chiusura definitiva dei reparti di maternità dove si effettuano meno di cinquecento parti all'anno ed alla razionalizzazione/riduzione di quelli che ne effettuano meno di mille, prevedendo l'abbinamento per pari complessità di attività delle UUOO ostetrico-ginecologiche con quelle neonatologiche/pediatriche, con l'obiettivo primario dell'incremento della sicurezza delle partorienti e dei nascituri, nonché del contenimento del ricorso al taglio cesareo.

In data 13/05/2011 il Comitato sopracitato ha sottoscritto il primo rapporto riportante i criteri per la riorganizzazione dei punti nascita.

I dati emersi dall'ottavo "Rapporto Cedap - Analisi dell'evento nascita", pubblicato dal Ministero della Salute a maggio 2012, propongono alcune criticità che erano già state individuate dal documento "Linee guida per i Punti Nascita 2010-2012", approvato dalla Conferenza Unificata Stato-Regioni nel dicembre del 2010, e che sono all'attenzione delle regioni, e dell'amministrazione pugliese, per la riorganizzazione della rete dei punti nascita.

I dati che invitano maggiormente a riflettere e che testimoniano della necessità e dell'importanza di riorganizzare la rete dei punti nascita riguardano il numero di eventi nascita registrati nelle strutture e il ricorso al taglio cesareo.

Secondo i dati CeDAP, nel nostro Paese l'88% dei parti è avvenuto negli Istituti di cura pubblici, il 12 % nelle case di cura private. Un dato interessante, se raffrontato a quello pugliese, riguarda il numero di eventi nascita registrati nelle strutture dove avvengono almeno 1.000 parti l'anno: la media italiana è del 66,7%,

mentre in Puglia solo il 56% dei parti si svolge in strutture da 1.000 parti annui. In Puglia tali strutture rappresentano il 29% dei punti nascita totali.

Così come è interessante raffrontare il dato che riguarda i parti in strutture al di sotto dei 500 parti annui; la media italiana è del 7,92%, mentre il dato pugliese fa registrare il 9%.

Ancor più significativo è il dato pugliese se raffrontato a quello del Piemonte, dove il 97,2% degli eventi nascita, quindi la quasi totalità, avviene in strutture da 1.000 parti annui.

Un'altra criticità emersa dai dati CeDAP riguarda l'eccessivo ricorso in Italia ai tagli cesarei (38%), con differenze sostanziali fra strutture pubbliche (che effettuano tagli cesarei nel 35% dei casi) e strutture private (58,3%), e fra le diverse regioni.

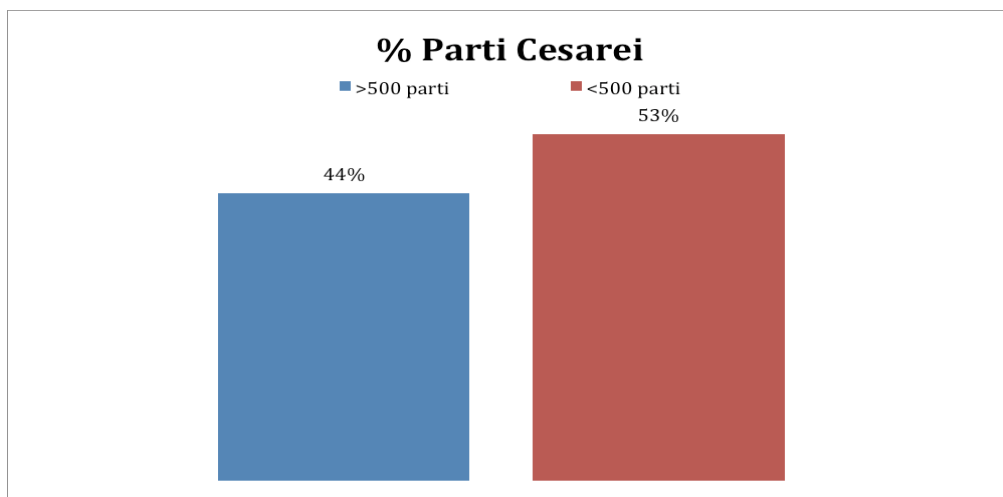
La Puglia presenta un ricorso al taglio cesareo che si attesta sul 46%, ben al di sopra del valore italiano, con un media più elevata nelle strutture che registrano meno di 500 parti l'anno (53%). Fra questi, casi eclatanti sono Ostuni (80%) e Gallipoli (58%).

Questo dato appare particolarmente preoccupante alla luce dei risultati, pubblicati il 14 giugno scorso, dello Studio delle cause di mortalità e morbosità materna e messa a punto dei modelli di sorveglianza della mortalità materna, condotto dall'Istituto Superiore di Sanità. I dati sono netti: tra le donne sottoposte a taglio cesareo rispetto a quelle che hanno partorito per via vaginale, è stata rilevata una mortalità circa 3 volte maggiore, osservazione che si aggiunge alle evidenze scientifiche che raccontano come dopo taglio cesareo vi sia una ridotta fertilità della donna, ed aumenta il rischio nelle gravidanze successive di patologie ostetriche gravi quali la gravidanza extrauterina, la placenta previa, il distacco di placenta.

In sostanza, questi dati ci dicono che di come sia necessario proseguire sulla strada intrapresa in Puglia per la riorganizzazione della rete dei punti nascita pugliesi, per migliorare la qualità, la sicurezza e l'assistenza alle donne partorienti e ai neonati.

Va specificato, tuttavia, che il Piano di riorganizzazione pugliese non si è concentrato solo ed esclusivamente sulla riorganizzazione dei punti nascita al di sotto dei 500 parti l'anno, così come indicato e previsto dalle Linee guida ministeriali, 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 di almeno una UTIN (Terapia Intensiva Neonatale), a seconda della popolosità della ASL e delle necessità espresse dai territori.

Il percorso che abbiamo di fronte per completare la riorganizzazione e la maggiore funzionalità dei punti nascita è ancora lungo, ma i dati degli ultimi rapporti del Ministero e dell'Istituto Superiore di Sanità ci dicono che le decisioni prese in Puglia sono a garanzia delle donne pugliesi e dei loro bambini, affinché abbiano i massimi livelli di sicurezza e di qualità in uno dei momenti più importanti della vita.



Nel 2011 gli stabilimenti che hanno prodotto un DRG riconducibile al parto sono stati 45 (34 pubblici, tre EE,8 case di cura private accreditate). Di questi 15 hanno realizzato un numero di parti inferiore a 500, di cui 11 pubblici e 4 privati accreditati. La tabella che segue riporta i dati relativi agli anni 2010 e 2011, nonché la percentuale di parti cesarei eseguiti.

La rimodulazione dei punti nascita è stata realizzata sulla base delle indicazioni del succitato Accordo Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome del 16.12.2010, con riferimento al numero annuale di parti, prevedendo:

- La disattivazione di 10 Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia: Lucera, Manfredonia, Canosa, Trani, Terlizzi, Molfetta, Ostuni, Fasano, Manduria, Gallipoli, Casarano;
- l'attivazione in ciascuno dei punti nascita, laddove non già previste, di UUOO neonatologiche/pediatriche.

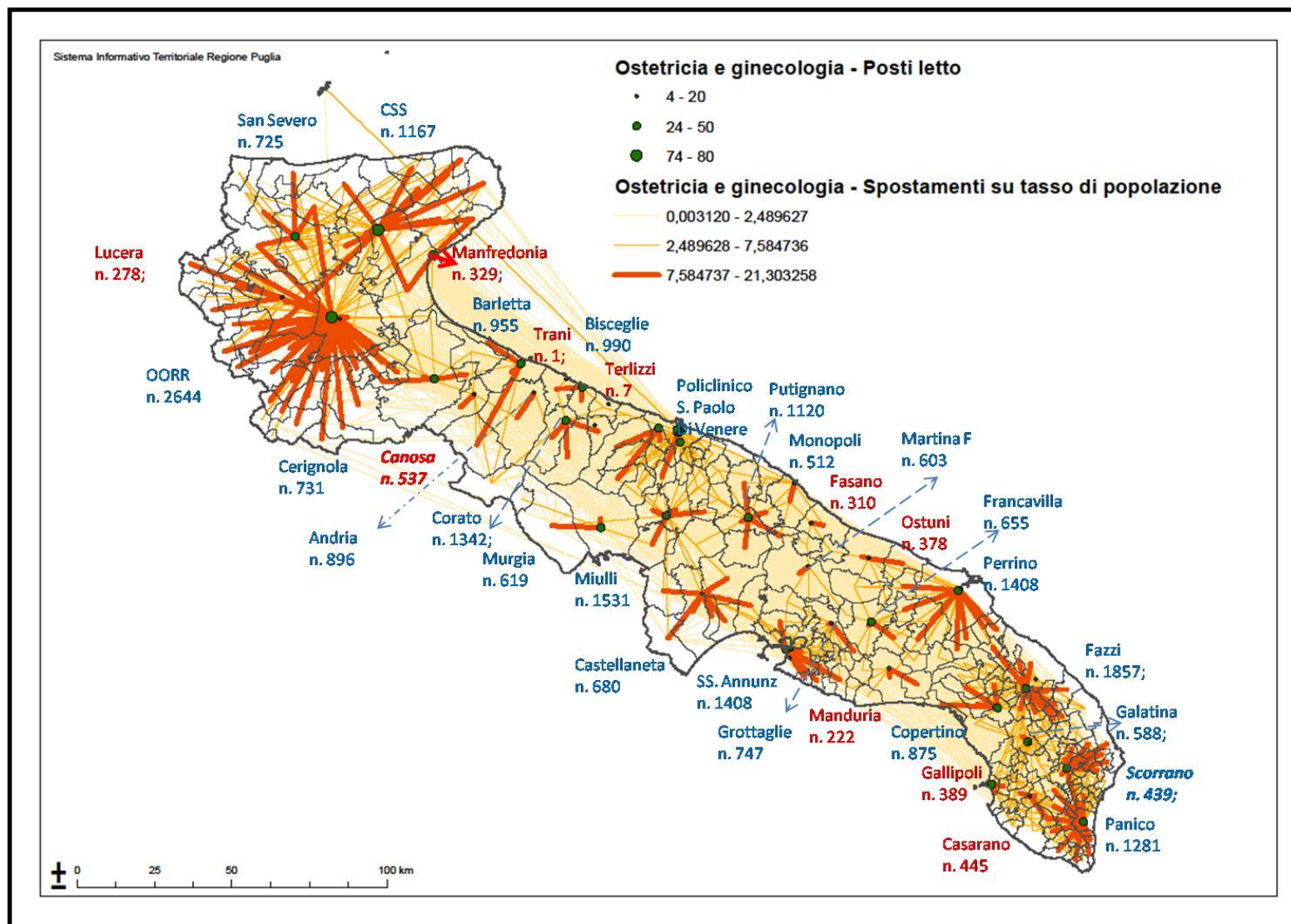
Si rileva che, rispetto ai dati di attività e al criterio generale, sono state introdotte due eccezioni:

- Il punto nascita di Canosa, che viene disattivato nonostante il numero di parti di poco superiore a 500 (n. 537) in quanto localizzato nella ASL BAT dove, per una popolazione di circa 390.000 abitanti rimangono attivi tre reparti (Bisceglie: 990 parti; Barletta: 955 parti; Andria: 896 parti);
- Il punto nascita di Scorrano, che rimane attivo con un numero di parti di poco inferiore a 500 (n. 439) per garantire adeguata copertura territoriale.

Attività 2010-2011 dei punti nascita in Puglia

STABILIMENTO	2011				2010				Diff 2011-2010			
	Totale complessivo	Totale vaginali	Totale cesarei	% Cesarei su totale	Totale complessivo	Totale vaginali	Totale cesarei	% Cesarei su totale	Totale complessivo	Totale vaginali	Totale cesarei	% Cesarei su totale
AO OSPEDALI RIUNITI - FOGGIA	2644	1.661	983	37,2%	2.731	1.773	958	35,1%	-87	-112	25	2,1%
AO CONS. POLICLINICO - BARI	1926	1.143	783	40,7%	2.126	1.202	924	43,5%	-200	-59	-141	-2,8%
ST.V.FAZZI - LECCE	1857	993	864	46,5%	1.767	954	813	46,0%	90	39	51	0,5%
ST SS. ANNUNZIATA - TARANTO	1623	712	911	56,1%	1.535	674	861	56,1%	88	38	50	0,0%
CDC S. MARIA - BARI	1568	860	708	45,2%	1.523	846	677	44,5%	45	14	31	0,7%
EE MIULLI - ACQUAVIVA D. FONTI	1531	842	689	45,0%	1.485	810	675	45,5%	46	32	14	-0,5%
P.O. BARI SUD - STAB. DI VENERE - BARI	1472	629	843	57,3%	1.533	581	952	62,1%	-61	48	-109	-4,8%
STABILIMENTO "PERRINO" - BRINDISI	1408	777	631	44,8%	1.459	755	704	48,3%	-51	22	-73	-3,4%
STABILIMENTO S. PAOLO - BARI	1392	762	630	45,3%	1.459	758	701	48,0%	-67	4	-71	-2,8%
STABILIMENTO OSP. - CORATO	1342	706	636	47,4%	1.417	778	639	45,1%	-75	-72	-3	2,3%
EE CARDINALE PANICO - TRICASE	1281	840	441	34,4%	1.249	796	453	36,3%	32	44	-12	-1,8%
EE CASA SOLLIEVO - S.G. ROTONDO	1167	720	447	38,3%	1.206	780	426	35,3%	-39	-60	21	3,0%
STABILIM. S.M.M. LAURETO - PUTIGNANO	1120	735	385	34,4%	1.112	683	429	38,6%	8	52	-44	-4,2%
OSPEDALE CIVILE V.EMANUELE II - BISCEGLIE - (BA)	990	442	548	55,4%	1.172	566	606	51,7%	-182	-124	-58	3,6%
OSPEDALE CIVILE BARILETTA - (BA)	955	574	381	39,9%	908	529	379	41,7%	47	45	2	-1,8%
OSP. DISTRETTUALE - ANDRIA	896	477	419	46,8%	916	529	387	42,2%	-20	-52	32	4,5%
ST.S.G.PPE DA COPERTINO - COPERTINO	875	540	335	38,3%	986	590	396	40,2%	-111	-50	-61	-1,9%
CDC BERNARDINI - TARANTO	863	331	532	61,6%	845	336	509	60,2%	18	-5	23	1,4%
OSPEDALE CIVILE S. MARCO - GROTTAGLIE - (TA)	747	331	416	55,7%	794	300	494	62,2%	-47	31	-78	-6,5%
CDC LA MADONNINA - BARI	732	318	414	56,6%	771	341	430	55,8%	-39	-23	-16	0,8%
OSPEDALE "G.TATARELLA"	731	348	383	52,4%	664	343	321	48,3%	67	5	62	4,1%
ST T. MASSELLI M. - SAN SEVERO	725	479	246	33,9%	728	484	244	33,5%	-3	-5	2	0,4%
CDC SALUS - BRINDISI	709	312	397	56,0%	593	254	339	57,2%	116	58	58	-1,2%
STAB. OSPEDALIERO CASTELLANETA	680	417	263	38,7%	694	400	294	42,4%	-14	17	-31	-3,7%
STABIL. "D.CAMBERLINGO" FRANCAVILLA FONT.	655	235	420	64,1%	632	260	372	58,9%	23	-25	48	5,3%
ST UMBERTO I - ALTAMURA	619	418	201	32,5%	748	513	235	31,4%	-129	-95	-34	1,1%
OSPEDALE CIVILE - MARTINA FRANCA	603	247	356	59,0%	556	222	334	60,1%	47	25	22	-1,0%
OSPEDALE S.CATERINA NOVELLA - GALATINA	588	313	275	46,8%	616	347	269	43,7%	-28	-34	6	3,1%
STABILIMENTO OSP. - CANOSA	537	361	176	32,8%	516	340	176	34,1%	21	21	0	-1,3%
STABILIM. OSP. "SAN GIACOMO" - MONOPOLI	512	350	162	31,6%	509	321	188	36,9%	3	29	-26	-5,3%
ST F. FERRARI - CASARANO	445	242	203	45,6%	486	245	241	49,6%	-41	-3	-38	-4,0%
ST I. VERIS - SCORRANO	439	185	254	57,9%	377	212	165	43,8%	62	-27	89	14,1%
OSPEDALE S.CUORE DI GESU' - GALLIPOLI	389	169	220	56,6%	466	211	255	54,7%	-77	-42	-35	1,8%
STABILIMENTO CIVILE - OSTUNI	378	75	303	80,2%	472	69	403	85,4%	-94	6	-100	-5,2%
ST S.CAMILLO DE LELLIS-MANFREDONIA	329	157	172	52,3%	514	259	255	49,6%	-185	-102	-83	2,7%
CDC PROF. PETRUCCIANI - LECCE	318	155	163	51,3%	414	212	202	48,8%	-96	-57	-39	2,5%
STABILIMENTO UMBERTO I - FASANO	310	159	151	48,7%	397	202	195	49,1%	-87	-43	-44	-0,4%
OSPEDALE F.LASTARIA - LUCERA	278	205	73	26,3%	330	226	104	31,5%	-52	-21	-31	-5,3%
CDC S. FRANCESCO - GALATINA	230	72	158	68,7%	326	129	197	60,4%	-96	-57	-39	8,3%
OSPEDALE M.GIANNUZZI - MANDURIA	222	127	95	42,8%	320	114	206	64,4%	-98	13	-111	-21,6%
CDC VILLA SERENA - CDC S. FRANCESCO - FOGGIA	16	1	15	93,8%	22	1	21	95,5%	-6	0	-6	-1,7%
CDC S. CAMILLO - TARANTO	8	1	7	87,5%	146	28	118	80,8%	-138	-27	-111	6,7%
OSPEDALE "M. SARCONI" - TERLIZZI - (BA)	7	4	3	42,9%					7	4	3	42,9%
OSPEDALE "SAN NICOLA PELLEGRINO" TRANI - (BA)	1	0	1	100,0%					1	0	1	100,0%
P.O. BARI SUD STAB. FALLACARA-TRIGGIANO	1	1	0	0,0%					1	1	0	0,0%
Totale complessivo	36119	19.426	16693	46,2%	37.520	19.973	17.547	46,8%	-1.401	-547	-854	-0,6%

Analisi origine/destinazione dei reparti di ostetricia e ginecologia: per ciascuno è riportato il n. di parti nel 2011. In rosso i punti nascita disattivati.



Dalla mappa riportata nella pagina precedente si evidenzia come, nella disattivazione dei punti nascita, siano stati salvaguardati i reparti che mostrano una maggiore attrattività non solo nei confronti dei comuni dove sono allocati ma che rappresentano un riferimento territoriale.

Si precisa che, accanto ai dati di produzione, sono stati utilizzati indicatori di performance e di efficacia dei reparti, fondati sui tassi di occupazione dei reparti, sul numero di parti per posto letto, sulla complessità della casistica trattata.

Di seguito si riportano le tabelle relative ai punti nascita così come definiti dal Regolamento Regionale 11/2012 per provincia, che comprendono anche le case di cura private accreditate.

POSTI LETTO PER STABILIMENTO e DISCIPLINA

PUBBLICI (DGR n.1110_05.06.2012)e PRIVATI ACCREDITATI (HSP 13 Quadro E Agg. al 22/06/2012)

COD_ASL	ASL	COD_STABIL	DESCRIZIONE_STABILIMENTO	37 Ostetricia e ginecologia	39 Pediatria	62 Neonatologia	73 Terapia intensiva neonatale
106	BRINDISI	16016102	STABILIMENTO UMBERTO I - FASANO	-	12	-	-
		16016201	STABIL."D.CAMBERLINGO" FRANCAVILLA FONT.	24	16	6	-
		16017001	STABILIMENTO "PERRINO" - BRINDISI	46	20	12	8
		16010101	CDC SALUS - BRINDISI	16	-	-	-
			TOTALE ASL	86	48	18	8
112	TARANTO	16007501	OSPEDALE CIVILE - MARTINA FRANCA	24	10	-	-
		16016801	STAB. OSPEDALIERO CASTELLANETA	24	10	6	-
		16017201	ST SS. ANNUNZIATA - TARANTO e ST S.G. MOSCATI - TARANTO	42	20	16	10
		16019101	OSPEDALE CIVILE S. MARCO - GROTTAGLIE - (TA)	24	10	6	-
		16011101	CDC BERNARDINI - TARANTO	16	-	-	-
		16011201	CDC D'AMORE - TARANTO	12	-	-	-
		16011401	CDC S. CAMILLO - TARANTO	16	-	-	-
			TOTALE ASL	158	50	28	10
113	BAT	16017401	OSP. DISTRETTUALE - ANDRIA	24	10	6	6
		16017701	OSPEDALE CIVILE BARLETTA - (BA)	24	10	6	6
		16017801	OSPEDALE CIVILE V.EMANUELE II - BISCEGLIE - (BA)	24	10	6	-
			TOTALE ASL	72	30	18	12
114	BARI	16007801	EE MIULLI - ACQUAVIVA D. FONTI	42	10	20	8
		16015701	ST UMBERTO I - ALTAMURA (OSPEDALE MURGIA)	24	10	6	-
		16015801	STABILIMENTO S. PAOLO - BARI	28	10	6	-
		16015901	STABILIM. OSP. "SAN GIACOMO" - MONOPOLI	24	-	6	-
		16016001	STABILIM. S.M.M. LAURETO - PUTIGNANO	24	-	6	-
		16016901	P.O. BARI SUD - STAB. DI VENERE - BARI	30	-	12	8
		16017601	STABILIMENTO OSP. - CORATO	32	10	6	-
		16090101	IRCCS ONCOLOGICO - BARI	10	-	-	-
		16090701	AO CONS. POLICLINICO - BARI	80	40	15	8
		16090702	STAB. GIOVANNI XXIII - BARI	-	30	-	-
		16008601	CDC LA MADONNINA - BARI	24	-	-	-
		16008701	CDC S. MARIA - BARI	46	-	-	-
			TOTALE ASL	364	110	77	24
115	FOGGIA	16004701	OSPEDALE "G.TATARELLA" - CERIGNOLA	24	20	6	-
		16016301	ST T. MASSELLI M. - SAN SEVERO	24	10	6	-
		16016401	ST S.CAMILLO DE LELLIS-MANFREDONIA	-	10	-	-
		16090501	EE CASA SOLLIEVO -S.G. ROTONDO	72	26	16	8
		16091001	AO OSPEDALI RIUNITI - FOGGIA	76	22	20	14
		16018101	CDC VILLA SERENA - CDC S. FRANCESCO - FOGGIA	16	-	-	-
			TOTALE ASL	212	88	48	22

116	LECCE	16006201	OSPEDALE S.CATERINA NOVELLA - GALATINA
		16006301	OSPEDALE S.CUORE DI GESU'-GALLIPOLI
		16008001	EE CARDINALE PANICO - TRICASE
		16016501	ST.S.G.PPE DA COPERTINO - COPERTINO
		16016601	ST I. VERIS - SCORRANO
		16016701	ST F. FERRARI - CASARANO
		16017101	ST."V.FAZZI" - LECCE
		16010701	CDC PROF. PETRUCCIANI - LECCE
		16011001	CDC S. FRANCESCO - GALATINA
		TOTALE ASL	
		TOTALE REGIONE	

32	10	6	-
-	10	-	-
30	10	8	6
32	10	6	-
24	10	6	-
-	16	-	-
50	20	12	8
12	8	-	-
16	-	-	-
196	94	38	14
1.088	420	227	90



MINISTERO DELLA SALUTE
MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

Oggetto: DGR n.1110 del 05/06/2012 Piano di rientro e riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2010-2012 - Modifica ed integrazione al Regolamento Regionale 16 dicembre 2010, n.18 e s.m.i. di riordino della rete ospedaliera della Regione Puglia.

Obiettivo: A2.1.1- Piano di riordino della rete ospedaliera

Roma, 17.09.2012

...

Analizzando nel dettaglio il provvedimento si rileva positivamente, dall'analisi delle singole strutture ospedaliere, una riduzione di circa 25 unità operative rispetto al regolamento regionale n. 18/2010.

Si ritiene apprezzabile lo sforzo di razionalizzazione della rete ospedaliera proposto e in particolare la volontà di ispirare i criteri di riorganizzazione alle Linee guida e standard proposti dall'Agenas, in particolare si rileva la forte riduzione delle Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia di circa 8 unità operative, della Pediatria con una riduzione di 3 unità operative e della UTIC con una riduzione di 17 unità operative.

Per quanto riguarda le strutture di riabilitazione extraospedaliera Centri Risveglio si rileva positivamente la scelta di dedicare a tal fine le strutture pubbliche interessate al processo di disattivazione (indicati all'art. 1, comma 1, lettere b) e c); comma 1-bis, lettera e)).

...

6. si rileva che il numero delle unità operative di Ostetricia, Ginecologia e di Pediatria, nonostante sia stato effettuato uno sforzo importante, risulta ancora elevato se si considera che alle unità operative riportate nel regolamento regionale dovranno essere aggiunte quelle private; si chiede pertanto uno schema riepilogativo per poter valutare complessivamente il fabbisogno sanitario
7. come già indicato nei precedenti pareri, continuano ad essere elevate anche le unità operative di cardiologia, chirurgia generale, geriatria, oncologia e pneumologia

...

Il problema dei tempi d'attesa è una delle questioni più complesse in sanità e su questo tema da anni si confrontano tutti i sistemi regionali. Lo stesso Piano nazionale per i tempi d'attesa 2009-11 sottolinea questo elemento come una delle difficoltà comuni a tutti i sistemi sanitari regionali in Italia e nel mondo.

La Regione Puglia ha tempestivamente 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:

1. Appropriatelyzza e Diffusione di Linee guida
2. Formazione
3. Potenziamento dei CUP
4. Gestione delle liste d'attesa secondo criteri di priorità negli accessi
5. Informazioni sulla disponibilità di servizi
6. Modalità di Accesso alle prestazioni e distribuzione dell'offerta di prestazioni
7. Partecipazione dei cittadini e controllo sulla funzionalità dei servizi
8. 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 subito 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 ed i successivi piani attuativi aziendali hanno recepito un elenco di prestazioni sia ambulatoriali che di ricovero, per le quali viene garantito il rispetto dei tempi d'attesa previsti per ciascuna priorità d'accesso (codice U-Urgente, da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore; codice B-Breve, da eseguire entro 10 giorni; codice D-Differibile, da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici; codice P-Senza priorità). Il Piano nazionale, peraltro, prevede che qualora il cittadino richieda la prestazione presso una struttura diversa da quella ove il tempo massimo può essere assicurato, può venir meno tale garanzia.

I monitoraggi che vengono effettuati dal Ministero della salute confermano il rispetto di tali standard da parte della Regione Puglia, per quasi il 90% dei casi in cui viene indicata una priorità, sebbene vi sia da segnalare che talora vengono richieste prestazioni con priorità d'urgenza non sempre giustificata.

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 il Progetto di presa in carico dei pazienti cronici, descritto in seguito, secondo il modello sperimentato nella ASL Lecce con il Progetto Leonardo, che ha dimostrato che è possibile governare le liste d'attesa per i controlli programmati da eseguire periodicamente ai pazienti cronici, facendosi carico anche delle loro difficoltà ad accedere ai servizi, in particolare per le fasce più deboli della popolazione.

Vi è da essere soddisfatti se si considera che i monitoraggi effettuati secondo il metodo definito dal MS e dall'Agenas vede **la Puglia tra le regioni che assicurano, con performance tra le migliori d'Italia, 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.**

Questi dati sono contenuti nel Rapporto, in via di pubblicazione, che l'Agenas ha prodotto sull'analisi dei tempi d'attesa per i PDT complessi, effettuata sulla scorta dei flussi sanitari correnti del secondo semestre del 2010. Questo dato conferma i precedenti monitoraggi ed una nuova verifica sui dati del 2011 sarà effettuata, come previsto dal Piano nazionale dei tempi d'attesa, entro la fine di questo anno.

D'altra parte, la Regione Puglia ha attivato, già dal 2004, un monitoraggio sui reclami che vengono presentati dai cittadini, che comprende anche la categoria dei tempi d'attesa.

Nel corso del 2011 sono stati presentati 2.162 reclami per questo motivo: essi **sono diminuiti del 20, 43%** rispetto al dato del 2010, in cui si è registrata quella grave crisi a causa del Piano di rientro. Ma è da sottolineare che si tratta, in valore assoluto, del dato più basso di tutto il periodo storico esaminato, cioè dal 2004 ad oggi.

Tutti i dati di monitoraggio a nostra disposizione, quindi, evidenziano che, nonostante le difficoltà evidenti che ci sono, la Puglia è in grado di assicurare l'accesso alle prestazioni per le condizioni che richiedono tempestività.

Ma ciò che è evidente non è sufficiente per evitare che si continuino a strumentalizzare i tempi d'attesa per polemizzare comunque. Si continuano a segnalare casi eclatanti, in particolare per alcune tipologie di prestazioni.

Per quanto riguarda le mammografie, è noto che, nel 2008, è stato avviato lo screening per l'accertamento diagnostico precoce di tumore, per cui le donne sane vengono invitate a recarsi presso uno dei 45 servizi di radiologia di riferimento per l'esecuzione dell'esame. La sorveglianza per la diagnosi precoce di tumore della mammella è rivolta a tutte le donne sane nella fascia d'età tra i 50 ed i 69 anni, a cui viene inviata una lettera di chiamata attiva. Questa metodologia viene attuata nel rispetto delle Linee guida Ministeriali, per cui le donne pugliesi accedono alle prestazioni preventive con la stessa cadenza temporale rispettata in tutta Italia.

Inoltre la Regione Puglia, anticipando i più recenti orientamenti internazionali, garantisce la prevenzione del carcinoma mammario anche alle donne della fascia d'età tra 40 e 49 anni, che in molte regioni sono escluse dai programmi di diagnosi precoce.

Per le donne di qualsiasi età che siano sintomatiche, cioè che presentano noduli sospetti, viene garantita la priorità di accesso ed i tempi d'attesa sono brevissimi (mediamente una settimana, con tempo massimo comunque entro 10 giorni), così come stabilito in tutti i Piani aziendali per il contenimento dei tempi d'attesa. Se vi è chi preferisce non aderire ai programmi di screening, mettendo in crisi complessi processi organizzativi, e vuole effettuare prestazioni preventive per conto proprio, può effettivamente verificare tempi d'attesa lunghi.

Per quanto riguarda le visite cardiologiche, il Piano regionale per il contenimento dei tempi d'attesa garantisce, ai pazienti per i quali i medici curanti segnalino condizioni cliniche particolari, il rispetto dei tempi massimi individuati dalla regione. Questi pazienti sono inseriti nelle liste d'attesa con tempi massimi garantiti, qualora sia indicata la condizione clinica che ne prescrive la priorità (entro 10 o 30 giorni). Solo per i pazienti che devono effettuare controlli programmati, cioè non di primo accesso e quindi non con carattere prioritario, i tempi d'attesa sono più lunghi, poiché rispettano protocolli di follow-up.

E' da segnalare, inoltre, che per le prestazioni urgenti o che vengono considerati tali dallo stesso paziente, sia il sistema del 118 che i Punti di primo soccorso sono attrezzati con il sistema della telecardiologia, che consente la risposta in tempo reale ai pazienti con patologie acute e/o emergenti. Solo attraverso tale sistema vengono erogate circa 50-60.000 prestazioni ogni anno.

I passi avanti compiuti dalla regione Puglia nell'assistenza cardiologica sono di tale importanza, tali che questo settore viene considerato all'avanguardia nel nostro paese. Non solo le riviste di settore, incluso il Sole 24ore, ma anche importanti settimanali di divulgazione segnalano questa realtà (vedi articolo Panorama del 2009).

Il processo di riorganizzazione dell'assistenza territoriale passa attraverso la rimodulazione dei modelli organizzativi e assistenziali da un lato, e dall'altro la piena e completa integrazione di tutti gli attori del sistema a comini caro dai MMG.

La Regione Puglia, capofila per il Progetto Mattoni del Ministero della Salute "Assistenza primaria e prestazioni domiciliari", già da tempo e fra le prime in Italia, ha avviato la sperimentazione di forme di associazione complessa, prevedendo all'interno degli accordi regionali e aziendali specifiche forme di finanziamento. A tali modelli associativi hanno aderito circa un terzo dei professionisti, cui corrisponde di fatto un terzo della popolazione pugliese.

Programma di implementazione del Progetto "Modello assistenziale di gestione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici e di presa in carico dei soggetti con patologie croniche nel territorio della Puglia"

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*.

Lo spostamento di una parte sempre più cospicua di Assistenza Sanitaria dall'*Ospedale* al *Territorio* rappresenta da anni una questione centrale delle politiche sanitarie per via dei progressi intervenuti nelle metodiche di diagnosi e di cura e della consapevolezza che ne hanno i pazienti e gli operatori, talvolta ostili al cambiamento per ragioni assai lontane dalle logiche tecniche e di evidenza scientifica.

La *politica dei campanili* in sanità e più specificatamente in quella parte della sanità che si occupa della cura delle acuzie, genera una *costosa e pericolosa* confusione tra qualità e comodità delle cure.

Il risultato è la difesa di strutture ad alto rischio, composte da piccole unità che garantiscono cure primarie erogabili sul territorio. La conseguenza, dimostrata dai dati di attività, è l'inefficienza ed i costi elevati, prodotti dalla duplicazione degli interventi, dai ricoveri impropri, e dall'aumento dei ricoveri in day hospital.

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, dovrebbero 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.

D'altronde l'integrazione tra i due sistemi si realizza su altri livelli e condividendo specifici strumenti organizzativi.

All'interno di questo quadro, diventava indispensabile sviluppare un sistema regionale che permettesse 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.

Descrizione del Progetto di Implementazione del Disease and Care Management delle patologie croniche nei Comuni interessati dal Piano di Riordino Ospedaliero (secondo il modello assistenziale attuato nel Progetto Leonardo)

Nei Comuni pugliesi interessati dal Riordino Ospedaliero vi è la necessità di attivare nel territorio forme di assistenza primaria che si sono dimostrate in grado di offrire una risposta ottimale, in termini di efficienza, efficacia e gradimento, rispetto alla gestione dei soggetti, anche di quelli fragili, affetti da patologie croniche. Un processo di riconversione dell'assetto organizzativo dei servizi in tali aree deve porsi l'obiettivo di garantire la soddisfazione e la presa in carico di quei bisogni di assistenza a cui ha risposto tradizionalmente, sebbene in maniera impropria, l'Ospedale.

Il Disease and Care Management (D&CM) rappresenta un approccio sistemico ed Evidence-based alle patologie croniche, che vede il coinvolgimento di tutti gli "erogatori di assistenza" per la presa in carico dei "fabbisogni complessi" di salute del paziente (non soltanto cioè dei bisogni di tipo clinico, diagnostico-terapeutico, ma anche di quelli relativi al più ampio concetto di "qualità di vita" secondo il concetto di "salute globale" indicato dall'OMS).

Le singole realtà locali coinvolte nel piano di rientro presentano molte specificità di natura geografica, economica, sociale, sanitaria e clinica, per cui appare necessario indicare il modello assistenziale generale che assicuri la continuità delle cure, per il raggiungimento del quale sono possibili più modelli organizzativi locali, che verranno di seguito specificati. Sarà necessario in ogni caso misurare i processi e gli esiti dei differenti modelli organizzativi secondo indicatori unitari, che consentano la valutazione anche comparata del raggiungimento degli obiettivi assistenziali proposti.

Il modello

Il modello assistenziale qui proposto si basa sulla presa in carico del paziente cronico, nell'ambito delle cure primarie, secondo il Chronic Care Model. Esso è stato sperimentato nella ASL di Lecce, con il Progetto Leonardo Disease and Care Management, verificandone la fattibilità e la qualità dei risultati. Le patologie croniche che si vogliono prendere in considerazione in questa prima fase sono: diabete mellito, Malattia Cardio-Vascolare (MCV) cronica conclamata o alto rischio per MCV, Scompenso Cardiaco, Bronco-Pneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO).

La presa in carico globale intende:

- 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

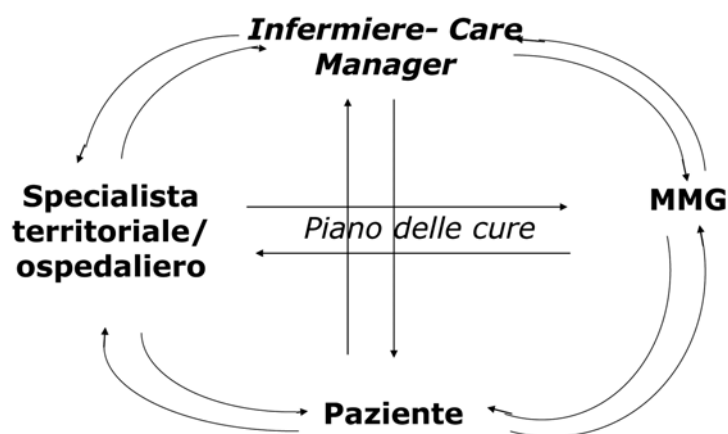
Elemento fondamentale del modello è l'individuazione dei compiti assistenziali dei diversi professionisti coinvolti (chi fa che cosa?) e la **forte integrazione** tra di essi attraverso momenti istituzionalizzati di comunicazione. Altra caratteristica fondante, che dovrà essere patrimonio di tutti i professionisti, è l'orientamento verso l'**empowerment del paziente**, che dovrà essere coinvolto nella determinazione del piano delle cure al fine di acquisirne la progressiva responsabilizzazione e la migliore aderenza ad esso.

Elemento fortemente innovativo sarà l' **Infermiere / Care Manager (CM)**. E' una figura professionale per molti aspetti nuova, derivante dall'esperienza del Progetto Leonardo DCM, che coniuga le capacità

professionali infermieristiche con quelle di informazione, educazione al self-management e coaching del paziente. E' figura professionale 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, si migliora l'aderenza ai percorsi di cura e al trattamento, con una forte attenzione agli stili di vita salutari, per ottenere migliori outcome clinici (Figura 1).

Figura 1 - Équipe sanitaria



L'intervento si basa sul rapporto fiduciario medico-paziente, disegnando percorsi clinici per le patologie cardiovascolari e per la prevenzione primaria e secondaria delle stesse, (basati sulle raccomandazioni cliniche e i percorsi assistenziali validati), supportando i medici di famiglia ed i pazienti nel loro percorso clinico con gli Infermieri/Care Manager (CM) specificamente formati alle tecniche del coaching.

Dopo l'arruolamento da parte del medico di famiglia o lo specialista, il CM completa la valutazione iniziale utilizzando le informazioni fornite dal paziente e quelle già contenute nel database del medico. Il medico ed il CM definiscono poi il piano delle cure (piano assistenziale individuale) che condividono con il paziente. Vengono attivati, ove necessario, consulti specialistici, utilizzando agende dedicate di prenotazione, per completare il piano delle cure. Si organizza, infine, il follow up individualizzato, più o meno intenso a seconda dei bisogni assistenziali.

Ogni passaggio viene registrato su una Scheda di Valutazione del Paziente per il care management delle cronicità, patrimonio di tutti gli attori del Piano delle Cure, che orienterà l'attività assistenziale e di coaching del paziente, la cui sintesi accompagnerà il paziente anche in occasione di altre consulenze specialistiche o di ricoveri. La scheda di Valutazione del Paziente sarà informatizzata e risiederà nel Sistema Informatico Regionale, interfacciandosi con i principali software in uso presso i medici di famiglia e rappresenterà anche lo strumento per la raccolta dei dati e l'analisi statistica.

Il programma viene quindi attuato attraverso 7 passaggi fondamentali (Figura 2) governati dal Medico di Medicina Generale, che guida e supervisiona gli operatori che con lui collaborano alla gestione del percorso di salute:

1. Verifica dei criteri di inclusione ed esclusione, arruolamento
2. Valutazione del paziente: verifica dello stato di salute del paziente e stratificazione del livello di gravità della patologia
3. Definizione degli obiettivi di salute: gli obiettivi sono costruiti sulla base di raccomandazioni cliniche tratte da una attenta analisi della letteratura

4. Impostazione e sviluppo del piano di salute personalizzato: oltre al piano clinico terapeutico, il piano di salute è composto anche dal piano assistenziale, cioè da quell'insieme di attività ritenute necessarie per il raggiungimento degli obiettivi di salute
5. Monitoraggio e valutazione della corretta attuazione del piano di salute
6. Formazione del paziente
7. Ricorso appropriato ai servizi

Figura 2 - Attuazione del programma di Disease Management



L'Infermiere CM, nell'attuazione del piano di salute, garantisce la presa in carico assistenziale agendo in relazione diretta con il paziente attraverso una costante:

- attività di monitoraggio e valutazione dell'adesione al piano di salute
- attività di "coaching" basata su:
 - Informazione
 - Motivazione
 - Supporto Educazione al self-management

Il Paziente, in tale contesto di sinergie e relazioni, assume un ruolo attivo nel processo assistenziale, in quanto viene responsabilizzato ed educato a comprendere quanto lui stesso possa fare per migliorare gli esiti e la qualità della vita.

Sarà utile **limitare il più possibile la mobilità** del paziente cronico. I prelievi per i test clinici periodici, l'ECG (anche in telemedicina), la spirometria saranno eseguite presso le strutture organizzate coinvolte nel progetto. Presso le medesime sedi e/o presso i poliambulatori specialistici saranno eseguite tutte le prestazioni specialistiche legate alla gestione della cronicità, in particolare: l'esame del fundus oculi, le consulenze diabetologica, cardiologica, pneumologica.

Nel caso di pazienti con patologia conclamata le altre consulenze specialistiche dovranno usufruire di medici di riferimento (al fine di garantire la continuità assistenziale e l'integrazione) con la prenotazione attraverso agende esclusive per la cronicità.

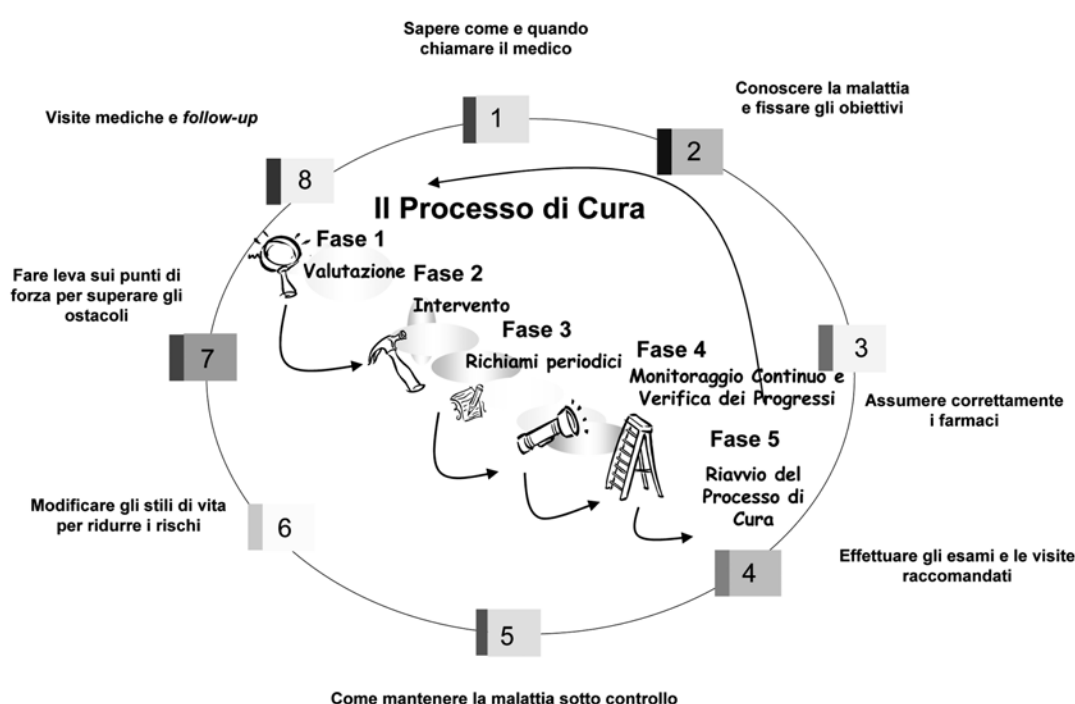
Sarà calcolato localmente il **fabbisogno orario dei CM** per il Disease and Care Management, come proposto nel presente progetto. A differenza della sperimentazione del progetto Leonardo gli infermieri/ CM svolgeranno nell'ambito della medicina generale anche attività di assistenza domiciliare. Tenendo conto di questo aspetto in prima ipotesi si prevede che un gruppo di 4 medici

con una media di 5200 assistiti abbia in organico n. 2 infermieri / CM, che dedicheranno circa la metà del proprio monte/ore annuale ai compiti assistenziali tradizionali e metà all'attività dell'ambulatorio orientato alla cronicità.

Occorrerà valutare comunque in ogni realtà locale la disponibilità del personale infermieristico già in organico, al fine di reclutare un numero adeguato di Care Manager che si avvicini il più possibile al rapporto sopra indicato.

Tutto il processo di cura, dall'intervento formativo per gli infermieri sino al materiale educativo per il paziente ed il software gestionale, è strutturato intorno al modello delle "8 priorità", finalizzate al raggiungimento di consapevolezza e capacità di autogestione della condizione cronica da parte del paziente stesso (Figura 3).

Figura 3 - Le "8" Priorità Base di autogestione da parte del paziente ed il ciclo del processo di cura



I modelli organizzativi: fase comune

I modelli organizzativi complessi presenti in Regione (Super Gruppo, Super Rete, Centri Polifunzionali Territoriali (CPT), UTAP, Case della Salute), sono la sede ideale per la realizzazione del modello di D&CM, in grado di garantire al meglio:

- assistenza continuativa nell'arco delle 10 o 12 ore giornaliere;
- moderna gestione delle condizioni croniche attraverso una migliore organizzazione e integrazione tra le varie figure professionali;
- attività orientata ad obiettivi di salute e di prevenzione.

Tuttavia sono qui individuati modelli operativi adattabili alle forme associative semplici della medicina generale (in particolare alla medicina di gruppo prevista dall'Accordo Nazionale) e ai Medici di Famiglia che operano singolarmente, perché **tutta la medicina territoriale delle aree interessate dovrà essere coinvolta nel nuovo modello assistenziale.**

Rispetto al progetto Leonardo l'attuale organizzazione prevede l'estensione del modello assistenziale anche ai pazienti con BPCO, mentre per i pazienti oncologici, per i quali esiste una forte specificità dei percorsi diagnostico-terapeutici, si rimanda ad una fase successiva del progetto.

Il modello organizzativo prevede inoltre che gli infermieri CM si occupino anche dell'Assistenza Domiciliare rivolta a soggetti in condizione di non autosufficienza o ridotta autosufficienza temporanea o protratta; si tratta in questo caso di pazienti complessi che necessitano di una valutazione del bisogno e di scelte assistenziali personalizzate modulate sui bisogni sanitari e socio assistenziali.

I Distretti, con i loro quadri dirigenti, devono essere pienamente coinvolti in tutte le fasi applicative dei modelli organizzativi.

Lo stato di avanzamento del Progetto di presa in carico secondo il modello di Disease and Care Management

Il Progetto ha inteso dare una risposta alla necessità di dotare il Distretto SocioSanitario di forme organizzative di alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale, in grado di offrire risposte complesse al bisogno di salute della popolazione, richiede anche un potenziamento ed una ridefinizione dei servizi attualmente esistenti. L'attività in corso si fonda sull'analisi dell'attività svolta dai 19 ospedali che è risultata soddisfare solo il 12% del bisogno di ricoveri espresso dalla popolazione residente, peraltro erogabile nel 50% dei casi in setting alternativo a quello ospedaliero.

In questo complessivo riordino del Sistema Sanitario Regionale, l'Agenzia Regionale Sanitaria della Puglia (AReS - Puglia) ha messo a punto un piano di implementazione del modello assistenziale di gestione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici e di presa in carico di persone con patologie croniche nel territorio regionale denominato "Progetto Nardino" (Delibera D.G. del 09.05.2011, n. 175.).

Il modello assistenziale proposto si basa sulla presa in carico delle persone a rischio di fragilità e affette da patologie a lungo termine 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. 695/2011.

I possibili modelli organizzativi, previsti dal "Progetto Nardino", sono:

- modello basato sulle forme complesse di associazionismo della Medicina Generale;
- modello basato sulle Case della Salute o Presidi 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.

Il Servizio Infermieristico ed Ostetrico Distrettuale, all'interno del sistema di "Cure Primarie" e attraverso una sua forte integrazione con l'Associazionismo Complesso della Medicina Generale diviene il punto di forza del modello proposto almeno per tre principali motivi:

1. presidia la funzione di "presa in carico" ed assicura la continuità delle cure;
2. svolge, di conseguenza, un ruolo determinante nella gestione dei Pazienti con patologie a lungo termine, non necessariamente cronici e soprattutto ancora autosufficienti, in modo da evitare o ritardare il più possibile il loro ingresso in un circuito assistenziale territoriale a più alta intensità di cure;
3. aggiorna costantemente la "storia assistenziale del Paziente" in modo evitare il ricorso a prestazioni diagnostiche e terapeutiche inutili, se non dannose, e opera un reale "filtro", in particolare in relazione ai pazienti non classificati, al ricorso improprio al pronto soccorso e al ricovero ospedaliero.

Il percorso di costruzione del modello, implementazione, monitoraggio e verifica del Disease and Care Management è stato dettagliato all'interno di un Programma Operativo che, oltre a coinvolgere nella prima

fase le sole strutture ospedaliere in fase di riconversione, attualmente interessa tutti i 49 distretti sociosanitari.

Le fasi di coinvolgimento sono tre:

1. la prima fase prevede l'attivazione del Progetto nei Comuni ove sono in riconversione le strutture ospedaliere, attraverso il coinvolgimento delle Direzioni di Distretto e dei Medici di Medicina Generale, l'arruolamento degli infermieri, la formazione del personale coinvolto nel processo, l'istituzione degli ambulatori infermieristici nella struttura dell'ospedale in riconversione e l'installazione e utilizzo del software;
2. la seconda fase coinvolge l'intero territorio di riferimento del distretto nel quale è stata espletata la prima fase, attraverso il coinvolgimento delle Direzioni di Distretto e dei Medici di Medicina Generale, la formazione del personale coinvolto nel processo, l'istituzione degli ambulatori infermieristici nelle strutture individuate dalla Direzione del distretto e l'installazione e utilizzo del software;
3. la terza fase prevede il coinvolgimento di tutti gli altri 49 distretti presenti sul territorio regionale, con le stese modalità indicate al punto precedente.

Primi risultati al 31 agosto 2012

Pazienti presi in carico	n.
Femmine	500
Maschi	427
Totale	927

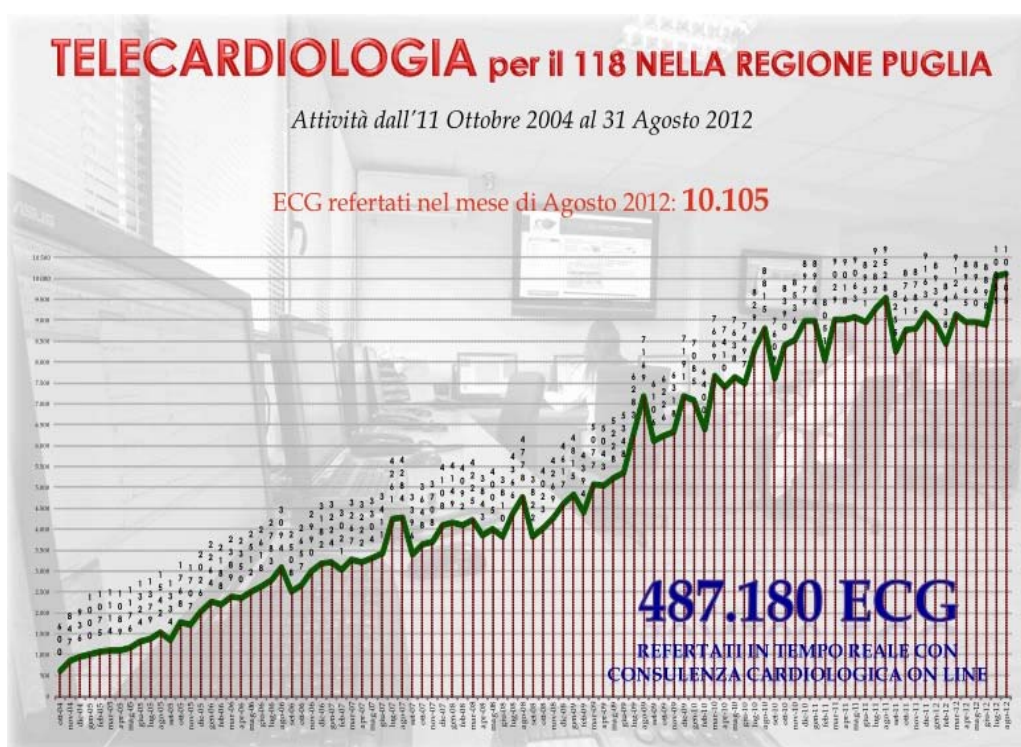
Pazienti presi in carico per Patologia		
Patologia	n.	%
Diabete tipo I	29	3,128
Diabete tipo II	458	49,40
Rischio MCV	272	29,34
Scompenso cardiaco	4	0,431
Rischio Diabetico	12	1,294
BPCO	51	5,501
MCV conclamata	131	14,13

ASL	Distretto	N. Pazienti	N. Infermieri
Foggia	San Marco in Lamis	16	1
BT	Minervino Murge	101	1
BT	Spinazzola	104	1
Brindisi	Ceglie Messapica	228	3
Lecce	Maglie	124	4
Lecce	Campi Salentina	275	3
Lecce	Casarano	29	1
Lecce	Gallipoli	15	1
Lecce	Galatina	56	2
Taranto	Messagne	7	3

TELECARDIOLOGIA NELLE EMERGENZE

Il Progetto “Telecardiologia nelle Emergenze”, esteso a tutti i mezzi del **118**, ha raggiunto il 31 agosto la quota di **487.180** prestazioni.

La procedura è stata di primaria importanza nei **5.466** casi di IMA con ST sovraslivellato (avviati immediatamente a ripercussione coronarica mediante angioplastica primaria), nelle **20.238** sindromi coronariche acute e nelle **33.934** aritmie minacciose. In complessivi **59.638** casi, dunque, la riduzione del *time to treatment* è risultata di importanza decisiva nel ridurre le conseguenze dell'evento acuto, quando non è stata determinante *quoad vitam*, per la vita stessa del paziente.



La tele cardiologia si è dimostrata uno strumento utile non solo nella gestione delle emergenze ma anche nell'ambito della presa in carico dei soggetti cronici. Sugli oltre 800 pazienti reclutati dal Progetto Nardino, 424 sono stati gli ECG effettuati attraverso il sistema della tele cardiologia, e 25 hanno consentito di diagnosticare infarti miocardici acuti in atto.

Progetto Nardino

Report dati al 16 Settembre '12

Codice	data attivazione	ECG
DIS2 CAMPI	29 Maggio '12	135
DIS6 MAGLIE	29 Maggio '12	132
DIS3 SPINAZZOLA	13 Giugno '12	5
DIS3 MINERVINO	13 Giugno '12	0
PPI MELPIGNANO	08 Giugno '12	37
PPI PORTO BADISCO	07 Giugno '12	115
totale prestazioni		424

Nei distretti di Campi Salentina, Maglie e nelle aree del Subappennino Dauno è stato inoltre effettuato lo start up del programma di **telediabetologia**, un ulteriore strumento per la presa in carico delle cronicità.

Situazione del personale del SSR

Tra le condizioni necessarie per garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, riveste sicuramente una valenza strategica la disponibilità di un'adeguata dotazione di personale (medici, infermieri, tecnici e operatori sociosanitari).

Una delle principali criticità che la Regione Puglia si trova ad affrontare in questa delicata fase del processo di riorganizzazione del proprio sistema sanitario è quella della grave carenza di personale in tutte le Aziende Sanitarie.

Questa situazione è il frutto del combinato disposto di due fattori: il blocco totale del turn over, previsto dal Piano di Rientro 2010-2012, sottoscritto nel novembre 2010 e la norma prevista dalla finanziaria 2006, che stabilisce per le regioni, a partire dall'anno 2007, il limite di spesa per il personale del sistema sanitario nella misura della spesa sostenuta nel 2004 ridotta del 1,4%.

Quest'ultima misura per la regione Puglia è particolarmente critica se si tiene conto che negli anni precedenti il legislatore regionale con le LLRR 28/2000 e 32/2001 aveva provveduto ad una riduzione della dotazione organica del SSR.

A conferma di quanto sopra, confrontando i dati della Regione Puglia con quelli della Regione Emilia Romagna, che ha una numerosità di popolazione sovrapponibile (*elaborazioni da fonte Federanziani su dati Ministero della Salute*), si evidenzia un divario nel costo del personale sanitario del 40% a sfavore della Puglia.

Il costo del personale faceva registrare, a parità di posti letto (13.994 per l'Emilia e 13.710 per la Puglia), una differenza di 687 milioni di euro.

		Emilia Romagna	Puglia	Differenza	Diff %
2004	Popolazione	4.080.479	4.040.990	-39.489	-1%
	Costo personale ospedaliero	1.412.799.000	1.166.394.000	-246.405.000	-21%
	Costo totale personale sanitario	2.424.629.000	1.737.776.000	-686.853.000	-40%

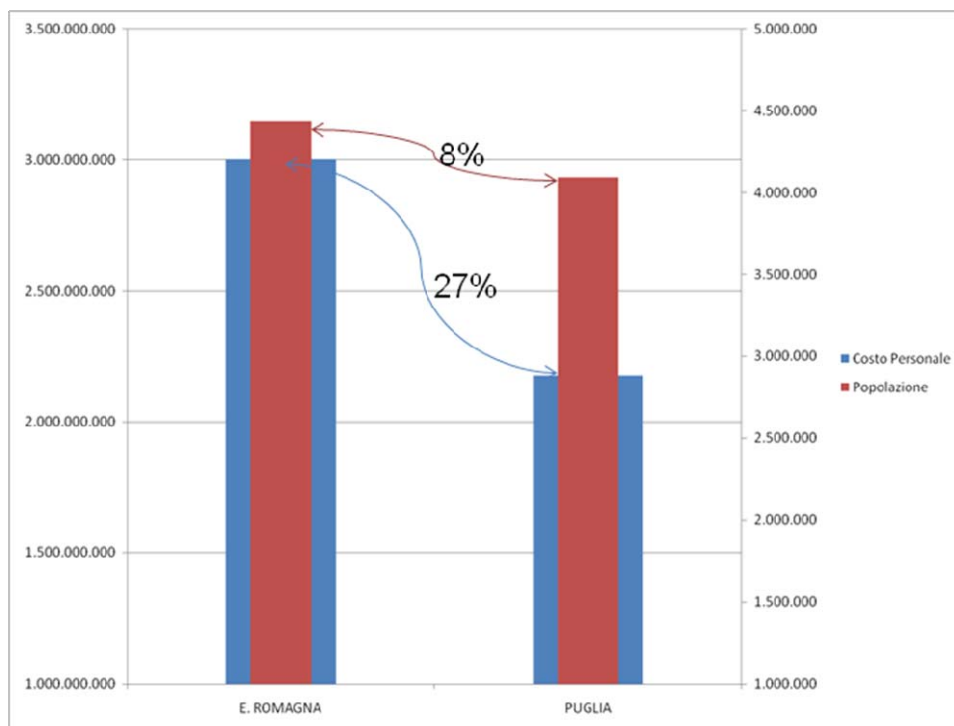
Nel 2006 questa differenza è aumentata, raggiungendo un valore di 723,5 milioni di euro (costo totale del personale Emilia 2.656.064.000 - Puglia 1.932.619.000), e trovando corrispondenza nella differente consistenza del personale (calcolato sul complessivo strutture pubbliche ed equiparate):

2006	Emilia Romagna	Puglia	Differenza	Diff %
medici	6.367	5.576	-791	-14%
infermieri	18.249	12.987	-5.262	-41%
Totale sanitario	29.385	21.034	-8.351	-40%

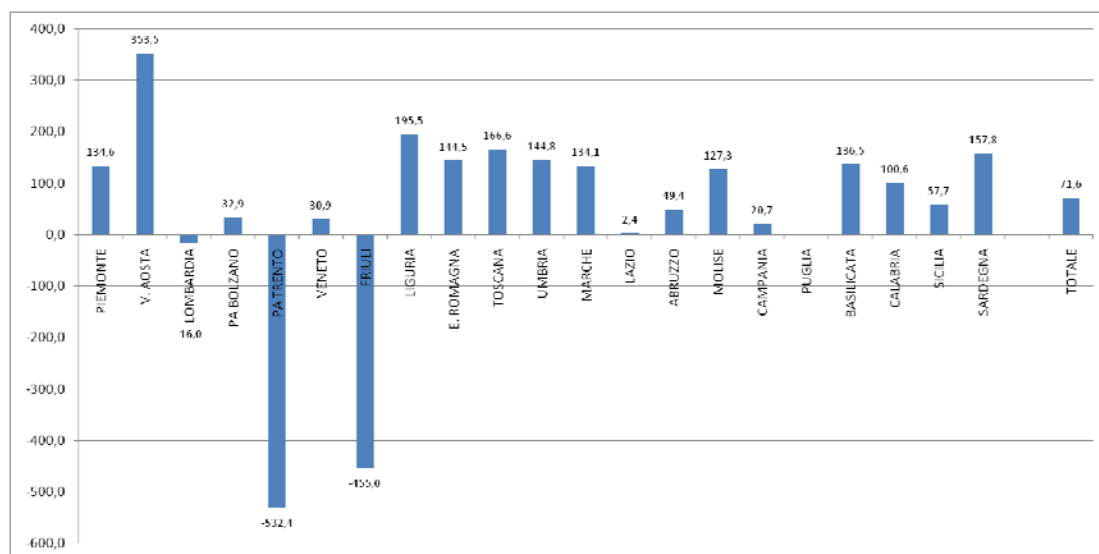
2010

Nella tabella che segue si riporta l'elaborazione dei costi sostenuti dalle regioni nel 2010 per il personale sanitario (Fonte Ministero Salute) in rapporto alla popolazione residente alla data 1.1.2011 (Fonte ISTAT). Ciò che si evince dalla tabella è, ad esempio, che a fronte di una popolazione dell'8% inferiore all'Emilia Romagna, la Puglia spende il 27% in meno per il personale.

Regioni	Personale	Popolazione 1.1.2011	Diff pop Puglia	% Diff pop Puglia	Personale su popolazione	Diff Puglia- altre regioni	%Diff Puglia- altre regioni
PIEMONTE	2.973.168.000	4.457.335	366.076	9%	667,03	-133,28	-25%
V. AOSTA	113.597.000	128.230	-3.963.029	-97%	885,88	-352,13	-66%
LOMBARDIA	5.121.155.000	9.917.714	5.826.455	142%	516,36	17,39	3%
PA BOLZANO	545.619.000	1.037.114	-3.054.145	-75%	565,36	-31,61	-6%
PA TRENTO	40.722.000						
VENETO	2.781.476.000	4.937.854	846.595	21%	563,30	-29,55	-6%
FRIULI	95.659.000	1.235.808	-2.855.451	-70%	77,41	456,34	86%
LIGURIA	1.176.806.000	1.616.788	-2.474.471	-60%	727,87	-194,12	-36%
E. ROMAGNA	3.000.320.000	4.432.418	341.159	8%	676,90	-143,15	-27%
TOSCANA	2.621.004.000	3.749.813	-341.446	-8%	698,97	-165,22	-31%
UMBRIA	613.884.000	906.486	-3.184.773	-78%	677,21	-143,46	-27%
MARCHE	1.043.341.000	1.565.335	-2.525.924	-62%	666,53	-132,78	-25%
LAZIO	3.063.731.000	5.728.688	1.637.429	40%	534,81	-1,06	0%
ABRUZZO	780.991.000	1.342.366	-2.748.893	-67%	581,80	-48,05	-9%
MOLISE	210.951.000	319.780	-3.771.479	-92%	659,68	-125,93	-24%
CAMPANIA	3.226.667.000	5.834.056	1.742.797	43%	553,07	-19,32	-4%
PUGLIA	2.178.225.000	4.091.259			532,41		
BASILICATA	393.009.000	587.517	-3.503.742	-86%	668,93	-135,18	-25%
CALABRIA	1.273.284.000	2.011.395	-2.079.864	-51%	633,04	-99,29	-19%
SICILIA	2.980.907.000	5.051.075	959.816	23%	590,15	-56,40	-11%
SARDEGNA	1.156.369.000	1.675.411	-2.415.848	-59%	690,20	-156,45	-29%
TOTALE	36.618.314.000	60.626.442			604,00	-70,25	-13%



Considerando il costo procapite del personale sanitario per Regioni, si evidenzia che solo 2 regioni (e una provincia autonoma) hanno un costo inferiore a quello della Puglia.



Costi sostenuti dalle regioni nel 2010 per il personale sanitario (Fonte Ministero Salute) in rapporto alla popolazione residente alla data 1.1.2011 (Fonte ISTAT).

Il Piano di rientro e di riqualificazione del Sistema sanitario regionale 2010-2012, allegato all'Accordo sottoscritto il 29 novembre 2010, approvato con Legge Regionale 9 febbraio 2011 n. 2, ha imposto il blocco totale del turn over che ha ulteriormente esasperato questa situazione, anche per effetto della imprevista fuga di personale verificatasi a fine 2011, in conseguenza delle nuove norme in materia pensionistica. Al 31.12.2009 il personale in servizio dipendente del SSR ammontava a 38.866 unità.

Le cessazioni dal servizio hanno comportato difficoltà organizzative denunciate dalle Aziende e dalle Organizzazioni Sindacali con rischi concreti, in particolare nelle aree dell'emergenza-urgenza, di non poter garantire i livelli essenziali di assistenza.

A tale proposito sono state predisposte delle informative consegnate al Ministro Balduzzi e al Presidente Monti corredate di una rassegna stampa relativa alle molteplici segnalazioni da parte dei cittadini circa le carenze assistenziali riferite all'insufficienza del personale in servizio. Sullo stesso tema sono intervenuti diversi parlamentari della regione Puglia e lo stesso Senatore Ignazio Marino che con nota del 19.07.2012 prot. n. 4374 chiede notizie sulle iniziative poste in essere per ovviare alle criticità che "si rifletterebbero negativamente sui livelli di assistenza sanitaria e starebbero creando una condizione di profondo disagio".

Gli Uffici dell'Assessorato sono stati destinatari delle relazioni a cura dei Direttori Generali delle ASL, in particolare delle Aziende Sanitarie di Taranto e Brindisi che garantiscono l'assistenza alle due aree ad elevato rischio di crisi ambientale, con presenza di criticità tuttora irrisolte.

La rappresentazione sintetica del personale cessato dal Servizio, e non reintegrato, è riportata nella tabella che segue:

<i>Personale Cessato</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2012*</i>	<i>Totale</i>
Dirigenza Medica	376	445	146	967
Dirigenza SPTA	61	55	18	134
Comparto	1.679	1.324	582	3.585
Totale	2.116	1.824	746	4.686

*stima

Con DGR n. 1732 del 07.08.2012 il Governo Regionale ha preso atto della rideterminazione delle Dotazioni Organiche delle Aziende Sanitarie Locali, in ossequio alle LR 2/2011 e 11/2012.

Per la costruzione delle dotazioni organiche, gli Uffici dell'Assessorato hanno indicato i criteri di riferimento per l'individuazione quantitativa e qualitativa del personale (dirigenza e comparto) per disciplina e per set assistenziale, basati, oltre che sulle esigenze di assicurare la copertura dei turni, sui volumi di attività e sulla complessità della casistica, al fine di assicurare l'adozione di una metodologia omogenea e confrontabile. Tali criteri hanno riguardato non solo il personale ospedaliero, ma anche il personale del CSM, del Dipartimento di Prevenzione e dell'assistenza territoriale.

Parallelamente, è stata avviata una ricognizione del personale in servizio e delle vacanze, per identificare in maniera puntuale le criticità cui porre rimedio prioritariamente.

L'accettazione delle richieste di deroga al blocco del turn over è stata limitata alle discipline dell'area dell'emergenza-urgenza (Anestesia e rianimazione; Pronto Soccorso; Neurologia-Stroke unit, cardiologia/utic), nonché ad altre attività ospedaliere e territoriali che, nonostante il riordino della rete ospedaliera e la conseguente ricollocazione del personale, risultano comunque in grave sofferenza (ortopedia e traumatologia, Ginecologia e ostetricia, area della salute mentale e dell'assistenza infermieristica, in particolare per l'ADI).

A fronte di un fabbisogno di personale pari a 12.251 unità nelle discipline suddette, attualmente risultano in servizio 10.412 unità.

Rispetto alle richieste pervenute dalle Aziende per il reclutamento di 1796 unità, gli Uffici dell'Assessorato hanno valutato accoglibili in quanto indispensabili 1.120 richieste.

Rispetto alla gravità della situazione descritta l'Assessorato e l'intero Governo regionale ha messo in campo da mesi iniziative di carattere tecnico e politico, documentando nel dettaglio le carenze, al fine di giungere nel più breve tempo possibile ad una soluzione positiva.

Sintesi dei principali risparmi rilevati dai modelli CE delle Aziende Sanitarie della Regione Puglia

Esercizio 2011

Nell'esercizio 2011, dopo un solo anno effettivo di Piano di Rientro, dai conti economici consuntivi, emerge che il risultato consolidato da Modello CE è pari a -146,138 milioni, risultato migliore rispetto a quanto preventivato e concordato con il Governo nel Piano di Rientro ovvero euro -164,545 milioni di euro e migliore anche di quanto registrato in sede di dati al IV trimestre 2011.

Inoltre tale risultato è stato certificato nella riunione congiunta del Tavolo Tecnico per la Verifica degli Adempimenti Regionali con il Comitato permanente per la Verifica dei livelli essenziali di assistenza, del 20 luglio u.s..

La Regione Puglia infatti, come dal su citato verbale, ha registrato a Consuntivo 2011 un disavanzo di 108,350 mln di euro, (determinato rispetto al risultato da Modello CE al netto degli ammortamenti non sterilizzati di competenza dell'anno 2011 dei beni entrati in produzione nell'anno 2010 e 2011).

Anche per l'anno 2011 la Regione ha coperto il disavanzo con idonee e più che sufficienti mezzi finanziari.

Si evidenzia dall'analisi dei dati contabili la notevole riduzione della spesa farmaceutica convenzionata, dei servizi privati (in particolare per l'applicazione dei relativi dei tetti di spesa), delle prestazioni aggiuntive al personale e di taluni costi specifici (affitti, leasing) anche derivanti dagli effetti dell'attuazione del riordino della rete ospedaliera.

Si riportano in dettaglio i risparmi più significativi raggiunti da questa Regione confrontando i dati consuntivi 2011 con quelli 2010 (fonte modelli CE Consolidati Regionali su CE Aziende).

		<i>(importi in migliaia di euro)</i>		
		2011	2010	Risparmi
B02055	Assistenza Farmaceutica da convenzione	753.885	891.083	-137.198
		2011	2010	Risparmi
B02170	Assistenza Integrativa e protesica da privato	115.404	128.272	-12.868
		2011	2010	Risparmi
B02195	Assistenza Ospedaliera da privato	675.998	696.629	-20.631
		2011	2010	Risparmi
B02360	Compart. al personale per att. Libero-prof. (intramoenia)	40.995	45.650	-4.655
		2011	2010	Risparmi
B02365	Rimborsi, assegni e contributi sanitari	70.933	74.148	-3.215
		2011	2010	Risparmi
B02425	Consulenze sanitarie ... (prestazioni aggiuntive...)	14.687	32.366	-17.679
		2011	2010	Risparmi
B04005	Affitti passivi	8.903	15.022	-6.119
		2011	2010	Risparmi
B04025	Canoni di leasing	4.110	6.991	-2.881

Per quanto riguarda il costo del personale il risparmio complessivo, sulla base dei dati consuntivi 2011 è stato pari a pari a 84,6 milioni euro.

Si riportano il dettaglio per ruoli ed i correlati costi per l'IRAP.

		2011	2010	Risparmi
	<u>Totale Costo del personale</u>	2.096.049	2.173.312	-77.263
B05000	di cui B.5) Personale del ruolo sanitario	1.711.882	1.773.278	-61.396
B06000	di cui B.6) Personale del ruolo professionale	7.138	7.495	-357
B07000	di cui B.7) Personale del ruolo tecnico	226.033	237.121	-11.088
B08000	di cui B.8) Personale del ruolo amministrativo	150.996	155.418	-4.422

		2011	2010	Risparmi
Y01005	IRAP relativa a personale dipendente	139.344	146.760	-7.416

Il risultato straordinario raggiunto dalla Regione Puglia, invero con notevoli sacrifici e sforzi di tutti gli operatori del sistema, in un solo anno effettivo di vigenza del piano di rientro è evincibile dalla riduzione di più del 60% del disavanzo regionale.

Esercizio 2012

Parallelamente all'esercizio 2011 dall'analisi dei provvisori dati contabili del 1° semestre si confermano le tendenze di riduzioni della spesa avviate nello scorso anno in cui emergono a conferma dei dati programmatici la riduzione della spesa farmaceutica convenzionata, di taluni servizi privati, delle prestazioni aggiuntive al personale e del costo del personale da blocco del turn-over.

Si riportano in dettaglio le riduzioni di costo più significative rilevate tra i dati contabili da modello CE al 1° semestre 2012 rispetto ai dati relativi al 1° semestre 2011.

	1° semestre 2011	1° semestre 2012	Risparmi
Assistenza Farmaceutica da convenzione	408.914	356.277	-52.637

	1° semestre 2011	1° semestre 2012	Risparmi
Assistenza Integrativa e protesica da privato	60.562	51.227	-9.335

	1° semestre 2011	1° semestre 2012	Risparmi
Assistenza Ospedaliera da privato	347.979	337.769	-10.210

	1° semestre 2011	1° semestre 2012	Risparmi
Consulenze sanitarie ... (prestazioni aggiuntive...)	9.679	5.444	-4.235

	1° semestre 2011	1° semestre 2012	Risparmi
Costo del personale	1.062.118	1.027.263	-34.855

	1° semestre 2011	1° semestre 2012	Risparmi
IRAP relativa a personale dipendente	71.429	68.899	-2.530

Tenuto conto delle azioni avviate in materia di Spending Review in attuazione della Legge 135/2012 sia in materia di riduzione della spesa che in termini di minori risorse destinate alla sanità anche per l'esercizio 2012 la Regione dovrebbe raggiungere gli obiettivi economici previsti e sottoscritti con il Piano di Rientro.

Contenimento dei costi di acquisto di beni e servizi e centralizzazione delle procedure di spesa in Sanità

L'obiettivo del contenimento della spesa sanitaria, assegnato dal "Piano di rientro" alla nostra Regione, prevede l'attivazione di interventi anche sul fronte della **riduzione dei costi per l'acquisto di beni e servizi**, da realizzarsi attraverso la razionalizzazione delle procedure di spesa e mediante processi di **centralizzazione e/o aggregazione** negli acquisti.

I recenti provvedimenti in tema di *spending review* adottati dal governo Monti, in realtà, hanno di fatto esteso agli apparati dello Stato e alla maggior parte delle pubbliche amministrazioni l'obbligo di adottare procedure centralizzate, avvalendosi per lo più di centrali di acquisto (es. CONSIP del Ministero delle Finanze) e prevedendo, inoltre, nei vari settori merceologici e per diverse tipologie di beni e servizi, prezzi di riferimento cui adeguare le tariffe dei contratti ed appalti in essere (es. elaborati dall'Autorità di Vigilanza Contratti Pubblici).

In ambito sanitario va ricordato che la legge n. 135/2012, di conversione del Decreto legge n.95/2012, entrata in vigore il 15 agosto u.s., confermando le disposizioni dei commi 13 e 14 dell'art. 15 del decreto medesimo, ha previsto sia una riduzione degli importi e delle correlate prestazioni (in misura del 5%) dei costi dei contratti e appalti in essere per la fornitura di beni e servizi, sia la verifica della rispondenza dei prezzi praticati ai parametri dell'Autorità di Vigilanza, preliminari ad una eventuale successiva rinegoziazione. In tale direzione si stanno muovendo le strutture competenti delle ASL pugliesi, in linea con la normativa vigente.

Interventi e iniziative realizzate dalla Regione Puglia

1. Centralizzazione degli acquisti

Il tema della "centralizzazione degli acquisti" è particolarmente "caldo" in un momento, come l'attuale, in cui tutta la sanità, non solo quella regionale, deve fare i conti con pesanti tagli alle risorse disponibili. La necessità di realizzare economie di spesa, razionalizzando le procedure di acquisto di beni e servizi in funzione dell'ottimizzazione della spesa pubblica a beneficio dei cittadini e della preminente esigenza di tutela del bene primario della "salute", è diventata improcrastinabile esigenza nazionale.

Il "Piano di rientro" ha, in proposito, già previsto tra gli **interventi regionali** da intraprendere in funzione della razionalizzazione della spesa per forniture di beni e servizi (**Ob. B4**), **l'impulso all'attivazione di gare centralizzate** da parte delle Aziende ed enti del comparto SANITA', anche con l'ausilio di enti Strumentali della Regione (EMPULIA).

Oltre a fissare come **modalità ordinaria di acquisto** quella **attraverso la Centrale** regionale utilizzando le convenzioni quadro in essere, **ovvero in forma aggregata** all'interno di **Unioni temporanee di acquisto**, la Giunta regionale è intervenuta con la DGR n.1392/2012 approvando 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, delle aziende e degli Enti del SSR"* al fine di uniformare le procedure di spesa sottosoglia comunitaria da parte non solo di aziende ed enti, ma anche delle società di *in house providing*.

All'attualità, quindi, appare definito il quadro normativo e regolamentare all'interno del quale le aziende, gli enti, le agenzie, le società operanti nell'ambito della sanità regionale devono muoversi per quanto concerne le acquisizioni di beni e servizi, fermo restando lo scenario nazionale di riferimento disegnato dagli interventi governativi di "spending review".

Per quanto riguarda le attività e gli interventi sino ad oggi realizzati in tema di centralizzazione degli acquisti ed Unioni temporanee, si rammenta che, già in fase sperimentale, in ottemperanza all'art. 20 della L.R. n.26/2006 che promuove ed incentiva le unioni temporanee di acquisto tra aziende ed Istituti del SSR, nelle more dell'avvio a regime del CAT (Centrale Acquisti Territoriale), sono state **bandite e portate a conclusione** alcune **gare della c.d. "spesa comune"**, curate dagli Affari Generali insieme ad InnovaPuglia (noleggio PC e Carta in risme) e **della spesa "sanitaria"**, curate dall'ARES su delega dell'Assessore alla Salute

(Soluzioni Infusionali e Contraccettivi Ormonali).

2. Unioni di acquisto

Sono state, altresì, avviate numerose procedure in Unione di acquisto, tra Aziende e Istituti del Servizio Sanitario regionale, stimulate ed incentivate da specifici atti di indirizzo dell'Assessorato e con la supervisione dell'Ares.

Le unioni di acquisto fino ad oggi concretizzatesi hanno evidenziato forme di aggregazione per macroaree territoriali che si sono andate consolidando nel tempo e, in qualche modo, hanno creato competenze ed esperienze specifiche nella gestione di particolari procedure di gara.

Le più frequenti aggregazioni hanno visto unioni tra:

- le ASL BRINDISI – TARANTO – LECCE
- l'ASL BARI – l'A.O. Universitaria "Conсорziale Policlinico" di Bari, l'IRCCS Oncologico "Giovanni Paolo II" di Bari
- l'ASL BAT, l'ASL FOGGIA, l'AOU Ospedali Riuniti di Foggia

Si segnalano di seguito alcune gare sino ad oggi attivate in **unione di acquisto** tra Aziende ed Enti del SSR:

1. ASL BRINDISI – TARANTO – LECCE

- A) Fornitura di farmaci ad uso veterinario
- B) Fornitura di ausili per incontinenti
- C) Fornitura di protesi ortopediche e materiale accessorio con gestione del magazzino e servizi correlati.
- D) Fornitura di fili di sutura
- E) Fornitura di protesi ortopediche e materiale accessorio, gestione del magazzino e correlati servizi

2. ASL BARI – AOU Policlinico di Bari – IRCCS Oncologico di Bari

- A) Fornitura di protesi ortopediche e neurochirurgiche
- B) Acquisto di materiali d'uso dei Servizi veterinari
- C) Fornitura di materiale per osteosintesi e traumatologia.
- D) Arredi ed altri articoli per stanze degenza
- E) Acquisto di Farmaci ed Emoderivati

3. ASL FOGGIA – ASL BT – AOU OO.RR. FOGGIA

- A) Mezzi di contrasto radiologici, per risonanza magnetica e per ultrasonologia
- B) Fornitura prestazioni emodialitiche in "service"

Stimolato dal dibattito e dall'interesse suscitato dalle questioni connesse alla centralizzazione degli acquisti in sanità, l'Assessorato ha anche attivato diversi **tavoli di lavoro**, cui partecipano rappresentanti di questo Assessorato, dell'ARES, di Empulia, responsabili delle Aree Patrimonio delle Asl, per valutare l'opportunità e la proficuità della creazione di uno o più organismi preposti all'avvio di gare centralizzate, eventualmente

aventi competenza per area vasta, secondo modelli già collaudati in altre regioni con cui sono state già avviate forme di collaborazione (convenzione con ESTAV Toscana).

L'analisi volta all'individuazione di possibili ambiti territoriali di riferimento di competenza della Centrale (o delle centrali se aventi competenza sub-regionale), dovrà tener conto ovviamente della dotazione (assai scarsa in verità) di personale tecnico esperto in materia di contatti e appalti, della dislocazione sul territorio di tali risorse, della numerosità e complessità delle procedure da gestire anche per conto di altre aziende o strutture sanitarie.

La scarsità della dotazione organica e/o l'eventuale inadeguatezza delle risorse attualmente disponibili sotto il profilo delle competenze tecniche, lascia prevedere la necessità di attivare specifici percorsi formativi e/o supporti consulenziali idonei a far fronte all'importante carico di lavoro previsto.

Attraverso la ricognizione delle gare già realizzate in unione di acquisto s'intende, d'altro canto, valorizzare le esperienze migliori e condividere i modelli già sperimentati con buoni risultati, fornendo supporto e impulso ad altre forme di aggregazione.

Sono in corso di definizione da parte dell'Ares, al riguardo, ***Linee guida per i contratti e appalti in sanità*** di facile utilizzo da parte degli operatori delle Aree Patrimonio delle aziende sanitarie, dirette a supportare gli addetti ai lavori nelle diverse fasi delle procedure di acquisizione anche attraverso il richiamo a *best practice* già realizzate, nonché mediante l'evidenziazione di comportamenti e prassi da evitare.

L'avvio, inoltre, a regime del Sistema "Edotto", attraverso l'implementazione della base dati informatizzata Osservatorio Prezzi Tecnologie e Investimenti, consentirà di monitorare prezzi e procedure e di realizzare una progressiva omogeneizzazione delle procedure, di incentivare la centralizzazione degli acquisiti e le unioni di acquisto potendosi valutare in modo efficace e immediato l'andamento dei contratti e degli appalti effettuati dalle Aziende Sanitarie concretizzando così un ancor più efficace controllo della spesa per beni e servizi.

Inoltre, l'integrazione tra la piattaforma EmPulia ed il Sistema Edotto, già in fase di realizzazione, consentirà di analizzare l'andamento degli acquisti in economia, degli acquisti effettuati mediante la centrale regionale nonché di analizzare in modo più articolato e puntuale gli acquisti effettuati dalle Aziende Sanitarie dai fornitori che saranno finalmente inseriti in banche dati integrate iscritti a categorie merceologiche definite per la fornitura di beni e/o servizi facenti parte di una unica anagrafe regionale.

Attività del Nucleo Regionale di Verifica Contratti ed Appalti

La Giunta Regionale, con deliberazione n°1289 del 21 luglio 2009 e successivamente con Legge Regionale n.4 del 25 febbraio 2010, ha istituito presso l'Agenzia Regionale Sanitaria il "Nucleo regionale per la verifica sui contratti ed appalti delle Aziende Sanitarie ed Enti pubblici del Servizio Sanitario Regionale".

Il Direttore Generale dell'Agenzia, di concerto con l'Assessore alle Politiche della Salute ed in osservanza alla D.G.R. n.1289 del 21 luglio 2009, con deliberazione n°107 del 27 luglio 2009, ha nominato i componenti del Nucleo di cui innanzi, nell'intento di assicurare il perseguimento dei principi della libera concorrenza, parità di trattamento, non discriminazione, trasparenza, proporzionalità e pubblicità nella gestione degli appalti. Con l'intento, altresì, di avviare un processo di omogeneizzazione delle procedure di gara in Regione Puglia, pur nel rispetto dei principi di autonomia organizzativa sanciti dal D.Lgs. 502 del 1992 e s.m.i..

La D.G.R. n.1837 del 06/10/2009 ha stabilito che i pareri vincolanti previsti dall'art.5, lettera c) della D.G.R. n. 1289/09 riguardano gli aspetti procedurali delle gare in relazione:

- alla completezza e specificità del contenuto contrattuale,
- alla adeguatezza e trasparenza della procedura contrattuale,
- ai criteri di valutazione per l'aggiudicazione delle offerte,
- all'opportunità dell'acquisizione dei beni e dei servizi anche in relazione alle procedure interne dell'ente,
- alla congruità della spesa preventivata (nel caso delle tecnologie medicali e servizi).

Il Nucleo svolge attività di sorveglianza preventiva sotto il profilo della legittimità, regolarità, efficacia ed opportunità sugli atti e sulle procedure di gara per contratti pubblici, concernenti lavori ed acquisti di beni, servizi, tecnologie e dispositivi medici di importo pari o superiore alla soglia comunitaria (**€ 200.000,00**) prevista per servizi e forniture per i contratti stipulati dagli altri soggetti tenuti all'osservanza delle direttive comunitarie nonché di importo pari o superiore a **1.000.000,00/Euro** nel caso di lavori.

I compiti, le funzioni e gli obiettivi di questo organismo sono ripresi anche nel Piano di rientro, al punto B4.2-B4.3, approvato con Legge Regionale n.2 del 9 febbraio 2011.

Da quanto innanzi esposto, si deduce l'importanza strategica che assume per la Regione Puglia tale attività che consiste nel:

- a. censire e monitorare procedure di tipo amministrativo e gestionale ritenute fondamentali perché assolutamente funzionali agli obiettivi di piano ;
- b. analizzarne le variabili e le congruenze con le azioni programmate;
- c. verificare le possibili criticità per i processi che si realizzano e gli effetti che si determinano;
- d. valutare l'efficacia dei risultati ottenuti;
- e. offrire un quadro di benchmarking per la "best practice" gestionale;
- f. omogeneizzare e rendere uniformi i comportamenti gestionali rispetto a standard declinati nell'intero territorio regionale;
- g. istituzione di una banca dati Regionale (osservatorio OPT).

Il Nucleo di verifica ha già svolto due audit, il 4 novembre 2010 ed il 16 maggio 2011, alla presenza dell'Assessore alle politiche della Salute, dei Direttori Generali delle AA.SS.RR., delle Associazioni di categoria e della stampa.

Dalla verifica dei dati comprendenti l'arco temporale agosto 2009 - ottobre 2011 sono state tratte informazioni preziose soprattutto sulle attività del Nucleo e la relativa appropriatezza a fronte del mandato ricevuto.

La filosofia di fondo che ne ha ispirato l'azione, ha avuto i seguenti capisaldi:

- Operare una “verifica “ tecnica nei tre livelli di interesse identificati (amministrativo, tecnico e procedurale) per una corretta e rigorosa valutazione della procedura;
- Supportare tecnicamente le AA.SS., avviando una modalità di confronto atta a garantire tutti gli stakeholders (cittadini, operatori, fornitori, istituzioni);
- Non rappresentare un intralcio o, peggio ancora, un involontario ostacolo “burocratico” alla fornitura ed approvvigionamento di beni e servizi per le AA.SS., mediante percorsi efficientistici funzionali ad una sempre maggiore tempestività di risposta al processo di verifica;
- Offrire alla istituzione, sulla base delle informazioni raccolte e delle verifiche effettuate, suggerimenti utili al miglioramento complessivo del sistema anche in rapporto alle prescrizioni dettate dal Piano di Rientro.

REPORT ATTIVITA' NUCLEO VERIFICA CONTRATTI ED APPALTI (NRVCA)

PERIODO DI RIFERIMENTO	Agosto 2009 – Agosto 2012
NUMERO SEDUTE	64
RILASCIO PARERI CON CRITICITA' NON EMENDABILI	56
RILASCIO PARERI SENZA CRITICITA' CON NOTE	243
RILASCIO PARERI SENZA CRITICITA'	95
TOTALE PARERI RILASCIATI	394
INCIDENZA PARERI RILASCIATI A SEGUITO DI AUDIZIONE DELL'AZIENDA SANITARIA	24,75%
VALORE COMPLESSIVO IN EURO DELLE ISTANZE PRESENTATE AL NRVCA	€ 2.721.210.638,41

ANDAMENTO SPESA FARMACEUTICA NETTA SSN PER 1000 ABITANTI

Di seguito si riporta uno schema riepilogativo della spesa sostenuta per l'assistenza farmaceutica, degli ultimi tre anni.

SPESA ASSISTENZA FARMACEUTICA (FARMACI, GALENICI, ASSISTENZA INTEGRATIVA)

CONFRONTO ANNI 2010-2011-2012*

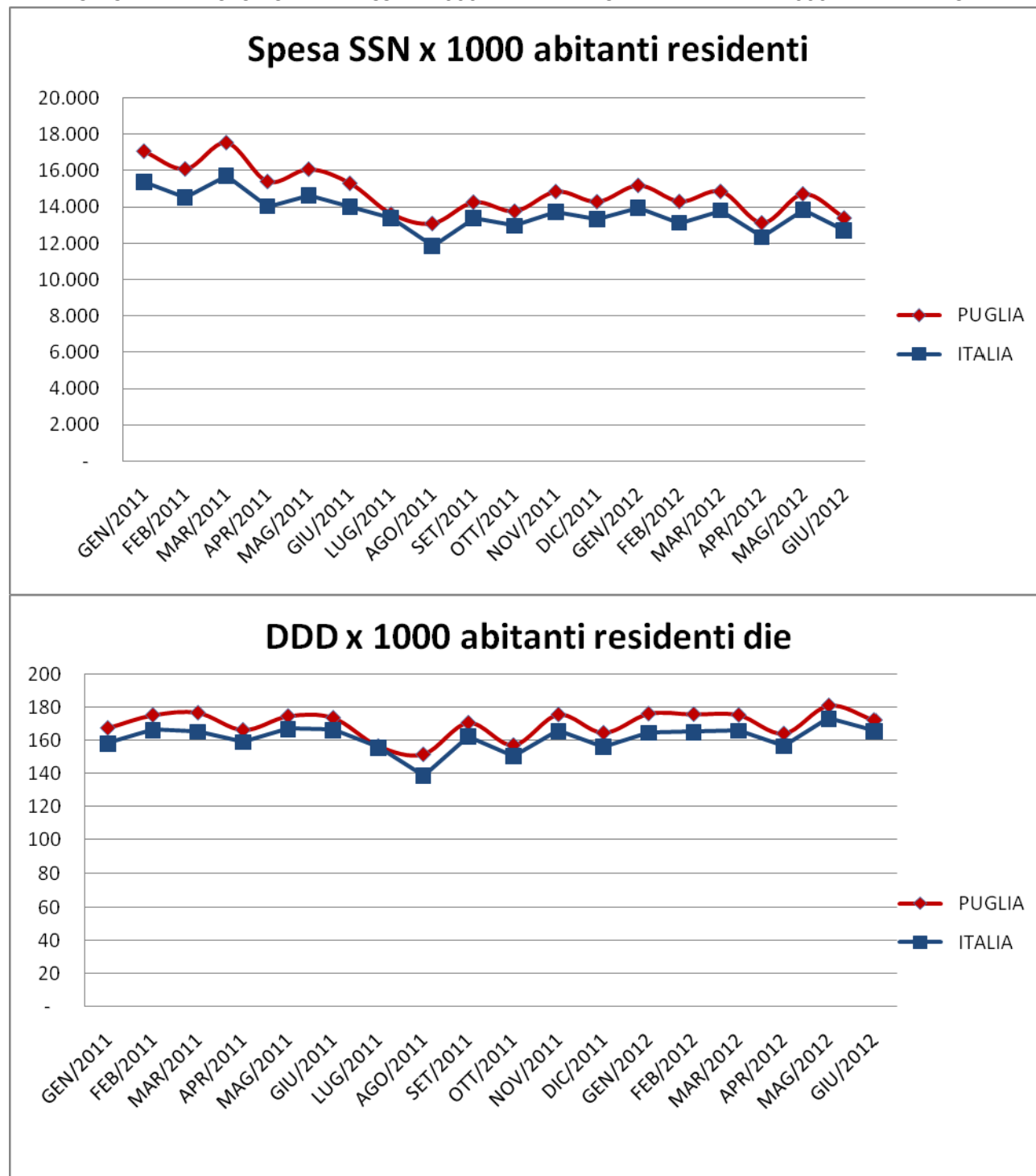
PERIODO	N. RICETTE	SPESA LORDA	SCONTO	TICKET	SPESA NETTA
1 SEM. 2011	23.199.966	525.388.377	31.005.963	54.840.830	439.541.586
1 SEM. 2012	22.494.176	441.302.154	27.836.499	61.599.709	351.865.946
INCREMENTO VALORI SU 2011	- 705.790	- 84.086.223	- 3.169.464	6.758.879	- 87.675.640
INCREMENTO % SU 2011	-3,04%	-16,00%	-10,22%	12,32%	-19,95%

PERIODO	N. RICETTE	SPESA LORDA	SCONTO	TICKET	SPESA NETTA
TOTALE 2010	48.360.881	1.070.695.287	63.741.707	50.863.701	956.089.879
TOTALE 2011	44.957.515	980.452.909	59.226.046	113.886.657	807.340.207
INCREMENTO VALORI SU 2011	- 3.403.366	- 90.242.378	- 4.515.661	63.022.956	- 148.749.672
INCREMENTO % SU 2011	-7,04%	-8,43%	-7,08%	123,91%	-15,56%
TOTALE 2012 (STIMA)	44.487.226	873.064.029	56.322.528	121.796.457	694.945.044
INCREMENTO VALORI SU 2011	- 470.289	- 107.388.880	- 2.903.518	7.909.800	- 112.395.163
INCREMENTO % SU 2011	-1,05%	-10,95%	-4,90%	6,95%	-13,92%

* l'anno 2012 è stato stimato avendo a disposizione i dati del periodo gennaio-luglio: la media mensile dei 7 mesi è stata utilizzata quale stima per i mesi mancanti agosto-dicembre (approccio cautelativo che, quindi, non tiene conto degli ulteriori interventi effettuati nel corso del 2012).

Rispetto alla media nazionale, il trend della spesa farmaceutica della Puglia è in linea con l'andamento nazionale (vedi tabelle da gennaio 2011 a giugno 2012) ma leggermente sopra la media nei valori.

TREND SPESA FARMACEUTICA NETTA SSN X 1000 ABITANTI RES. E TREND DDD X 1000 ABITANTI RES.



Per quanto riguarda i valori procapite di spesa farmaceutica netta SSN (dati 1° semestre 2012 – media mensile), la Puglia si attese su € 85,704 per abitante a fronte di una media nazionale di € 79,919, in un intervallo che vede la regione più virtuosa attestarsi su € 66,942 per abitante e la meno virtuosa a € 102,003.

E' bene notare che la Puglia ha, rispetto al 1° semestre 2011, la percentuale di decremento maggiore (-12,2%) rispetto alla media nazionale (-9,6%).

Le dosi giornaliere per abitante invece sono in lieve aumento (1%), ma la percentuale di aumento è inferiore a quella che si registra nelle regioni più virtuose (1,43% e 2,45%).

CONFRONTO 1° SEMESTRE 2012 VERSO 1° SEMESTRE 2011 SPESA FARMACEUTICA NETTA SSN X 1000 ABITANTI RES. E DDD X 1000 ABITANTI RES: DATO PUGLIA – MEDIA NAZIONALE – 1A E 2A REGIONE MENO VIRTUOSA – 1A E 2A REGIONE PIU' VIRTUOSA.

SPESA NETTA SSN x 1000 AB. RES.	SPESA NETTA SSN x 1000 AB. RES. 1 SEM 2012	% SCOSTAMENTO VS. 1 SEM 2011
PRIMA REGIONE PER SPESA	102.003	-0,3%
SECONDA REGIONE PER SPESA	94.116	-8,5%
PUGLIA	85.704	-12,2%
MEDIA NAZIONALE	79.919	-9,6%
PENULTIMA REGIONE PER SPESA	71.081	-14,4%
ULTIMA REGIONE PER SPESA	66.942	-10,1%

DDD x 1000 AB. RES. DIE	DDD x 1000 AB. RES. DIE 1 SEM 2012	% SCOSTAMENTO VS. 1 SEM 2011
PRIMA REGIONE PER VOLUMI	1.080	0,40%
SECONDA REGIONE PER VOLUMI	1.073	0,93%
PUGLIA	1.046	1,0%
ITALIA	992	0,9%
PENULTIMA REGIONE PER VOLUMI	916	2,45%
ULTIMA REGIONE PER VOLUMI	908	1,43%

DGR 1476 del 17/07/2012: RATIFICA ACCORDO QUADRO TRA L'ARES PUGLIA E LE AZIENDE FARMACEUTICHE PRODUTTRICI DI FARMACI AVENTI IL PRINCIPIO ATTIVO EPOETINA.

L'Ares Puglia, al fine di contenere la spesa farmaceutica territoriale dei medicinali aventi come principio attivo l'epoetina e distribuiti per conto (PHT), ha stipulato con le aziende farmaceutiche produttrici un accordo quadro biennale con cui è stato definito al ribasso il prezzo per unità internazionale.

Dall'analisi dei dati sui prezzi di acquisto dei medicinali aventi come principio attivo l'epoetina, sostenuti anche dalle strutture ospedaliere pubbliche, è emerso che le condizioni economiche di acquisto sono diverse su tutto il territorio regionale e creano diseconomie a carico del SSR. Poiché le aziende produttrici si sono dimostrate disponibili ad applicare le medesime condizioni di prezzo di cui all'accordo con l'Ares anche alle strutture sanitarie pubbliche regionali per l'acquisto di detti farmaci, l'Assessorato alla Salute con provvedimento DGR 1476/2012 ha inteso ratificare gli accordi quadro estendendo la loro applicazione su tutto il territorio regionale. Ai direttori generali è stata data la facoltà di aderire a detti accordi quadro al fine di migliorare i prezzi applicati alle forniture in corso, fermo restando la possibilità di non aderire qualora siano vigenti condizioni economiche di fornitura migliori.

Il risparmio potenziale derivante dall'applicazione regionali di detti accordi quadro è stimato in circa € 17.000.000,00 annui (calcolato dalla differenza dei prezzi di acquisto attuali e dei prezzi di cui agli accordi quadro, a parità di quantità consumate).

DGR 1477 del 17/07/2012: REVOCA DGR 1384/2008 "INTERVENTI IN MATERIA DI FARMACEUTICA IN ATTUAZIONE ART. 3 COMMA 6 LEGGE REGIONALE 40/2007" – MODIFICA NOTA AIFA 13 – DETERMINAZIONE AIFA 06/06/2011 G.U. 163/2011.

Con tale provvedimento è stata ratificata la nota AIFA 13 che prevede l'utilizzo delle statine secondo target prestabiliti dall'AIFA. In aggiunta a quanto previsto dalla nota AIFA, la DGR ha previsto una scheda di monitoraggio per le prescrizioni di farmaci diversi da quelli previsti dal target AIFA a condizione che ne venga giustificato il motivo da parte del medico prescrittore.

Nelle more dell'adozione della DGR, l'Ufficio aveva emanato da dicembre 2011 delle circolari esplicative sulla nuova nota AIFA 13.

Dall'analisi dei dati relativi alla spesa 1° sem. 2012 rispetto al 1° sem. 2011 si può notare che la Puglia è lievemente sopra la media nazionale, ma ciò che si evince dai dati sulle quantità prescritte è che queste ultime sono in aumento mentre la spesa è in diminuzione (Puglia + 7,51% sulle DDD mentre - 20,5% sulla spesa netta SSN). La DGR dovrebbe quindi produrre i suoi effetti sull'appropriatezza prescrittiva e sarà cura dell'Ufficio monitorare l'andamento sia della spesa che delle quantità prescritte.

Il controllo sulla corretta applicazione di quanto previsto dalla nota AIFA 13 rientra tra gli obiettivi di valutazione del direttore generale di ASL.

CONFRONTO 1° SEMESTRE 2012 VERSO 1° SEMESTRE 2011 SPESA STATINE (CLASSE C10AA – STATINE)

SPESA NETTA SSN x 1000 AB. RES.	SPESA NETTA SSN x 1000 AB. RES. 1 SEM 2012	% SCOSTAMENTO VS. 1 SEM 2011
BARI	5.696	-20,4%
BAT 1	5.473	-18,2%
BRINDISI 1	6.006	-19,5%
FOGGIA	6.122	-21,8%
LECCE	5.930	-20,4%
TARANTO 1	6.143	-21,5%
PUGLIA	5.882	-20,5%
ITALIA	5.747	-21,4%

DDD x 1000 AB. RES. DIE	DDD x 1000 AB. RES. DIE 1 SEM 2012	% SCOSTAMENTO VS. 1 SEM 2011
BARI	60	8,74%
BAT 1	58	11,10%
BRINDISI 1	62	6,62%
FOGGIA	64	6,34%
LECCE	60	5,74%
TARANTO 1	63	7,20%
PUGLIA	61	7,51%
ITALIA	59	6,80%

DGR 1581 del 31/07/2012: INTERVENTI IN MATERIA DI FARMACEUTICA AI FINI DEL CONTENIMENTO DELLA SPESA E DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DEGLI ANTAGONISTI DEL SISTEMA RENINA ANGIOTENSINA.

L'Ufficio Politiche del Farmaco, al fine di perseguire l'appropriatezza prescrittiva degli inibitori del sistema renina angiotensina (ACE inibitori/Sartani) e garantire altresì un maggior uso dei farmaci equivalenti (a parità di indicazioni terapeutiche), si è fatto promotore con il supporto della Commissione Appropriatezza Prescrittiva del provvedimento DGR 1581/2012. La DGR prevede che i medici prescrittori nell'effettuare la prima prescrizione dovranno privilegiare una molecola di farmaco a brevetto scaduto presente nella lista di trasparenza AIFA, fermo restando le indicazioni terapeutiche riportate in scheda tecnica.

Tale intervento si è reso necessario alla luce dei dati di spesa della Puglia rispetto alla media nazionale (vedi tabelle).

Sarà cura dell'Ufficio monitorare trimestralmente l'andamento della spesa farmaceutica per tale classe terapeutica.

CONFRONTO 1° SEMESTRE 2012 VERSO 1° SEMESTRE 2011 SPESA SARTANI ASSOCIATI E NON ASSOCIATI (CLASSI C09DA+C09CA)

SPESA NETTA SSN x 1000 AB. RES.	SPESA NETTA SSN x 1000 AB. RES. 1 SEM 2012	% SCOSTAMENTO VS. 1 SEM 2011
BARI	10.416	-18,8%
BAT 1	8.986	-15,7%
BRINDISI 1	11.404	-19,8%
FOGGIA	10.417	-19,2%
LECCE	10.246	-20,9%
TARANTO 1	11.569	-22,1%
PUGLIA	10.507	-19,7%
ITALIA	8.100	-21,0%

DDD x 1000 AB. RES. DIE	DDD x 1000 AB. RES. DIE 1 SEM 2012	% SCOSTAMENTO VS. 1 SEM 2011
BARI	119	0,92%
BAT 1	96	0,38%
BRINDISI 1	134	2,14%
FOGGIA	118	1,15%
LECCE	114	0,27%
TARANTO 1	142	2,20%
PUGLIA	121	1,14%
ITALIA	95	0,17%

DGR 1672 del 07/08/2012: DGR 1390/2011 – RINNOVO ANNUALE ACCORDO DISTRIBUZIONE OSSIGENO LIQUIDO TERAPEUTICO.

DGR 682 del 11/04/2012: LINEE GUIDA PER LA CORRETTA PRESCRIZIONE DELL'OSSIGENO TERAPIA DOMICILIARE.

Con DGR 1390/2011 è stato adottato l'accordo di distribuzione dell'ossigeno liquido terapeutico a seguito di diagnosi e prescrizione delle strutture specialistiche. Il servizio è stato svolto a cura delle ditte di produzione e distribuzione anziché avvalersi del canale delle farmacie private convenzionate. Tale accordo si proponeva sia un obiettivo di risparmio sulla spesa nonché un miglioramento del servizio garantito h24 al domicilio degli assistiti residenti in Puglia.

Alla luce delle risultanze economiche prodotte dall'applicazione dell'accordo suddetto, il risparmio certo su base semestrale 1° semestre 2012/1° semestre 2011 è stata pari a € 8.879.977,89 con una proiezione di risparmio annua 2012 su 2011 di € 17.759.955,78.

ANNO 2011	TOTALE	
	N. PEZZI	IMPORTO LORDO
1° SEM. 2011 LIQ+GAS	151.171,00	18.820.613,23
2° SEM. 2011 GAS	53.297,00	2.490.182,56
2° SEM. 2011 LIQUIDO	92.190,00	7.450.452,78
2° SEM. 2011 LIQ+GAS	145.487,00	9.940.635,34

RISPARMIO SEMESTRALE		8.879.977,89
----------------------	--	--------------

PROIEZIONE RISPARMIO	ANNUA	17.759.955,78
-------------------------	-------	---------------

NB: Per i dati 1° semestre 2011 non è possibile avere il dato distinto tra ossigeno liquido e gassoso.

Verificato presso le strutture distrettuali che il servizio a cura delle ditte distributrici non ha prodotto disservizi di alcun genere e valutata la disponibilità delle ditte a proseguire per un ulteriore anno (facoltà prevista dalla DGR 1390/2011), con provvedimento DGR 1672/2012 è stato rinnovato alle medesime condizioni l'accordo distributivo per l'ossigeno liquido terapeutico domiciliare.

E' utile far rilevare che la distribuzione dell'ossigeno gassoso avviene esclusivamente tramite le farmacie private convenzionate in quanto trattasi di farmaco di pronto intervento obbligatorio da detenere in farmacia.

I risparmi ottenuti con l'applicazione dell'accordo distributivo, possono ulteriormente migliorare in quanto non tengono ancora conto delle linee guida sulla corretta prescrizione dell'ossigeno liquido terapeutico domiciliare da parte dei centri di riferimento adottate con DGR 682 dell'11/04/2012.

PAZIENTI CELIACI: AUMENTO IMPORTO BUONI PER LE DONNE A DECORRERE DAL 1° GENNAIO 2012

La Regione Puglia, a decorrere dal 1° gennaio 2012, ha aumentato l'importo della quota mensile del buono per le donne (dai 10 anni in su) di € 11,00. Lo stanziamento è stato previsto nel DIF 2010 per un importo a carico del bilancio regionale pari a € 500.000,00.

Attualmente il buono per gli uomini è pari a € 140,00 mensili, mentre quello per le donne è pari a € 110,00 mensili (rispetto a € 99,00 mensili previsto dalla normativa nazionale), per i bambini 6 mesi-1anno € 45,00 mensili, fino a 3 anni e mezzo € 62,00 mensili, dai 3 anni e mezzo fino a 10 anni € 94,00 mensili.

ADEMPIMENTI LEGGE 27/2012 – CONCORSO STRAORDINARIO FARMACIE

Gli atti adottati dalla Regione Puglia, a seguito degli adempimenti previsti dalla legge 27/2012 Cresci Italia sono stati i seguenti:

- **DGR 1261 del 19/06/2012:** Adempimenti legge 27 del 24/03/2012 art. 11 – Identificazione zone nuove sedi farmaceutiche da istituire e relative zone di ubicazione (*n. 188 nuove sedi*).

- **Determinazioni Dirigenziali 152/DIR/2012/206 del 22/06/12 e 152/DIR/2012/207 del 26/06/12** – Indizione bando di concorso straordinario per la copertura delle sedi farmaceutiche di nuova istituzione (DGR 1261/2012) e per quelle resesi vacanti a seguito delle scelte effettuate dai vincitori di concorso ai sensi della legge 27/2012 art. 11.
- **Determinazione Dirigenziale 152/DIR/2012/231 del 16/07/12** – (...) Sospensione in autotutela del bando di concorso (*a seguito di lettera di richiesta da parte del Ministero della Salute*).
- **Determinazione Dirigenziale 152/DIR/2012/273 del 27/08/12** – (...) Annullamento in autotutela delle Determinazioni Dirigenziali n. 206/2012 e n. 207/2012 e del relativo bando di concorso (*a seguito dell'entrata in vigore della legge n. 135/2012 che ha modificato i requisiti di partecipazione al concorso*).

La Regione ha adempiuto nei tempi previsti dalla normativa a:

- Individuare le nuove sedi farmaceutiche (n. 188) sia recependo quanto comunicato dai comuni sia esercitando i poteri sostitutivi previsti dalla legge laddove non c'era pronunciamento comunale o laddove gli atti erano stati adottati senza i pareri di legge (circa una settantina di casi in totale).
- emanare il bando di concorso evitando il commissariamento da parte del Governo

Tuttavia, a seguito delle modifiche alla L. 22/2012, apportate successivamente alla emanazione del bando, d'intesa con il Ministero della Salute si è provveduto a fine agosto all'annullamento del bando medesimo (nel frattempo cautelativamente sospeso) in quanto divenuto difforme alla normativa nazionale.

Attualmente la regione Puglia si è riallineata con le altre regioni italiane (in quanto partecipante al tavolo interregionale che ha prodotto uno schema di bando di concorso unico) e sono in via di conclusione i lavori per poi procedere al nuovo bando non appena il Ministero metterà a disposizione delle regioni la piattaforma informatica per l'acquisizione on line delle domande di partecipazione (si stima attorno alla metà di ottobre).

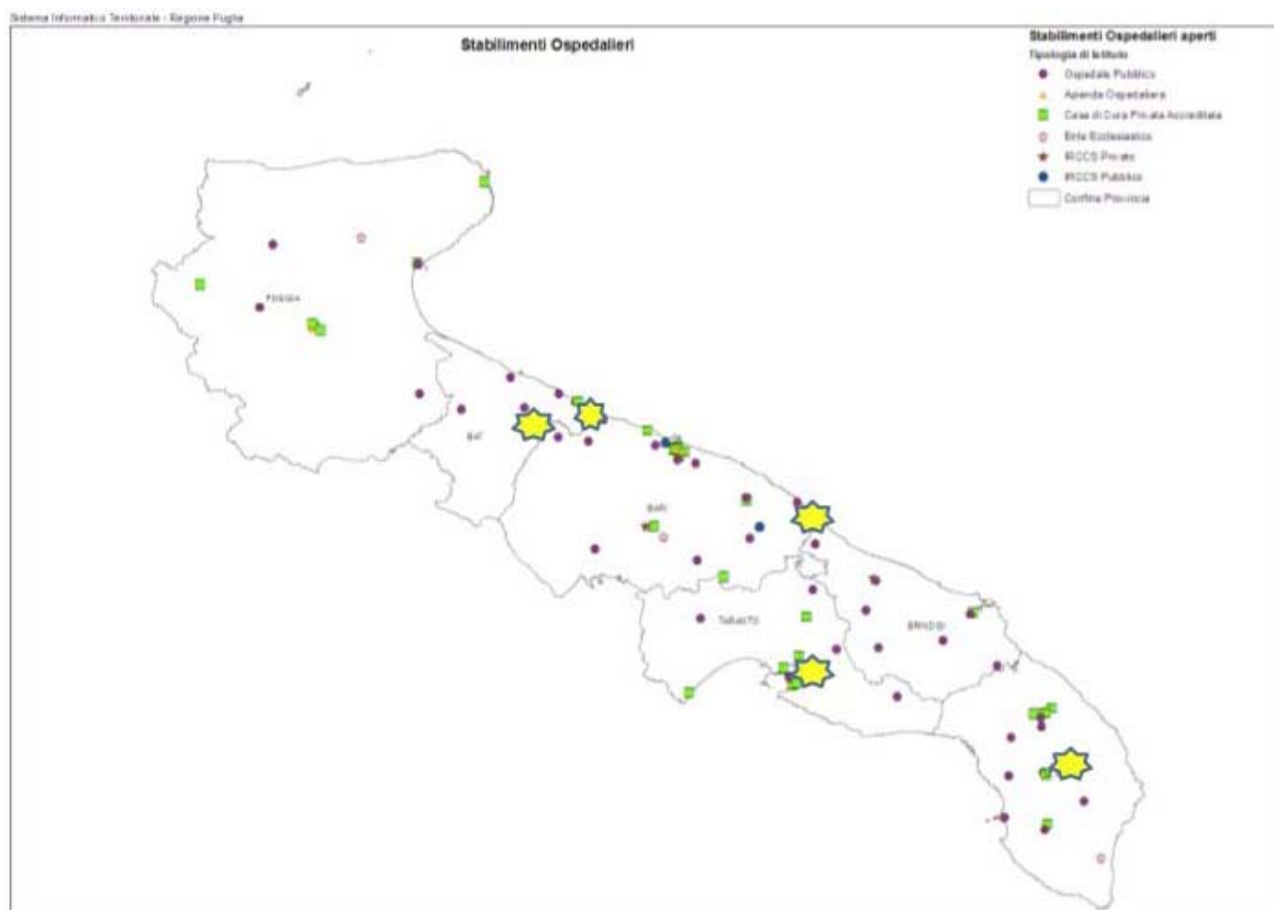
La Regione Puglia ha espletato un concorso bandito nel 2009 per la formazione di una graduatoria unica regionale per l'assegnazione di sedi farmaceutiche vacanti e/o di nuova istituzione per il privato esercizio nella Regione ai sensi dell'art. 3 comma 43 della L.R. 40 del 31/12/2007 (la cui graduatoria definitiva è stata pubblicata nel BURP n. 107 del 07/07/2011) e, alla data di entrata in vigore della legge 27/2012 (23/03/2012), ha provveduto ad assegnare agli aventi diritto della suddetta graduatoria le 17 sedi farmaceutiche indicate nell'atto dirigenziale ricognitivo n. 282 del 22/07/2011. Laddove si verificano rinunce da parte dei farmacisti assegnatari, la sede sarà assegnata sulla base della graduatoria del concorso 2009, proprio in virtù di quanto disposto dal comma 3 art. 11 "...fatte salve quelle sedi per la cui assegnazione alla data di entrata in vigore della legge di conversione del decreto, la procedura sia stata già espletata".

Si fa altresì notare che, a seguito degli adempimenti di cui alla legge 27/2012, le graduatorie in vigore saranno due: quella del 2009 fino ad attribuzione completa delle 17 sedi istituite prima dell'entrata in vigore della legge 27/2012 (con scadenza 07/07/2015) e quella a seguito del concorso straordinario con cui saranno assegnate agli aventi diritto le 188 sedi che scaturiscono in base al nuovo parametro 1 farmacia ogni 3.300 abitanti, con validità biennale. Si attingerà dalla graduatoria 2009 anche per quelle sedi istituite prima della legge 27/2012 che si renderanno vacanti non per scelta dei vincitori del concorso straordinario.

Gli investimenti di edilizia sanitaria ex art. 20

Le risorse del II Accordo di Programma Integrativo 2012 a valere sull'art. 20 della l.n.67/1988 saranno utilizzate per realizzare i primi 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:

- 1- il nuovo Ospedale di Andria (ASL BT) tra Andria e Corato
- 2- il nuovo Ospedale del nord barese (ASL BA-BT) tra Bisceglie e Molfetta
- 3- il nuovo Ospedale del sud-est barese (ASL BA-BR) tra Monopoli e Fasano
- 4- il nuovo Ospedale dell'area jonica (ASL TA), a Taranto
- 5- il nuovo Ospedale del sud Salento (ASL LE), tra Maglie e Melpignano.



Nuovi ospedali	Dimensione prevista dei nuovi ospedali
Andria	375
Nord-Barese	281
Valle d'Itria-Sudest Barese	299
S.Cataldo	715
Sud Salento	387
	2057

2.5 Il cronoprogramma del Piano di Investimenti

(nel periodo 2012-2015 il crono programma è articolato per trimestri)

Macrofasi di attività	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Presentazione del Piano al MIn Salute											
Istruttoria NVVIP Min Salute											
Elaborazione VAS Regione Puglia											
Elaborazione studi di fattibilità											
Approvazione Manuali interni per la Gestione e per Monit e Controllo											
Approvazione II Accordo integrativo ex art. 20 l.n. 67/1988 (*)											
Audit di sistema – Controlli di II livello						X	X	X	X	X	X
Elaborazione Progettazioni preliminari											
Approvazione ammissione a finanziamento degli interventi											
Elaborazione Progettazioni definitive											
Gare per appalti integrati											
Aggiudicazione e avvio progettazione esecutiva e lavori											
Realizzazione delle opere (**)											
Attivazione dei nuovi presidi ospedalieri (***)											
Relazione annuale sullo stato di attuazione						X	X	X	X	X	X

(*) In relazione alle intese raggiunte in Conferenza Stato-Regioni la stima nel crono programma è relativa al termine di ottobre 2012 per concorrere al riparto dei fondi disponibili tra le Regioni che avranno entro quel termine sottoscritto il rispettivo Accordo di Programma.

(**) Si segue il cronoprogramma previsto per ciascun intervento.

(***) A partire dal 2020, ovvero dopo 4,5 anni (54 mesi) dall'avvio del cantiere per il primo degli ospedali, e poi a seguire dopo il quinto anno (60 mesi) ovvero il sesto anno (72 mesi) per l'intervento più complesso e di maggiori dimensioni.

Gli interventi finanziati nell'ambito della linea 3.1. azione 3.1.1. si inseriscono in un unico e complessivo progetto regionale di ammodernamento e riqualificazione delle strutture diagnostiche, di ricerca e cura del Sistema Sanitario Regionale il quale negli ultimi anni è stato oggetto di lungo e complesso processo di riorganizzazione che ha visto accorpate Aziende Sanitarie diverse in un'unica Azienda Sanitaria Provinciale nonché il potenziamento delle strutture Ospedaliere di diagnostica e ricerca.

Cardine di tutte le politiche di investimento è stato il potenziamento dell'offerta di strutture e di servizi capaci di prendere in carico persone non autosufficienti e pazienti cronici per accrescerne la qualità della vita, la qualità dei percorsi riabilitativi e ridurre il carico di domanda, spesso inappropriato, che questi gruppi rischiano di generare sulla rete ospedaliera.

Lo stato di vetustà ed obsolescenza delle apparecchiature e delle strutture chirurgiche ha necessitato un investimento straordinario reso indispensabile per far fronte ad una situazione, proveniente dal passato, di gravi ritardi nella programmazione e riorganizzazione di varie strutture sanitarie erogatrici di attività assistenziale.

A tutto ciò si aggiunga che la sanità pugliese trovasi in una situazione da piano di rientro che ha comportato una riprogrammazione della rete ospedaliera che ha necessitato della chiusura di diversi Presidi Ospedalieri e la loro riconversione in Poliambulatori specialistici.

A tali attività è destinata un'attenzione particolare nell'ambito del PO FESR sia in relazione alla qualificazione delle infrastrutture sanitarie ospedaliere e territoriali, sia per il sostegno alla diffusione di strutture socio-riabilitative e servizi sociosanitari.

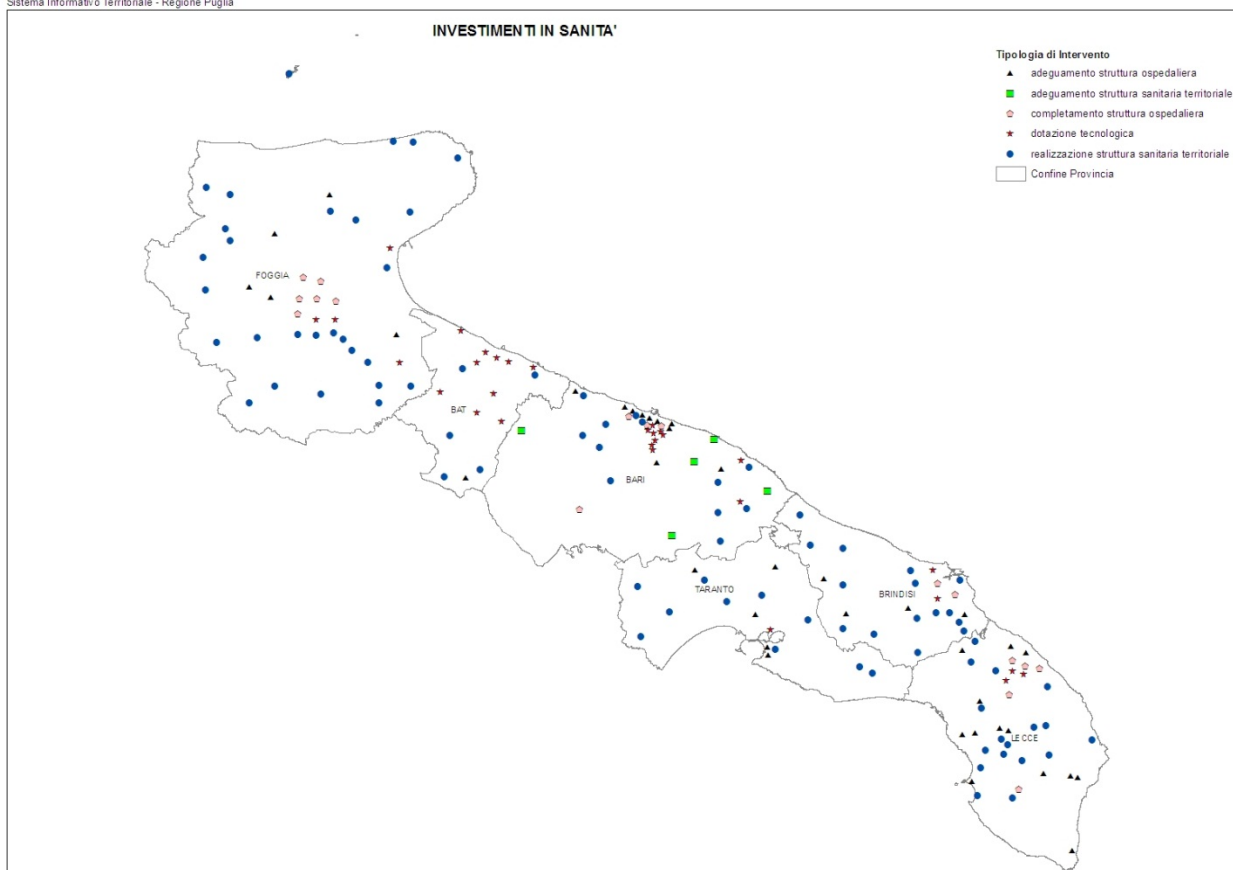
Il contesto regionale nell'ultimo quinquennio, dal 2007 ad oggi, infatti, è molto cambiato sia per effetto degli importanti risultati fin qui conseguiti e in corso di realizzazione con gli interventi finanziati proprio con le Linee 3.1 e 3.2 del PO FESR, ma anche per effetto di vincoli esterni e di innovative scelte di programmazione regionale in ambito sanitario e sociale

Costituisce una priorità strategica per la programmazione regionale il potenziamento e la qualificazione del sistema di offerta strutturale, con la relativa dotazione tecnologica, per i servizi sanitari ospedalieri e territoriali e per la rete dei servizi sociosanitari e socio educativi, al fine di accrescere la capacità di fornire risposte adeguate, in termini di appropriatezza, di efficienza economica, di prossimità rispetto ai contesti di vita delle persone e alle comunità locali.

Con le Aziende Sanitarie e Ospedaliere sono state sottoscritti due Disciplinari per un importo totale di €183.752.273,60, così suddivisi:

- o Interventi ammessi a finanziamento nell'ambito dei Disciplinari 2009: n. 96 per un valore di € **121.846.276,60**;
- o Interventi ammessi a finanziamento nell'ambito dei Disciplinari sottoscritti tra novembre 2011 e febbraio 2012: n. 38 per un valore di € **61.905.997,00**.

La mappa riproduce la situazione degli interventi finanziati



Ad oggi sono finanziati 123 interventi su fondi europei.

Sui Disciplinari avviati a dicembre 2009, al netto del ribasso di asta gli Impegni Giuridicamente Vincolanti (IGV, ossia con gare chiuse), sono €**112.998.459,80**, pari al **93 %** del totale complessivo.

I Progetti avviati concretamente sui disciplinari 2009 sono n. 96 per un totale di € 119.520,418.

Trattasi del 100% progetti che prevedono un contratto sottoscritto dopo l'effettuazione di una gara e che presentano elevati livelli di avanzamento fisico che hanno di contro portato ad un avanzamento di spesa della Linea 3.1. a maggio 2012 (data ultima certificazione) è del 40%. Di questi n. 16 interventi sono stati inseriti nel programma **100 Cantieri**, tutti sono stati avviati, n.2 interventi sono attivi da oltre 1 anno, n. 14 interventi sono saranno attivati e usufruibili da parte del pubblico entro dicembre 2012.

Sulla nuova programmazione avviata a novembre 2011 e terminata a febbraio 2012 abbiamo la seguente situazione:

o Progetti chiusi concretamente sui disciplinari 2011 per un importo di oltre 5 milioni di spesa: n. 6 tra cui :

1. *Realizzazione sede CUP, URL e ambulatori di pneumologia, sistemazione esterni palazzina del Distretto di Trani*
2. *Rifunzionalizzazione ambienti piano terra e primo piano ex P.O. da destinare a sede del Seminternato del Servizio di Riabilitazione territoriale di Barletta;*
3. *Adeguamento corpo "D" dell'ex P.O. "Tommaso Russo" di Cerignola per Poliambulatorio Specialistico in Cerignola;*

4. *Ristrutturazione stabile denominato Palazzone Comune di Ginosa Marina servizi distrettuali e consultoriali;*
 5. *Adeguamento attuale sede del distretto di Massafra (TA) (realizzazione porta unica di accesso);*
 6. *Opere di completamento Centro Diurno Psichiatrico e fornitura apparecchiature Cerignola – Viale Giuseppe Di Vittorio.*
- o **Progetti avviati concretamente (bandi pubblicati e gare espletate) sui disciplinari 2011: n. 26 per un importo complessivo di € 49.125.997,00 pari al 79% dei finanziamenti concessi tra novembre 2011 e febbraio 2012.**

Gli interventi saranno attivati nei prossimi mesi, a titolo esemplificativo, segnaliamo per le Ristrutturazioni e adeguamenti normativi gli interventi:

TA	Laterza	Ampliamento poliambulatorio distrettuale di Laterza (TA) (Servizi distrettuali e consultorio)
TA	Castellaneta	Adeguamento ed ampliamento della struttura Creia di Castellaneta (TA)
Le	Zollino	Completamento primo piano, sistemazione circostante per attivazione "Casa del sorriso"
Le	Galatina	Ex scuola Infermieri, ristrutturazione per allocazione sede DSM, CIM e ambulatori
Ba	Molfetta	Lavori di ristrutturazione e rifunzionalizzazione igienico dell'immobile dell'Istituto Apicella, al fine di allocarvi il Consultorio Familiare, P.U.A., Sportello Sociale, Servizio di Prevenzione Scolastica, Servizio di Riabilitazione audiologica e CSM
Ba	Palo del Colle	Realizzazione sede Distretto socio-sanitario, ove allocare ambulatori medici e servizi socio-sanitari attualmente dispersi nel territorio

Per quanto riguarda le Grandi macchine sono state acquistate Grandi apparecchiature, tra cui

ASL	Comune	Descrizione intervento	Aggiornamento
BR	Territorio Prov.le	Forniture Attrezzature 4 TAC + 2 Mini RMN	Acquistate
OORR Foggia	Foggia	Completamento Servizi Radioterapia Oncologica	Acquistata

Mentre nei prossimi mesi si chiuderanno tutte le procedure di gara attive degli investimenti in tecnologia finanziati nell'ambito del PO FESR, tra cui:

- o *Attrezzature per l'Ospedale della Murgia,*
- o *PET TAC presso gli Ospedali Riuniti di Foggia;*

- o *Risonanza Magnetica per l'Azienda Ospedaliera Policlinico di Bari;*
- o *Acceleratore lineare per Radioterapia e Tac Simulatore per il Perrino di Brindisi.*

Le Aziende Sanitarie pur con le difficoltà imposte dal piano di rientro che ha fortemente dimezzato il personale delle strutture delle aree Tecniche, del Patrimonio e della Ragioneria hanno dimostrato di sapere programmare e gestire i fondi europei, grazie anche al forte impegno da parte della struttura regionale che ha permesso alla linea 3.1. di essere delle linee che assicura performance di spesa e avanzamento procedurale elevato.

FONDO SVILUPPO E COESIONE (EX FAS)

In data 3 agosto 2012 sono stati approvati dal CIPE i seguenti interventi per un ammontare complessivo di euro 307.500.000

Anche la programmazione del Fondo Sviluppo e coesione ha come obiettivo di migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie. Le attività previste risultano pienamente coerenti con gli obiettivi della programmazione regionale dei fondi strutturali, connessi alla necessità di contribuire a qualificare una parte significativa del sistema sanitario e di welfare sia attraverso interventi infrastrutturali, sia mediante la realizzazione di un sistema di servizi per la prevenzione, diagnosi e cura rivolti ai cittadini, nonché per la sperimentazione di percorsi integrati di inclusione sociale.

La stretta connessione tra le priorità strategiche declinate nell'Intesa e quelle definite nella programmazione comunitaria contribuisce a delineare una strategia univoca ed integrata di intervento: mentre il PO FESR 2007-2013 dà priorità ai servizi sanitari distrettuali e ai servizi sociali e sociosanitari a bassa e media integrazione, le risorse del FSC danno priorità ai servizi ospedalieri di qualità e ai servizi ospedalieri di prossimità (presidi di salute territoriale e ospedale del territorio).

Dall'anno 2007, com'è noto, la Regione sta intervenendo in modo organico e sistematico per recuperare ritardi risalenti ad almeno un decennio, atteso che prima della elaborazione del Piano per la Sanità Elettronica di Puglia (DGR n.2005 del 22.12.2006) non esisteva in Puglia una programmazione di settore.

Il Tavolo per la Sanità Elettronica, costituito sempre nell'anno 2007, con i compiti e funzioni definite con Regolamento Regionale n.19/2007, ha prodotto in questi anni una intensa e qualificata attività di riorganizzazione del settore e di coordinamento delle iniziative di Sanità Elettronica agendo, anche, sulle Aziende Sanitarie affinché potessero evolvere verso progetti aziendali di informatizzazione che, oltre alla razionalizzazione dei costi ed all'aggiudicazione delle forniture a mezzo di specifiche gare, potessero agevolare un miglioramento complessivo della gestione amministrativa, il potenziamento degli strumenti di controllo di gestione, una maggiore efficienza ed accessibilità dei servizi ai cittadini anche muovendo investimenti in infrastrutture, tecnologie e servizi.

Inoltre, sono stati attivati una serie di progetti di Sanità Elettronica a carattere regionale, direttamente governati (sotto il profilo tecnico ed amministrativo) dalla Regione in quanto stazione appaltante ai sensi del D.Lgs. 163/2006 (Codice Contratti pubblici) o in qualità di committente della società *in-house* InnovaPuglia.

Grazie a questo impulso la Puglia sta divenendo realtà di riferimento nel panorama nazionale in materia di Sanità Elettronica.

In breve, il Piano per la Sanità Elettronica di cui alla D.G.R. n.2005 del 22.12.2006 prevede una serie di iniziative e progetti a carattere regionale tra cui il nuovo Sistema Informativo Sanitario Regionale denominato Edotto, il Sistema Informativo Sanitario Territoriale (meglio noto come Rete dei MMG), il Portale Regionale della Salute ed una serie di iniziative settoriali (Dipendenze Patologiche, Prevenzione, Screening, ecc..) in una logica di cooperazione e di coerenza complessiva. Lo stesso Piano, anche attraverso la costituzione del TSE di Puglia e con il supporto di InnovaPuglia, ha previsto azioni a carico delle Aziende Sanitarie ed Enti del SSR volte a realizzare un disegno complessivo di Sanità Elettronica con l'obiettivo di razionalizzare gli investimenti e produrre economie di scala, rendere più efficiente e governabile il Sistema Sanitario, innovare e rendere più efficienti ed accessibili i servizi ai cittadini.

La realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico di cui si parla in queste settimane sta già avvenendo in Puglia attraverso il progetto di Sistema Informativo Sanitario Territoriale (SIST), conosciuto anche come Rete dei Medici di Medicina Generale (RMMG), di cui è Ente attuatore la società *in-house* InnovaPuglia S.p.A., nell'ambito dell'Accordo di Programma Quadro (APQ) in materia di *"e-government e società dell'informazione"*.

L'architettura logica e tecnica che la Regione, a partire dal Piano per la Sanità Elettronica di Puglia e per mezzo della costante azione di indirizzo e coordinamento del Tavolo della Sanità Elettronica di Puglia, ha cercato di strutturare è in definitiva un **sistema integrato della sanità elettronica** così com'è stato definito dall'art. 1 della Legge Regionale n.16 del 15 luglio 2011 **"Norme in materia di sanità elettronica, di sistemi di sorveglianza e registri"** e cioè il sistema composto dalla interconnessione del Sistema informativo sanitario regionale, del Sistema informativo sanitario territoriale, del Sistema informativo sociale e degli altri sistemi informativi regionali e aziendali.

La stessa legge prevede che il sistema integrato della sanità elettronica

"è progettato e istituito al fine di garantire:

a) sostenibilità e controllo della spesa;

- b) efficienza del sistema sanitario regionale [...];*
- c) continuità assistenziale attraverso la condivisione delle informazioni [...];*
- d) qualità e prevenzione del rischio clinico;*
- e) partecipazione del cittadino;*
- f) semplificazione degli accessi e della fruizione dei servizi socio-sanitari. [...]*

ed è realizzato tramite interconnessione dei sistemi informativi regionali e aziendali secondo le modalità e nel rispetto di quanto previsto dall'art. 39 della L.R. n. 4/2010"

Per realizzare questo percorso si è intervenuti anche cercando di rafforzare le strutture deputate a livello aziendale nella gestione e coordinamento delle iniziative di Sanità Elettronica e cercando di chiarire e rafforzare il quadro dei compiti e delle responsabilità in materia di obblighi e flussi informativi a carico di ciascuno dei soggetti ed operatori del Servizio Sanitario Regionale.

Ricordo, quindi, quanto previsto dall'art. 39 della Legge Regionale 25 febbraio 2010, n.4 (Norme urgenti in materia di sanità e servizi sociali) (cosiddetto Omnibus) e cioè l'obbligo di istituire in ciascuna Azienda Sanitaria la struttura Servizio Sistemi Informativi e la definizione dell'obbligo a carico di tutte le Aziende ed Istituti pubblici e privati accreditati di conferire i dati e le informazioni ai sistemi informativi regionali. Un obbligo che riguarda anche i professionisti convenzionati.

Da un punto di vista funzionale, i sistemi informativi di livello regionale sono costituiti da una serie di componenti di varia complessità, che cooperano secondo diverse modalità, condividendo alcune informazioni comuni che costituiscono la semantica condivisa per lo scambio di informazioni (anagrafe assistiti, anagrafe strutture sanitarie, nomenclatore tariffario regionale per le prestazioni specialistiche, catalogo delle esenzioni, anagrafica del personale sanitario, ecc.).

I sistemi informativi regionali scambiano informazioni, in tempo reale per alcune applicazioni, in tempo differito per altre, con i sistemi informativi nazionali, in particolare con il sistema Tessera Sanitaria del Ministero dell'Economia e delle Finanze (ai sensi dell'art. 50 della L. 326/2003) e con il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della Salute, per mezzo dei quali le Amministrazioni Centrali operano un controllo diretto sull'operato della Regione in tema di livelli essenziali di assistenza (LEA). E', inoltre, opportuno far presente che gli obblighi informativi, sempre crescenti, nei confronti di tali sistemi rappresentano adempimento a carico delle Regioni per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato ai sensi dell'Intesa Stato Regioni del 23/05/2005.

A loro volta i sistemi informativi regionali sono costantemente alimentati dai sistemi aziendali o locali (inclusendo anche i software di cartella clinica dei medici convenzionati ed i sistemi gestionali di strutture private accreditate e farmacie convenzionate).

Per dare una idea del dimensionamento dei sistemi regionali è opportuno richiamare alcuni numeri relativi al 2011:

- ✓ Schede di dimissione ospedaliera: **circa 800.000;**
- ✓ Numero di ricette per l'acquisto di farmaci: **oltre 42 milioni;**
- ✓ Numero di posizioni di esenzione da gestire: **oltre 6 milioni.**

Le scelte regionali si rifanno nelle strategie nazionali ed agli standard, che oggi non sono governati da un'unica cabina di regia, ma da interventi, non sempre coordinati, di Ministero della Salute, Ministero dell'Economia e delle Finanze e Ministero della PA e della semplificazione. L'assenza di un quadro strategico e di un programma nazionale in materia di Sanità Elettronica ha determinato in questi ultimi anni una continua riprogrammazione degli interventi e delle priorità per cercare di osservare interventi normativi e

decreti non sempre coerenti e consequenziali tanto è vero che anche l'attuale governo sta cercando di ridefinire una Agenda Digitale del Paese quale strumento di innovazione e di indirizzo alle azioni degli altri Enti territoriali, Regioni ed Aziende Sanitarie comprese.

Dato il suddetto il quadro di riferimento nazionale, si evince che la Regione deve prioritariamente dotarsi di strumenti di informatizzazione dei processi amministrativi e di assistenza finalizzati alla pianificazione, al controllo della spesa, alla verifica dei LEA ed al soddisfacimento degli obblighi informativi nei confronti delle Amministrazioni Centrali (gli obblighi informativi sono stati dettagliati con uno specifico provvedimento della Giunta Regionale n. 317/2011 con cui è stata approvata la Mappa dei Flussi Informativi della Regione Puglia). Come detto, tali strumenti sono indispensabili per la verifica dei LEA e per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato del FSR. A tali strumenti si affiancano i sistemi che migliorano l'accesso alle cure e la loro qualità ponendo l'assistito al centro del sistema (ad esempio fascicolo sanitario elettronico) incrementando conseguentemente l'efficienza e l'efficacia dell'assistenza sanitaria.

Si citano, quindi, **gli obiettivi** della L.R. n 16/2011 (norme in materia di sanità elettronica, di fascicolo sanitario elettronico e di registri di patologia) e la loro implementazione:

1) Sostenibilità e controllo della spesa ed efficienza del sistema sanitario regionale

A questa esigenza si dà risposta principalmente, ma non solo, con il **sistema Edotto** (in esercizio dal 19 giugno 2012 con le prime aree applicative e la cui fase di avvio terminerà entro fine 2012), che consente di gestire da parte degli operatori del SSR, con un unico sistema a livello regionale, le varie fasi dell'assistenza sanitaria (accesso al PS, gestione ricoveri, assistenza domiciliare, residenziale, protesica), gli adempimenti amministrativi relativi all'assistenza specialistica, farmaceutica ed ospedaliera, l'accreditamento delle strutture private ed i rapporti amministrativi con i soggetti convenzionati e di disporre al contempo di un patrimonio condiviso di dati (costituito dai singoli contatti del singolo assistito con il SSR), da utilizzarsi per finalità di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria. Inoltre, Edotto implementa funzionalità utili a sostenere la fase di potenziamento delle attività territoriali quali l'assistenza domiciliare, l'assistenza residenziale e semiresidenziale, l'assistenza protesica. Il nuovo Sistema realizza, anche, obiettivi fondamentali per il Servizio Sanitario Regionale e di estrema attualità quale la informatizzazione dei Registri di Patologia quale il Registro Tumori Puglia, il Registro Mortalità ed il Registro Malattie Infettive oltre a potenziale le funzionalità utili per l'osservazione epidemiologica regionale.

Il sistema è già operativo e sarà utilizzato a regime (entro la fine di quest'anno) da circa 6000 operatori sanitari ed amministrativi del SSR. Con Edotto si gestiscono anche gli stipendi dei professionisti convenzionati (medici di base, medici dell'emergenza sanitaria, medici della continuità assistenziale, specialistici ambulatoriali), si gestiscono i Pronto Soccorso, l'accettazione ed i ricoveri ospedalieri, l'assistenza farmaceutica ospedaliera, l'assistenza farmaceutica territoriale compresa l'erogazione dei corrispettivi alle farmacie, le prestazioni erogate dalle case di cura private e dalle strutture di specialistica ambulatoriale accreditata e correlate spettanze, si gestisce la mobilità sanitaria passiva e attiva con le altre Regioni, si definiscono e si gestiscono i percorsi di assistenza individuale ed il percorso di valutazione multidisciplinare in ambito territoriale, si gestisce l'erogazione delle protesi, dei buoni per i celiaci (assistenza integrativa), ecc..

2) Continuità assistenziale attraverso la condivisione delle informazioni

A questa esigenza si risponde principalmente, ma non solo, con il progetto SIST (**Sistema Informativo Sanitario Territoriale**). Il sistema vede già oggi il collegamento di gran parte dei medici di base della Regione Puglia che attraverso il proprio software di cartella clinica conferiscono in tempo reale al sistema regionale le prescrizioni effettuate (assolvendo agli obblighi previsti dal DPCM 26/03/2008) ed i certificati di malattia e ricevono dallo stesso le anagrafiche aggiornate dei propri assistiti. In particolare ricevono le posizioni di esenzione per motivi di reddito, patologia, invalidità, ecc. senza dover richiedere la presentazione dell'attestato cartaceo all'assistito ed evitando errori nella compilazione della

prescrizione che possono causare disservizio all'assistito. In particolare, ricevono le posizioni di esenzione per motivi di reddito certificate dal MEF sulla base della dichiarazione dei redditi dell'anno precedente, ai sensi del DM 11/12/2009. Pertanto, l'assistito può richiedere al medico di verificare al momento della prescrizione il diritto all'esenzione senza necessità di recarsi alla propria ASL. Tuttavia, gli elenchi del MEF sono completi al 75% e, pertanto, vi è comunque una quota di aventi diritto che ha la necessità di recarsi alla ASL per il rilascio della autocertificazione annuale. Tale procedura è già attiva per tutti i medici che si sono collegati al SIST.

La fase sperimentale del SIST prevede anche l'integrazione di alcuni sistemi di gestione delle farmacie, di sistemi CUP e di un sistema di gestione di un laboratorio analisi al fine di verificare la concreta possibilità di conferire informazioni e referti provenienti da sistemi esterni verso il Fascicolo Sanitario Elettronico.

Con l'avvio di Edotto è, inoltre, possibile conferire al SIST le SDO, la lettera di dimissione e, successivamente, altre informazioni sugli accessi al SSR.

L'obiettivo finale è quello di realizzare il **Fascicolo Sanitario Elettronico** dell'assistito, cioè l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi riguardanti l'assistito, accessibile dall'assistito e dagli altri operatori del SSR per finalità di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.

E' importante qui sottolineare che il FSE non va confuso con la refertazione online che è un servizio offerto dalle Aziende per scaricare il referto via web, entro un limitato lasso di tempo con le credenziali (a scadenza) fornite al momento dell'accettazione.

Realizzata con il SIST l'infrastruttura di accoglienza del FSE, per la completa implementazione del FSE in maniera fruibile dal cittadino si sta procedendo a completare le seguenti iniziative:

- ✓ Approvazione del Regolamento Regionale previsto dalla L.R. 16/2011 (da sottoporre al Garante per la Privacy);
- ✓ Integrazione dei laboratori di patologia clinica e di altri laboratori di analisi (per questo obiettivo sono necessari ulteriori investimenti);
- ✓ Evoluzione del processo di dematerializzazione della ricetta di cui al DM 02/11/2011.

E' possibile sostenere con ragionevolezza che la messa a regime del progetto in un ambito territoriale limitato richiede, reperite le necessarie risorse economiche, una serie di attività che potranno concludersi a fine anno 2013.

3) Partecipazione del cittadino e semplificazione degli accessi e della fruizione dei servizi socio-sanitari.

A questa esigenza si risponde principalmente, ma non solo, con il progetto **Portale regionale della Salute**, che si configura come la porta unica di accesso a tutti servizi informativi ed interattivi del SSR.

Il Portale della Salute in linea dal 21 marzo 2011 rappresenta un progetto unico nel suo genere perché contiene al suo interno specifiche sezioni per ogni Azienda Sanitaria ed a sua volta per ogni sottostruttura aziendale. Considerato che è possibile inserire contenuti informativi attraverso un sistema che richiede conoscenze informatiche base, ogni singolo Distretto o Ospedale può, attraverso una propria redazione, inserire informazioni aggiornate e di dettaglio sull'assistenza erogata (ad esempio orari di apertura dei consultori, news su iniziative distrettuali, ecc.)

Inoltre il portale permette l'accesso ai seguenti servizi:

1) Visura esenzioni;

2) Consultazione diario vaccinazioni;

3) Scelta/Revoca del medico;

4) Prenotazione online;

5) Pagamento online

I servizi 1, 2 e 3 sono disponibili per tutte le ASL.

Dal 21 marzo 2012 sono stati attivati in maniera incrementale sulla sola ASL di Lecce.

Entro l'inizio del prossimo anno (2013) è prevista la progressiva attivazione di tali servizi on line alle rimanenti ASL.

I servizi 4 e 5 sono al momento disponibili solo per la ASL Lecce (prenotazione online già disponibile, pagamento ticket nei prossimi giorni). Sulla ASL di Lecce è prevista anche l'implementazione della gestione delle prestazioni ALPI (intramoenia). L'affidamento prevede l'integrazione di una seconda ASL (in fase di individuazione). Si precisa che il solo pagamento online, senza prenotazione, è stato implementato autonomamente anche dal Policlinico di Bari (già attivo da un anno) e sarà a breve esteso anche alla ASL Brindisi.

Per il futuro si prevede l'implementazione di servizi per consentire la presentazione di autocertificazioni ed istanze online (ad esempio l'autocertificazione per esenzione per motivi di reddito).

4) Criticità

L'attuazione degli obiettivi sopra illustrati in tempi ragionevolmente brevi è ostacolata non tanto da problematiche tecniche, ma dalle seguenti obiettive difficoltà tipo organizzativo ed amministrativo (oltre alle limitate risorse economiche):

- ✓ **Incerto quadro di riferimento nazionale ed assenza di standardizzazione.** A titolo esemplificativo, il formato di prescrizione approvato dal TSE nazionale non è riconosciuto dal Sistema TS del MEF;
- ✓ **Difficoltà di integrare i sistemi regionali con i sistemi aziendali** i cui contratti non sono gestiti direttamente dalla Regione, dovendo necessariamente salvaguardare gli investimenti fatti e rispettare l'autonomia gestionale delle Aziende sanitarie. Le difficoltà riguardano, quindi, la disomogeneità delle soluzioni informatiche, la varietà di fornitori presenti nelle realtà aziendali, il disallineamento delle tempistiche: contratti in scadenza e/o gare in esecuzione, obsolescenza dei sistemi aziendali; si procede, quindi, speditamente quando si integrano soluzioni regionali, mentre i tempi si allungano quando bisogna far cooperare sistemi appartenenti a livelli di governo diversi con un forte impegno del Tavolo per la Sanità Elettronica e dei Responsabili degli Uffici regionali nonché dei Referenti dei progetti regionali e di InnovaPuglia nel coordinare questi aspetti e supportare le Aziende Sanitarie affinché attraverso progetti di informatizzazione unici aziendali riorganizzino le proprie realizzazioni per favorire il processo di integrazione tra i sistemi informativi e le basi dati.

Accanto a questi obiettivi, con la Legge Regionale n.16/2011 si è affrontato un modo organico e complessivo **il tema della sicurezza dei dati personali e sensibili** gestiti attraverso il sistema integrato di sanità elettronica definendo, quindi, il quadro entro il quale le iniziative devono muoversi nel rispetto del Codice Privacy.

Infatti, con la norma regionale la Puglia, una delle prime in Italia, ha già **formalmente istituito il Fascicolo Sanitario Elettronico ed una serie di Registri di Patologia** che, per esigenze di sorveglianza ed

epidemiologiche, sono implementati utilizzando uno o più sistemi informativi tra quelli attivati o in via di attivazione nell'ambito del Piano per la Sanità Elettronica.

Accanto all'intervento legislativo sono in corso le correlate attività di adeguamento dei sistemi informativi alle prescrizioni del Garante Privacy nonché le attività di predisposizione dei regolamenti attuativi come prescritto dalla norma.

5) Innovazione dei processi del Servizio Sanitario Regionale e strumenti di governo

Il Piano per la Sanità Elettronica ha previsto anche la realizzazione di interventi finalizzati ad assicurare la innovazione dei processi di gestione delle attività sanitarie, amministrative e tecniche in determinati contesti del Servizio Sanitario Regionale. Per questo sono state avviate ulteriori iniziative qualificanti che, grazie all'integrazione tra i diversi sistemi informativi, rendono possibile la costruzione di un patrimonio informativo complessivo assolutamente formidabile.

Riepilogo, quindi, brevemente l'elenco delle iniziative attualmente in essere nell'ambito del Piano per la Sanità Elettronica di Puglia:

1. Sistema Edotto

Il sistema informativo unico sanitario regionale di maggiore complessità, estensione e innovazione dei processi interni al SSR e di cui ho già accennato sopra. Esso si compone in estrema sintesi di 34 aree applicative che abbracciano dalle Anagrafi uniche regionali (Assistibili, Personale Sanitario e Strutture Sanitarie) e gli ambiti della Farmaceutica, della Specialistica, dell'Assistenza Territoriale, del Monitoraggio Contabile, dell'Osservatorio Prezzi e Tecnologie, dei Registri di Patologia, dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale, del Sistema Informativo Direzionale.

2. Sistema Informativo Sanitario Territoriale (SIST)

Come ho già accennato il sistema è stato sviluppato nell'ambito del progetto Rete dei Medici di Medicina Generale che ha la finalità di **attuare il potenziamento dei servizi territoriali e dell'assistenza primaria, coinvolgendo Medici di Medicina Generale, Pediatri, Medici della Continuità Assistenziale, Medici Specialisti Ambulatoriali** e che funge, inoltre, da sistema di accoglienza regionale (SAR) delle informazioni ai sensi dell'art.4 del DPCM 26/03/2008; ad oggi la Regione Puglia è l'unica regione meridionale a disporre di un proprio SAR:

- ✓ i medici si collegano al sistema regionale che raccoglie le prescrizioni e le rinvia al Sistema Tessera Sanitaria
- ✓ i medici si collegano al sistema regionale e possono acquisire l'anagrafica dei propri assistiti e la situazione delle esenzioni degli assistiti, ivi comprese quelle da reddito (DM 11/12/2009).

Il sistema, come detto, funge da infrastruttura regionale per il **fascicolo sanitario elettronico** della Regione Puglia, istituito con l'art. 2 della L.R.n. 16/2011. Attualmente è in fase di stesura il regolamento attuativo (effettuati incontri con le organizzazioni sindacali dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta).

3. Portale della salute

Il Portale (www.sanita.puglia.it) è in linea da marzo 2011, sostituendo il portale del call- center informativo sanitario e comprende attualmente anche un serie di sezioni aziendali con la migrazione dei siti aziendali nel portale regionale al fine:

- ✓ di uniformare i contenuti

- ✓ di ottenere delle economie nella gestione e nella manutenzione (un solo contratto)
- ✓ di semplificare l'accesso alle informazioni da parte dei cittadini

Non appena attivato, sarà possibile accedere anche al Fascicolo Sanitario Elettronico.

4. Sistema di Informazione e Comunicazione in Sanità

Gli obiettivi dell'intervento sono i seguenti:

- ✓ organizzare e realizzare la **Redazione Regionale del Portale della Salute**, così come previsto dal modello organizzativo delineato nel documento di indirizzo "Sistema Integrato di Comunicazione e di Informazione nella Sanità", approvato con D.G.R. 1079 del 25.06.2008
- ✓ garantire **l'armonizzazione nella comunicazione e la verifica della qualità dell'informazione prodotta dalle aziende sanitarie** sull'intero territorio regionale
- ✓ garantire continuità al servizio di erogazione di informazioni e di punto d'ascolto offerto attualmente dal **Call Center Informativo Regionale Sanitario**, attraverso il numero verde 800955155
- ✓ garantire l'operatività delle infrastrutture tecnologiche a carattere regionale del Portale della Salute e della Redazione regionale
- ✓ supportare l'avviamento e consolidamento della prenotazione ALPI e fornire il supporto tecnico-operativo alla redazione del Portale Regionale della Salute di competenza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Consorziale Policlinico di Bari, attraverso l'assegnazione di personale, individuato fra gli operatori impegnati fino al 31 dicembre 2009 nel Call Center Informativo Sanitario Regionale, così come previsto dal punto 1) della DGR n. 2679/2009, dalla lettera d) del punto 4) della DGR n.116/2009, nonché della nota dell'Assessore Politiche della Salute prot n.24/199/SP del 15/03/2010.

5. Nuovo Sistema Informativo del 118 di Puglia

Il progetto ha come obiettivo quello di dotare tutti i soggetti coinvolti nei processi di lavoro operativi e decisionali connessi con il servizio di emergenza sanitaria territoriale dei necessari strumenti tecnici, funzionali, informativi idonei a supportare le attività giornaliere di specifica competenza.

Il progetto si propone di **innovare il sistema informatico attualmente in uso** di supporto alle attività del servizio 118 attraverso interventi che consentano di:

- ✓ Facilitare la gestione del processo di lavoro attraverso l'utilizzo di adeguati strumenti tecnologici in ciascuna delle fasi che caratterizzano un intervento di emergenza;
- ✓ Migliorare la gestione clinica del paziente attraverso:
 - l'ottimizzazione del processo di lavoro delle Centrali Operative 118
 - l'integrazione dei processi di lavoro realizzati dal personale dei mezzi di soccorso e della Centrale Operativa 118, delle strutture di emergenza sanitaria ospedaliera (ad es., Pronto Soccorso, Unità Operative di Stabilimenti Ospedalieri) e dei servizi di consulenza specialistica (ad es., Servizio Telecardiologia)
 - lo scambio di dati tra il sistema informativo 118 e gli altri sistemi informativi sanitari su scala aziendale e/o regionale (ad es, Edotto, SIST)

- ✓ Migliorare la capacità di monitoraggio del servizio a beneficio del livello decisionale attraverso la raccolta, l'analisi e la valutazione di dati ed informazioni;
- ✓ Incrementare il livello quantitativo di informazioni disponibili in formato digitale così da perseguire l'obiettivo di dematerializzazione della documentazione cartacea;
- ✓ Gestire i Flussi Informativi delle prestazioni di emergenza-urgenza del Sistema 118 sia verso il livello regionale che verso il livello nazionale in accordo con le indicazioni previste dalla normativa vigente in materia.

6. Sistema e-CUP della Regione Puglia

L'attività progettuale ha per obiettivo la realizzazione di **un sistema informativo regionale integrato per il governo, il monitoraggio ed il coordinamento tecnico, organizzativo e funzionale dei sistemi di prenotazione delle prestazioni sanitarie.**

L'e-CUP non si sostituirà ai sistemi di prenotazione già esistenti nelle Aziende Sanitarie di Puglia, ma coopererà con essi (sarà un cosiddetto sistema CUP di 2° livello).

Per realizzare quest obiettivo si sta seguendo la formula del riuso del modulo "CUP Locale", sviluppato da Regione Umbria nell'ambito del progetto "Pilota prenotazione online", cofinanziato dal Dipartimento per l'Innovazione e le Tecnologie (oggi Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e l'innovazione tecnologica) e del modulo "CUP Integratore", già in esercizio presso la Regione Emilia Romagna ed utilizzato anche nel suddetto progetto.

Sono già stati effettuati incontri presso la Regione Umbria e la Regione Emilia Romagna per la condivisione di protocolli di intesa per avviare tali progetti.

7. Sistema Informativo delle Dipendenze Patologiche

E' stata affidata ad InnovaPuglia la redazione del progetto e della documentazione di gara per il **nuovo sistema informativo delle dipendenze patologiche** che andrà a sostituire l'attuale Sistema SESIT (in scadenza a gennaio 2013) e che permette il collegamento di tutti i SERT della Regione Puglia e di gestire le cartelle cliniche degli interventi.

8. Sistema Informativo Regionale Screening

La realizzazione del sistema informativo regionale screening rappresenta un punto fondamentale per la definitiva strutturazione delle attività nell'ambito delle prestazioni cui le Aziende Sanitarie Locali sono tenute ad erogare ai cittadini atteso che attraverso il sistema informativo è in corso la riorganizzazione delle attività con l'obiettivo di potenziare e migliorare l'organizzazione complessiva degli screening attraverso il Centro Regionale e di qualificare gli interventi svolti dai Centri di riferimento aziendali procedendo ad una loro migliore organizzazione.

Per questo, è stata istituita una Cabina di Regia regionale Screening che sta coordinando le diverse attività ed interventi al fine di far conseguire alla Puglia quei risultati in materia di prevenzione e screening già raggiunti in altri contesti regionali.

L'attivazione e potenziamento di un sistema informativo unico regionale integrato con gli altri sistemi di Sanità Elettronica consentirà alla Puglia di governare effettivamente queste attività e di effettuare una reale presa in carico della popolazione coinvolta dai programmi di screening anche negli altri percorsi diagnostico – assistenziali realizzando anche un collegamento tra Centri di Riferimento aziendali ed i medici di medicina generale per la condivisione delle informazioni sanitarie.

In questo quadro è stata finalmente attivato il **Centro regionale di Coordinamento Organizzativo e di Gestione** delle attività tecnico-amministrative collegate ai progetti di screening (**Centro regionale Screening**).

9. Sistema Informativo Regionale di Anatomia Patologica

Per realizzare gli obiettivi del Piano per la Sanità Elettronica e per sostenere l'esigenza di integrazione delle informazioni sanitarie sia ai fini epidemiologici sia per l'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, la Regione sta investendo per aggiornare tecnologicamente e realizzare un sistema informativo unico regionale per la gestione delle attività e delle informazioni di Anatomia Patologica al fine di garantire l'integrazione del sistema informativo Anatomia Patologica con gli altri sistemi di Sanità Elettronica nel senso indicato dalla L.R. n.16/2011 anche al fine importantissimo di assicurare il conferimento diretto dei dati degli esiti e referti di Anatomia Patologica al Registro Tumori Puglia informatizzato nell'ambito del sistema Edotto e di consentire l'integrazione dei dati anagrafici dei soggetti nonché di realizzare l'integrazione tra il sistema informativo Anatomia Patologica ed il sistema informativo Screening per la migliore gestione dei programmi di prevenzione e screening.

10. Sistema Informativo Regionale Gestione Anagrafe Vaccinale

E' stato avviato il progetto di progressiva informatizzazione delle attività e dei centri vaccinali al fine di realizzare gli obiettivi fissati dal Piano della Prevenzione.

Tenuto conto che la realizzazione del Sistema Informativo GIAVA Puglia deve essere collegata alle iniziative del Piano per la Sanità Elettronica ed al sistema integrato di Sanità Elettronica di cui alla L.R. n.16/2011, il Tavolo per la Sanità Elettronica di Puglia ha avviato la fase di evoluzione del sistema Giava, in considerazione dello scenario regionale relativo ai progetti di Sanità Elettronica e dell'opportunità di omogeneizzare i contenuti dei diversi interventi avviati dalla Regione sia sotto il profilo amministrativo che sotto il profilo degli aspetti correlati alle politiche per il trattamento dei dati personali e relative policy, alle misure di sicurezza anche informatica nonché alle soluzioni tecniche.

Grazie all'iniziativa regionale, finanziata con i fondi della Regione Puglia e con fondi del Piano regionale della Prevenzione, è stato possibile realizzare l'obiettivo della costituzione della banca dati anagrafica unica regionale dei soggetti vaccinati mediante l'offerta di servizi applicativi e di assistenza e manutenzione a tutti gli ambulatori vaccinali della regione afferenti ai Servizi Igiene e Sanità Pubblica dei Dipartimenti di Prevenzione della Aziende Sanitarie Locali.

L'interconnessione di sistema GIAVA con il Portale Regionale della Salute consentirà, ad esempio, ai cittadini pugliesi di aver accesso direttamente on – line alla propria situazione vaccinale, di prenotare l'accesso ai Centri Vaccinali.

11. Sistema Informativo Regionale Salute Mentale

Al fine di realizzare il Sistema Informativo regionale per il Dipartimento di Salute Mentale, idoneo a consentire il rispetto degli adempimenti previsti dal Decreto del Ministero della Salute del 15 Ottobre 2010 di "Istituzione del sistema informativo per la salute mentale" in materia di flussi informativi e che possa fungere anche di supporto all'attività ordinaria, la Regione ha incaricato InnovaPuglia di indire una procedura negoziata per cottimo fiduciario, ai sensi dell'art. 125 comma 11 D. Lgs. 163/2006 e del Regolamento per gli acquisti in economia di InnovaPuglia, per la fornitura di un software applicativo per la realizzazione del Sistema Informativo regionale per il Dipartimento di Salute Mentale e associati servizi.

La procedura è in corso di espletamento e, con questa iniziativa, si intende dare una prima risposta organica a questo ambito di attività al fine di strutturare una base dati settoriale finalizzata ad assolvere agli obblighi informativi previsti dalle norme nonché ad assicurare una prima risposta organica alle esigenze delle strutture dei Dipartimenti di Salute Mentale delle ASL nonché di governo da parte dell'Assessorato.

12. Sistema Informativo della Prevenzione

Nell'ambito delle attività del Tavolo per la Sanità Elettronica è stata rilevata la necessità di dare una accelerazione forte al processo di **informatizzazione delle attività dei Dipartimenti di Prevenzione** attesa la necessità di fornire una risposta organica regionale alle esigenze di strumenti per una gestione efficace delle attività di prevenzione, di vigilanza e controllo nonché a tutto l'insieme di attività autorizzative, medico-legali e fiscali che necessitano di una immediata dematerializzazione e de-burocratizzazione anche in ottica di sviluppo ed effettiva realizzazione degli sportelli unici e delle integrazioni inter-istituzionali.

Pertanto, è stato dato incarico alla società *in house* InnovaPuglia di realizzare il progetto preliminare e le conseguenti procedure di gara affinché entro l'anno 2013 si possa concretamente avviare questo fondamentale processo di informatizzazione anche in ottica di efficienza e trasparenza delle attività in materia di:

- Anagrafe unica regionale delle strutture e soggetti esercenti attività sottoposte a vigilanza
- Igiene e sanità pubblica
- Igiene degli alimenti e della nutrizione, sicurezza alimentare
- Sicurezza del lavoro
- Sanità veterinaria
- Medicina legale e fiscale
- Invalidità civili

Il progetto di informatizzazione delle attività di prevenzione e vigilanza si realizzerà mediante creazione di una banca dati - anagrafe regionale dei soggetti (persone fisiche e persone giuridiche) d'interesse per le attività autorizzative, per il rilascio delle Dichiarazioni di Inizio Attività (DIA), per le attività di vigilanza e controllo in tutti gli ambiti di competenza (Igiene Pubblica, Igiene degli Alimenti, Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, Veterinaria) dei servizi dei Dipartimenti di Prevenzione delle AA.SS.LL.

CONCLUSIONI

Concludendo l'esposizione delle attività in materia di Sanità Elettronica affermo con molto orgoglio per la Puglia che i risultati, oggettivamente valutabili, sono a disposizione di chiunque voglia comprendere nel dettaglio la complessità correlata ai processi di innovazione tecnologica ICT in Sanità che non riguardano solo la "semplice" disponibilità delle reti di connettività ma che attengono, come esposto, al ridisegno complessivo di processi organizzativi amministrativi e sanitari ed alla personalizzazione di procedure informatiche che possano essere adeguate alle esigenze delle strutture sanitarie, di una platea di operatori del Servizio Sanitario Regionale com'è noto molto ampia, articolata ed eterogenea e che portino un effettivo miglioramento complessivo nella *governance* del Sistema, di efficienza e di trasparenza nei servizi e nella gestione del Servizio Sanitario.

Un processo imponente che coinvolge strutture amministrative, ospedali, distretti socio – sanitari, organismi ed agenzie di cui si è data evidenza.

Non a caso i competenti organismi di questa Regione mantengono contatti serrati anche con i Ministeri interessati (Salute, Finanze e Dipartimento Innovazione) – che considerano la Puglia sempre di più come esperienza di riferimento nel settore della Sanità Elettronica – dato l'approccio sistematico e di portata regionale delle iniziative.

E' del tutto evidente che la limitata disponibilità di risorse umane ed economiche è stato sin qui un freno alle ulteriori possibilità che, comunque, questo governo regionale intende sfruttare fino in fondo per garantire ai pugliesi anche attraverso queste profonde innovazioni, un sistema sanitario moderno, più efficiente e meglio monitorato e governato.

Posso affermare serenamente che quanto si sta realizzando nel settore della Sanità Elettronica deve rappresentare elemento di orgoglio per i *pugliesi* di qualsiasi territorio, schieramento politico o ideologico essendo patrimonio della Puglia e di tutti i governi attuali o futuri che si alterneranno.

SERVIZI ON LINE ATTIVI PER I CITTADINI PUGLIESI

SUL PORTALE REGIONALE DELLA SALUTE

(www.sanita.puglia.it)

AZIENDE SANITARIE LOCALI

Provincia	Servizi disponibili	Note
Lecce	• Visura esenzioni ticket (A) • Diario vaccinazioni (A) • Prenotazione prestazioni (S) (A) • Disdetta prenotazioni (A) • Pagamento ticket per prestazioni (S) • Scelta e Revoca Medico (A)	Il servizio di prenotazione prestazioni è disponibile anche senza registrazione, qualora il pagamento del ticket sia contestuale.
Bari	• Disdetta prenotazioni (S) • Visura esenzioni ticket (A) • Diario vaccinazioni (A) • Scelta e Revoca Medico (A)	Il servizio di disdetta prenotazioni è gestito direttamente dalla ASL.
Brindisi	• Visura esenzioni ticket (A) • Diario vaccinazioni (A) • Pagamento ticket per prestazioni (S) • Scelta e Revoca Medico (A)	Il servizio di pagamento ticket è gestito direttamente dalla ASL
BT	• Visura esenzioni ticket (A) • Diario vaccinazioni (A) • Scelta e Revoca Medico (A)	
Taranto	• Visura esenzioni ticket (A) • Diario vaccinazioni (A) • Scelta e Revoca Medico (A)	A novembre è pianificata l'attivazione dei servizi pagamento ticket, prenotazione e disdetta prenotazioni
Foggia	• Visura esenzioni ticket (A) • Diario vaccinazioni (A) • Scelta e Revoca Medico (A)	

AZIENDE OSPEDALIERE

Azienda	Servizi disponibili	Note
AOU Policlinico di Bari	• Pagamento ticket per prestazioni (S)	Il servizio di pagamento ticket è gestito direttamente dalla ASL

Note:

- (S) Servizio disponibili **senza necessità di registrazione**
- (A) Servizio disponibile **solo previa registrazione e autenticazione** (o tramite credenziali del sistema Identity Provider Regionale o tramite Carta Nazionale dei Servizi)

Quando non precisato nella colonna note, i servizi sono realizzati nell'ambito del progetto "Portale della Salute", di cui è Ente attuatore InnovaPuglia S.p.A. In caso contrario il servizio è realizzato direttamente dalla Azienda e il portale funge da piattaforma ospitante.

L'affidamento di InnovaPuglia prevede che i servizi di prenotazione e pagamento ticket siano realizzati solo su due Aziende Sanitarie Locali (LE e TA). Le altre Aziende devono procedere autonomamente integrando i servizi CUP e di tesoreria, come già fatto dalla ASL Brindisi e dal Policlinico di Bari (progetti in collaborazione con la Banca Popolare di Bari).

Nel corso del biennio 2011 - 2012, in attuazione del Piano di Rientro, è proseguita la fase del riordino e della riqualificazione della rete dei servizi socio sanitari territoriali.

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.

A livello distrettuale, una specifica attenzione è stata riservata al **potenziamento dell'assistenza sanitaria garantita negli Istituti di Pena**, pur se il forte incremento dei soggetti detenuti e la necessità di rafforzare l'interazione tra realtà istituzionali estremamente diverse reclamano interventi ancora più incisivi.

Tra gli obiettivi raggiunti, va menzionata la definizione del Modello Organizzativo dell'assistenza da garantire ai cittadini detenuti, approvato con DGR n. 361 dell'8 Marzo 2011, e l'incremento delle ore di assistenza medica ed infermieristica assicurata dalle ASL nelle carceri, oltreché il miglioramento delle dotazioni sanitarie.

Con l'obiettivo di rafforzare la leale collaborazione tra Istituzioni, si è pervenuti alla sigla del Protocollo d'intesa tra Regione Puglia, Provveditorato dell'Amministrazione Penitenziaria per la Puglia (PRAP) e il Centro Giustizia Minorile per la Puglia, in applicazione dell'art. 7 del DPCM 1 aprile 2008, approvato con DGR n. 2081 del 23 Settembre 2011.

In considerazione della recrudescenza dei suicidi negli Istituti di Pena, è stato istituito un apposito Tavolo di Lavoro, nell'ambito dell'Osservatorio Regionale per la sanità penitenziaria, che ha messo a punto le "Linee di indirizzo per la prevenzione e profilassi del rischio auto lesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale", approvate con DGR n.1102 del 5 Giugno 2012.

In considerazione dei limiti imposti al potenziamento delle dotazioni organiche delle ASL, nel biennio si è puntato - in materia di miglioramento dell'assistenza dipartimentale ai pazienti psichiatrici ed ai cittadini portatori di dipendenze patologiche - sulla redazione di Raccomandazioni, con il coinvolgimento dei soggetti istituzionali coinvolti, sul potenziamento dei Sistemi Informativi, sulla formazione.

Con la DGR n. 1620 del 12 Luglio 2011 sono state licenziate le Raccomandazioni per la gestione integrata delle emergenze – urgenze psichiatriche, che rispondono all'esigenza dei DSM, del 118 e dei Pronto Soccorso di intervenire secondo modalità condivise.

Con la DGR n. 2548 del 22 Novembre 2011 sono state approvate le Raccomandazioni per la prevenzione ed il superamento della contenzione fisica nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, con le quali sono individuate pratiche e comportamenti istituzionali mirati alla minimizzazione dell'uso della contenzione e alla corretta assistenza da prestare ai pazienti ricoverati in SPDC.

Con la DGR n. 1103 del 16 Maggio 2011 è stato adeguato il Sistema Informativo delle Dipendenze Patologiche al nuovo sistema informativo nazionale sulle dipendenze (SIND); il personale dei DDP è stato formato al suo corretto uso, nonché, con la DGR n. 2815 del 12 Dicembre 2011, è stato attivato l'Osservatorio Regionale Dipendenze Patologiche all'interno dell'OER.

Un impegno eccezionale è stato richiesto, agli inizi dell'anno 2011, alle Regioni dalla Commissione Parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale per la **presa in carico dei pazienti internati in proroga negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari**.

Al riguardo, la Regione Puglia ha posto in essere tutte le azioni previste dal DPCM 1° Aprile 2008 e dai successivi decreti per il governo ed il monitoraggio del superamento degli OPG nell'ambito degli accordi interregionali del Bacino di appartenenza (Regioni Sicilia, Calabria, Puglia, Basilicata).

L'impegno profuso ha prodotto, nell'anno 2011, la dimissione dall'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto di 24 internati su un totale di 44 pazienti per i quali era stata, in precedenza, disposta la misura di sicurezza detentiva per mancanza di sistemazione all'esterno (pari al 54,5% degli internati), adempiendo a quanto richiesto dal Tavolo nazionale di Verifica sull'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (dimettere nel 2011 almeno il 40% degli internati prorogati).

Per quanto riguarda **l'assistenza sociosanitaria all'infanzia e all'adolescenza**, i principali obiettivi raggiunti sono stati l'approvazione del Piano di potenziamento dei Servizi Territoriali di Neuropsichiatria, deliberato recentemente dalla Giunta con provvedimento n. 1721 del 7 Agosto 2012, e

il finanziamento all'AOU "Ospedali riuniti di Foggia" della realizzazione di n. 4 posti letto dedicati agli adolescenti in grave crisi psichiatrica.

Gli adempimenti posti in essere per **l'Assistenza neuropsichiatrica all'infanzia e all'adolescenza** sono stati finalizzati a dare attuazione a quanto previsto dal Piano Regionale di Salute 2008-2010 attraverso:

- l'attuazione dei progetti-obiettivo per il potenziamento dei servizi ospedalieri; in particolare, si è provveduto a monitorare l'attività svolta dalla U.O. di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza della azienda ospedaliera universitaria Policlinico di Bari nell'ambito della 1^ annualità del progetto "Trattamento di disturbi neuropsichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza", approvato con DGR n.2085 del 3.11.2009;
- l'attuazione della L.R. 45/2008, dando esecuzione alle disposizioni previste dalla DGR n.2035/2009 in ordine alla concessione di un contributo – da parte delle competenti ASL - ai cittadini pugliesi che hanno richiesto di avvalersi di trattamenti riabilitativi basati sul metodo denominato " A.B.A. ", con comunicazione di disponibilità finanziaria, sulla scorta di Atto Dirigenziale – il n.52 dell'8.2.2010 - con cui si è provveduto a graduare le percentuali massime erogabili del contributo, al fine di consentire a tutti gli aventi diritto la possibilità di ottenere una parziale copertura delle spese, e del Provvedimento Dirigenziale (il nr 290 del 14.9.2010) di impegno della somma iscritta in Bilancio;
- la gestione di gruppo di lavoro per la formazione del personale ed il potenziamento delle UU. OO. Territoriali di NPIA.

In riferimento alle **pratiche di mutilazione genitale femminile** di cui alla legge 9 Gennaio 2006, n.7, ai fini dare attuazione a quanto previsto dalla suddetta Legge in ordine alle attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne sottoposte alle suddette pratiche, si è convocato il Gruppo di lavoro per una valutazione sull'utilizzo dei fondi assegnati alla Regione.

In relazione alle surrichiamate finalità, si è previsto - con determinazione dirigenziale n.319 dell' 1 Ottobre 2010 - di prevedere percorsi formativi differenziati, da un lato, per i medici ginecologi e, dall'altro, per le altre figure professionali - quali psicologi, pediatri, mediatori interculturali, che operano con le comunità di immigrati. Con il suddetto Atto si è disposto, altresì, di affidare l'organizzazione dei suddetti percorsi formativi alla ASL di Bari, a cui è stato erogato un finanziamento di €.131.900,00, atteso che nel presidio ospedaliero Di Venere viene da tempo garantito un servizio di assistenza alle donne e alle bambine immigrate già sottoposte a mutilazione degli organi genitali, che potrà realizzare dette attività, oltre che nel proprio territorio, anche in altre ASL.

Interventi in favore dei soggetti affetti da celiachia

Ai sensi della legge 4 luglio 2005, n. 123 recante *“Norme per la protezione dei soggetti malati di celiachia”*, la tutela della salute e della sicurezza del soggetto affetto da celiachia è tra gli obiettivi prioritari della politica sanitaria e sociale del nostro Paese. Il numero dei celiaci in Italia e in Puglia è in continuo aumento e, ad oggi, solo una dieta priva di glutine può garantire una buona qualità di vita al soggetto celiaco. Gli organismi sanitari, nazionali e regionali, sono tenuti a favorire il normale inserimento nella vita sociale e lavorativa dei soggetti affetti da celiachia anche mediante la possibilità di fruire di alimenti sicuri e controllati presso gli esercizi di ristorazione collettiva e pubblica, tenuto conto che tutelare il celiaco significa non solo prevenire le conseguenze della malattia ma anche contenere i costi sanitari correlati a tale patologia.

In particolare, il Sistema Sanitario Regionale della Puglia, nel perseguire l'obiettivo prioritario della promozione e della tutela della salute dei cittadini, ha dimostrato particolare riguardo alle fasce deboli e, quindi, anche ai soggetti celiaci e alle loro famiglie, in favore dei quali ha intrapreso numerose azioni di specifica tutela. In particolare nel corso del 2012, ha avviato un ciclo di atti programmatici tesi a dare attuazione al dettato normativo di cui alla citata legge n.123/05, anche grazie l'intrapresa di un proficuo rapporto di collaborazione con l'AIC Puglia.

In particolare si è avuta l'approvazione della DGR 9 maggio 2012, n.890 di *“Adozione degli indirizzi operativi per il controllo ufficiale delle imprese alimentari che producono e/o somministrano e/o vendono alimenti non confezionati privi di glutine, destinati direttamente al consumatore finale.”*, a cui è seguita l'adozione della DGR 7 agosto 2012, n.1722 relativa ai *“Criteri per il riparto e l'utilizzo dei fondi statali volti alla tutela dei soggetti malati di celiachia ex art. 4 della legge 4 luglio 2005, n.123 «Norme per la protezione dei soggetti malati di celiachia». Azioni e indirizzi alle ASL.”*.

La prima DGR ha ricevuto il plauso dell'Associazione Italiana Celiachia la quale ha riconosciuto alla Puglia, come unica Regione d'Italia insieme all'Emilia Romagna, il merito di aver assunto una posizione decisiva in favore della tutela dei celiaci, pur in assenza di una regolamentazione nazionale, invano attesa da tempo. Attraverso questo importante documento il SSR ha inteso fornire indirizzi chiari a tutti quegli operatori del settore alimentare (ristoranti, gelaterie, pizzerie, mense, etc.) che intendono produrre e vendere piatti senza glutine in totale sicurezza per i consumatori, così favorendo la diffusione di questo tipo di esercizi e quindi la maggiore possibilità per i celiaci di fruire, fuori casa, di pasti sicuri e adatti alla loro condizione.

La seconda DGR va nella direzione di incentivare le mense delle strutture pubbliche e collettive (ospedali, strutture socio-assistenziali, scuole, università, aziende) a somministrare pasti per celiaci, grazie all'erogazione di contributi economici per la produzione di tali pasti. V'è da dire che lo Stato, ai sensi di legge, dall'anno 2006 eroga alle Regioni risorse vincolate a detto scopo e che tuttavia, la Puglia, pur avendo introitato queste risorse, non ha mai provveduto ad utilizzarle, in mancanza di una disciplina di indirizzo sui criteri di spesa. Orbene, il citato documento, attraverso l'individuazione di percorsi oggettivi per il riparto delle risorse disponibili agli aventi diritto, non solo incentiva dette mense a produrre e somministrare pasti senza glutine e quindi a favorire il concreto inserimento dei celiaci nella vita sociale e lavorativa, ma contribuisce anche a innescare meccanismi di alleggerimento del bilancio regionale e di immissione nei circuiti economici di risorse finanziarie altrimenti non spendibili.

L'Assessorato alla Sanità intende concludere il ciclo di programmazione teso a dare definitiva attuazione al dettato della legge n.123/05 attraverso un altro importante documento, il cui iter di definizione è ormai quasi completato. Stante l'obbligatorietà per gli alimentaristi di avere una formazione costante e qualificata a tutela della sicurezza delle produzioni alimentari e quindi dei consumatori, rilevato che nella realtà del territorio pugliese vi è un significativo fabbisogno di formazione qualificata in materia di celiachia e di alimentazione senza glutine da parte degli operatori della ristorazione, si vuole dare al sistema di formazione sulla celiachia, peraltro supportato da risorse statali vincolate, una strutturazione omogenea sul territorio regionale attraverso l'individuazione di una disciplina specifica in materia di programmi formativi e modalità attuative univoche, la previsione di un coordinamento regionale unitario e la realizzazione degli interventi formativi sul territorio da parte dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL in collaborazione con l'AIC Puglia. Il tutto allo scopo di imprimere alla formazione di settore caratteristiche di uniformità e

qualificazione specifica sul territorio regionale.

PAZIENTI CELIACI: AUMENTO IMPORTO BUONI PER LE DONNE A DECORRERE DAL 1° GENNAIO 2012

La Regione Puglia, a decorrere dal 1° gennaio 2012, ha aumentato l'importo della quota mensile del buono per le donne (dai 10 anni in su) di € 11,00. Lo stanziamento è stato previsto nel DIF 2011 per un importo a carico del bilancio regionale pari a € 500.000,00.

Attualmente il buono per gli uomini è pari a € 140,00 mensili, mentre quello per le donne è pari a € 110,00 mensili (rispetto a € 99,00 mensili previsto dalla normativa nazionale), per i bambini 6 mesi-1anno € 45,00 mensili, fino a 3 anni e mezzo € 62,00 mensili, dai 3 anni e mezzo fino a 10 anni € 94,00 mensili.

Piano Regionale di Prevenzione

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 nuova intesa ha imposto la programmazione nelle seguenti aree di intervento:

1. la medicina predittiva, che si rivolge agli individui sani, ricercando la fragilità o il difetto che conferisce loro una certa predisposizione a sviluppare una malattia;
2. i programmi di prevenzione collettiva che mirano ad affrontare rischi diffusi nella popolazione generale, sia con l'introduzione di politiche favorevoli alla salute o interventi di tipo regolatorio, sia con programmi di promozione della salute o di sanità pubblica (come programmi di sorveglianza e controllo delle malattie infettive), sia con interventi rivolti agli ambienti di vita e di lavoro (come controlli nel settore alimentare, delle acque potabili, prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, ecc)
3. i programmi di prevenzione rivolti a gruppi di popolazione a rischio e finalizzati a impedire l'insorgenza di malattie (per esempio i programmi di vaccinazione in gruppi a rischio) o a diagnosticare precocemente altre malattie (per esempio gli screening oncologici), o ancora a introdurre nella pratica clinica la valutazione del rischio individuale e interventi successivi di counselling o di diagnosi precoce e trattamento clinico (per esempio la prevenzione cardiovascolare)
4. i programmi volti a prevenire complicanze e recidive di malattia e che promuovano il disegno e l'implementazione di percorsi che garantiscano la continuità della presa in carico, attraverso il miglioramento dell'integrazione all'interno dei servizi sanitari e tra questi e i servizi sociali, di fasce di popolazione particolarmente fragili, come anziani, malati cronici, portatori di polipatologie, disabili, ecc.

In ossequio a quanto sancito, la Regione Puglia ha approvato un piano operativo che prevede le seguenti linee di intervento:

Macroarea	Linea di intervento generali	Titolo del programma/progetto
1. Medicina predittiva	1.1 Valutazione del rischio individuale di malattia	Prevenzione del Rischio Cardiovascolare
	1.1 Valutazione del rischio individuale di malattia	Valutare il rischio cardiovascolare in soggetti di età pediatrica obesi attraverso il monitoraggio dei markers di attivazione protrombotica
2. Prevenzione universale	2.1 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale	I moltiplicatori dell'azione preventiva nella prevenzione degli incidenti stradali
	2.2 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro-correlate	Prevenzione degli infortuni sul lavoro mortali e con esiti invalidanti in edilizia
		Promozione di comportamenti corretti per la sicurezza in agricoltura
		Attivazione di un sistema di programmazione partecipata per la sicurezza in agricoltura

		Ricerca attiva dei tumori professionali in agricoltura
		Prevenzione delle patologie osteoarticolari lavoro-correlate in agricoltura
	2.3 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico	Ambiente di vita sicuro
	2.4 Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione	Promozione delle vaccinazioni in tutte le fasi della vita
	2.5 Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria	Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza socio-sanitaria
	2.6 Prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazioni	Sistema regionale di sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive
	2.7 Prevenzione delle patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici, fisici e biologici	Attivazione di una programmazione partecipata per l'implementazione del sistema REACH-CLP
		Realizzazione di una campagna informativa in favore di imprese e cittadini
		Creazione di figure professionali di supporto alle imprese del territorio
	2.8 Prevenzione delle malattie determinate da alimenti, ivi compresa l'acqua destinata al consumo umano	Sviluppo, in relazione al regolamento CEE 882/2004, di competenze valutative sui controlli ufficiali nel campo della sicurezza alimentare, salute e benessere animale, secondo Criteri per il funzionamento ed il miglioramento delle attività di controllo ufficiale da parte delle regioni e delle province autonome in materia di sicurezza alimentare
	2.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze)	PASSI Puglia
		OKKIO alla salute
		Scuole in Salute
		MED-FOOD ANTICANCER PROGRAM: intervento

		di educazione nutrizionale per la prevenzione dei tumori
		Promozione della salute nei bambini in età pre-scolare e dei ragazzi in età scolare
		Promozione dell'allattamento al seno
		Estensione del programma di promozione dell'attività motoria, "Gruppi di cammino"
3. Prevenzione della popolazione a rischio	3.1 Tumori e screening	1. Estensione del programma di screening del carcinoma della mammella 2. Estensione del programma di screening del carcinoma della cervice uterina 3. Progetto di screening del carcinoma del colon retto
	3.2 Malattie cardiovascolari	Prevenzione delle recidive di eventi cardiovascolari
	3.3 Diabete	Sviluppo di un modello di presa in carico del paziente diabetico per ridurre il rischio di complicanze
	3.4 Malattie respiratorie croniche	3.4.1 Programma di educazione alla salute respiratoria e prevenzione del tabagismo nelle scuole della regione puglia
	3.5 Malattie osteoarticolari	Realizzazione della Rete di assistenza reumatologica e valutazione dell'impatto degli interventi per l'uso appropriato dei farmaci biologici nella cura dell'Artrite reumatoide di recente insorgenza (early arthritis).
		Prevenzione secondaria del danno invalidante delle poliartriti croniche tramite l'implementazione di percorsi assistenziali condivisi
	3.6 Patologie orali	Progetto di attivazione di un programma di Prevenzione e valutazione epidemiologica della carie nella popolazione infantile della Regione Puglia
	3.7 Disturbi psichiatrici	Stigma, pregiudizio e mancanza di comunicazione quali fattori discriminanti nel ritardo della presa in carico da parte dei Dipartimenti di salute mentale e percorsi condivisi psicoeducativi ed empowerment come strategia di superamento di tali fattori

		Progetto di prevenzione e contrasto ai Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) tramite la Rete dei Centri DCA aziendali della Regione Puglia
	3.10 Ipoacusia e sordità	Screening uditivo neonatale nella Regione Puglia
4. Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia	4.1 Medicina della complessità e relativi percorsi di presa in carico	Passi d'Argento Puglia

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

Nell'ambito dei piani di prevenzione si porta a conoscenza di due progetti che si sono distinti in ambito nazionale per le modalità innovative di interazione e coinvolgimento degli beneficiari:

a) Scuola in Salute,

b) Dal Palcoscenico alla realtà.

Entrambi i progetti ben interpretano lo spirito delle politiche sulla salute portate avanti dall'Assessorato, la tutela della salute costruito non sulla medicalizzazione e sull'ospedalizzazione ma sulla cura della persona, dei suoi bisogni, delle sue peculiarità.

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.

Piano Strategico per la Promozione della Salute nella Scuola 1° Catalogo 2012-2013

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".

E' infatti convinzione condivisa che una azione rivolta nei confronti dei giovani, dei loro stili di vita e di consumo, dalla corretta alimentazione, sessualità, attività sportiva e tutte le attività il cui impatto sulla salute è evidente, nell'immediato o nell'età adulta, debba essere il principio fondamentale di salute che una Regione deve perseguire e che solo attraverso una forte collaborazione con le istituzioni scolastiche tale obiettivo possa essere raggiunto.

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.

Si intendono promuovere percorsi e azioni coerenti con i programmi nazionali di "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari" 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.

Il modello di *governance* individuato dal Protocollo d'Intesa comprende:

- una struttura regionale, denominata Gruppo Tecnico Interistituzionale (GTI), costituita dall'Assessorato alle Politiche della Salute, l'Ufficio Scolastico Regionale, l'Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER), l'Agenzia Regionale Sanitaria (AReS), i responsabili delle unità operative di Educazione alla Salute delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) e i referenti per l'educazione alla salute degli Uffici Scolastici Provinciali;
- una struttura presso ciascuna sede provinciale della ASL, denominata Gruppo Interdisciplinare Aziendale (GIA) costituita dai rappresentanti del Dipartimento di Prevenzione, dei Distretti, del Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento per le Dipendenze Patologiche e dell'Ufficio Scolastico Provinciale.
- una struttura presso ciascuna sede provinciale della ASL, denominata Gruppo Interdisciplinare Aziendale (GIA) costituita dai rappresentanti del Dipartimento di Prevenzione, dei Distretti, del Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento per le Dipendenze Patologiche e dell'Ufficio Scolastico Provinciale.

E' stato, inoltre, approvato il regolamento di funzionamento del GTI e dei GIA, con finalità di definire le modalità organizzative e di funzionamento dei due organismi, unitamente alla tempistica di approvazione del Piano strategico annuale degli interventi da realizzarsi nell'anno scolastico di riferimento.

Il primo Piano Strategico, in definitiva, è un catalogo di proposte progettuali di qualità che vengono messe a disposizione dei Dirigenti Scolastici, per promuovere l'educazione alla salute nell'ambito della propria offerta formativa, pur nel rispetto della piena autonomia delle scelte.

I progetti entrati a far parte del Piano Strategico rispondono ai seguenti criteri:

- far parte di programmi nazionali/europei con marchio Ministero della Salute, Comitato per il Controllo delle Malattie, Istituto Superiore di Sanità;
- essere a valenza regionale o estendibile a livello regionale;
- essere già inseriti nel Piano Regionale della Prevenzione 2010-12;
- costituire la continuazione di progetti già avviati in passato e che hanno prodotto risultati positivi, oggettivamente valutabili;
- essere basati su metodologia scientifica;
- prevedere un sistema di misurazione e valutazione dei risultati.

Dal palcoscenico alla realtà: A scuola di Prevenzione

Iniziativa proposta nell'ambito della Convenzione quadro "Assessorato alle Politiche per la Salute della Regione Puglia – INAIL Direzione Regionale per la Puglia" del 22/12/2010.

La Regione Puglia ha prodotto una pièce teatrale dal titolo "Vite Spezzate" andata in scena la prima volta lo scorso 27 marzo presso il Teatro Kismet Opera di Bari. La rappresentazione è liberamente tratta dal volume "Dieci racconti di Vite Spezzate: drammi inevitabili o eventi prevenibili?", pubblicato ad ottobre 2011 ad opera del Servizio PATP della Regione Puglia in collaborazione con l'INAIL. I racconti, ispirati ad infortuni mortali accaduti nei luoghi di lavoro, sono rappresentativi delle più comuni forme di incidente occorsi nella nostra Regione e delle relative dinamiche da cui trarre utili indicazioni di prevenzione.

Da queste premesse trae origine la proposta progettuale – ***Dal palcoscenico alla Realtà: a scuola di prevenzione***– così articolata:

La prima fase delle attività prevede la partecipazione degli alunni allo spettacolo "Vite Spezzate" presso teatri appositamente individuati; nei giorni successivi alla visione della pièce vi sarà un momento interattivo di analisi e discussione dei casi rappresentati alla presenza di tutors (operatori dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro delle ASL e tecnici professionisti dell'INAIL). In questa fase formativa sarà consegnata a ciascun alunno una copia del volume "Dieci racconti di Vite Spezzate: drammi inevitabili o eventi prevenibili?", e verranno quindi analizzate le cause più comuni degli infortuni partendo dal modello di analisi "Sbagliando si impara".

La seconda fase prevede la partecipazione ad un concorso che impegni i ragazzi nella realizzazione di prodotti culturali per le cui modalità di partecipazione si rimanda al regolamento allegato al presente progetto.

Destinatari del progetto gli studenti delle classi IV e V degli Istituti Tecnici e Professionali della regione Puglia.

NB

Lo spettacolo teatrale prodotto dalla regione Puglia e realizzato dal teatro KismetOpera di Bari ha ricevuto nell'ambito del **6° Premio Best Practices per l'Innovazione** organizzato da Confindustria ha ricevuto il riconoscimento della "Menzione Speciale" con la motivazione:

La scelta dell'amministrazione regionale pugliese di usare la comunicazione teatrale come mezzo per promuovere il delicato tema della sicurezza sui luoghi di lavoro, rappresenta un'innovazione importante per la riduzione dei costi sociali connessi al tema.

Il progetto è entrato ufficialmente nel Catalogo 2012/2013 del 1° Piano Strategico per la Promozione della Salute nella Scuola realizzato dall'Assessorato insieme all'Ufficio Scolastico Regionale.

Le recenti vicende di Taranto hanno drammaticamente portato all'attenzione il tema degli impatti sanitari associati all'inquinamento di origine industriale, con la necessità di individuare strategie che garantiscano in primo luogo la tutela della salute attraverso interventi di riqualificazione e protezione ambientale e di sviluppo orientato alla sostenibilità.

Le criticità legate alla presenza delle aree a rischio di crisi ambientale e dei siti di interesse nazionali per le bonifiche presenti nel nostro territorio sono state affrontate dal Governo regionale già a partire dal Piano di Salute 2008-2010, con un capitolo dedicato alle vulnerabilità collettive, nel quale si prefigurava l'esigenza di immaginare interventi dedicati, da costruire attraverso sinergie istituzionali in grado di fronteggiare le complessità dell'integrazione ambiente/salute.

Gli importanti sforzi che le istituzioni regionali hanno fin qui compiuto, nell'ambito del significativo potenziamento delle attività di controllo e dei monitoraggio ambientale, degli approfondimenti epidemiologici, hanno consentito la produzione di iniziative legislative uniche non solo nel nostro Paese: tra le altre, citiamo la legge 19/2008 cosiddetta "antidiossine", che ha comportato l'abbattimento delle emissioni di diossine e furani da 450 grammi/anno (2006) a 3,5 grammi anno (2011); l'istituzione di un registro tumori a copertura regionale; la legge 3/2011 che prevede un intervento immediato da attuare in caso di superamento del limite di benzo(a)pirene onde prevenire il pericolo di danni alla salute; la recentissima legge 21/2012 sulla Valutazione del Danno Sanitario che non ha eguali neanche nel panorama europeo.

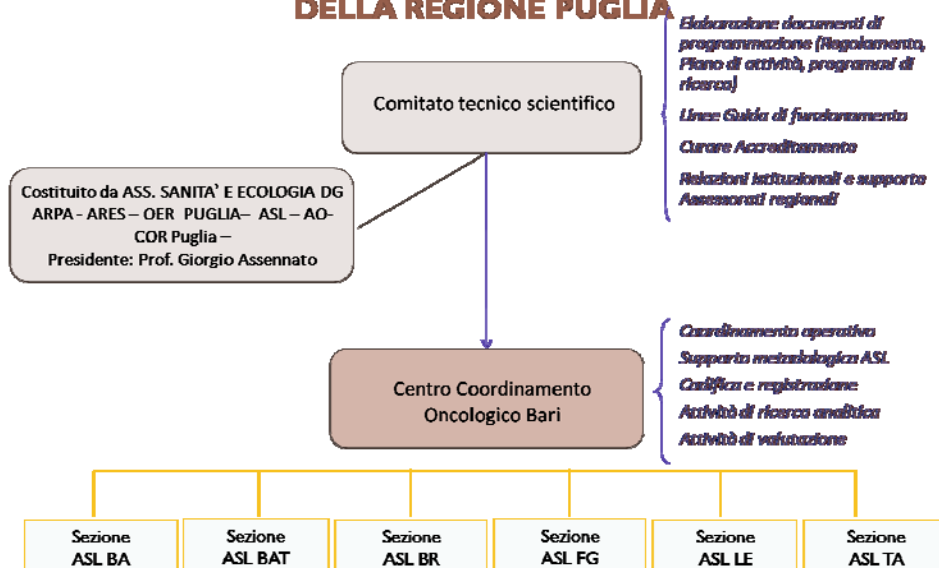
Da ultimo, l'art. 4 della LR 03/07/2012 n. 18 ha previsto un finanziamento straordinario al fine di contrastare le criticità ambientali e sulla base delle relative evidenze epidemiologiche nel territorio provinciale di Taranto, per la promozione di un Piano straordinario Salute-Ambiente per il territorio provinciale di Taranto.

Attraverso questa iniziativa, abbiamo inteso assicurare una risposta strutturata da parte delle istituzioni locali e dalle strutture competenti di alto profilo, in grado di delineare un percorso di rigoroso e scientificamente fondato di approfondimento e di successivo intervento, che affronti in maniera sistematica gli impatti ambientali, socio-economici, sanitari e fornisca gli indirizzi per uno sviluppo del territorio condiviso dalla comunità e dalla realtà imprenditoriale.

Il Registro Tumori della Regione Puglia

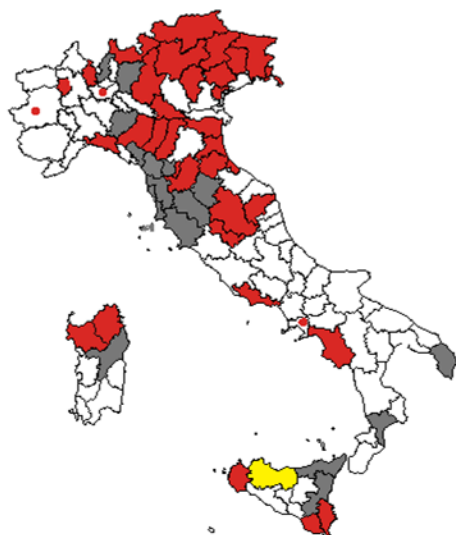
Il Registro Tumori Puglia è stato istituito con DGR 1500/2008, unico in Italia a nascere prevedendo una copertura regionale, con un centro di coordinamento presso l'IRCCS Oncologico di Bari e sei sezioni periferiche nelle ASL pugliesi che utilizzano procedure standardizzate ed omogenee in linea con i documenti di riferimento degli enti di accreditamento nazionali e internazionali.

SCHEMA ORGANIZZATIVO DEL REGISTRO TUMORI DELLA REGIONE PUGLIA

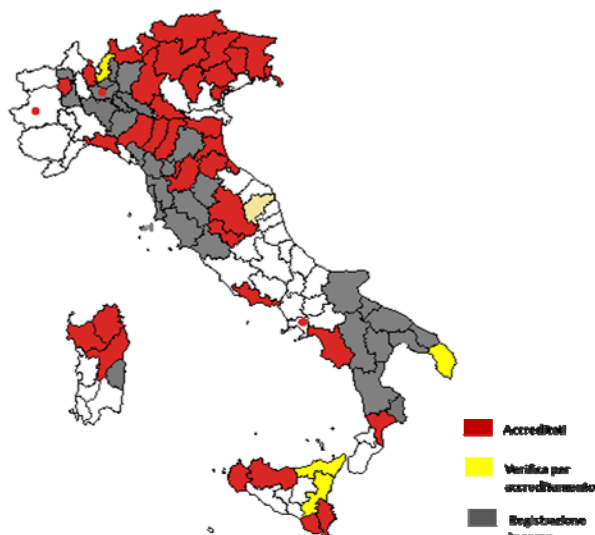


Alimentare le basi di dati e costruire gli archivi - Stabilire rapporti operativi col territorio per garantire il recupero del maggior numero di dati possibili - Elaborare i dati locali per attività analitica e di valutazione

Gennaio 2010



Gennaio 2012



L'avvio delle attività ha avuto tempi diversi nelle province pugliesi: la prima delle sezioni RT Puglia a partire, su specifica indicazione dell'Assessorato alle Politiche della Salute, è stata la ASL di Taranto, seguita dalle ASL BT e Brindisi. All'inizio del 2012 mesi la registrazione dei tumori è stata avviata anche nelle ASL Foggia e Bari, completando la copertura regionale dell'attività, per il periodo 2006-2008, in linea con gli altri registi tumori italiani. Nella ASL di Lecce il registro era nato nel 2006 con un finanziamento della Provincia ed è attualmente parte della rete del Registro Tumori Puglia.

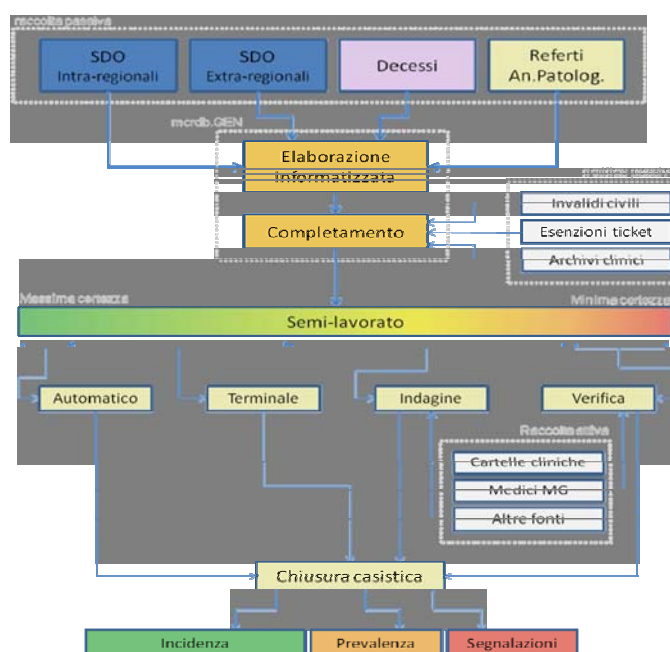
Stato di avanzamento.

La **sezione di Lecce** ha completato il triennio 2003-2005 ed ha avviato le procedure di accreditamento dell'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM). Ha avviato la registrazione del 2006. I dati 2003-2004 sono stati pubblicati in un rapporto reperibile anche online. I dati completi del triennio saranno resi disponibili al termine delle procedure di accreditamento. La **sezione Taranto** ha completato gli anni di incidenza 2006 e 2007 ed è in via di completamento del 2008, al termine del quale avanzerà richiesta di accreditamento AIRTUM; la **ASL BT** ha completato il 2006 e sta terminando il 2007: i dati TA E BT relativi al 2006 sono stati presentati al Convegno AIRTUM tenutosi a Como dal 27-30 marzo. La **sezione Brindisi** ha completato il 90% del 2006. **Foggia e Bari** stanno registrando i casi di tumore del 2006.

Anno	Registro Tumori ASL BA				Registro Tumori ASL BT				Registro Tumori ASL BR			
	Casistica generata	Casistica esaminata	Registrati	Incidenti	Casistica generata	Casistica esaminata	Registrati	Incidenti	Casistica generata	Casistica esaminata	Registrati	Incidenti
2006	10968	3990	1832	1731	3130	3130	2348	2159	3542	3542	2397	2148
2007	10747	0	0	0	3218	2287	1407	1297	3499	808	667	635
2008	11054	0	0	0	3247	61	47	39	4025	463	463	461
Anno	Registro Tumori ASL FG				Registro Tumori ASL LE				Registro Tumori ASL TA			
	Casistica generata	Casistica esaminata	Registrati	Incidenti	Casistica generata	Casistica esaminata	Registrati	Incidenti	Casistica generata	Casistica esaminata	Registrati	Incidenti
2006	6.463	5.211	1.352	1.231	6700	1856	1809	1153	5600	5600	3678	3383
2007	5.784	5	5	5	7171	0	0	0	5290	5290	3850	3543
2008	5.917	1	1	1	7301	0	0	0	5298	5298	3730	3476

Il centro di coordinamento ha raccolto e messo a disposizione delle ASL tutti i referti dei Servizi di Anatomia Patologica della Regione (**oltre un milione di referti** è stato processato per il periodo 1994-2010).

Sono state acquisite tutte le schede di dimissione ospedaliera dal 1998 al 2011, gli archivi degli esenti ticket, la mortalità (1998-2008), la specialistica ambulatoriale (2007-2010); le ASL hanno provveduto a raccogliere e a mettere a disposizione gli archivi clinici informatizzati (oncologie, ematologie, radioterapie, commissioni invalidi civili). E' stato creato un software gestionale in grado di incrociare tutte le fonti di dati e di proporle agli operatori per la codifica dei casi: il software sarà transitato nel Sistema Edotto entro la fine dell'anno.



Tenuto conto che il 10% dei casi di tumore dei residenti pugliesi negli anni 2006-2008 si reca fuori regione, il centro di coordinamento recupera le informazioni dalle strutture di recupero e ha raccolto oltre 800 cartelle cliniche.

