



*Regione Puglia*  
*Al Presidente*

Regione Puglia  
Gabinetto del Presidente

AOO\_021  
29/03/2016 - 0001682  
Prot. Uscita - Registro: Protocollo Generale



Consiglio Regionale  
della Puglia  
N. 20160006708  
29/03/2016 15:05  
450XW0  
Sezione Informatica e Tecnica

ENTRATA

Al Presidente del  
Consiglio regionale  
[presidente@consiglio.puglia.it](mailto:presidente@consiglio.puglia.it)

Sede

Oggetto: Risposta ad Interrogazione urgente numero 211, presentata dai Consiglieri Regionali: Manca, Perrini, Zullo e Ventola.

Con l'allegata nota, di cui si fa proprio il contenuto, si risponde all'interrogazione di cui all'oggetto riguardante: " Riorganizzazione e potenziamento della Rete assistenza e cura per favorire il percorso terapeutico dei pazienti in dialisi ".

Distinti saluti

Emiliano

[www.regione.puglia.it](http://www.regione.puglia.it)

Lungomare N. Sauro, 31/33 Bari - 70121 Bari -



**REGIONE  
PUGLIA**

**DIPARTIMENTO PROMOZIONE  
DELLA SALUTE DEL BENESSERE SOCIALE  
E DELLO SPORT PER TUTTI**

**DIREZIONE**

*Est. Acc. 005-000173 del 21/03/2016*

**Al sig. Presidente della Giunta regionale  
SEDE**

**OGGETTO: Interrogazione urgente n. 211/2016, a firma dei consiglieri Manca, Perrini, Zullo, Ventola, Congedo. RISCONTRO.**

Con riferimento all'interrogazione di cui all'oggetto, si precisa quanto segue.

Con deliberazione di Giunta regionale n. 161 del 29/02/2016 e successiva rettifica n. 265 del 8/03/2016 è stato adottato il provvedimento di riordino ospedaliero, in ottemperanza al D.M. n. 70/2015 nonché della Legge di stabilità 2016.

Il citato provvedimento di riordino è all'attenzione dei Ministeri affiancanti la realizzazione del Piano Operativo per la conseguente valutazione.

Come anche riportato nei suddetti provvedimenti giuntali, con cui sono stati definiti i nodi principali della rete emergenza – urgenza e le reti tempo – dipendenti nonché dei servizi senza posti letto (tra cui emodialisi), in fase di approvazione definitiva, a seguito del parere ministeriali e del parere obbligatorio ma non vincolante della competente Commissione consiliare permanente, identificati gli ospedali di base, di I e di II livello, si procederà alla implementazioni di tutte le reti per patologia, in ottemperanza al D.M. n.70/2015.

**Il Responsabile A.P.  
(Antonella Carli)**  
*[Signature]*

**Il Dirigente di Sezione  
(Giovanni CAMPOBASSO)**  
*[Signature]*

**Il Direttore del Dipartimento  
(Giovanni GORGONI)**  
*[Signature]*

**[www.regione.puglia.it](http://www.regione.puglia.it)**

**Direzione - Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti  
Via Gentile, 52- 70126 Bari - Tel: 080/5403216  
e-mail: g.gorgoni@regione.puglia.it**

2011  
i. uf  
(ulteriori  
ref.)



Regione Puglia  
Al Presidente

Regione Puglia  
Gabinetto del Presidente

AOO\_021/PROT  
15/04/2016 - 0002175  
Proc. Junta - Registro Protocollo Generale

11



Consiglio Regionale  
della Puglia  
N. 20160008159  
15/04/2016 13:27  
450X40  
Sezione Informatica e Tecnica

ENTRATA

Al Presidente del  
Consiglio regionale  
[presidente@consiglio.puglia.it](mailto:presidente@consiglio.puglia.it)

Sede

Oggetto: Integrazione. Interrogazione urgente numero 211, presentata dai Consiglieri regionali Manca, Perrini, Zullo, Ventola, Congedo.

Con l'allegata nota, di cui si fa proprio il contenuto, si risponde all'interrogazione di cui all'oggetto "Riorganizzazione e potenziamento della Rete assistenza e cura per favorire il percorso terapeutico dei pazienti in dialisi".

Distinti saluti

Emiliano

[www.regione.puglia.it](http://www.regione.puglia.it)

Lungomare N. Sauro, 31/33 Bari - 70121 Bari -



REGIONE  
PUGLIA

DIPARTIMENTO PER LA PROMOZIONE  
DELLA SALUTE DEL BENESSERE SOCIALE  
E DELLO SPORT  
SEZIONE PROGRAMMAZIONE ASSISTENZA OSPEDALIERA E SPECIALISTICA  
E ACCREDITAMENTI

AOO/151/2634/ del  
PROTOCOLLO USCITA  
Trasmissione a mezzo fax e  
posta elettronica ai sensi  
dell'art.47 del D. Lgs n. 82/200

21 MAR. 2016

Uzf. 211

interrog. urgenti

e.p.c.

Al Presidente della Giunta Regionale

Al Presidente del Consiglio Regionale

**Oggetto: Interrogazione con risposta scritta – art. 56 – Regolamento del Consiglio – Regionale ad oggetto “Riorganizzazione e potenziamento della Rete assistenza e cura per favorire il percorso terapeutico dei pazienti in dialisi” - Comunicazione -**

Con interrogazione a risposta scritta – art. 56 – Regolamento Int. Consiglio Regionale – ad oggetto “Riorganizzazione e potenziamento della Rete assistenza e cura per favorire il percorso terapeutico dei pazienti in dialisi” – presentata alla S.V. e trasmessa, per conoscenza, anche al Presidente del Consiglio Regionale, i Consiglieri Manca, Perrini, Zullo, Ventola e Congedo, ha chiesto di conoscere dall’Assessore alla Sanità se la Regione:

1. è a conoscenza del numero e delle strutture presenti sul territorio pugliese che garantiscono il trattamento di emodialisi”;
2. è a conoscenza della quantità e qualità dei servizi e delle prestazioni erogate dalle strutture che garantiscono il trattamento di emodialisi”;
3. se è a conoscenza, su tutto il territorio regionale, delle distanze tra una struttura ospedaliera e l’altra;
4. come intende organizzare e riorganizzare la rete emodialitica;

si rappresenta quanto segue.

Preliminarmente, occorre precisare che il Piano di Riordino Ospedaliero presentato, attiene alla razionalizzazione dei reparti ospedalieri per migliorare la qualità e l’appropriatezza dei ricoveri e non già alla riorganizzazione della rete dialitica, la quale si riferisce ai servizi territoriali distrettuali e/o servizi a gestione ospedaliera che meritano un diverso livello di programmazione.

La Regione Puglia, già con deliberazione di Giunta Regionale n. 2019 del 27/10/2009 ad oggetto “Approvazione Rete Dialitica per l’assistenza ai nefropatici cronici per il triennio 2009/2011”, in attuazione del Piano della Salute 2008/2010 di cui alla L.R. 23/08 ha individuato il settore dell’assistenza ai nefropatici cronici tra le aree prioritarie ed ha predisposto un Piano di Settore al fine di:

garantire una risposta adeguata, sia in termini quantitativi che qualitativi, al bisogno di terapia sostitutiva dell’insufficienza renale cronica terminale, consentendo al paziente di poter contare su modalità differenziate di trattamento, nel rispetto della sua dignità di persona e della sua capacità di scelta;

consentire di determinare il fabbisogno di servizi dialitici, anche in rapporto alla loro localizzazione, ai fini degli adempimenti regionali per il rilascio del parere di compatibilità per l’autorizzazione alla realizzazione di nuove strutture e per la concessione dell’accreditamento istituzionale, così come disciplinati dagli articoli 8 ter ed 8 quater del D.Lgs 502/92 e successive modificazioni, dalla Legge Regionale 28.05.2004 n. 8 e s.m.i., nonché dai relativi Regolamenti



**REGIONE  
PUGLIA**

**DIPARTIMENTO PER LA PROMOZIONE  
DELLA SALUTE DEL BENESSERE SOCIALE  
E DELLO SPORT  
SEZIONE PROGRAMMAZIONE ASSISTENZA OSPEDALIERA E SPECIALISTICA  
E ACCREDITAMENTI**

attuativi (Regolamento n. 3 del 13.01.2005 e Regolamento n. 3 del 02.03.2006) e, in ultimo, dalla Legge n. 296/06 comma 796 lett. u.

La normativa, in particolare il D. Lgs. 502/92 e s.m.i., prevede sia in materia di autorizzazione che di accreditamento istituzionale, che la regione esprima una valutazione di compatibilità in relazione al fabbisogno ed alla localizzazione dei servizi ed in considerazione delle necessità assistenziali connesse al fabbisogno programmato di servizi e prestazioni ed in rapporto al volume ed alla qualità delle stesse.

La DGR n. 1412/2001 ha individuato le strutture di dialisi tra quelle per le quali, ai fini della concessione dell'autorizzazione alla realizzazione, debba essere acquisito il preventivo parere di compatibilità regionale.

La L.R. n. 8/2004 e successive modificazioni ha avviato il processo di autorizzazione ed accreditamento, in coerenza con il D.Lgs 229/99, recependo le indicazioni già formulate, in materia di concessione del parere di compatibilità, con la citata DGR 1412/2001.

Il Regolamento n. 3 del 13.01.2005 ha definito i requisiti minimi per l'autorizzazione e quelli ulteriori per l'accreditamento delle strutture sanitarie, compresi quelli del settore dialisi.

Il Regolamento n. 3 del 02.03.2006 ("Fabbisogno di prestazioni per il rilascio della verifica di compatibilità e dell'accreditamento istituzionale alle strutture sanitarie e socio-sanitarie") prevede, in materia di strutture dialitiche, che "il fabbisogno di Posti tecnici (Reni artificiali) è rinviato a specifico piano di settore e verrà calcolato considerando un rapporto di utilizzo pari a 1 Posto Tecnico (P.T.) ogni 3,5 pazienti (rapporto standard 1 : 3,5) con un incremento pari al 10% per garantire un'adeguata riserva per rientri (da altri programmi di terapia sostitutiva dell'IRC) ed urgenze".

Ai fini dell'accreditamento delle strutture di dialisi, il numero di posti tecnici da accreditare è funzionale alla garanzia di prestazioni da erogare in favore dei cittadini in trattamento emodialitico, secondo una rigorosa valutazione epidemiologica del bisogno sanitario connesso al trattamento sostitutivo dell'uremia terminale.

Vi è da sottolineare, peraltro, come la concessione dell'autorizzazione alla realizzazione ed, eventualmente, all'esercizio dell'attività dialitica non possa prescindere da una valutazione coerente rispetto ai servizi da accreditare e con i quali è possibile stipulare accordi e contratti, in considerazione della peculiarità del trattamento emodialitico che è prestazione necessaria quoad vitam.

Rileva, a tal fine, la novità introdotta dalla L. n. 296/2006, comma 796 lettera u), che prevede una modalità di rideterminazione del fabbisogno adeguata ad una fase a regime dell'accreditamento, che la stessa legge ha imposto a decorrere dal 1° gennaio 2008 (cessazione del transitorio accreditamento e decorrenza del termine di due anni per la cessazione anche del provvisorio accreditamento).

La Legge Regionale 16.04.2007 n. 10, infatti, ha stabilito che il termine previsto per la cessazione del transitorio accreditamento sia fissato al 31 dicembre 2007, mentre quello per la cessazione del provvisorio accreditamento sia fissato al 31 dicembre 2009.

Le regioni, peraltro, con la stessa decorrenza del 1 gennaio 2008, non possono concedere nuovi accreditamenti, in assenza di un provvedimento di ricognizione e conseguente determinazione del fabbisogno, ai sensi del comma 8 dell'articolo 8-quater del decreto legislativo n. 502 del 1992 e s.m.i..

Questa disposizione prescrive, infatti, che in presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno (determinato in base ai criteri di cui al comma 3, lettera b, dello stesso art. 8-quater), le regioni/PA e le unità sanitarie locali, attraverso gli accordi contrattuali, sono tenute a porre a carico del Servizio sanitario nazionale un volume di attività, comunque, non superiore a quello previsto dagli indirizzi della programmazione. In caso di superamento di tale limite, e in assenza di uno specifico e adeguato intervento integrativo ai sensi dell'articolo 13 (autofinanziamento regionale), si procede alla revoca dell'accreditamento della capacità produttiva in eccesso, in misura proporzionale al concorso a tale superamento apportato dalle strutture pubbliche ed equiparate, dalle strutture private non lucrative e dalle strutture private lucrative.

La Legge Regionale 31.12.2007 n. 40 ha disposto, conseguentemente, che fino al completamento degli adempimenti di cui all'articolo 1, comma 796, lettera u), della l. 296/2006 e, comunque, fino a nuova disposizione da parte della giunta regionale sono sospesi nuovi accreditamenti di strutture private, non accreditate transitoriamente alla data di entrata in



vigore della presente legge, fatta eccezione di quelle previste nelle intese per la riconversione delle case di cura e per le strutture realizzate con finanziamenti pubblici.

Dal contesto normativo emerge, quindi, che nel settore della dialisi il processo programmatico e gli atti istituzionali conseguenti (verifica di compatibilità per l'autorizzazione alla realizzazione, autorizzazione all'esercizio, accreditamento istituzionale ed accordi contrattuali) sono fortemente correlati e devono essere caratterizzati da forte coerenza interna.

Con il predetto piano, a seguito di un censimento dell'ARES (Agenzia Regionale Sanitaria) sono stati esposti i dati relativi al n. pazienti in trattamento dialitico alla data del 31/12/2008 e gli stessi sono stati poi confrontati con i dati relativi all'anno 2003, al fine di poter calcolare l'incremento annuo di tale tipologia di pazienti nel territorio pugliese.

Il numero prevalente di residenti in Puglia in trattamento emodialitico alla fine del 2008 è risultato, in base all'ultimo Censimento ARES, pari a 3684 pazienti, a fronte di una previsione di 3734 pazienti, stimata a partire dal numero dei pazienti prevalenti rilevati con il precedente censimento del 2003, utilizzando il criterio descritto (incremento pari al 2,8% annuo). I dati di prevalenza alla fine del 2008 rilevati con il censimento dell'Associazione Nazionale Emodializzati (ANED) di Puglia, quasi contemporaneo a quello dell'Ares, è risultato pari a 3732 pazienti. Tali rilevazioni confermano la validità del criterio individuato per calcolare l'incremento annuo dei pazienti da inserire in emodialisi. I dati di confronto delle prevalenze registrate nei Censimenti Ares del 2003 e 2008 sono riportati nella Tabella 1 di seguito riportata.

ASL	PAZIENTI IN HD 2003	POPOLAZIONE E RESIDENTE	PREVALENZA A 2003 (SU 1.000.000)	PAZIENTI IN HD 2008	POPOLAZIONE E RESIDENTE	PREVALENZA A 2008 (SU 1.000.000)	PAZIENTI IN HD DIFFERENZA VALORE ASSOLUTO 2008-2004	PAZIENTI IN HD VARIAZIONE PERCENTUALE 2008-2004
BAT	281	387.645	725	308	390.010	790	27	+ 10%
BARI	1075	1.248.084	861	1.212	1.251.072	969	137	+ 13%
BRINDISI	327	401.217	815	363	402.985	901	36	+ 11%
FOGGIA	407	645.236	631	460	640.752	718	53	+ 13%
LECCE	663	805.397	823	737	811.230	908	74	+ 11%
TARANTO	499	580.588	859	604	580.497	1040	105	+ 21%
REGIONE	3.252	4.068.167	799	3.684	4.076.546	904	432	+ 13%

TABELLA 1. Confronto tra i dati rilevati nei Censimenti Ares del 2003 e 2008.

La prevalenza per milione di abitanti (pmp) è, quindi, pari a 904 pazienti in HD nella regione, con differenze anche marcate nei diversi ambiti provinciali. La prevalenza più elevata si registrava nella provincia di Taranto con 1040 pazienti/pmp, mentre la più bassa è quella di Foggia con 718 pazienti pmp (vedi fig.1). A Taranto si registra, peraltro, l'incremento percentuale più elevato di pazienti prevalenti tra 2003 e 2008 (pari a + 21%) mentre nelle altre province l'incremento oscilla tra il 10% ed il 13%. L'incremento medio nella Regione è pari al 13%.

Nella tabella 2 che segue, sono riportati i calcoli per la determinazione del fabbisogno al 2011 per ciascuna ASL, a partire dal numero dei pazienti in emodialisi prevalenti residenti in quel ambito territoriale. Il calcolo del fabbisogno



previsto è stato effettuato, utilizzando il criterio precedentemente descritto, secondo un incremento annuale di incidenza pari al 2,8% di nuovi pazienti da immettere in un programma di emodialisi.

Nella Tabella 2 sono riportati:

in colonna A) le ASL provinciali;

in colonna B) gli anni di riferimento della programmazione;

in colonna C) i pazienti in HD trattati presso le Strutture di Dialisi (incluse quelle delle A.O., enti equiparati e private) ubicate presso il territorio della ASL;

in colonna D) i pazienti in trattamento emodialitico (HD) residenti nella ASL al 31 dic. 2008;

in colonna E) il saldo attivo/passivo tra trattati e residenti;

in colonna F) il numero di pazienti residenti nella ASL previsti al dicembre di ciascuno degli anni del periodo di programmazione (2009-2011), secondo il tasso di crescita annuo pari al 2,8% annuo;

in colonna G) il fabbisogno di posti tecnici necessario per trattare tutti i pazienti residenti prevalenti a quella data, calcolati in base ad un rapporto di utilizzazione di 1 P.T. ogni 3,5 pazienti;

in colonna H) il numero di posti tecnici previsti in eccesso rispetto al reale fabbisogno, secondo la percentuale indicata pari al 10%;

in colonna I) il fabbisogno totale, calcolato sommando il fabbisogno all'eccesso.

Si evidenzia che, nell'ambito del fabbisogno indicato per le ASL di Bari e Foggia, di cui alla colonna G, sono inclusi i P.T. già allocati presso le AA.OO.UU. Policlinici, rispettivamente, di Bari e Foggia.

I dati rappresentati consentono di determinare il rapporto tra domanda ed offerta di servizi, di evidenziare gli eventuali fenomeni di mobilità legati a squilibri dell'offerta e di rilevare gli scostamenti rispetto agli standard potenziali di prestazioni erogabili.

Nel processo di copertura del fabbisogno aziendale si è tenuto conto, altresì, dell'obiettivo di un progressivo e tendenziale riequilibrio territoriale tra domanda e offerta. Nel corso del triennio, a seguito dell'attuazione del programma, tanto da determinare, infatti, un progressivo riavvicinamento al rapporto ottimale tra domanda e offerta (1 posto tecnico per 3,5 pazienti trattati), purchè sia garantito l'avvio di tutti i nuovi pazienti presso le strutture pubbliche del territorio di residenza.

Vi è da considerare, peraltro, che il rapporto tra offerta e domanda deve essere, necessariamente, sbilanciato sul lato dell'offerta, per considerazioni sia di tipo normativo che tecnico:

il fabbisogno di P.T. è stato incrementato del 10%, per garantire l'accreditamento in eccesso, previsto dal D.Lgs 502/92 e s.m.i. e dal Regolamento regionale n. 3 del 02.03.2006;

il rapporto di 1 P.T. ogni 3,5 pazienti prevede già una riserva di prestazioni. Com'è noto, infatti, l'emodialisi si pratica, per ciascun paziente, nel corso di tre sedute alla settimana della durata di circa 4 ore. Di norma, vengono attivati due turni giornalieri, per cui i pazienti possono essere distribuiti in quattro turni settimanali, corrispondenti rispettivamente ai giorni dispari (con due turni, uno di mattina ed uno di pomeriggio) ed ai giorni pari (con altri due turni, uno di mattina ed uno di pomeriggio). Pertanto, la potenzialità effettiva di trattamento per ogni P.T. è pari a 4 pazienti, per cui il rapporto 1:3,5 garantisce una riserva di 1 trattamento ogni otto sedute di HD (pari, quindi, al 12,5% del totale dei trattamenti effettivamente erogabili). Tale riserva è funzionale ad erogare, in maniera non programmata, eventuali sedute aggiuntive per i pazienti già in trattamento con ritmo di dialisi tri settimanale ovvero a programmare stabilmente il trattamento di dialisi con quattro sedute settimanali.



Tabella 2

A	B	C	D	E	F	G	H	I
ASL Bat	anno	PAZIENTI IN HD TRATTATI NELLA ASL 31.12.2008	PAZIENTI RESIDENTI NELLA ASL 31.12.20 08	SALDO TRA PAZIENTI TRATTATI E RESIDENTI	Prevalenza attesa (incremento annuo pari al 2,8%)	FABBISOGNO (prevalenza attesa : 3,5)	PT INCREMENTO DEL RISPETTO FABBISOGNO DI PT	10% AL fabbisogn o totale (1:3,5 + 10%)
	2008		283	308	-25			
	2009					317	90	9 99
	2010					325	93	9 102
	2011					335	96	10 106

A	B	C	D	E	F	G	H	I
ASL Ba	anno	PAZIENTI IN HD TRATTATI NELLA ASL 31.12.2008	PAZIENTI RESIDENTI NELLA ASL 31.12.20 08	SALDO TRA PAZIENTI TRATTATI E RESIDENTI	Prevalenza attesa (incremento annuo pari al 2,8%)	FABBISOGNO (prevalenza attesa : 3,5 (*))	PT INCREMENTO DEL RISPETTO FABBISOGNO DI PT	10% AL fabbisogn o totale (1:3,5 + 10%)
	2008		1245	1212	33			
	2009					1246	356	36 392
	2010					1281	366	37 403
	2011					1317	376	38 414

(\*) sono inclusi i P.T. assegnati all'Ospedale Consorziato ed i 10 assegnati all'Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII dell'A.O.U. Policlinico di Bari

A	B	C	D	E	F	G	H	I
ASL Br	anno	PAZIENTI IN HD TRATTATI NELLA ASL 31.12.2008	PAZIENTI RESIDENTI NELLA ASL 31.12.2008	SALDO TRA PAZIENTI TRATTATI E RESIDENTI	Prevalenza attesa (incremento annuo pari al 2,8%)	FABBISOG NO PT INCREMENTO DEL RISPETTO FABBISOGNO DI PT	10% AL fabbisogn o totale (1:3,5 + 10%)	
	2008		308	363	-55			
	2009					373	107	11 118
	2010					384	110	11 121
	2011					394	113	11 124





ASL Fg anno	PAZIENTI IN HD TRATTATI NELLA ASL 31.12.2008	PAZIENTI RESIDENTI NELLA ASL 31.12.2008	SALDO TRA PAZIENTI ASL TRATTATI E RESIDENTI	Prevalenza attesa (incremento annuo pari al 2,8%)	FABBISOG NO PT (prevalenz a attesa : 3,5) (*)	INCREMENTO DEL RISPETTO FABBISOGNO DI PT	10% AL	fabbisogn o totale (1:3,5 + 10%)
2008	475	460	15					
2009				473	135		14	149
2010				486	139		14	153
2011				500	143		14	157

(\*) sono inclusi i P.T. assegnati all'A.O.U. Policlinico di Foggia

ASL Le anno	PAZIENTI IN HD TRATTATI NELLA ASL 31.12.2008	PAZIENTI RESIDENTI NELLA ASL 31.12.2008	SALDO TRA PAZIENTI ASL TRATTATI E RESIDENTI	Prevalenza attesa (incremento annuo pari al 2,8%)	FABBISOG NO PT (prevalenz a attesa : 3,5)	INCREMENTO DEL RISPETTO FABBISOGNO DI PT	10% AL	fabbisogn o totale (1:3,5 + 10%)
2008	735	737	-2					
2009				758	216		22	238
2010				779	223		22	245
2011				801	229		23	252

ASL Ta anno	PAZIENTI IN HD TRATTATI NELLA ASL 31.12.2008	PAZIENTI RESIDENTI NELLA ASL 31.12.2008	SALDO TRA PAZIENTI ASL TRATTATI E RESIDENTI	Prevalenza attesa (incremento annuo pari al 2,8%)	FABBISOG NO PT (prevalenz a attesa : 3,5)	INCREMENTO DEL RISPETTO FABBISOGNO DI PT	10% AL	fabbisogn o totale (1:3,5 + 10%)
2008	649	604	45					
2009				621	177		18	195
2010				638	182		18	200
2011				656	187		19	206
<b>TOTAE</b>	<b>3695</b>	<b>3684</b>	<b>4002</b>					

Per garantire l'obiettivo della piena utilizzazione delle potenzialità produttive dei posti tecnici pubblici, le AOU e le ASL definiscono annualmente appositi Piani di potenziamento delle Strutture di Dialisi per quanto riguarda i requisiti strutturali, impiantistici, tecnologici ed organizzativi.

L'obiettivo di consentire l'immissione di tutti i nuovi pazienti presso le strutture pubbliche di dialisi e di favorire eventualmente la presa in carico di pazienti gestiti presso altre strutture deve essere conseguito dall'Azienda facendo ricorso, ove necessario e nelle more dell'adeguamento degli organici, agli strumenti contrattuali per l'incentivo della produttività a favore dell'Azienda, col fine di ottimizzare il rapporto di utilizzazione delle macchine e di rendere possibile l'attivazione del terzo turno giornaliero per venire incontro alle esigenze dei pazienti che ne vogliono fruire.

I P.T. di cui alla precedente Tabella 2, colonna G, che, nelle zone eventualmente carenti, serviranno a compensare il fabbisogno tendenziale per fare fronte all'incremento della prevalenza dei pazienti, saranno allocati dalle ASL, secondo i Piani di potenziamento delle Strutture di Dialisi, nel rispetto dei seguenti criteri:

- ampliamento di quelle strutture per le quali sono previsti processi di ristrutturazione logistica ovvero è prevista una nuova allocazione;



- adeguamento del numero di P.T. delle Strutture rispetto a moduli multipli di tre, anche al fine di ottimizzare il numero di operatori;
- valutazione dei processi di mobilità passiva dei pazienti, fermo restando che debba essere di norma garantita per tutti i nuovi pazienti l'immissione presso le strutture pubbliche di dialisi ubicate presso la ASL ovvero l'A.O.U. del territorio che ha preso in carico il paziente in fase pre-dialitica.

E' stato stabilito altresì con il suddetto piano che, ferma restando la ricognizione da effettuarsi con riferimento al fabbisogno del 2009 indicato nella colonna G della Tabella 2, la copertura dell'ulteriore fabbisogno previsto nell'arco del biennio 2010-11 doveva essere garantita esclusivamente nell'ambito delle strutture pubbliche di ciascuna Azienda.

I posti tecnici calcolati in eccesso, di cui alla colonna H della Tabella 2, erano previsti e realizzati esclusivamente in ambito pubblico, poiché funzionali a soddisfare le urgenze (per pazienti ricoverati in fase acuta) ovvero il rientro di pazienti da altre metodiche di trattamento (Dialisi Peritoneale e Trapianto di rene).

Premesso quanto sopra ed in riferimento al primo punto dell'interrogazione con cui si chiede se il Presidente della Regione Puglia con delega di Assessore alle Politiche della Salute: "è a conoscenza del numero e delle strutture presenti sul territorio pugliese che garantiscono il trattamento di emodialisi" si riporta qui di seguito il quadro sinottico delle strutture di emodialisi pubbliche e private, formulato a seguito della rilevazione effettuata con circolare n. AOO/151/7633 del 01/07/2013 del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica presso le Aziende Sanitarie della Regione Puglia insistenti nel proprio ambito territoriale con particolare riferimento ai dati riguardanti:

- posti rene autorizzati e accreditati
- n. pazienti in carico al 31/05/2013
- rapporto ottimale 3,5 pz/posto rene

A	B	C	D	E	F
	Posti rene accreditati	N. posti rene autorizzati	Totale posti rene autorizz. E Accred.	N. Pazienti in carico al 31.05.2013	Rispetto rapp.ott. 3,5 pz/posto rene (col.E/col.D)
<b>ASL BA</b>					
P.O. Di Venere	24		24	82	3,4
P.O. Monopoli	16		16	58	3,6
Centro dial. Noicattaro (Trigg.)	4		4		0,0
P.O. Altamura	16		16	50	3,1
Centro dial. Grumo	12		12	22	1,8
P.O. Molfetta	26		26	104	4,0
Centro dial. Ruvo	12		12	48	4,0
Centro dial. Bitonto	12		12	40	3,3
Centro dial. Putignano	22		22	78	3,5
Centro dial. Conversano	12		12	36	3,0
Centro dial. Gioia del Colle	8		8	17	2,1
Gruppo CBH Bari	62	51	113	266	2,354
New Deal Srl Bari	20	20	20	79	3,950
Diaverum Srl Corato, Acquaviva, Bari	16	58	58	195	3,362
Osp. Miulli - Acquaviva delle Fonti	24		24	89	3,708



REGIONE  
PUGLIA

DIPARTIMENTO PER LA PROMOZIONE  
DELLA SALUTE DEL BENESSERE SOCIALE  
E DELLO SPORT  
SEEZIONE PROGRAMMAZIONE ASSISTENZA OSPEDALIERA E SPECIALISTICA  
E ACCREDITAMENTI

AOU Policlinico Bari	24		19	86	4,526
<b>Totale</b>			<b>398</b>	<b>1250</b>	<b>3,141</b>
<b>ASL BR</b>					
Perrino	21+4		21	73	3,476
Perrino CAD	8		8	24	3,000
FrancaVilla F.na	16		16	58	3,625
Oria	10		10	20	2,000
Fasano	8+1 riserva		8	16	2,000
Ostuni	8+1 riserva		8	30	3,750
San Pietro V.co	8+1 riserva		8	16	2,000
Diaverum Srl Mesagne		12+2	12	44	3,667
Diaverum Srl Torre S.Susanna		6+1 riserva	6	19	3,167
<b>Totale</b>			<b>97</b>	<b>300</b>	<b>3,093</b>
<b>ASL BT</b>					
P.O. Andria	16		16	56	3,500
P.O. Barletta	24		24	86	3,583
CBH Bisceglie	37		37	82	2,216
P.O. Minervino	8 (+4 ampliame.)		12	30	2,500
P.O. Spinazzola	8		8	10	1,250
P.O. Trani	6 (+6 ampliame.)		12	24	2,000
pazienti in dialisi peritoneale: n.17 Andria e n.17 Barletta					
<b>Totale</b>			<b>109</b>	<b>288</b>	<b>2,642</b>
<b>ASL FG</b>					
P.O. San Severo	21		21	73	3,476
P.O. Lucera	16		16	64	4,000
UAL San Nicandro G.co	11		11	17	1,545
P.O. Cerignola	23		23	78	3,391
P.O. Manfredonia	12		12	26	2,167
AOU OO.RR. Foggia	27		27	110	4,074
UAL Accadia	8		8	15	1,875
IRCCS Casa Soll. Soff. S.G. Rotondo	21		21	21	1,000
IRCCS Casa Soll. Soff. Manfredonia	14		14	24	1,714
IRCCS Casa Soll. Soff. Rodi G.co	14		14	26	1,857
IRCCS Casa Soll. Soff. Vieste	8		8	7	0,875
IRCCS Casa Soll. Soff. Monte S. Angelo	6		6	8	1,333
<b>Totale</b>			<b>181</b>	<b>469</b>	<b>2,591</b>
<b>ASL LE</b>					
Città di Lecce H. Srl Lecce		17	17	90	5,294
Diaverum Srl Copertino		16	16	100	6,250
Tourist Haemodialysis srl Otranto	17	17	17	28	1,647
P.O. Fazzi Lecce	18		18	62	3,444



P.o. Fazzi-Sede Campi Sal.na	15 attivi 11		15	39	2,600
P.O. Galatina	17 attivi 14		17	56	3,294
P.O. Galatina- sede Nardò	12 attivi 10		12	28	2,333
P.O. Galatina- Sede Calimera	6		6	12	2,000
P.O. Casarano	21		21	84	4,000
P.O. Casarano - Sede Gagliano del C.	9		9	25	2,778
Osp. Card. Panico Tricase (LE)	41		41	122	
<b>Totale</b>			<b>189</b>	<b>646</b>	<b>3,418</b>
<b>ASL TA</b>					
S.S. Annunziata TA	24 (funz. 23)		24	86	3,583
P.O. Giannuzzi Manduria	24 (funz. 23)		24	72	3,000
P.O. Valle d'Itria Martina Franca	24 (funz. 23)		24	94	3,917
P.O. S.Marco Grottaglie	6		6	11	1,833
P.O. Pagliari Massafra	11		11	31	2,818
P.O. Castellaneta	12		12	24	2,000
UAL Crispiano	5		5	5	1,000
Centro SS. Medici Taranto		27 verifica accr	27	90	3,333
Centro SS. Medici Torricella		15	15	45	3,000
Centro Diaverum Taranto	10	23	23	79	3,435
Centro Diaverum Grottaglie		14	14	41	2,929
Osp. Miulli - UAL Castellaneta	15		15	55	3,667
<b>Totale</b>			<b>200</b>	<b>633</b>	<b>3,165</b>
<b>Totale posti rene autorizz. e accred. E numero pazienti emodializzati in Puglia</b>			<b>1174</b>	<b>3586</b>	<b>3,055</b>

In base all' ultimo censimento dell'Assessorato alle Politiche della Salute, il numero prevalente di pazienti in Puglia in trattamento emodialitico al 31/5/2013, è risultato pari a 3. 586 pazienti, a fronte di una previsione di 4.184 pazienti, stimata a partire dal numero dei pazienti prevalenti rilevati con il precedente censimento del 2008, utilizzando il criterio descritto (incremento pari al 2,8% annuo). I dati di prevalenza alla fine del 2008 rilevati con il censimento dell'AReS, è risultato pari a 3695 pazienti.

Tale criterio adottato in passato dell'incremento percentuale annuo del 2,8% pertanto dai dati sopra esposti si è rilevato non realistico in quanto dalla rilevazione effettuata si è riscontrata una regressione dei pazienti in trattamento dialitico.

In merito al secondo punto dell'interrogazione all'Assessore alle Politiche della Salute per conoscere se: "è a conoscenza della quantità e qualità dei servizi e delle prestazioni erogate dalle strutture che garantiscono il trattamento di emodialisi" si fa presente che sulla quantità delle prestazioni erogate questa Regione non è in grado di fornire il dato in quanto la quantificazione e la liquidazione delle prestazioni di emodialisi è un attribuzione propria dei servizi gestionali economici delle AA.SS.LL. e delle AA.OO.

Per quanto concerne la qualità delle prestazioni si riferisce che l'art. 7, comma 1 della L.R. n. 4/2010 ha previsto che "Le strutture dialitiche private possono essere accreditate, fermo restando il possesso dei requisiti minimi ed ulteriori stabiliti dal regol. reg. n. 3/2005, per il numero di posti tecnici autorizzati all'esercizio alla data di entrata in vigore della deliberazione della Giunta regionale 30 settembre 2002, n. 1412 (D.lgs. 502/1992 e successive modifiche e



*integrazioni, articolo 8 ter. Autorizzazione alla realizzazione di strutture sanitarie e socio sanitarie e all'esercizio dell'attività. Linee guida regionali relative a primi adempimenti operativi)."*

I successivi commi 2 e 3 del sopra citato art. 7 stabiliscono, rispettivamente, che:

**2. "Per l'applicazione di quanto disposto al comma 1, le strutture di dialisi private presentano, entro il 31 marzo 2010, domanda di accreditamento alla Regione – Assessorato alle politiche della salute – Servizio programmazione e gestione sanitaria, autocertificando il possesso dei requisiti minimi ed ulteriori fissati dal R.R. 3/2005. Per le verifiche conseguenti si applicano le procedure di cui alla l.r. 8/2004.";**

**3. "Nelle more del completamento della rete dialitica pubblica previsto dalla legge regionale 19 settembre 2008, n. 23 (Piano regionale di salute 2008-2010) e dalla Delib. G.R. 27 ottobre 2009, n. 2019 (Approvazione Rete dialitica per l'assistenza ai nefropatici cronici per il triennio 2009-2011), i direttori generali sono autorizzati a stipulare, con le strutture di cui al comma 1, accordi contrattuali per volumi e tipologie di prestazioni dialitiche sino alla concorrenza del rapporto ottimale di 3,5 pazienti per posto rene accreditato e per tre trattamenti settimanali per paziente, salvo esigenze cliniche di particolare rilievo documentate, nei limiti del numero di pazienti che risultino già in carico alla data del 31 dicembre 2009. Per garantire in via transitoria l'erogazione di prestazioni in favore di tutti i pazienti in carico alla data del 31 dicembre 2009, le prestazioni in eccesso rispetto al rapporto ottimale di cui al presente comma sono remunerate applicando la regressione tariffaria del 30 per cento a partire dalla data di entrata in vigore della presente legge."**

Pertanto con riferimento alle prescrizioni legislative sopra indicate gli erogatori delle prestazioni di emodialisi hanno autocertificato con la domanda di accreditamento il possesso dei requisiti minimi ed ulteriori fissati dai regolamenti regionali, e ciò, fino a prova di falso, ha valore legale.

Resta inteso comunque che il competente Servizio dell'Assessorato alle Politiche della Salute sta provvedendo ad accreditare le strutture interessate che sono oggetto di verifiche da parte dei Dipartimenti di Prevenzione delle AA.SS.LL. incaricati di accertare la sussistenza dei requisiti dichiarati. In caso di dissonanza tra quanto dichiarato e quanto accertato i legali rappresentanti delle strutture vengono invitati ad adeguarsi pena la revoca dell'autorizzazione all'esercizio.

Per quanto concerne il terzo punto dell'interrogazione con cui si chiede: "se è a conoscenza, su tutto il territorio regionale, delle distanze tra una struttura ospedaliera e l'altra" si fa presente che tale dato è a conoscenza dello scrivente. E' evidente però, così come esposto nella tabella sopra esposta, che rispetto alle strutture ospedaliere pubbliche esiste un congruo numero di operatori privati (istituzionalmente accreditati o in fase di accreditamento) che garantiscono questo tipo di prestazioni che per la loro stessa natura non possono essere differite in quanto prestazioni salvavita.

Per quanto riguarda il quarto punto riguardante l'organizzazione e riorganizzazione della rete emodialitica si è provveduto con nota della Sezione PAOSA prot. n. A00/151/2717 del 21/03/2016, proprio per aggiornare i dati già in possesso di questo Assessorato, a richiedere alle AA.SS.LL. i seguenti dati:

- posti rene autorizzati e accreditati insistenti presso le strutture pubbliche e private
- n. pazienti in carico alla data del 31/12/2015
- rapporto ottimale 3,5 pz/posto rene

Dopo l'acquisizione di tali dati si potrà valutare l'ipotesi di un eventuale potenziamento della rete dialitica.

Obiettivamente però, dai dati emersi dall'ultimo censimento effettuato e considerato la media del rapporto 3,5 pazienti /posto rene su base regionale inferiore al dato stabilito con il Piano di Settore del 2009, di cui si riferirà in seguito, si dovrà procedere ad una più corretta valutazione di quei posti rene che hanno una ridotta funzionalità per mancanza di pazienti e valutare, attraverso la conoscenza delle città di provenienza dei pazienti, una corretta distribuzione degli stessi nelle zone limitrofe alla città di provenienza servite da centri dialisi al fine di evitare ai pazienti lunghi e faticosi tragitti per raggiungere i luoghi di cura.



**REGIONE  
PUGLIA**

DIPARTIMENTO PER LA PROMOZIONE  
DELLA SALUTE DEL BENESSERE SOCIALE  
E DELLO SPORT  
SEZIONE PROGRAMMAZIONE ASSISTENZA OSPEDALIERA E SPECIALISTICA  
E ACCREDITAMENTI

Ciò non toglie che ai fini dell'efficacia e della qualità di vita dei pazienti questo Assessorato è tendenzialmente orientato a sviluppare la cosiddetta "dialisi peritoneale" attraverso la formazione degli operatori e degli stessi pazienti.

Tale metodica costituisce un'alternativa alla emodialisi tradizionale in considerazione dell'efficacia e della migliore qualità di vita che viene offerta ai pazienti. L'obiettivo che ci si pone è quello di trattare una percentuale minima di pazienti nei primi anni pari al 10% tanto che ai fini dell'accreditamento le strutture vengono classificate secondo parametri previsti dal R. R. n. 3/2010 dove uno degli elementi caratterizzanti è costituito dal possesso dei requisiti per l'erogazione della dialisi peritoneale ( sala di addestramento , attrezzature dedicate e personale specializzato).

Tutto quanto sopra con l'intento di ridurre i lunghi e faticosi viaggi per le necessarie cure in considerazione della circostanza che tale metodica viene effettuata a domicilio del paziente mediante addestramento con ripercussioni anche di tipo economico di risparmio di spesa.

Il quesito di cui al punto 5 si ritiene assorbente rispetto ai precedenti punti analizzati in considerazione della necessità di definire :

- 1) Censimento pazienti;
- 2) Completamento dell'accreditamento delle strutture private;
- 3) Avviamento dell'attività formativa degli operatori e pazienti alla dialisi peritoneale.

Distinti saluti

L'Istruttore  
(Vincenzo Ingellis)

Il Responsabile A.P. Uff. PAOSA  
(Vito Carbone)

Il Dirigente del Servizio  
Mauro Nicastro

Il Dirigente della Sezione  
Giovanni Campobasso

Il Direttore del Dipartimento  
Giovanni Gorgoni