

POLITECNICO DI MILANO

Facoltà di Ingegneria dei Sistemi
Dipartimento di Bioingegneria
Corso di Laurea in Ingegneria Biomedica



Il sistema sanitario nella regione Puglia

Relatore: Prof. Marcello CRIVELLINI

Tesi di Laurea di:

Andrea VASCONCELLI 675152

Anno Accademico 2010 - 2011

INDICE

Introduzione	10
--------------------	----

PARTE PRIMA : Organizzazione sanitaria in Puglia

1	Analisi di contesto.....	13
1.1	Aspetti demografici e sanitari della popolazione puglie.....	13
1.2	Ospedalizzazione.....	21
1.3	Mortalità.....	23
2	I livelli essenziali di assistenza.....	28
3	ASL.....	31
3.1	Le Risorse	35
4	L'assistenza sanitaria collettiva.....	43
5	L'assistenza distrettuale nel territorio regionale.....	46
5.1	Il dimensionamento della rete distrettuale.....	48
5.1.1	Poliambulatori.....	56
5.1.2	Rete Consultoriale.....	57
5.1.3	Rete dei servizi e delle strutture sanitarie e sociosanitarie.....	58
5.1.4	Rete dei Medici di Medicina Generale e presenza di forme associate.....	59
5.1.5	Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).....	59
5.1.6	Le Residenze SocioSanitarie Assistenziali (RSSA).....	60
5.2	L'organizzazione del Distretto.....	61
5.2.1	Assistenza Sanitaria di Base	62
5.2.2	Assistenza Domiciliare	62
5.2.3	Assistenza Specialistica.....	66
5.2.4	Assistenza nelle Residenze Sanitarie.....	68
5.2.5	Assistenza Riabilitativa.....	69
5.2.6	Assistenza Farmaceutica.....	70
6	Assistenza ospedaliera.....	74
6.1	Livello di assistenza ospedaliera	75
6.1.1	Mobilità passiva.....	78
6.1.2	Mobilità intra-regionale.....	80
6.1.3	Utilizzo delle strutture ospedaliere	82
6.2	Strutturazione del sistema ospedaliero.....	82
6.2.1	Le Aziende Ospedaliere	84
6.2.2	I Presidi ospedalieri dell'Azienda Unità Sanitaria Locale.....	84
6.2.3	La riabilitazione e la lungodegenza post acuzie.....	84

6.2.4	L' Ospedalità privata.....	85
6.3	Organizzazione della rete.....	86
6.4	Analisi dell' attuale rete ospedaliera.....	90
6.5	Dipartimento e nuovi modelli assistenziali.....	98
6.5.1	Unità Operative e Servizi.....	98
6.5.2	Forme alternative di assistenza.....	99
6.6	Razionalizzazione della rete ospedaliera ai fini del Piano di rientro.....	100
7	ASL Lecce.....	103
7.1	Aspetti demografici e sanitari della popolazione salentina	103
7.1.1	Invecchiamento della popolazione	104
7.1.2	Infrastrutture e servizi sociali e sanitari	106
7.1.3	Dati di ospedalizzazione	106
7.1.4	Dati di mortalità.....	108
7.1.6	Appropriatezza organizzativa	109
7.2	Il Distretto	110
7.2.1	Dimensionamento territoriale del Distretto.....	110
7.2.2	Sviluppo organizzativo delle cure primarie: il modello a complessità crescente.....	112
7.2.3	Assistenza farmaceutica	116
7.2.4	Assistenza specialistica ambulatoriale	117
7.2.5	Area della disabilità: percorsi di riabilitazione	119
7.2.6	Assistenza Domiciliare.....	121
7.2.7	Assistenza residenziale.....	122
7.3	L' articolazione della rete Ospedaliera Salentina.....	124
7.3.1	Ospedale di riferimento Aziendale "V. Pazzi" di Lecce.....	126
7.3.2	Comprendorio ospedaliero Adriatico Comprendorio ospedaliero del Capo di Leuca.....	132
7.4	Integrazione ospedale-territorio: organizzazione della continuità assistenziale.....	134
7.5	Sostenibilità del sistema e programmazione finanziaria	135
7.6	Conclusioni	137
8	HTA.....	140
8.1	Caso Italiano.....	141
8.2	Formalizzazione dell'HTA in Puglia.....	144
8.3	Processo.....	146
8.4	Esperienze di valutazione.....	148
9	Programmazione finanziaria.....	149
9.1	Sistema di finanziamento della sanità italiano.....	149
9.1	Legge Finanziaria 2010.....	151
9.2	Finanziamento del sistema sanitario in Puglia.....	155
9.3	Piano di Rientro.....	161

PARTE SECONDA : Analisi del sistema

10	La spesa sanitaria pubblica in Italia.....	163
10.1	La spesa.....	164
10.2	Indicatore sintetico di qualità.....	165
10.3	La frontiera efficiente spesa-qualità.....	166
11	Piano di Rientro.....	170
11.1	Piano di Rientro della Regione Puglia.....	171
11.2	Analisi situazionale di tipo S.W.O.T.....	172
11.3	Principali azioni del Piano di Rientro.....	174
11.4	Razionalizzazione funzionale della rete dei servizi: Riordino della rete ospedaliera.....	176
11.4.1	Relazione tecnica.....	181
11.4.2	Effetti economici	184
11.5	Governo del rapporto tra domanda e offerta	185
11.5.1	Mobilità sanitaria extraregionale	185
11.5.2	Effetti economici.....	187
11.5.3	Monitoraggio accordi contrattuali strutture accreditate	187
11.5.4	Iniziative da intraprendere.....	189
11.6	Politica del farmaco.....	191
11.6.1	Rimodulazione del sistema di esenzione dal ticket.....	192
11.6.2	Introduzione del ticket di 1 euro	193
11.7	Contenimento dei costi del personale.....	194
11.8	Mezzi di copertura : Equilibrio SSR	197
11.9	Conclusioni	199
12	I numeri del Federalismo in Sanità	201
12.1	I profili di spesa <i>pro-capite</i> per fasce di età.....	201
12.2	Risultati.....	202
13	Conclusioni.....	208
14	Bibliografia.....	214

INDICE FIGURE E TABELLE

Grafico 1: Tendenze demografiche Puglia 1999-2014.....	10
Grafico 2. Andamento ricoveri in puglia anni 2001-2009.....	21
Grafico 3 :Bersaglio delle performance dei Livelli di Assistenza regione Puglia	30
Grafico 4. Andamento ricoveri in puglia anni 2001-2009.....	75
Grafico 5: Distribuzione dei ricoveri dei residenti nella regione Puglia, per regime di ricovero, effettuati nelle strutture Extraregionali.....	78
Grafico 6: Distribuzione dei ricoveri dei residenti nella regione Puglia, per regime di ricovero, effettuati nelle strutture Regionali.....	81
Grafico 7: Tasso di ospedalizzazione ricoveri Ordinari, DH per 100 abitanti nell'anno 2007 nei distretti dell'ASL di Lecce ...	107
Grafico 8: Tassi età-specifici di incidenza e mortalità per tutti i tumori. Maschi e Femmine (Lecce 2003).....	108
Grafico 9: Indicatore sintetico di qualità (ISQ).....	166
Grafico 10: Frontiera efficiente.....	168
Grafico 11: Numero di ricovero in mobilità passiva extraregionale anni 2006-2009.....	185
Grafico 12: Scarto della spesa contabile a consuntivo rispetto al valore <i>standardizzato</i> (Euro/migliaia; 2009).....	204
Grafico 13 :Bersaglio delle performance regione Puglia.....	208

Figura 1: Piramidi per età della popolazione in Puglia – anni 1990 – 2000.....	19
Figura 2: Piramide dell'età della popolazione in Puglia - anno 2010.....	20
Figura 3: Cartina geografica Puglia.....	31
Figura 4: Mappa regionale delle ASL.....	32
Figura 5 : Mappa dei Distretti ASL Foggia.....	50
Figura 6 : Mappa dei Distretti ASL BAT.....	51
Figura 7 : Mappa dei Distretti ASL Bari.....	52
Figura 8: Mappa dei Distretti ASL.....	53
Figura 9 : Mappa dei Distretti ASL Brindisi.....	54
Figura 10 : Mappa dei Distretti ASL Lecce.....	55
Figura 11: Mappa geografica degli istituti pubblici e delle ASL Regione Puglia.....	83
Figura 12: Mappa dei Distretti ASL Lecce.....	111
Figura 13: Mappa geografica della rete Ospedaliera Salentina.....	124
Figura 14: Schema riassuntivo del processo HTA.....	147
Figura 15 : Rappresentazione della SWOT analysis.....	172
Figura 16: Descrizione della SWOT analysis.....	173

Schema 1: Sistema di finanziamento pugliese.....	37
Cartogramma 1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato per sesso ed età, senza mobilità passiva. Puglia, anno 2009.....	76
Cartogramma 2: Distribuzione dei ricoveri in mobilità passiva per regione in cui si è recato il paziente (a sinistra) e distribuzione dei ricoveri in mobilità attiva per regione di provenienza (a destra). Anno 2008.....	79

Tabella 1: Indicatori di crescita della popolazione (per 1000 abitanti), per compartimento geografico, 06-09.....	13
Tabella 2:Indicatori crescita della popolazione(tassi per 1000 abitanti), per provincia, anni 06-09.....	14
Tabella 3a: Numero medio di figli per donna, per compartimento geografico, dal 2006 al 2009.....	15
Tabella 3b: Speranza di vita alla nascita, per compartimento geografico, dal 2006 al 2009.....	15
Tabella 4: Composizione percentuale della popolazione in fasce d'età, per compartimento geografico, anni 2007-2010.....	15
Tabella 5: Indicatori di struttura della popolazione, per compartimento geografico, anni 2007-2010.....	16
Tabella 6: Tassi generici di migratorietà (per 1000 abitanti), per compartimento geografico, anni 2006-2009.....	17
Tabella 7: Tassi generici di migratorietà (per 1000 abitanti), per provincia, anni 2006-2009.....	18
Tabella 8: Popolazione Italia e Puglia, anni 2007-2009 (rilevazione al 1° gennaio di ogni anno considerato).....	19
Tabella 9 Distribuzione per anno e regime di ricovero dei ricoveri totali, entro e fuori regione, dei residenti nella regione Puglia e relativo tasso di ospedalizzazione (per 1.000 abitanti).....	21
Tabella 10. Ricoveri per causa nel periodo 01-09, distinti tra Ordinari e Day Hospital, con esclusione della mobilità passiva.....	22
Tabella 11 : Numero di decessi e tassi grezzi di mortalità (x10.000 residenti) in Italia e Puglia, anni 1998-2004.....	23
Tabella 12: Mortalità per cause registrata in Puglia dal 1998 al 2004 (tassi x10.000 residenti).....	24
Tabella 13 : Tassi standardizzati di mortalità nei due sessi, Puglia, anni 1998-2004 (tassi x10.000 residenti).....	25
Tabella 14a: Mortalità per cause e fascia d'età 60-74 , anni 1998 - 2004 (tassi x10.000 residenti).....	26
Tabella 14b: Mortalità per cause e fasce 75a d'età superiore a 74 , anni 1998 - 2004 (tassi x10.000 residenti).....	27

Tabella 15: ASL, D.S.S. e ambiti territoriali.....	33
Tabella 16 : Composizione FSR Puglia del 2010.....	35
Tabella 17 : Assegnazioni finanziarie anno 2010.....	36
Tabella 18 : Sistema di pesatura della quota capitaria.....	37
Tabella 19 : Sistema di ponderazione per Livelli di assistenza.....	38
Tabella 20: Ripartizione quota capitaria pesata.....	39
Tabella 21: Riparto quota capitaria per livelli di assistenza.....	39
Tabella 22: Determinazione quota base pesata aziende USL per Livelli di assistenza.....	40
Tabella 23: Tetti di remunerazione	40
Tabella 24 :ASL, D.S.S e ambito territoriale della Regione Puglia.....	48
Tabella 25: Strutture e attività ASL FG anno 2006.....	50
Tabella 26: Strutture e attività ASL BAT anno 2006.....	51
Tabella 27: Strutture e attività ASL BA anno 2006.....	52
Tabella 28: Strutture e attività ASL TA anno 2006.....	53
Tabella 29: Strutture e attività ASL BR anno 2006.....	54
Tabella 30: Strutture e attività ASL LE anno 2006.....	55
Tabella 31: Distribuzione territoriale delle strutture poliambulatoriali.....	56
Tabella 32: Distribuzione territoriale delle strutture consultoriali.....	57
Tabella 33: Distribuzione territoriale della rete dei MMG e delle forme di associazionismo.....	59
Tabella 34: Le Residenze Sanitarie Assistenziali – Numero di strutture e posti letto attivi.....	60
Tabella 35: RSSA – Posti letto e numero di utenti presi in carico.....	60
Tabella 36: Stima del fabbisogno ADI 2009-2013.....	65
Tabella 37: Valori dell'indicato S.06 per ASL, 2005-2009	66
Tabella. 38 Distribuzione per anno e regime di ricovero dei ricoveri totali, entro e fuori regione, dei residenti nella regione Puglia e relativo tasso di ospedalizzazione (per 1.000 abitanti).....	75
Tabella 39: Ricoveri per causa nel periodo 2001-2009, distinti tra Ordinari e Day Hospital, con esclusione della mobilità passiva.....	77
Tabella 40: Ricoveri per causa nel periodo 2001-2008, distinti tra Ordinari e Day Hospital, mobilità passiva, PUGLIA.....	79
Tabella 41 Primi 10 DRG per mobilità passiva in regime di Ricovero Ordinario.....	80
Tabella 42: Distribuzione del numero di ricoveri (regime RO+DH) per provincia di residenza e ASL in cui insiste la struttura in cui sono effettuati i ricoveri.....	81
Tabella 43: Distribuzione di alcuni DRG prodotti per tutti i ricoveri ordinari negli anni 2001-2008, ordinati in relazione all'attività dell'anno 2008.....	82
Tabella 44a: Totale dei residenti, gli ospedali a gestione diretta e le aziende ospedaliere, i posti letto e i posti letto/1000 abitanti per ASL.....	85
Tabella 44b: Strutturazione del sistema ospedaliero Regione Puglia.....	86
Tabella 45: Posti letto e personale delle strutture di Ricovero Pubbliche presenti nel territorio della ASL BA.....	92
Tabella 46: Utilizzo delle strutture di Ricovero Pubbliche presenti nel territorio della ASL BA	93
Tabella 47: Posti letto e personale delle strutture di Ricovero Pubbliche presenti nel territorio dell' ASL FG	94
Tabella 48: Utilizzo delle strutture di Ricovero Pubbliche presenti nel territorio della ASL FG.....	94
Tabella 49: Posti letto e personale delle strutture di Ricovero Pubbliche presenti nel territorio della ASL LE.....	95
Tabella 50: Utilizzo delle strutture di Ricovero Pubbliche presenti nel territorio della ASL LE.....	95
Tabella 51: Posti letto e personale delle strutture di Ricovero Pubbliche presenti nel territorio della ASL BAT.....	96
Tabella 52: Utilizzo delle strutture di Ricovero Pubbliche presenti nel territorio della ASL BAT.....	96
Tabella 53: Posti letto e personale delle strutture di Ricovero Pubbliche presenti nel territorio della ASL BR.....	96
Tabella 54: Utilizzo delle strutture di Ricovero Pubbliche presenti nel territorio della ASL BR.....	97
Tabella 55: Posti letto e personale delle strutture di Ricovero Pubbliche presenti nel territorio della ASL TA.....	97
Tabella 56: Utilizzo delle strutture di Ricovero Pubbliche presenti nel territorio della ASL TA.....	97
Tabella 57: Posti letto pubblici e private, accreditati e non nella Regione Puglia.....	101
Tabella 58: Ricoveri e tassi di Ospedalizzazione in Puglia anni 2001-2008.....	102
Tabella 59 : Popolazione per classe di ampiezza demografica dei comuni- anno 2007	103
Tabella 60: Evoluzione dal 1996 al 2006 della popolazione residente nella provincia di Lecce	105
Tabella 61: Struttura della popolazione per fasce d'età (gennaio 2007).....	105
Tabella 62: Confronti internazionali dei tassi di mortalità per tipi di tumori.....	109
Tabella 63: Ridefinizione proposta degli ambiti distrettuali ASL di Lecce.....	111
Tabella 64: Poliambulatori: Standard minimi regionali.....	117
Tabella 65: Dotazione di poliambulatori di primo, secondo e terzo livello nella ASL Le.....	118
Tabella 66: Strutture di riabilitazione ospedaliera.....	119
Tabella 67: Strutture private accreditate convenzionate.....	120
Tabella 68: Strutture private accreditate convenzionate.....	120
Tabella 69 : Servizi a gestione diretta in regime semi-residenziali.....	121
Tabella 70: Posti letto delle RSA localizzate nei distretti dell'ASL di Lecce.....	122
Tabella 71: Comprensorio ospedaliero della Città.....	128
Tabella 72: Comprensorio ospedaliero Adriatico.....	131
Tabella 73 : Comprensorio ospedaliero del Capo di Leuca.....	133
Tabella 74 : Comprensorio ospedaliero di Tricase.....	133
Tabella 75: Riepilogo degli ospedali pubblici dell'ASL di Lecce	134

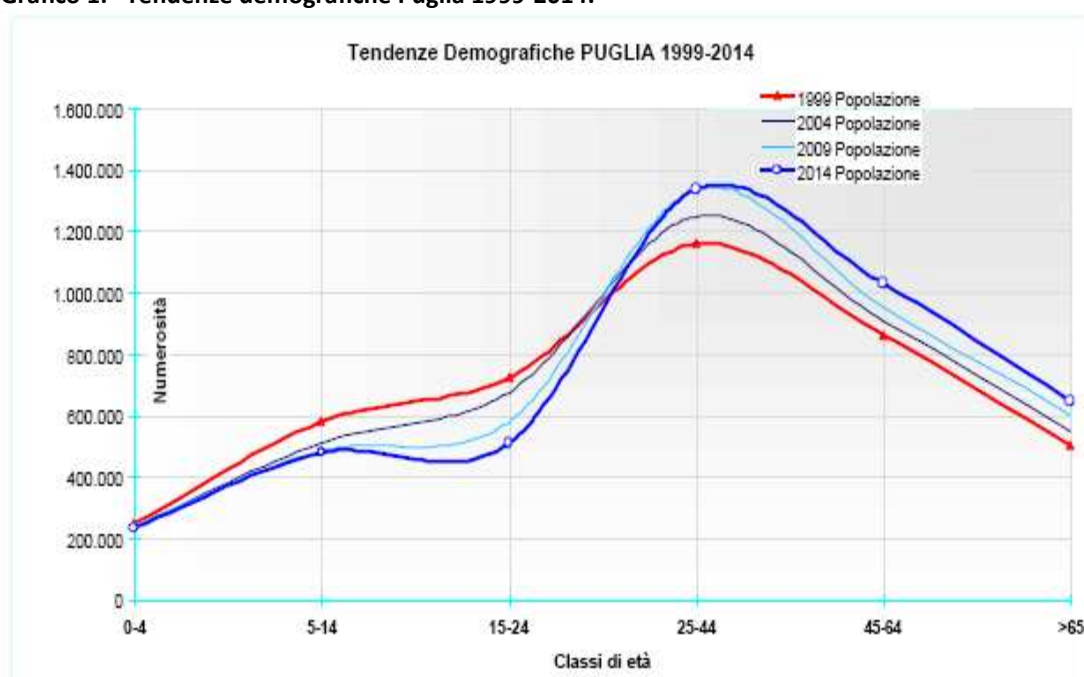
Tabella 76: Allocazione delle risorse per i livelli essenziali di assistenza.....	135
Tabella 77: Stanziamento delle risorse 2010-2012.....	152
Tabella 78: Quadro economico-finanziario anni 2007-2008.....	159
Tabella 79: Confronto della spesa sanitaria <i>pro-capite</i>	169
Tabella 80: Aggregati di spesa sanitaria Regione Puglia.....	174
Tabella 81: SINTESI FINANZIARIA PIANO DI RIENTRO PUGLIA (valori in migliaia di euro).....	175
Tabella 82: Entità e cronologia della manovra: sintesi.....	176
Tabella 83: UU.OO. con posti letto sopresse.....	178
Tabella 84: Unità operative semplici sopresse	179
Tabella 85: Numero di posti letto da disattivare entro il 31.12.2010.....	179
Tabella 86 :Riordino al 31.12.2010.....	180
Tabella 87: Stabilimenti da disattivare e riconvertire entro il 31.12.2010.....	180
Tabella 88 : Costo unitario del posto letto per presidio.....	182
Tabella 89: Riordino al 31.12.2012.....	183
Tabella 90: Iniziative da intraprendere e cronogramma.....	183
Tabella 91: Effetti economici del riordino della rete ospedaliera.....	184
Tabella 92: Iniziative da intraprendere e cronogramma mobilità passiva extraregionale.....	186
Tabella 93 : Effetti economici della mobilità evitata.....	187
Tabella 94: Riepilogo su minori costi su accordi contrattuali strutture accreditate triennio 2010-2012.....	190
Tabella 95 :Iniziative da intraprendere e cronogramma su accordi contrattuali strutture accreditate.....	190
Tabella 96: Totale riduzione dei costi collegata al riordino dei servizi.....	190
Tabella 97: Confronto tra Puglia e le regioni Emilia Romagna, Toscana, e Veneto del volume della spesa farmaceutica.....	191
Tabella 98 : Sintesi degli investimenti in materia di razionalizzazione della spesa farmaceutica.....	194
Tabella 99: Azioni da intraprendere sul contenimento del costo del personale.....	195
Tabella 100: Effetti economici su contenimento costo del personale	196
Tabella 101: Effetti economici totali su contenimento costo del personale.....	196
Tabella 102: Sbilancio 2010 e relativi mezzi di copertura	197
Tabella 103: Sbilancio 2011 e relativi mezzi di copertura	198
Tabella 104: Sbilancio 2012 e relativi mezzi di copertura	199
Tabella 105: Determinazione del fabbisogno <i>standard</i> delle Regioni <i>benchmark</i> : Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Umbria e Veneto.....	203
Tabella 106: Determinazione del fabbisogno <i>standard</i> delle Regioni <i>benchmark</i> : Emilia Romagna e Umbria.....	205
Tabella 107: Determinazione del fabbisogno <i>standard</i> delle Regioni <i>benchmark</i> : Emilia Romagna, Lombardia e Umbria.....	206
Tabella 108: Distribuzione dei ricoveri per ASL di residenza.....	211

Introduzione

Negli ultimi decenni le condizioni di vita sono mutate e con esse vanno parallelamente modificandosi l'andamento epidemiologico ed il bisogno di assistenza.

Anche la Puglia, nonostante faccia parte delle regioni con popolazione mediamente più giovane, diviene crescentemente senile, come può evincersi dalle seguenti tendenze.

Grafico 1: Tendenze demografiche Puglia 1999-2014.



Fonte: ISTAT

Popolazione (Movimento Naturale)			
Classi Età	1999	2014	Var % 1999/2014
0-4	248.967	235.028	-5,6%
5-14	582.144	480.827	-17,4%
15-24	725.242	511.970	-29,4%
25-44	1.161.059	1.338.388	15,3%
45-64	864.721	1.031.820	19,3%
>65	503.105	650.339	29,3%
TOTALE	4.085.239	4.248.372	4,0%

Fonte: ISTAT

Contestualmente, i cittadini manifestano maggiori esigenze in relazione ad un più adeguato rispetto della tutela e della dignità del proprio stato personale e della riservatezza.

Con l'incremento della vita media, la maggiore resistenza alle malattie croniche, l'evoluzione tecnologica, è necessario passare da un servizio sanitario centrato sugli ospedali, quali punti primari di ricovero e cura di malati con patologia grave e complessa, ad un sistema che deve dare risposta a crescenti bisogni di assistenza per patologie croniche, dell'anziano ed, in generale, della non autosufficienza. Si prospettano allora, esigenze e bisogni nuovi.

Questo studio propone un'analisi del sistema sanitario nella Regione Puglia.

L'analisi si compone in due parti.

La prima è dedicata alla idescrizione della realtà organizzativa del sistema sanitario nella Regione Puglia come risposta ai bisogni di salute della popolazione pugliese. Saranno descritte le funzioni delle ASL regionali, l'organizzazione delle reti distrettuale e ospedaliera che, accanto ad alcune strutture ad elevata specializzazione, riscontra una notevole dispersione di piccoli ospedali spesso inadeguati ed una assistenza di base che non appare pienamente idonea a garantire prestazioni di sufficiente qualità ed efficacia.

Verrà proposta una analisi più dettagliata sulla sistema sanitario dell'ASL di Lecce il cui assetto organizzativo si caratterizza per una persistente frammentazione dei presidi e disomogeneità dei servizi a scapito di attività di alta specialità.

Sarà presentata la realtà dell'HTA della Puglia che per cultura è agli esordi e nella pratica, nonostante i tentativi normativi, è lontana dall'analisi rigorosa multidisciplinare.

La seconda parte tratterà il sistema sanitario pugliese nell'ambito più ampio della realtà nazionale.

Si illustreranno gli obiettivi e gli interventi previsti dal Piano di Rientro per il triennio 2010-2012 a seguito dell'inadempimento da parte della Regione Puglia, costituito sostanzialmente dal mancato rispetto del Patto interno di Stabilità per gli anni 2006-2008.

Saranno presentati poi due studi condotti dal CERM in cui verranno illustrati: un confronto nazionale sul rapporto tra livelli di spesa sanitaria regionale e qualità di servizi erogati, e un recente studio sul federalismo in sanità con l'auspicio che una decentralizzazione dell'organizzazione e della produzione di servizi sanitari porti ad un adattamento dell'offerta, alle esigenze e alle specificità della popolazione locale.

PARTE PRIMA

Organizzazione sanitaria in Puglia

1. Analisi di contesto

Di seguito viene fornita una sintetica rappresentazione degli elementi demografici e strutturali della popolazione pugliese e del sistema sanitario regionale.

1.1 Indicatori demografici, socio-sanitari e struttura della popolazione

Dall'analisi dei diversi indicatori di crescita (Tabella 1), emerge in Puglia un andamento demografico sostanzialmente stazionario. La natalità generale è inferiore ai dati nazionali, così come la mortalità generale resta di circa l' 1x1000 al di sotto. La popolazione presenta ancora un bilancio positivo di crescita e l'indice di nuzialità è leggermente superiore alla media nazionale. Il tasso di crescita naturale è la differenza tra il tasso di natalità e il tasso di mortalità.

Tabella 1: Indicatori di crescita della popolazione (per 1000 abitanti), per compartimento geografico, 06-09

NATALITA'	2006	2007	2008	2009
Puglia	9,3	9,4	9,4	9,3
Mezzogiorno	9,6	9,6	9,6	9,4
Sud	9,7	9,7	9,6	9,5
Centro	9,3	9,2	9,7	9,3
Nord	9,5	9,6	9,7	9,5
ITALIA	9,5	9,5	9,6	9,5
MORTALITA'	2006	2007	2008	2009
Puglia	8,0	8,5	8,4	8,7
Mezzogiorno	8,7	9,0	9,0	9,2
Sud	8,5	8,8	8,8	9,1
Centro	10,0	10,0	10,3	10,3
Nord	9,9	9,9	10,2	10,1
ITALIA	9,5	9,6	9,8	9,8
CRESCITA NATURALE	2006	2007	2008	2009
Puglia	1,3	0,9	1,0	0,6
Mezzogiorno	0,9	0,6	0,6	0,2
Sud	1,2	0,9	0,8	0,4
Centro	-0,7	-0,8	-0,6	-1,0
Nord	-0,4	-0,3	-0,5	-0,6
ITALIA	0,0	-0,1	-0,2	-0,3
NUZIALITA'	2006	2007	2008**	2009*
Puglia	4,5	4,8	4,8	4,7
Mezzogiorno	4,7	4,9	4,8	4,7
Sud	4,8	5,0	4,9	4,8
Centro	4,5	4,1	4,0	3,9
Nord	3,8	3,7	3,6	3,5
ITALIA	4,2	4,2	4,1	4,0

Fonte: ISTAT *Stima **Dato provvisorio

(Tasso di crescita naturale: differenza tra il tasso di natalità e il tasso di mortalità)

Per gli stessi indici è registrabile una certa difformità sul territorio regionale: tendenzialmente, la natalità è più alta nella provincia di Taranto, soprattutto negli ultimi due anni e più bassa in quella di Lecce; la mortalità è più bassa nella provincia di Bari e più alta nelle province di Lecce, Brindisi e Taranto rispetto alla media regionale. Tra le province, Bari presenta un saldo positivo rispetto alla media regionale, mentre Lecce, Brindisi e Taranto si situano sotto tale valore (Tabella 2).

Tabella 2:Indicatori crescita della popolazione(tassi per 1000 abitanti), per provincia, anni 06-09

NATALITA'

PROVINCE	2006	2007	2008	2009
Foggia	9,8	9,7	9,7	9,8
Bari	9,6	9,6	9,5	9,4
Taranto	8,8	9,6	9,8	10,1
Brindisi	9,0	8,8	8,9	8,9
Lecce	8,7	8,8	8,7	8,4
PUGLIA	9,3	9,4	9,4	9,3

MORTALITA'

PROVINCE	2006	2007	2008	2009
Foggia	8,3	8,7	8,4	8,7
Bari	7,6	7,9	7,9	8,0
Taranto	7,6	8,5	8,6	9,6
Brindisi	8,7	9,2	9,0	9,4
Lecce	8,7	9,1	8,9	8,9
PUGLIA	8,0	8,5	8,4	8,7

CRESCITA NATURALE

PROVINCE	2006	2007	2008	2009
Foggia	1,5	1,0	1,3	1,1
Bari	2,0	1,7	1,7	1,3
Taranto	1,2	1,1	1,2	0,5
Brindisi	0,3	-0,4	-0,1	-0,5
Lecce	0,0	-0,3	-0,1	-0,6
PUGLIA	1,3	0,9	1,0	0,6

NUZIALITA'

PROVINCE	2006	2007	2008**	2009*
Foggia	4,8	4,8	5,0	4,9
Bari	4,4	4,9	4,9	4,8
Taranto	4,8	5,1	4,9	4,7
Brindisi	3,8	4,3	4,6	4,8
Lecce	4,4	4,7	4,7	4,5
PUGLIA	4,5	4,8	4,8	4,7

Fonte: ISTAT *Stima **Dato provvisorio

Il numero medio di figli per donna è inferiore sia alla media nazionale che a quella dell'Italia meridionale e addirittura a quella delle regioni del Nord. La speranza di vita alla nascita risulta essere leggermente inferiore rispetto ai dati nazionali (Tabella 3a e 3b).

Tabella 3a: Numero medio di figli per donna, per compartimento geografico, dal 2006 al 2009
NUMERO MEDIO DI FIGLI PER DONNA

	2006	2007	2008	2009*
Puglia	1,26	1,3	1,32	1,34
Mezzogiorno	1,33	1,34	1,35	1,36
Sud	1,33	1,35	1,35	1,36
Isole	1,32	1,32	1,35	1,36
Centro	1,31	1,32	1,41	1,37
Nord	1,38	1,41	1,46	1,46
ITALIA	1,35	1,37	1,42	1,41

Fonte: ISTAT *Stima

Tabella 3b: Speranza di vita alla nascita, per compartimento geografico, dal 2006 al 2009
SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA

	2006		2007		2008*		2009*	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Puglia	78,9	82,5	77,0	82,4	77,2	82,7	77,5	82,8
Mezzogiorno	78,0	83,4	78,1	83,2	78,3	83,6	78,3	83,5
Sud	78,0	83,4	78,1	83,3	78,3	83,6	78,4	83,6
Isole	78,1	83,3	78,0	83,1	78,3	83,5	78,2	83,4
Centro	78,8	84,2	79,1	84,4	79,1	84,2	79,3	84,3
Nord	78,6	84,3	78,9	84,4	78,7	84,1	79,0	84,4
ITALIA	78,4	84,0	78,7	84,0	78,6	84,0	78,9	84,1

*Stima

Fonte: ISTAT

Negli ultimi anni in Puglia si assiste ad un progressivo aumento della quota di ultra65enni, con una tendenza all'allineamento ai dati nazionali. La proporzione di anziani, tuttavia, resta inferiore di 2-3 punti percentuali rispetto alla media italiana e a quella delle regioni del centro-nord (Tabella 4).

Tabella 4: Composizione percentuale della popolazione in fasce d'età, per compartimento geografico, anni 2007-2010

	2007			2008			2009			2010*		
	0-14	15-64	≥65	0-14	15-64	≥65	0-14	15-64	≥65	0-14	15-64	≥65
Puglia	15,5	67,0	17,6	15,3	67,0	17,8	15,1	66,9	18,0	14,9	66,8	18,2
Sud/Isole	15,6	66,8	17,6	15,4	66,9	17,8	15,2	66,9	17,9	15,0	66,9	18,1
Centro	13,2	65,5	21,4	13,2	65,4	21,4	13,3	65,3	21,4	13,4	65,2	21,4
Nord	13,3	65,6	21,1	13,4	65,4	21,2	13,5	65,3	21,2	13,6	65,1	21,3
ITALIA	14,1	66,0	19,9	14,0	65,9	20,0	14,0	65,8	20,1	14,0	65,7	20,2

Fonte: ISTAT *Stima

L'analisi degli indicatori di struttura della popolazione pugliese conferma la tendenza all'allineamento con il resto del Paese: aumento degli indici di vecchiaia e di dipendenza strutturale degli anziani con lieve innalzamento dell'età media. Al momento tuttavia la Puglia conserva una posizione favorevole rispetto alle regioni del Centro-Nord (Tabella 5).

Tabella 5: Indicatori di struttura della popolazione, per compartimento geografico, anni 2007-2010

INDICE DI VECCHIAIA

	2007	2008	2009	2010*
Puglia	113%	116%	120%	122%
Sud/Isole	113%	116%	118%	120%
Centro	162%	162%	161%	160%
Nord	158%	158%	157%	157%
ITALIA	142%	143%	143%	144%

DIPENDENZA STRUTTURALE

	2007	2008	2009	2010*
Puglia	49%	49%	50%	50%
Sud/Isole	50%	50%	49%	49%
Centro	53%	53%	53%	53%
Nord	52%	53%	53%	54%
ITALIA	52%	52%	52%	52%

DIPENDENZA STRUTTURALE DEGLI ANZIANI

	2007	2008	2009	2010*
Puglia	26%	27%	27%	27%
Sud/Isole	26%	27%	27%	27%
Centro	33%	33%	33%	33%
Nord	32%	32%	33%	33%
ITALIA	30%	30%	31%	31%

ETA' MEDIA

	2007	2008	2009	2010*
Puglia	41,0	41,0	41,0	42,0
Sud/Isole	41,0	41,0	41,0	42,0
Centro	44,0	44,0	44,0	44,0
Nord	44,0	44,0	44,0	44,0
ITALIA	43,0	43,0	43,0	43,0

(Fonte ISTAT, dati al 1° gennaio di ogni anno considerato) *Stima

Indice di vecchiaia: rapporto percentuale tra la popolazione ≥ 65 e la popolazione di 0-14 anni.

Indice di dipendenza strutturale: rapporto percentuale tra la popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e la popolazione in età attiva (15-64 anni).

Indice di dipendenza strutturale degli anziani: rapporto percentuale tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione in età attiva (15-64 anni).

La Puglia si caratterizza per un saldo migratorio interno negativo, a conferma del fenomeno storico di emigrazione dei cittadini pugliesi verso le regioni del Centro-Nord, pur rilevando una sensibile diminuzione nell'ultimo anno. E' aumentato nel corso degli anni, il saldo migratorio con l'estero (Tabella 6).

Tabella 6: Tassi generici di migratorietà (per 1000 abitanti), per compartimento geografico, anni 2006-2009

SALDO MIGRATORIO INTERNO

	2006	2007	2008	2009
Puglia	-2,4	-2,8	-2,8	-1,8
Mezzogiorno	-2,4	-2,3	-2,7	-1,7
Sud	-3,1	-2,9	-3,2	-2,0
Isole	-0,9	-1,2	-1,5	-1,1
Centro	1,8	1,4	1,3	1,3
Nord	1,9	1,6	2,1	1,3
ITALIA	0,3*	0,2*	0,3*	0,3*

SALDO MIGRATORIO CON L'ESTERO

	2006	2007	2008	2009
Puglia	0,9	3,6	2,8	2,5
Mezzogiorno	1,1	4,7	3,7	3,1
Sud	1,2	5,0	3,7	3,2
Isole	0,8	4,1	3,5	2,8
Centro	5,0	11,3	10,5	8,4
Nord	5,3	9,8	9,3	7,2
ITALIA	3,7	8,3	7,6	6,0

SALDO MIGRATORIO PER ALTRO MOTIVO

	2006	2007	2008	2009
Puglia	-0,2	-0,1	-0,2	-0,2
Mezzogiorno	0,1	0,4	-0,2	-0,3
Sud	0,1	0,7	-0,2	-0,3
Isole	0,1	0,0	-0,1	-0,4
Centro	13,1	-0,1	-0,7	-0,9
Nord	-0,7	-0,6	-0,8	-1,5
ITALIA	2,2	-0,1	-0,6	-1,0

SALDO MIGRATORIO TOTALE

	2006	2007	2008	2009
Puglia	-1,7	0,7	-0,2	0,5
Mezzogiorno	-1,2	2,8	0,8	1,1
Sud	-1,8	2,8	0,3	0,9
Isole	0,0	2,9	1,9	1,3
Centro	19,9	12,6	11,1	8,8
Nord	6,5	10,8	10,5	7,0
ITALIA	6,2	8,4	7,3	5,3

NOTA:

Saldo migratorio interno: differenza tra il numero degli iscritti per trasferimento di residenza da un altro comune italiano ed il numero dei cancellati per trasferimento di residenza in un altro comune italiano.

Saldo migratorio con l'estero: differenza tra il numero degli iscritti per trasferimento di residenza dall'estero ed il numero dei cancellati per trasferimento di residenza all'estero.

Saldo migratorio per altri motivi: differenza tra il numero degli iscritti ed il numero dei cancellati dai registri anagrafici dei residenti dovuto ad altri motivi.

Saldo migratorio totale: differenza tra il numero degli iscritti ed il numero dei cancellati dai registri anagrafici dei residenti.

La provincia che presenta un saldo migratorio interno negativo di maggiore entità è quella di Foggia, ma con un sensibile decremento nel corso degli ultimi anni (Tabella 7).

Tabella 7: Tassi generici di migratorietà (per 1000 abitanti), per provincia, anni 2006-2009

PROVINCE	Saldo migratorio interno			
	2006	2007	2008	2009
Foggia	-5,7	-5,8	-5,6	-3,7
Bari	-2,0	-2,8	-2,4	-1,6
Taranto	-2,4	-2,8	-2,9	-2,2
Brindisi	-2,3	-1,9	-2,3	-0,9
Lecce	-0,4	-0,7	-1,3	-0,7
PUGLIA	-2,4	-2,8	-2,8	-1,8

PROVINCE	Saldo migratorio con l'estero			
	2006	2007	2008	2009
Foggia	0,5	6,6	4,4	3,8
Bari	1,2	3,3	2,6	2,2
Taranto	0,6	1,9	2,1	2,0
Brindisi	-0,1	2,6	2,2	2,1
Lecce	1,6	3,4	2,5	2,4
PUGLIA	0,9	3,6	2,8	2,5

PROVINCE	Saldo migratorio per altro motivo			
	2006	2007	2008	2009
Foggia	-0,2	-0,5	-0,3	-0,5
Bari	-0,6	-0,4	-0,6	-0,2
Taranto	-0,2	0,3	-0,4	-0,2
Brindisi	-0,2	0,0	0,0	-0,2
Lecce	0,7	0,4	0,6	0,0
PUGLIA	-0,2	-0,1	-0,2	-0,2

PROVINCE	Saldo migratorio totale			
	2006	2007	2008	2009
Foggia	-5,4	0,4	-1,6	-0,4
Bari	-1,4	0,2	-0,4	0,3
Taranto	-2,0	-0,6	-1,2	-0,4
Brindisi	-2,6	0,8	-0,1	1,0
Lecce	1,9	3,1	1,9	1,7
PUGLIA	-1,7	0,7	-0,2	0,5

Fonte: ISTAT

La popolazione in Puglia al 1° gennaio 2009 (rilevazione ISTAT) è pari a 4.079.702 residenti, circa 3200 in più rispetto all'anno precedente. E' confermato, dunque, il trend positivo della popolazione residente negli ultimi anni, speculare all'andamento nazionale.

Degno di nota lo scarto demografico 2007-2008 in cui si è registrato un incremento di circa 7000 abitanti (Tabella 8).

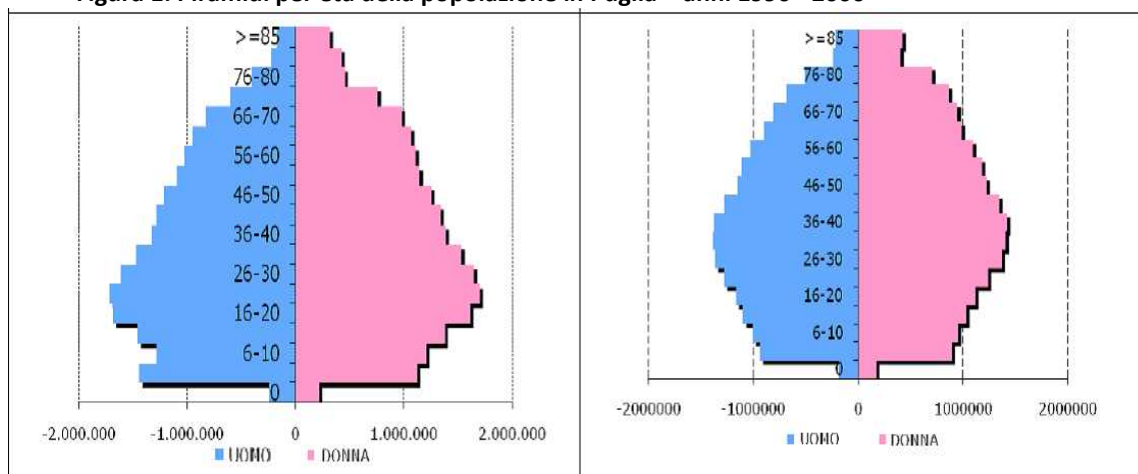
Tabella 8: Popolazione Italia e Puglia, anni 2007-2009 (rilevazione al 1° gennaio di ogni anno considerato)

RESIDENTI	2007	2008	2009
PUGLIA	4.069.869	4.076.546	4.079.702
ITALIA	59.131.287	59.619.290	60.045.068

Fonte: ISTAT

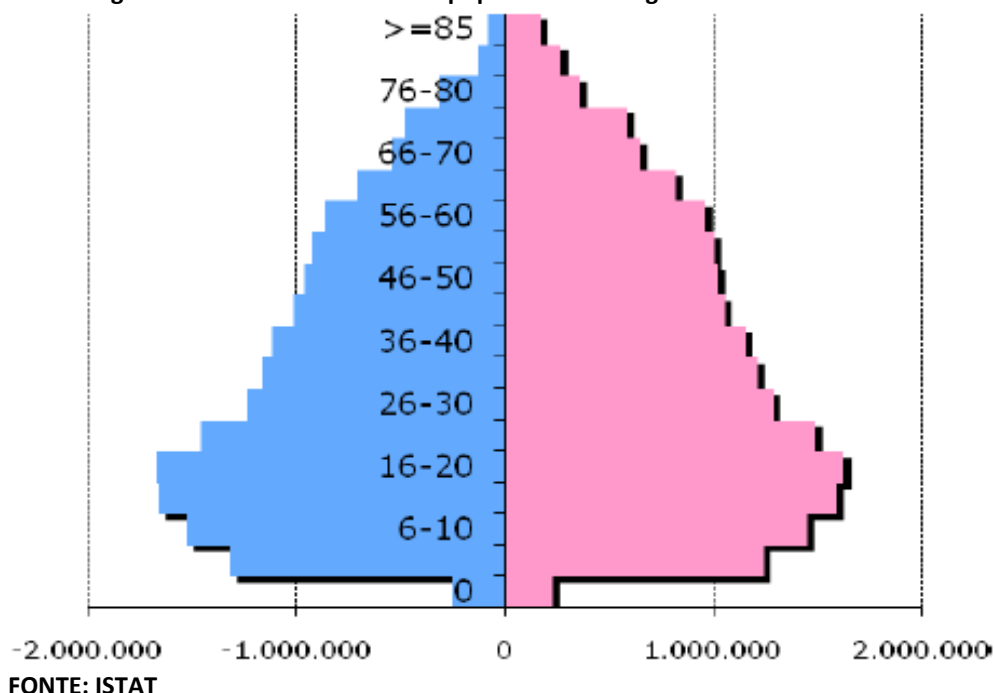
Di seguito si riporta la rappresentazione della Piramide (Figura 1) per età della popolazione residente in Puglia negli anni dal 1990 al 2000, con una proiezione al 2010 (Figura 2).

Figura 1: Piramidi per età della popolazione in Puglia – anni 1990 - 2000



Fonte: ISTAT

Figura 2: Piramide dell'età della popolazione in Puglia - anno 2010



Le piramidi dell'età della Regione Puglia (Figura 1 e 2) evidenziano una profonda trasformazione in corso nella struttura della popolazione, in particolare, a partire dagli anni '90. Mentre nei primi decenni analizzati le due piramidi tendono a sovrapporsi, presentando una forma a base allargata, a partire dagli anni '90 si assiste a una progressiva riduzione della base della piramide, indice della progressiva riduzione del tasso di natalità.

Nei primi due decenni le classi delle età a maggiore frequenza sono rappresentate dai ragazzi tra 11 e 20 anni. Nel decennio successivo, la classe modale è rappresentata dai ragazzi tra 15 e 25 anni. Negli anni 2000, la classe di età a maggiore frequenza è rappresentata dai soggetti tra 36 e 40 anni. Nel 2010, la classe di età con il maggior numero di soggetti è quella compresa tra i 41 e 45 anni. Contestualmente a partire dagli anni 90 si evidenzia un consistente aumento della numerosità degli ultra65enni più evidente nel sesso femminile: nel 2010, tra le donne, la quota dei soggetti ≥ 65 anni supera quella dei soggetti di età < 20 anni.

Il dato mette in evidenza un lento, ma progressivo allineamento della tendenza regionale rispetto ai trend nazionali, da cui emerge l'esigenza di programmare l'evoluzione della rete dei servizi nei prossimi decenni, tenendo conto di un progressivo innalzamento dell'età media della popolazione.

1.2 Ospedalizzazione

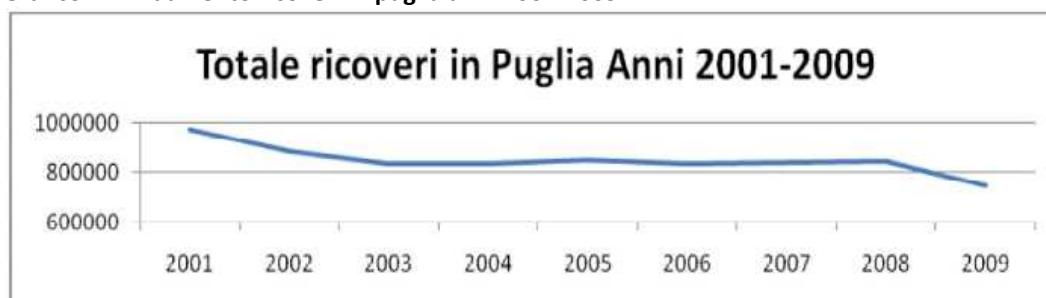
Il numero di ricoveri nelle strutture ospedaliere della Regione Puglia dal 2001 al 2009 è progressivamente diminuito del 23%. Tale riduzione risulta più marcata tra il 2001 e il 2002 (-9,2%); dopo un ulteriore decremento tra il 2002 ed il 2003 (-5,5%), il numero di ricoveri può essere considerato sostanzialmente costante (Tabella 9), mentre nel 2009 si osserva una importante riduzione. Il confronto del tasso di ospedalizzazione pugliese con quello italiano e delle regioni del mezzogiorno, limitatamente ai ricoveri in regime ordinario, evidenzia che la tendenza rilevata in Puglia concorda con quanto rilevabile sull'intero territorio nazionale (ISTAT 2009). La riduzione dell'ospedalizzazione è avvenuta prevalentemente a carico dei ricoveri in regime ordinario (RO), che tra il 2001 e il 2009 si sono ridotti del 21,1%. Il numero dei ricoveri in mobilità passiva registrati tra il 2001 e il 2009 è invece aumentato del 9.4%. L'anno in cui si è verificato il maggior incremento di ricoveri in mobilità passiva è stato il 2004, in cui si sono verificati il 7% di ricoveri in più rispetto all'anno precedente (Grafico 2). A partire dal 2006 tuttavia si è osservato un andamento stabile del numero dei ricoveri in mobilità passiva.

Tabella 9 Distribuzione per anno e regime di ricovero dei ricoveri totali, entro e fuori regione, dei residenti nella regione Puglia e relativo tasso di ospedalizzazione (per 1.000 abitanti).

Anno	Totale ricoveri in regione Puglia	Regime ordinario		Day Hospital		Tasso di ospedalizzazione senza mobilità passiva	Totale ricoveri in mobilità passiva	Tasso di ospedalizzazione con mobilità passiva
		n	tasso x 1000	n	% sul totale dei ricoveri			
2001	972.982	771.255	189,05	159.224	17,11	242,15	61.130	257,74
2002	883.185	730.778	179,13	112.672	13,36	219,48	62.813	235,46
2003	834.714	677.290	166,01	120.435	15,1	205,91	65.544	222,48
2004	835.753	649.010	159,08	152.728	19,05	205,83	70.328	223,48
2005	850.964	646.784	158,54	172.242	21,03	209,93	72.608	228,11
2006	833.134	650.246	159,39	182.888	21,95	204,62	73.532	222,69
2007	838.509	641.557	157,26	196.952	23,49	206,03	70.254	223,29
2008	846.750	631.486	154,79	215.264	25,42	207,71	67.654	224,31
2009	749022	608.545	149,16	140.477	18,75	183,74	66.864	199,97

Fonte: PdR Puglia 2010-2012

Grafico 2. Andamento ricoveri in puglia anni 2001-2009



Fonte: PdR Puglia 2010-2012

La Tabella 10 mostra le principali cause di ricovero sia in regime ordinario che in Day Hospital per provincia di residenza, relativamente ai ricoveri effettuati nelle strutture regionali. I ricoveri in regime ordinario per “tutti i tumori” mostrano un trend in diminuzione in tutte le province, così come i ricoveri in regime di DH per la stessa causa sono aumentati. Stabile risulta, invece, il numero di ricoveri in RO per tumore della mammella eccetto che nella province di Lecce e Taranto che presentano una tendenza in aumento. Le malattie degli organi di senso sono trattate sempre meno frequentemente in regime di RO, mentre aumenta notevolmente il carico di ricoveri in regime di DH. Questo gruppo di patologie contiene una delle più frequenti cause di ricorso alla struttura ospedaliera, “l’intervento per la rimozione della cataratta”. La domanda di assistenza relativa a questo intervento appare, maggiormente soddisfatta con la modalità operativa del ricovero diurno. I ricoveri in RO per diabete mellito appaiono in progressiva riduzione in tutte le province a cui corrisponde un lieve aumento dei ricoveri in DH. Tra le malattie cardiocircolatorie, i ricoveri per ipertensione arteriosa sono in riduzione in tutte le province, mentre sono in aumento quelli per infarto del miocardio ed in lieve aumento quelli per disturbi circolatori dell’encefalo. Le malattie dell’apparato digerente, dell’apparato urinario e le cause accidentali appaiono in riduzione, come anche le malattie dell’apparato respiratorio. Tra queste ultime restano invece stabili i ricoveri in regime RO per BPCO.

Tabella 10. Ricoveri per causa nel periodo 2001-2009, distinti tra Ordinari e Day Hospital, con esclusione della mobilità passiva.

	Causa	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
		O	D.H.	O	D.H.	O	D.H.	O	D.H.	O	D.H.	O	DH	O	DH	O	DH
1-139	Malattie infettive	16 508	4 830	14 893	2 884	13 459	2 928	12 302	3 559	11 070	4 279	11 693	4 853	11 149	4 455	10 638	5 079
140-239	Tumori	50 314	12 090	48 833	12 148	46 000	13 268	46 669	16 564	48 163	19 669	39 304	19 947	39 470	20 596	40 321	20 479
151	tumori maligni dello stomaco	867	85	905	74	840	82	915	98	957	110	870	92	999	121	898	94
153-154	tumori maligni colon, retto e ano	2 876	436	2 805	342	2 875	305	2 975	394	3 213	405	3 281	384	3 413	449	3 444	526
162	tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni	2 762	383	2 834	264	2 667	264	2 907	280	3 151	309	2 996	284	3 076	295	3 081	394
174	tumori maligni della mammella della donna	2 678	513	2 525	485	2 642	458	2 676	544	2 706	459	2 791	499	2 892	555	2 997	647
250	Diabete Mellito	8 308	10 764	7 520	9 965	6 854	8 281	6 657	10 410	6 060	11 010	6 212	12 155	6 035	12 539	5 969	13 405
320-359	Malattie del sistema nervoso	15 514	2 288	14 828	2 545	13 590	2 929	13 400	4 374	13 540	4 798	12 347	5 432	12 301	6 166	11 903	6 595
331	Altre degenerazioni cerebrali (Demenze)	1 083	17	1 118	1	1 078	2	1 431	2	1 405	3	1 638	7	1 672	5	1 693	30
360-389	Malattie degli organi di senso	39 538	10 394	33 994	12 413	24 051	17 007	18 772	22 957	18 240	25 512	17 070	26 904	17 840	31 102	16 632	36 361
390-459	Malattie del sistema cardiocircolatorio	100 577	20 735	97 123	14 651	94 483	13 937	93 813	20 256	94 972	21 676	65 019	35 111	66 119	40 288	66 708	45 54
401-404	Iperensione arteriosa	12 262	14 837	10 577	11 861	8 694	11 320	7 621	17 308	7 672	18 233	7 957	19 064	8 158	20 506	8 107	21 577
410	Infarto del miocardio	4 857	11	5 078	3	5 171	4	5 179	3	5 494	3	6 374	1	6 656		6 431	1
430-438	Disturbi circolatori dell'encefalo	17 464	230	17 996	81	17 671	58	18 042	60	17 845	188	18 259	234	17 451	263	17 093	318
460-519	Malattie dell'apparato respiratorio	55 431	6 503	55 863	1 282	55 657	2 245	51 031	4 538	54 524	6 032	38 397	4 629	39 201	4 706	39 072	4 982
493	Asma	2 330	1 200	2 318	157	2 112	266	1 952	477	1 942	643	1 894	774	1 699	939	1 714	1 105
490-491	Bronchite	13 541	1 657	13 082	262	13 719	349	12 710	600	14 062	809	976	184	10 34	123	738	142
491.2	BPCO	11 860	1 278	11 991	205	12 651	246	11 743	531	13 067	661	11 549	664	11 024	598	10 022	674
520-579	Malattie dell'apparato digerente	83 054	15 364	78 854	6 949	70 486	7 510	65 503	10 339	64 314	12 983	64 741	13 262	63 836	14 093	61 762	15 343
580-599	Malattie dell'apparato urinario	23 976	5 644	23 162	2 860	21 123	3 025	20 890	3 095	20 841	3 561	20 741	3 675	20 327	3 863	19 972	4 162
800-999	Cause accidentali e violente	65 984	3 752	61 391	1 819	56 378	1 965	53 647	2 607	53 812	2 738	53 687	2 711	50 710	2 800	49 143	3 087
	Altre	312 040	66 859	294 313	45 156	275 200	47 340	266 316	54 016	261 218	59 976	262 450	63 622	256 495	68 750	253 148	75 709
	Totale	771 244	159 223	730 774	112 672	677 281	120 435	649 000	152 715	646 754	172 234	650 246	182 888	641 557	196 952	631 486	215 264
	Totale complessivo	930 467		843 446		797 716		801 715		818 988		833 134		838 509		846 750	

Fonte: PdR Puglia 2010-201

1.3 Mortalità

L'analisi dei dati di mortalità nel periodo 1998-2004, evidenzia come il tasso grezzo di mortalità mostri un trend in lieve diminuzione (con l'eccezione dell'anno 2003 che presenta il tasso più elevato).

Nelle Tabelle 11, 12, 13, 14a e 14 b da sono riportati i valori assoluti e i tassi di mortalità specifici per causa, sesso e fasce d'età in Puglia dal 1998 al 2004.

Nel periodo considerato i tasso di mortalità specifici per sesso mostra un trend in lieve diminuzione (con l'eccezione dell'anno 2003 che presenta il tasso più elevato).

L'analisi dei tassi specifici di mortalità per causa (Tabella 12), evidenzia che le malattie del sistema cardiocircolatorio sono in Puglia la prima causa di morte, seguite dai tumori e dalle malattie dell'apparato respiratorio e digerente. Fra i decessi causati dalle malattie dell'apparato cardiovascolare va sottolineato che circa un quarto sono da ascrivere a disturbi circolatori dell'encefalo.

I tassi di mortalità per tumori e malattie dell'apparato respiratorio sono costantemente doppi nel sesso maschile rispetto a quello femminile; anche i decessi per malattie del sistema cardiocircolatorio sono più elevati nel sesso maschile (Tabella 13).

Risultano in crescita i decessi per tumori, per diabete, per malattie del sistema nervoso (queste ultime comprendenti le diverse forme di demenza) nella fascia di età superiore a 75 anni (Tabella 14b). In particolare risultano in aumento le morti per tumori maligni della mammella nella donna e le morti per tumori della prostata e del tessuto linfatico ed emopoietico negli ultrasessantacinquenni. Diminuiscono invece, nella fascia di età 60-74 anni, i decessi per malattie dell'apparato cardiocircolatorio con particolare riferimento ai disturbi di circolo celebrale e per malattie dell'apparato respiratorio e digerente (Tabella 14a).

Infine l'analisi della distribuzione della mortalità per comune evidenzia aggregazioni territoriali a mortalità più elevata. Nei maschi il fenomeno riguarda, in particolar modo, gran parte della provincia di Foggia, alcuni comuni del nord barese, l'area della BAT, alcuni comuni del nord di Brindisi ed il basso Salento. Nelle donne, la mortalità più elevata si concentra in alcuni comuni a nord di Foggia, nell'area della BAT e in alcuni comuni a nord di Bari.

Tabella 11 : Numero di decessi e tassi grezzi di mortalità (x10.000 residenti) in Italia e Puglia, anni 1998-2004. Dati RENCAM e ISTAT a confronto.

Anni	Italia (ISTAT)		Puglia (ISTAT)		Puglia (RENCAM)	
	N.	tassi	N.	tassi	N.	tassi
1998	576.911	101,4	33.927	83,8	33.788	83,5
1999	571.356	100,4	32.584	80,7	32.850	81,4
2000	560.241	98,4	32.712	81,2	32.697	81,1
2001	445.041	78,1	31.988	79,5	32.007	79,6
2002	557.393	97,5	31.843	79,2	31.977	79,5
2003	544.063	94,7	33.615	83,4	33.815	83,9
2004	546.658	94,0	31.066	76,6	31.268	77,1

Fonte: Relazione sullo stato di salute della popolazione pugliese OER 2006

Nel periodo considerato il tasso grezzo di mortalità mostra un trend in lieve diminuzione (con l'eccezione dell'anno 2003 che presenta il tasso più elevato). Anche i tassi generali specifici per sesso presentano la medesima tendenza. Dall'analisi dei tassi specifici per causa si rileva che le malattie del sistema cardiocircolatorio sono in Puglia la prima causa di morte, seguite dai tumori e quindi dalle malattie dell'apparato respiratorio e digerente. Fra i decessi causati dalle malattie dell'apparato cardiovascolare va sottolineato che circa un quarto sono da ascrivere a disturbi circolatori dell'encefalo (Tabella).

Tabella 12: Mortalità per cause registrata in Puglia dal 1998 al 2004 (tassi x10.000 residenti).

Causa		1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004	
		N.	tasso	N.	tasso	N.	tasso	N.	tasso	N.	tasso	N.	tasso	N.	tasso
1-139*	Malattie infettive	209	0,5	186	0,5	148	0,4	186	0,5	116	0,3	35	0,1	92	0,2
140-239	Tumori	8590	21,6	8632	21,7	8853	22,3	9016	22,7	8753	22,0	9148	23,0	9213	23,2
151	tumori maligni dello stomaco	506	1,3	491	1,2	449	1,1	459	1,2	473	1,2	468	1,2	514	1,3
153-154	tumori maligni di colon, retto e ano	854	2,2	791	2,0	855	2,2	869	2,2	812	2,0	934	2,4	907	2,3
162	tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni	1777	4,5	1707	4,3	1782	4,5	1779	4,5	1694	4,3	1713	4,3	1691	4,3
174	tumori maligni della mammella della donna	590	1,5	593	1,5	637	1,6	665	1,7	669	1,7	707	1,8	648	1,6
180	tumori maligni del collo dell'utero	30	0,1	41	0,1	38	0,1	28	0,1	20	0,1	23	0,1	28	0,1
185	tumori maligni della prostata	479	1,2	496	1,3	485	1,2	531	1,3	554	1,4	561	1,4	524	1,3
200-208	tumori maligni del tessuto linfatico ed emopoietico	757	1,9	755	1,9	754	1,9	842	2,1	799	2,0	818	2,1	857	2,2
250	Diabete Mellito	592	1,5	519	1,3	561	1,4	429	1,1	766	1,9	947	2,4	964	2,4
320-359	Malattie del sistema nervoso	469	1,2	474	1,2	507	1,3	493	1,2	687	1,7	866	2,2	773	1,9
390-459	Malattie del sistema cardiocircolatorio	14016	35,2	13628	34,3	13571	34,1	12977	32,6	12757	32,1	13766	34,6	12290	30,9
410	Infarto del miocardio	1554	3,9	1685	4,2	1730	4,4	1666	4,2	1447	3,6	1269	3,2	971	2,4
430-438	Disturbi circolatori dell'encefalo	4168	10,5	4307	10,8	3959	10,0	4033	10,1	3624	9,1	3537	8,9	3066	7,7
460-519	Malattie dell'apparato respiratorio	2448	6,2	2282	5,7	2217	5,6	2028	5,1	2257	5,7	2580	6,5	1938	4,9
490-491	Bronchite	971	2,4	903	2,3	817	2,1	802	2,0	1264	3,2	1481	3,7	1156	2,9
520-579	Malattie dell'apparato digerente	1955	4,9	1726	4,3	1711	4,3	1662	4,2	1594	4,0	1777	4,5	1721	4,3
580-599	Malattie dell'apparato urinario	817	2,1	793	2,0	830	2,1	870	2,2	734	1,8	716	1,8	662	1,7
800-999	Cause accidentali e violente	1264	3,2	1467	3,7	1236	3,1	1245	3,1	1262	3,2	1243	3,1	1119	2,8
	Altre	3179	8,0	2905	7,3	2816	7,1	2860	7,2	2819	7,1	2542	6,4	2302	5,8
TOTALE		33539	84,3	32612	82,0	32450	81,6	31766	79,9	31745	79,8	33620	84,5	31074	78,1

Fonte: Relazione sullo stato di salute della popolazione pugliese OER 2006

Tabella 13 : Tassi standardizzati di mortalità nei due sessi, Puglia, anni 1998-2004 (tassi x10.000 residenti).

Causa		1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004	
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
1-139	Malattie infettive	0,6	0,5	0,6	0,4	0,4	0,3	0,5	0,4	0,3	0,3	0,1	0,1	0,3	0,2
140-239	Tumori	30,4	14,9	30,9	14,7	31,0	15,6	31,6	15,9	30,6	15,6	32,4	16,1	32,4	16,2
250	Diabete Mellito	1,3	1,6	1,2	1,4	1,3	1,5	0,9	1,2	1,7	2,0	2,1	2,5	2,4	2,4
320-359	Malattie del sistema nervoso	1,3	1,1	1,4	1,0	1,4	1,2	1,4	1,1	1,9	1,6	2,5	1,9	2,1	1,8
390-459	Malattie del sistema cardiocircolatorio	40,2	30,9	38,8	30,1	38,6	30,1	38,0	28,2	36,2	28,2	39,7	30,2	35,4	27,0
460-519	Malattie dell'apparato respiratorio	9,3	4,1	8,5	3,9	8,2	3,9	7,8	3,4	9,0	3,5	10,0	4,2	8,2	2,8
520-579	Malattie dell'apparato digerente	6,3	3,7	5,5	3,4	5,5	3,3	5,2	3,3	5,1	3,1	5,7	3,5	5,6	3,3
580-599	Malattie dell'apparato urinario	2,4	1,8	2,3	1,8	2,6	1,7	2,4	2,0	2,1	1,6	2,0	1,7	1,9	1,5
800-999	Cause accidentali e violente	4,9	1,6	5,3	2,2	4,5	1,9	4,5	1,9	4,5	1,9	4,7	1,7	4,1	1,6
	Altre	10,3	7,0	8,9	6,8	8,8	6,4	9,2	6,4	8,8	6,5	7,6	6,0	7,1	5,4
TOTALE		107,0	67,2	103,3	65,6	102,2	66,0	101,5	63,8	100,2	64,3	106,8	67,8	99,4	62,1

Fonte: Relazione sullo stato di salute della popolazione pugliese OER 2006

Tabella 14a: Mortalità per cause e fascia d'età 60-74 , anni 1998 - 2004 (tassi x10.000 residenti).

Causa		1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004	
		N.	tasso	N.	tasso	N.	tasso	N.	tasso	N.	tasso	N.	tasso	N.	tasso
1 - 139	Malattie infettive	44	0,76	51	0,88	36	0,62	60	1,04	34	0,59	7	0,12	32	0,55
140 - 239	Tumori	3494	60,53	3434	59,49	3479	60,27	3437	59,54	3217	55,73	3310	57,34	3373	58,44
151	<i>tumori maligni dello stomaco</i>	199	3,45	190	3,29	178	3,08	170	2,95	180	3,12	152	2,63	192	3,33
153-154	<i>tumori maligni di colon, retto e ano</i>	309	5,35	273	4,73	300	5,20	272	4,71	256	4,44	303	5,25	302	5,23
162	<i>tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni</i>	917	15,89	856	14,83	868	15,04	854	14,80	763	13,22	746	12,92	750	12,99
174	<i>tumori maligni della mammella della donna</i>	207	3,59	194	3,36	220	3,81	221	3,83	217	3,76	247	4,28	207	3,59
180	<i>tumori maligni del collo dell'utero</i>	10	0,17	19	0,33	14	0,24	9	0,16	5	0,09	12	0,21	12	0,21
185	<i>tumori maligni della prostata</i>	117	2,03	119	2,06	101	1,75	155	2,69	120	2,08	129	2,23	118	2,04
200-208	<i>tumori maligni del tessuto linfatico ed emopoietico</i>	306	5,30	290	5,02	269	4,66	306	5,30	286	4,95	300	5,20	306	5,30
250	Diabete Mellito	177	3,07	144	2,49	154	2,67	117	2,03	199	3,45	241	4,18	229	3,97
320-359	Malattie del sistema nervoso	147	2,55	124	2,15	139	2,41	116	2,01	171	2,96	201	3,48	162	2,81
390 - 459	Malattie del sistema cardiocircolatorio	3002	52,01	2926	50,69	2703	46,83	2549	44,16	2284	39,57	2445	42,36	2114	36,62
410	<i>Infarto del miocardio</i>	547	9,48	610	10,57	613	10,62	558	9,67	468	8,11	397	6,88	301	5,21
430-438	<i>Disturbi circolatori dell'encefalo</i>	747	12,94	776	13,44	647	11,21	649	11,24	508	8,80	513	8,89	409	7,09
460-519	Malattie dell'apparato respiratorio	465	8,06	422	7,31	406	7,03	347	6,01	401	6,95	411	7,12	310	5,37
490-491	<i>Bronchite</i>	193	3,34	157	2,72	146	2,53	132	2,29	223	3,86	238	4,12	171	2,96
520 - 579	Malattie dell'apparato digerente	701	12,14	613	10,62	624	10,81	571	9,89	555	9,62	556	9,63	557	9,65
580-599	Malattie dell'apparato urinario	175	3,03	189	3,27	153	2,65	170	2,95	151	2,62	144	2,49	127	2,20
800 - 999	Cause accidentali e violente	220	3,81	250	4,33	187	3,24	195	3,38	183	3,17	237	4,11	175	3,03
	Altre	686	11,88	549	9,51	521	9,03	523	9,06	541	9,37	376	6,51	381	6,60
TOTALE		9111	157,84	8702	150,74	8402	145,56	8085	140,07	7736	134,03	7928	137,34	7460	129,24

Fonte: Relazione sullo stato di salute della popolazione pugliese OER 2006

Tabella 14b: Mortalità per cause e fascia d'età superiore a 74 , anni 1998 - 2004 (tassi x10.000 residenti).

Causa		1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004	
		N.	tasso	N.	tasso	N.	tasso	N.	tasso	N.	tasso	N.	tasso	N.	tasso
1 - 139	Malattie infettive	123	4,48	100	3,64	84	3,06	101	3,68	68	2,48	21	0,77	46	1,68
140 - 239	Tumori	3578	130,39	3754	136,81	3916	142,71	4120	150,15	4115	149,96	4392	160,06	4420	161,08
151	<i>tumori maligni dello stomaco</i>	213	7,76	227	8,27	202	7,36	218	7,94	226	8,24	240	8,75	243	8,86
153-154	<i>tumori maligni di colon, retto e ano</i>	423	15,42	416	15,16	433	15,78	502	18,29	440	16,04	524	19,10	495	18,04
162	<i>tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni</i>	589	21,47	586	21,36	625	22,78	674	24,56	675	24,60	711	25,91	704	25,66
174	<i>tumori maligni della mammella della donna</i>	200	7,29	220	8,02	232	8,45	253	9,22	259	9,44	268	9,77	272	9,91
180	<i>tumori maligni del collo dell'utero</i>	11	0,40	12	0,44	8	0,29	8	0,29	3	0,11	8	0,29	11	0,40
185	<i>tumori maligni della prostata</i>	347	12,65	370	13,48	379	13,81	365	13,30	424	15,45	424	15,45	392	14,29
200-208	<i>tumori maligni del tessuto linfatico ed emopoietico</i>	293	10,68	314	11,44	327	11,92	371	13,52	359	13,08	364	13,27	377	13,74
250	Diabete Mellito	382	13,92	341	12,43	383	13,96	297	10,82	526	19,17	658	23,98	677	24,67
320-359	Malattie del sistema nervoso	251	9,15	264	9,62	312	11,37	288	10,50	440	16,04	583	21,25	522	19,02
390 - 459	Malattie del sistema circolatorio	10278	374,56	9951	362,65	10125	368,99	9716	354,08	9807	357,40	10658	388,41	9561	348,43
410	<i>Infarto del miocardio</i>	811	29,56	867	31,60	930	33,89	901	32,84	794	28,94	721	26,28	555	20,23
430-438	<i>Disturbi circolatori dell'encefalo</i>	3270	119,17	3355	122,27	3149	114,76	3239	118,04	2998	109,26	2919	106,38	2545	92,75
460-519	Malattie dell'apparato respiratorio	1880	68,51	1751	63,81	1735	63,23	1603	58,42	1750	63,78	2073	75,55	1553	56,60
490-491	<i>Bronchite</i>	753	27,44	733	26,71	659	24,02	652	23,76	1016	37,03	1218	44,39	966	35,20
520 - 579	Malattie dell'apparato digerente	1021	37,21	869	31,67	872	31,78	898	32,73	834	30,39	990	36,08	959	34,95
580-599	Malattie dell'apparato urinario	598	21,79	558	20,34	626	22,81	663	24,16	548	19,97	530	19,31	499	18,19
800 - 999	Cause accidentali e violente	368	13,41	475	17,31	428	15,6	462	16,84	501	18,26	459	16,73	379	13,81
	Altre	2032	74,05	1949	71,03	1929	70,30	1979	72,12	1914	69,75	1861	67,82	1671	60,90
TOTALE		20511	747,47	20012	729,31	20410	743,81	20127	733,50	20503	747,20	22225	809,96	20287	739,33

Fonte: Relazione sullo stato di salute della popolazione pugliese OER 2006

2. I livelli essenziali di assistenza

L'art.1, comma 2 del D.Lgs. n. 502/92, e le successive modificazioni, stabilisce che il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) assicura i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti a livello centrale, nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse.

Ne consegue che la definizione dei suddetti livelli di assistenza è contestuale all'individuazione delle risorse finanziarie disponibili e che le prestazioni in essi comprese sono garantite dal Sistema Sanitario Nazionale.

I livelli essenziali di assistenza quali aree di offerta comprendono:

- a) l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- b) l'assistenza distrettuale;
- c) l'assistenza ospedaliera.

I livelli di assistenza, di cui sopra, includono le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni così come di seguito riportato:

- a) assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro:
 - profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
 - tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;
 - tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro;
 - sanità pubblica veterinaria;
 - tutela igienico sanitaria degli alimenti, sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
 - attività di prevenzione rivolte alla persona (vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, programmi di diagnosi precoce);
 - servizio medico legale.
- b) assistenza distrettuale:
 - assistenza sanitaria di base;
 - attività di emergenza sanitaria territoriale;
 - assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie territoriali;
 - assistenza integrativa;
 - assistenza specialistica ambulatoriale;
 - assistenza protesica;
 - assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare;
 - assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale;
 - assistenza termale.
- c) assistenza ospedaliera:
 - pronto soccorso;

- degenza ordinaria;
- day hospital;
- day surgery;
- interventi ospedalieri a domicilio;
- riabilitazione;
- lungodegenza;
- raccolta, lavorazione, controllo e distribuzione degli emocomponenti e servizi trasfusionali;
- attività di prelievo, conservazione, distribuzione e trapianto di organi e tessuti.

d) assistenza a categorie particolari.

Nell'ambito delle tre macro aree è prevista l'assistenza specifica rivolta a particolari categorie di soggetti, ovvero particolari condizioni di assistenza (invalidi, anziani, soggetti affetti da fibrosi cistica, nefropatici cronici in trattamento dialitico, soggetti affetti da diabete mellito, soggetti affetti da morbo di Hansen, assistenza sanitaria prestata all'estero).

Tra le categorie per le quali sono previsti interventi assistenziali specifici, un particolare cenno va fatto a quelle degli stranieri extracomunitari non iscritti al Servizio sanitario nazionale.

Nel loro complesso gli stranieri sono considerati dal PSN soggetti deboli nei confronti dei quali assicurare specifica tutela.

La Regione Puglia, quale regione di confine, non può trascurare la rilevanza del fenomeno sia per i soggetti stessi, quali "individui" cui l'art. 32 della Costituzione garantisce il diritto alla salute pur non essendo cittadini, sia per i riflessi di tipo epidemiologico che ne comporta la relativa tutela.

Il D.Lgs 25 luglio 1998, n. 286, all'art. 35, prevede forme di assistenza sanitaria nei confronti dei cittadini stranieri non iscritti al Servizio sanitario nazionale consistenti in:

- interventi di medicina preventiva;
- tutela della gravidanza;
- tutela della salute dei minori;
- vaccinazioni;
- profilassi internazionale;
- prevenzione diagnosi e cura delle malattie infettive.

La Regione assicura i livelli essenziali di assistenza avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle Aziende USL, delle Aziende Ospedaliere, delle Aziende universitario -ospedaliere e degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell'art. 8-quater e nel rispetto dell'art. 8quinquies del D.Lgs n. 502/92 e successive modificazioni.

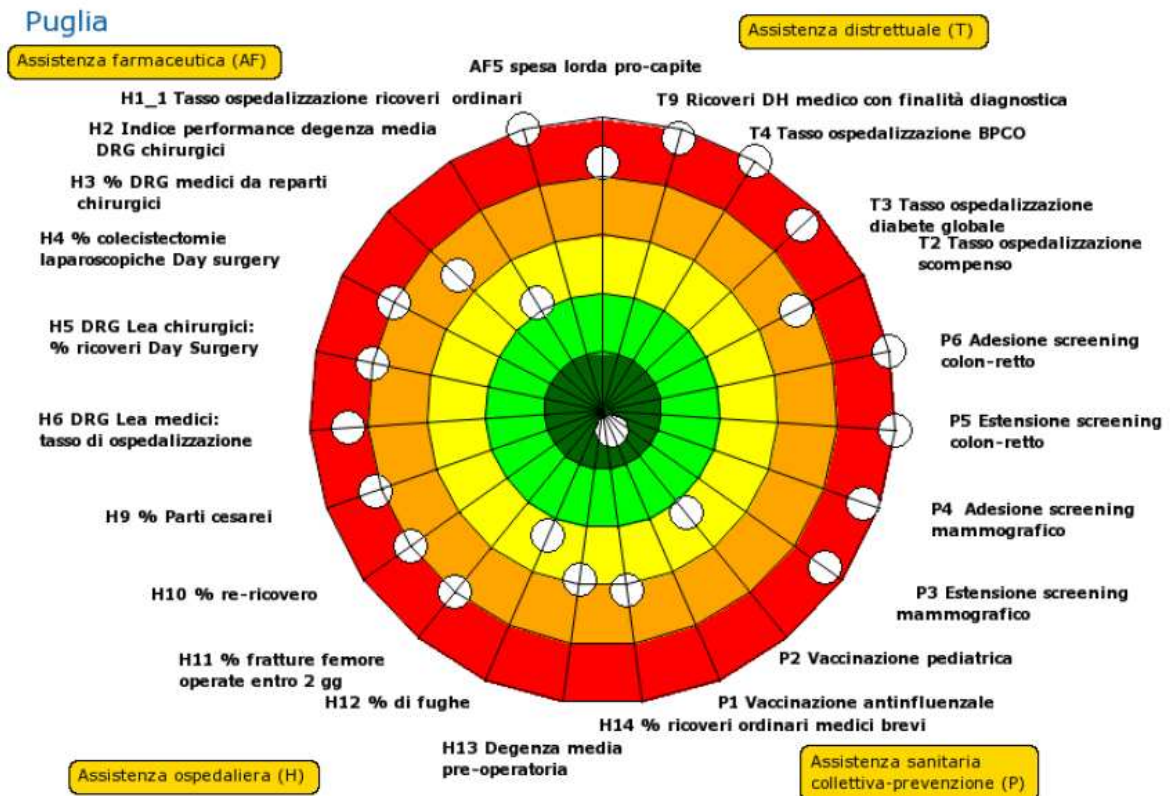
Nella grafico che segue, il cui metodo di realizzazione nasce da una collaborazione della Regione Toscana con la Scuola Superiore di Sant'Anna ed operativo dal 2007, è rappresentato un quadro di sintesi dell'andamento della

gestione delle aziende ospedaliere e sanitarie, dei distretti e del sistema regionale pugliese nel suo insieme.

Nella rappresentazione sono individuate quattro dimensioni di sintesi declinate nelle tipologie di assistenza, nei servizi e nelle prestazioni.

Le dimensioni della valutazione sono: l' Assistenza Farmaceutica, l'Assistenza Ospedaliera, l'Assistenza sanitaria collettiva e preventiva, e l'Assistenza Distrettuale. Lo schema a "bersaglio" è suddiviso in cinque fasce concentriche di colore diverso che stanno ad indicare il livello di performance raggiunto da ogni dimensione, che è ottimo al centro del "bersaglio" di colore verde intenso, buono nella fascia successiva di colore verde chiaro, medio nella fascia mediana di colore giallo, scarsa nella penultima fascia di colore arancione e molto scarsa nell'ultima fascia di colore rosso. Come si può vedere dalla valutazione delle performance sanitarie della Puglia, effettuate dal Ministero della Salute nel 2008, il risultato migliore dell'attività sanitaria pugliese riguarda la vaccinazione anti-influenzale. Le altre dimensioni sono mediamente scarse.

Grafico 3 :Bersaglio delle performance dei Livelli di Assistenza regione Puglia



FONTE: Ministero e database SDO 2007-2008

3 ASL

I soggetti istituzionali del Servizio sanitario regionale sono: la Regione, le Aziende ASL, le Aziende ospedaliere ed IRCCS pubblici, nonché gli Enti locali e le Università.

Figura 3: Cartina geografica Puglia



Nel corso degli anni novanta, la Regione Puglia ha modificato la struttura del gruppo regionale in termini di numero di aziende sanitarie pubbliche di cui si compone (ASL e AO) soprattutto per quanto riguarda la parte ospedaliera.

Nella prima metà degli anni '90, le ASL sono passate da 55 (ante D.lgs 502/92) a 12 e sono state costituite 4 AO. Nel biennio 1996-1997 sono state istituite 2 nuove aziende (AO Ospedali Riuniti di Foggia con Decreto Pres. G.R. 44/97 e AO SS. Annunziata di Taranto con Decreto Pres. G.R. 53/96) e, successivamente (2002) 4 delle 6 AO sono state soppresse (DGR 1987/2002) ed i relativi presidi sono stati riaccorpatis nelle ASL del territorio nel quale sono ubicati. Nel SSR pugliese operano quindi oggi solo 2 aziende ospedaliere (l'AO Ospedali Riuniti di Foggia e l'AO Policlinico di Bari), definite Aziende Ospedaliere integrate con l'Università (D.lgs 517/99) in cui insiste la prevalenza del corso di laurea in Medicina e Chirurgia. Il riaccorpamento all'interno delle ASL degli ospedali delle AO soppresse avrebbe dovuto incrementare il numero di presidi a gestione diretta; in realtà il piano di riordino della rete ospedaliera ha stabilito la riconversione di molti presidi e/o il raggruppamento di più stabilimenti in un unico presidio per cui il numero medio dei presidi a gestione diretta delle ASL si è ridotto da 4,6 nel 2002 a 2,3 nel 2003.

A decorrere dal 1 Gennaio 2007 con la Legge regionale 28 dicembre 2006, n. 39, nella "ASL FG", con sede in Foggia, sono confluite le AUSL FG/1, FG/2, FG/3, nella "ASL BA", con sede in Bari, sono confluite le AUSL BA/2, BA/3, BA/4 e

BA/5, nella "ASL LE", con sede a Lecce, sono confluite le AUSL LE/1, LE/2. Le altre Aziende sanitarie locali, che al momento della pubblicazione della legge, già operavano a livello provinciale, modificano la loro denominazione, rispettivamente da "BAT/1" a "BAT", da "BR/1" a "BR" e da "TA/1" a "TA" (Figura 4). Le ASL provinciali "ASL BA", "ASL FG", "ASL LE", così come istituite, subentrano di pieno diritto in tutto il patrimonio attivo e passivo ed in ogni rapporto, anche processuale, delle fuse ASL BA/2, BA/3, BA/4, BA/5, LE/1, LE/2, FG/1, FG/2, FG/3, ed in tutte le loro ragioni, azioni e diritti come in tutti gli obblighi, impegni e passività di qualsiasi natura anteriori al 1 Gennaio 2007. Attualmente, quindi, le ASL provinciali sono 6 e risultano articolate complessivamente in n. 49 distretti sociosanitari, di norma coincidenti con gli ambiti territoriali sociali di cui alla l.r. n. 19/2006 (Tabella 15).

Figura 4: Mappa regionale delle ASL



FONTE: PdR Puglia 2010_2012

Le nuove ASL provinciali, hanno eseguito le operazioni di accorpamento e riorganizzazione delle attività originariamente presenti nelle Aziende USL fuse col fine di creare, anche durante il periodo di gestione transitoria, le condizioni strutturali di equilibrio economico delle stesse.

Le operazioni di fusione sono state orientate alla rivisitazione degli assetti organizzativi, funzionali ed economici delle articolazioni delle pre - esistenti aziende in modo da perseguire, nel rispetto dei principi di efficacia, efficienza ed

economicità, una più appropriata integrazione delle articolazioni ed una riorganizzazione idonea a garantire, nelle nuove ASL, più adeguati ed uniformi livelli di assistenza. Il nuovo assetto organizzativo della ASL, sulla base della salvaguardia dei bisogni dell'utenze nel rispetto dei principi dell'efficienza, efficacia ed economicità, ha disposto l'accorpamento dei dipartimenti territoriali, delle aree, delle strutture e degli uffici a staff della direzione generale, aventi competenze omogenee e per i quali è necessario individuare un'unica responsabilità. La dotazione organica delle nuove aziende è determinata dalla sommatoria delle dotazioni organiche delle pre-esistenti ASL.

La situazione patrimoniale delle Aziende Sanitarie accorpate è assunta quale consolidamento di quella delle pre-esistenti Aziende USL ed è corredata di una "nota esplicativa" che chiarisce ed illustra i criteri di valutazione delle attività e passività, le rettifiche ed eliminazioni di consolidamento.

Tabella 15: ASL, D.S.S. e ambiti territoriali

I Distretti Socio-Sanitari della Regione Puglia			
N°	ASL	Denominazione e sede	Ambito Territoriale
1	BA	D.S.S. 1 - Molfetta	Molfetta, Giovinazzo
2	BA	D.S.S. 2 - Corato	Corato, Ruvo di puglia, Terlizzi
3	BA	D.S.S. 3 - Bitonto	Bitonto, Palo Del Colle
4	BA	D.S.S. 4 - Altamura	Altamura, Gravina In Puglia, Poggiorsini, Santeramo In Colle
5	BA	D.S.S. 5 - Grumo Appula	Acquaviva Delle Fonti, Binetto, Cassano Delle Murge, Grumo Appula, Sannicandro Di Bari, Toritto
6	BA	D.S.S. 6 - Bari Ovest	BARI: Circoscrizioni Comunali:, Libertà-Marconi-S.Girolamo-Fesca Palese-S.Spirito, S.Paolo-Stanic
7	BA	D.S.S. 7 - Bari Centro	BARI:Circoscrizioni Comunali: Carbonara; Ceglie Loseto; Picone; Poggiofranco; Murat;S. Nicola.
8	BA	D.S.S. 8 - Bari Est	BARI: , Circoscrizioni Comunali (Japigia, Torre a Mare, Carrassi, S. Pasquale, Madonella)
9	BA	D.S.S. 9 - Modugno	Bitetto, Modugno, Bitritto
10	BA	D.S.S. 10 - Triggiano	Adelfia, Capurso, Cellamare, Triggiano, Valenzano
11	BA	D.S.S. 11 - Mola di Bari	Mola Di Bari, Noicattaro, Rutigliano
12	BA	D.S.S. 12 - Conversano	Conversano, Monopoli, Polignano A Mare
13	BA	D.S.S. 13 - Gioia del Colle	Casamassima, Gioia del Colle, Sammichele Di Bari, Turi,
14	BA	D.S.S. 14 - Putignano	Alberobello, Castellana Grotte, Locorotondo, Noci, Putignano,
15	LE	D.S.S. di Lecce	Lecce Arnesano, San Cesario, Cavallino, Monteroni, S. Pietro in Lama, Lizzanello, S. Donato, Lequile, Surbo
16	LE	D.S.S. di Campi Salentina	Campi Salentina, Squinzano, Trepuzzi, Novoli, Guagnano, Salice Salentino, Carmiano, Veglie
17	LE	D.S.S. di Casarano	Casarano - Taurisano - Collepasso - Supersano - Parabita - Matino - Ruffano

18	LE	D.S.S. di Gagliano del Capo	Presicce - Ugento - Acquarica del Capo - Tricase - Gagliano del Capo - Morciano di Leuca - Alessano - Corsano - Salve - Patù - Castrignano del Capo - Miggiano - Specchia - Tiggiano - Montesano Salentino
19	LE	D.S.S. di Galatina	Galatina, Aradeo, Cutrofiano, Soleto, Neviano, Sogliano Cavour
20	LE	D.S.S. di Gallipoli	Gallipoli, Alezio, Sannicola, Tuglie, Taviano, Alliste, Melissano, Racale
21	LE	D.S.S. di Maglie	Maglie - Corigliano d'Otranto - Castrignano de' Greci - Cannole - Bagnolo del Salento - Palmariggi - Giurdignano - Otranto - Muro Leccese - Scorrano - Melpignano - Corsi
22	LE	D.S.S. di Martano	Martano, Calimera, Melendugno, Vernole, Caprarica, Carpignano, Castri, Martignano, Sternatia, Zollino
23	LE	D.S.S. di Nardò	Nardò, Galatone, Seclì, Copertino, Leverano, Porto Cesareo
24	LE	D.S.S. di Poggiardo	Poggiardo - Spongano - Uggiano La Chiesa - Minervino - Andrano - Castro - Nociglia - Santa Cesarea Terme - Giuggianello - Botrugno - Surano - S. Cassiano - Diso - Ortelle - Sanarica
25	BR	D.S.S. n. 1 - Brindisi	San Vito dei Normanni
26	BR	D.S.S. n. 2 - Fasano	Cisternino, Ostuni
27	BR	D.S.S. n. 3 - Francavilla Fontana	Carovigno, Ceglie Messapica, Oria, San Michele Salentino, Villa Castelli
28	BR	D.S.S. n. 4 - Mesagne	Cellino San Marco, Erchie, Latiano, San Pancrazio Salentino, San Pietro Vernotico, Sandonaci, Torchiariolo, Torre Santa Susanna
29	BAT	D.S.S. n. 1	Margherita di Savoia, Trinitapoli, San Ferdinando
30	BAT	D.S.S. n. 2	Andria
31	BAT	D.S.S. n. 3	Canosa di Puglia, Minervino, Spinazzola
32	BAT	D.S.S. n. 4	Barletta
33	BAT	D.S.S. n. 5	Trani, Bisceglie
34	TA	D.S.S. n. 1	Ginosa, Ginosa Marina, Laterza, Castellana, Castellana Marina, Palagianello
35	TA	D.S.S. n. 2	Mottola, Palagianello, Massafra, Statte
36	TA	D.S.S. n. 3	Isola Porto Napoli, Paolo VI, Tamburi-Croce, Tre Carrare Battisti, Solito-Corvisea
37	TA	D.S.S. n. 4	Borgo, Italia Montegrano, Salinella, Talsano, San Donato, S. Vito Taranto, Carelli, Lama - Taranto
38	TA	D.S.S. n. 5	Crispiano, Martina Franca
39	TA	D.S.S. n. 6	Grottaglie, Monteiasi, Montemesola, S. Giorgio Jonico, Pulsano, Leporano, Carosino, Faggiano, Monteparano, Roccaforzata, S. Marzano Di S. Giuliano
40	TA	D.S.S. n. 7	Manduria, Avetrana, Maruggio, Sava, Torricella, Lizzano, Fragagnano
41	FG	D.S.S. n. 1 Foggia	Circoscrizioni Comunali N.1 - 2 - 6
42	FG	D.S.S. n. 2 Foggia	Circoscrizioni Comunali N. 3 - 4 - 5
43	FG	D.S.S. n. 3 Cerignola	Carapelle, Cerignola, Ortona, Orta Nova, Stornara, Stornarella
44	FG	D.S.S. n. 4 Lucera	Alberona, Biccari, Carlantino, Casalnuovo Della Daunia, Casavecchio Di Puglia, Castelnuovo Della Daunia, Celenza, Lucera, Motta Montecorvino, Pietra Montecorvino, Roseto Valfortore, San Marco La Catola, Volturara Appula, Volturino.
45	FG	D.S.S. n. 5 Manfredonia	Manfredonia, Mattinata, Monte Sant'angelo, Zapponeta
46	FG	D.S.S. n. 6 San Marco In Lamis	Rignano G.Co, San Giovanni Rotondo, San Marco In Lamis, Sannicandro Garganico
47	FG	D.S.S. n. 7 San Severo	Apricena, Chieuti, Lesina, Poggio Imperiale, San Paolo Di Civitate, San Severo, Serracapriola, Torremaggiore
48	FG	D.S.S. n. 8 Troia	Anzano Di Puglia, Ascoli Satriano, Bovino, Candela, Castelluccio Dei Sauri, Castelluccio Valmaggiore, Celle Di San Vito, Deliceto, Faeto, Monteleone Di Puglia, Orsara Di Puglia, Panni, Rocchetta Sant'antonio, Sant'agata Di Puglia, Troia
49	FG	D.S.S. n. 9 Vico Del Gargano	Cagnano Varano, Carpino, Ischitella, Isole Tremiti, Peschici, Rodi Garganico, Vico Del Gargano, Vieste

Fonte: PdR Puglia 2010-2012

L'individuazione dei distretti spetta ai Direttori generali delle ASL, nell'Atto Aziendale, secondo le indicazioni della delibera regionale, valutando e comunicando alla Regione l'eventuale necessità di aggregare diversamente i Comuni.

Le modifiche del SSR pugliese, sopra citate, sono state realizzate, principalmente, per garantire:

- una ridefinizione dell'assetto organizzativo in funzione non solo degli aspetti economici, ma anche dell'equilibrio tra domanda ed offerta sanitaria, superando la frammentazione dei presidi e le duplicazioni dei servizi a vantaggio di attività di alta specialità;
- un accorpamento funzionale di più stabilimenti ospedalieri in un unico presidio in presenza di condizioni favorevoli, connesse al bacino di utenza, viabilità e morfologia ecc.;
- una contestuale razionalizzazione e riorganizzazione delle strutture territoriali con ridefinizione della rete dei distretti ed, in particolare, delle strutture ambulatoriali con l'obiettivo di una maggiore qualificazione dei servizi, in un'ottica di integrazione dipartimentale, con interventi per l'acquisizione ed il rinnovo delle attrezzature sanitarie allo scopo di creare tipologie assistenziali alternative ai ricoveri ospedalieri.

3.1 Le Risorse

Nella Regione Puglia, la funzione di assegnazione delle risorse da destinare ai servizi socio-sanitari è in capo all'ufficio 01 dell'Assessorato alla Sanità e Servizi Sociali a cui sono affidati i compiti di programmazione sanitaria, finanziamento delle aziende del SSN e , per ultimo, di osservatorio dei prezzi e della spesa sanitaria.

Il Bilancio regionale per l'anno 2010, con riferimento all'Intesa Stato - Regioni prot. 12/CSR del 29.04.2010 ha iscritto per l'anno 2010 un importo complessivo pari ad Euro 6.567.399.023,94, senza includere le quote per la Medicina Penitenziaria.

Si riassumono pertanto i relativi valori come di seguito esposto nelle tabelle 16 e 17:

Tabella 16 : Composizione FSR Puglia del 2010

F.S.R. Parte economica	€ 6.742.671.412,00
Sbilancio mobilità extra regionale	- € 175.088.962,00
Mobilità stimata per ricerca e reperimento cellule staminali	- € 754.483,00
Conguagli mobilità anni precedenti	€ 35.861.990,00
F.S.R. Parte finanziaria	€ 6.602.689.957,00

FONTI: DIEF-Documento di Indirizzo Economico Funzionale del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2010 e per il triennio 2010-2012

Tabella 17 : Assegnazioni finanziarie anno 2010

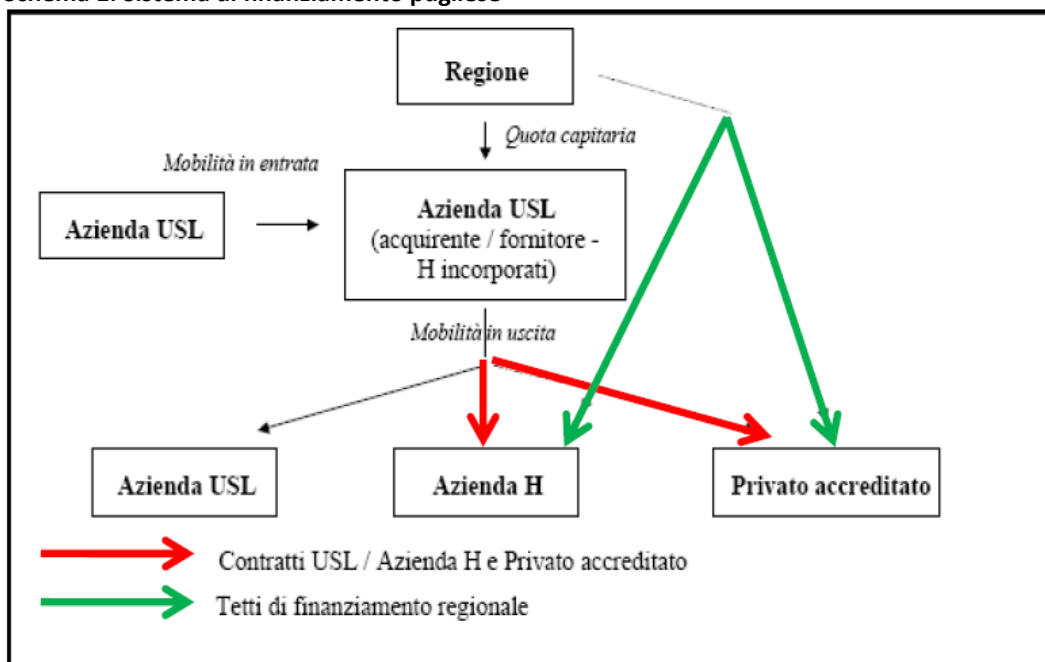
Assegnazioni finanziarie anno 2010	
Aziende Sanitarie Locali (ASL)	€ 5.239.339.553
Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU)	€ 459.133.938
I.R.C.C.S. Pubblici	€ 54.233.595
I.R.C.C.S. Privati	€ 231.163.942
Enti Ecclesiastici	€ 175.117.600
Spese dirette regionali e progetti	€ 304.130.320
Totale Aziende, Istituti ed Enti	€ 6.463.118.948,00
<hr/>	
Somme da erogare/versare successivamente	€ 139.571.009,00
Saldo prestazioni AO – IRCCS ed E.E. (da erogare dopo la verifica delle prestazioni e dopo la variazione di bilancio)	€ 90.571.009
Cap. 741095	€ 16.000.000
Cap. 721070	€ 33.000.000
Totale Generale	€ 6.602.689.957,00

FONTE: DIEF-Documento di Indirizzo Economico Funzionale del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2010 e per il triennio 2010-2012

L'assegnazione economica prevista per l'anno 2010 pari ad € 6.742.671.412,00 è stata ripartita per parte economica per un ammontare pari ad € 6.359.037.412,00. Il residuo importo di € 383.634.000,00 si riferisce in parte ad accantonamenti operati a norma dell'art. 10 Legge Regionale n.38/04 e ss.mm.ii. ed in parte a spese direttamente gestite dall'Assessorato alle Politiche della Salute. L'importo di € 6.359.037.412,00 è stato ripartito utilizzando il metodo della quota capitaria pesata nonché altri criteri specifici ritenuti utili al raggiungimento degli obiettivi programmatici .

Il sistema di finanziamento pugliese, in termini di competenza, si configura ad oggi come un modello a centralità della Azienda USL, ovvero in cui l'ASL svolge la duplice funzione di erogatore ed acquirente di prestazioni tariffate per conto dei propri cittadini, viene finanziata a quota capitaria dalla Regione ed ha l'onere di finanziare a tariffa per prestazione la mobilità in uscita dei propri cittadini (verso Aziende Ospedaliere, equiparate alle pubbliche, aziende private accreditate ed altre Aziende USL) (Schema 1).

Schema 1: Sistema di finanziamento pugliese



Il sistema di pesatura della quota capitaria adottato dal SSR pugliese prevede la ripartizione delle risorse disponibili per livello di assistenza: l'assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro, l'assistenza territoriale e l'assistenza ospedaliera. Rispetto alla ponderazione per livelli, in particolare (Tabella 18):

Tabella 18 : Sistema di pesatura della quota capitaria

Prevenzione Collettiva:	in base alla popolazione residente (quota capitaria semplice)	
Assistenza Territoriale: (distinta per sottolivelli)	Farmaceutica	attribuita sul totale della quota base pesata
	Medicina generale e Pediatrica	in base alla popolazione ponderata per classi di età al di sopra ed al di sotto della soglia dei 14 anni di età
	Altra assistenza territoriale	in base alla popolazione residente (quota capitaria semplice)
Ospedaliera:	in base alla popolazione ponderata secondo l'analisi degli indici di consumo delle risorse ospedaliere desunte dalle SDO ed in base alla popolazione a copertura dei costi strutturali ospedalieri	

FONTE: DIEF-Documento di Indirizzo Economico Funzionale del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2010 e per il triennio 2010-2012

- l'assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro (prevenzione) utilizza una quota capitaria semplice (come già previsto dalla precedente DGR 1073/02);
- l'assistenza territoriale individua due sottolivelli: i) "l'assistenza farmaceutica" per la quale viene previsto il sistema di pesatura per età e sesso (quest'ultimo solo per l'età compresa tra i 15-44 anni) definito a livello ministeriale e ii) le "altre prestazioni di assistenza territoriale" per cui viene adottata una quota capitaria semplice, nonostante venga indicata la possibilità di applicare un sistema di ponderazione con riferimento alle caratteristiche della popolazione;
- per l'assistenza ospedaliera si applicano i pesi per classi di età definiti a livello nazionale, benché in parte corretti da alcuni fattori che considerano i maggiori tassi di ospedalizzazione di alcune Aziende.

Il finanziamento, quindi, non è ripartito solo in base alla popolazione regionale (quota capitaria "secca") ma anche in base all'età (quota capitaria "pesata") e ad altri criteri di riequilibrio (Tabella 19).

Tabella 19 : Sistema di ponderazione per Livelli di assistenza

classi età	Ospedaliera	Farmaceutica	
	corretta	uomini	donne
0	2,677	0,73	
1-4	0,38	0,73	
5-14	0,267	0,38	
15-24	0,339	0,47	0,71
25-44	0,577		
45-64	1,003	1,2	
65-74	1,7	1,96	
75 e oltre	2,4	2,33	

FONTE: DIEF-Documento di Indirizzo Economico Funzionale del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2010 e per il triennio 2010-2012

L'importo che rappresenta la base delle risorse assegnate alle Aziende Sanitarie per garantire la tutela dei Livelli essenziali di assistenza individuati dal Piano sanitario regionale definisce la quota capitaria pesata prevista per il 2010 di € 5.876.357.09. In particolare (Tabella 20):

Tabella 20: Ripartizione quota capitaria pesata

Collettiva	4,4	€ 258.559.712
Territoriale	48,4	€ 2.844.156.833
Ospedaliera	47,2	€ 2.773.640.547
<i>Totale</i>	<i>100</i>	<i>€ 5.876.357.092</i>

FONTE: DIEF-Documento di Indirizzo Economico Funzionale del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2010 e per il triennio 2010-2012

Il sistema di pesatura adottato prevede la ripartizione delle risorse disponibili secondo le seguenti modalità (Tabelle 21 e 22) che tengono conto della sostanziale uniformità delle caratteristiche demografiche e socio - economiche della Regione:

Tabella 21: Riparto quota capitaria per livelli di assistenza

RIPARTO QUOTA CAPITARIA PER LIVELLI DI ASSISTENZA

Disponibilità lorde da ripartire		5.876.357.092	
	L.E.A.	%	Euro
	Prevenzione	4,4%	258.559.712
	Assistenza territoriale:	48,4%	
	Pediatrica	1%	58.763.571
	Med. medicina generale	6%	352.581.426
	Farmaceutica	14%	822.089.993
	Altra territoriale	27,4%	1.610.121.843
	Assistenza ospedaliera	47,2%	2.773.640.547
	Totale	100,0%	5.876.357.092

FONTE: DIEF-Documento di Indirizzo Economico Funzionale del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2010 e per il triennio 2010-2012

Tabella 22: Determinazione quota base pesata aziende USL per Livelli di assistenza

Livello di Assistenza		PREVENZIONE	TERRITORIALE				OSPEDALIERA		TOTALE QUOTA BASE PESATA
%	Popolazione al 1.1.2010	Collettiva	P.L.S.	M.M.G.	Farmaceutica	Altra	Costi strutturali ospedalieri a quota capitaria	Assistenza ospedaliera su popolazione pesata secondo i DRG	
AUSL		4,4%	1,0%	6%	14%	27,4%	8,0%	39,2%	100%
BARI	1.254.481	79.419.759	18.107.584	108.236.243	251.611.445	494.568.498	144.399.562	700.881.515	1.797.224.606
BAT	391.506	24.786.193	6.358.492	33.001.623	77.357.700	154.350.382	45.065.805	211.634.805	552.555.000
BRINDISI	403.096	25.519.954	5.541.900	35.083.902	81.730.661	158.919.714	46.399.917	230.594.386	583.790.434
FOGGIA	640.891	40.574.724	9.826.405	54.663.848	128.908.398	252.669.871	73.772.225	360.358.802	920.774.273
LECCE	813.556	51.506.122	10.954.048	71.062.604	166.106.727	320.742.669	93.647.495	472.456.954	1.186.476.619
TARANTO	580.525	36.752.960	7.975.142	50.533.206	116.975.062	228.870.709	66.823.564	327.605.517	835.536.160
Totale	4.084.035	258.559.712	58.763.571	352.581.426	822.689.993	1.610.121.843	470.108.568	2.303.531.979	5.876.357.092

Fonte: Dief-Documento di Indirizzo Economico Funzionale del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2010 e per il triennio 2010-2012

Il tetto previsto per le case di cura private accreditate viene, formalmente, demandato a degli accordi decentrati tra ASL e case di cura private accreditate, anche se in termini sostanziali vengono definiti grazie all'intervento attivo del livello regionale (Tabella 23).

Tabella 23: Tetti di remunerazione
TETTI DI REMUNERAZIONE 2010 AZIENDE OSPEDALIERE, IRCCS PUBBLICI E PRIVATI ED ENTI ECCLESIASTICI
Tabella "D"

Azienda Sanitaria	Tetto massimo prestazioni remunerate regionali	Somministrazione diretta farmaci regionali	Ricavi da mobilità attiva extraregionale	Concorso maggiori costi Aziende Ospedaliere Universitarie	Emergenza ed altre funzioni [*]	Totale assegnazioni 2010
	A	B	C	D	F	G=A+B+C+D+F
Policlinico	227.106.000,00	49.000.000,00	11.769.373,00	20.888.705,99	47.000.000,00	355.764.078,99
Ospedali Riuniti	134.000.000,00	16.000.000,00	5.606.780,00	12.111.294,01	13.000.000,00	180.718.074,01
Totale AO	361.106.000,00	65.000.000,00	17.376.153,00	33.000.000,00	60.000.000,00	536.482.153,00
I.R.C.C.S. De Bellis	15.986.541,00	1.000.000,00	320.805,00		5.000.000,00	22.307.346,00
I.R.C.C.S. Oncologico	21.306.070,00	10.000.000,00	1.646.135,00		4.000.000,00	36.952.205,00
Totale IRCCS pubblici	37.292.611,00	11.000.000,00	1.966.940,00	-	9.000.000,00	59.259.551,00
I.R.C.C.S. Maugeri Cassano	19.887.140,00	100.000,00	1.007.000,00		-	20.994.140,00
I.R.C.C.S. Casa Sollievo S.Giov. R.	162.680.000,00	8.000.000,00	38.000.000,00		22.000.000,00	230.680.000,00
I.R.C.C.S. Medea - Ostuni	2.468.240,00	-	262.000,00		-	2.730.240,00
Totale IRCCS privati	185.035.380,00	8.100.000,00	39.269.000,00	-	22.000.000,00	254.404.380,00
E.E. Miulli - Acquaviva delle Fonti	102.410.000,00	2.000.000,00	6.500.000,00		9.100.000,00	120.010.000,00
E.E. Panico	65.954.000,00	1.500.000,00	1.200.000,00		4.410.000,00	73.064.000,00
Totale EE	168.364.000,00	3.500.000,00	7.700.000,00	-	13.510.000,00	193.074.000,00
Totale	751.797.991,00	87.600.000,00	66.312.093,00	33.000.000,00	104.510.000,00	1.043.220.084,00

[*] = Compreso quota per RMN Debellis, Colonia H. e Nuovo Oncologico.

Fonte: Dief-Documento di Indirizzo Economico Funzionale del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2010 e per il triennio 2010-2012

La remunerazione della mobilità passiva per i ricoveri per acuti e per le prestazioni ambulatoriali infra-regionale (verso le strutture di ricovero della regione) ed extraregionale, per la quale è costituito il fondo di garanzia, si basa sulle tariffe ministeriali (DM Sanità 178/1997) con un abbattimento differenziato per categorie di strutture.

La Deliberazione della giunta regionale 20 ottobre 2009, n. 1883 definisce gli accordi di programma con la Regione Puglia per la ripartizione delle risorse alle Asl pugliesi. Le priorità sono:

- la rete dei servizi dei distretti sociosanitari pugliesi, con specifico riferimento alla promozione della innovazione e del potenziamento tecnologica per la diagnosi e cura nei protocolli adottati nelle strutture ambulatoriali (consultori materno-infantili, altre strutture ambulatoriali, dotazione logistica per diagnostica strumentale specialistica);
- la realizzazione di nuove sedi per i servizi distrettuali (sedi del distretto, Cup, Pua, Uvm, ecc.);
- la ristrutturazione, ampliamento e/o adeguamento di strutture poliambulatoriali, ambulatoriali e consultoriali già esistenti, e realizzazione di nuove strutture per servizi sanitari territoriali;
- la ristrutturazione, ampliamento e/o adeguamento di strutture dipartimentali, con specifico riferimento ai Dipartimenti di Prevenzione, Dipendenze Patologiche, Salute Mentale;
- il potenziamento e ammodernamento del parco tecnologico e delle attrezzature a disposizione delle strutture ospedaliere e sanitarie territoriali per accrescere la capacità della diagnosi precoce e la cura di specifiche patologie.

Gli importi dei finanziamenti richiesti dalle Asl pugliesi per i Piani di Investimento approvati sono rispettivamente:

BA	24.376.850,00 euro
BAT	10.469.090,00 euro
BR	16.119.678,00 euro
FG	17.904.800,00 euro
LE	23.900.000,00 euro
TA	23.850.000,00 euro
TOT	116.620.418,00 euro

Sono state impegnate le risorse per il finanziamento di tutti i Piani di Investimento delle Asl pugliesi per un totale pari a 116.620.418,00 euro nell'ambito delle disponibilità complessive del "Programma Operativo Fesr 2007-2013 - Spese per attuazione Asse III -Linea di intervento 3.1 (quota Ue + Stato)".

Il cofinanziamento regionale alla dotazione finanziaria è stato individuato in alcuni interventi di somme trasferite dallo Stato per interventi di edilizia sanitaria, con riferimento a:

- progetti di investimenti per interventi di infrastrutturazione sanitaria ospedaliera e sanitaria, tali da favorire la ottimale riorganizzazione della assistenza territoriale;
- progetti per i quali sia stata registrato da parte delle Asl un significativo avanzamento della spesa già al 30 novembre 2010;
- progetti per i quali i cantieri risultano attivati successivamente al 1° gennaio 2007 per l'ammissibilità complessiva della spesa sostenuta.

Se il servizio sanitario va orientato verso la erogazione di prestazioni di sicura efficacia e queste, al tempo stesso, devono rispondere a criteri di economicità, non si può fare a meno di prospettare un diverso Sistema di Tutela della Salute nel quale, insieme alla disponibilità di Ospedali Umanizzati, efficienti e ad alta specializzazione, viene richiesto un qualificato presidio integrato delle funzioni di prevenzione, di diagnosi e di finalizzazione delle procedure diagnostico – terapeutiche.

La corretta applicazione del modello presuppone una valorizzazione delle azioni di programmazione, verifica e controllo ed il correlato consolidamento a tal fine delle funzioni della Camera di Controllo e Compensazione. Al riguardo, alle Aziende Sanitarie è fatto obbligo di trasmettere annualmente, entro il 10 Gennaio, il Piano Attuativo Locale o i suoi aggiornamenti, entro il 31 Ottobre lo stato di attuazione della programmazione rilevata al 30 Settembre ed entro un mese dalla chiusura di ciascun trimestre, lo stato d'avanzamento del budget, con puntuale relazione sull'utilizzo delle risorse rese loro disponibili.

Ai fini di una maggior efficacia degli effetti, i piani attuativi locali ed i piani per le attività territoriali, vanno definiti tenendo conto anche degli obiettivi di programmazione dei servizi sociali e dei piani di zona, con cui si integrano.

Nel contesto descritto va fortemente rivalutato il ruolo delle Autonomie Locali.

La rivalutazione ed il coinvolgimento deve interessare sia la programmazione dei servizi e dell'integrazione socio-sanitaria, sia la possibilità, da parte delle Amministrazioni Comunali, di finanziare la quota parte di assistenza sociale, ovvero prestazioni aggiuntive, collaborando attivamente con le strutture sanitarie.

Per favorire la più ampia partecipazione istituzionale alle finalità ed obiettivi del PSR e per valorizzarne il contributo nella realizzazione dei nuovi servizi socio assistenziali integrati, le Province, nell'ambito delle proprie competenze e funzioni, concorrono alla programmazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, con particolare riferimento alla definizione ed attuazione dei piani di zona.

Per descrivere meglio la realtà organizzativa delle ASL pugliesi, nel capitolo 7, si focalizzerà l'analisi sull'ASL di Lecce il cui assetto organizzativo si caratterizza per una persistente frammentazione dei presidi e disomogeneità dei servizi a scapito di attività di alta specialità.

4 L'assistenza sanitaria collettiva

Il Dipartimento di Prevenzione è una struttura (disciplinata dall'art. 13 della L.R. 3 agosto 2006 n. 25) dotata di autonomia organizzativa e contabile ed è organizzato per centri di costo e di responsabilità ai sensi dell'art.7 del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.

Spetta ai Dipartimenti di Prevenzione affrontare i problemi sanitari a livello di popolazione applicando nella pratica i principi ed i metodi della medicina preventiva. L'articolazione dei Dipartimenti di Prevenzione prevede le seguenti articolazioni, con relative funzioni principali:

- Direzione del Dipartimento
- Servizio di Igiene e Sanità Pubblica: Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali; Tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali
- Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione: Sorveglianza e tutela delle acque destinate al consumo umano; Igiene e sicurezza alimentare – tutela della salute dei consumatori; Sorveglianza e prevenzione nutrizionale
- Servizio di Prevenzione e Sicurezza sui Luoghi di Lavoro: Sorveglianza epidemiologica del territorio per la prevenzione ed il controllo dei rischi e danni da lavoro; Programmi di controllo e vigilanza nei luoghi di lavoro; Tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro
- Servizio di Sanità Animale (SIAV area A): Vigilanza e controllo degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, igiene urbana veterinaria
- Servizio di Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati (SIAV area B): Igiene e sicurezza alimentare – tutela della salute dei consumatori
- Servizio di Igiene degli Allevamenti e delle produzioni zootecniche (SIAV area C): Vigilanza e controllo degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, igiene urbana veterinaria; Igiene e sicurezza alimentare – tutela della salute dei consumatori
- Struttura di staff per l'educazione e la promozione della salute: Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening

Struttura di staff per l'epidemiologia e i flussi informativi (malattie infettive, flussi vaccinali, sistema informativo degli infortuni e delle malattie professionali, sistema informativo del servizio di medicina legale e del servizio veterinario, Registro Nominativo delle Cause di Morte).

Pur articolandosi in Unità Operative Complesse (U.O.C.), la cui distribuzione è definita in rapporto con le dimensioni e le caratteristiche orografiche del territorio, il Dipartimento di Prevenzione realizza una integrazione delle attività delle stesse

secondo i principi dei processi per obiettivi, della multidisciplinarietà delle azioni e della unireferenzialità per l'utenza.

Il Dipartimento di Prevenzione è costituito da strutture operative, omogenee, affini e complementari che pur mantenendo la propria autonomia e le proprie responsabilità gestionali e professionali perseguono finalità comuni e sono tra loro interdipendenti.

La strategia generale di prevenzione si fonda sulla rimozione/riduzione dei fattori di rischio nonché sulla possibilità di intervenire in fasi iniziali di malattia attraverso la diagnosi precoce.

L'OMS ha evidenziato come nelle società più avanzate il maggiore guadagno di salute possa essere ottenuto potenziando le attività di prevenzione e favorendo il mantenimento del benessere psicofisico.

Le attività di prevenzione devono essere considerate un sottoinsieme delle azioni tese alla promozione della salute, che sono necessariamente il frutto della partecipazione e del coordinamento di più attori, non tutti appartenenti al sistema sanitario, che si pongono l'obiettivo di contribuire allo sviluppo di politiche in grado di aumentare i livelli di salute della comunità.

In questa ottica i servizi dei dipartimenti di prevenzione debbono accettare la sfida che la evoluzione della società e la percezione della salute che i cittadini vanno sviluppando pongono loro, passando da una logica spesso basata ancora sull'erogazione di attività e prestazioni tradizionali e in parte condizionata da vincoli burocratico-legislativi ad un approccio che ponga al centro i soggetti che della prevenzione debbono beneficiare. Le strategie che assicurano l'efficacia delle azioni di prevenzione e della promozione attiva della salute, possono essere sintetizzate come segue:

- definizione dei bisogni e identificazione delle priorità, sulla base dei dati epidemiologici coinvolgendo le altre istituzioni, le rappresentanze dei cittadini, i portatori di interessi collettivi ed il mondo della produzione;
- sinergie tra "reti sanitarie" e altre reti istituzionali per progettare e porre in essere azioni di sistema;
- metodologia della Evidence Based Prevention per garantire l'appropriatezza degli interventi e la valutazione di efficacia degli stessi;
- applicazione delle normative come strumento necessario, ma non esaustivo, per il raggiungimento di obiettivi di salute, e non già come finalità principale dell'azione istituzionale;
- strategie per una comunicazione coerente ed efficace;
- definizione, fin dalla fase di progettazione, di un sistema di verifica dei risultati.

Gli assi portanti del sistema della prevenzione sono rappresentati dalla corretta impostazione delle priorità, dall'integrazione delle strutture e dei servizi, dalla intersettorialità attraverso il coinvolgimento di attori anche al di fuori dello specifico "sanitario" per il potenziamento di attività di educazione alla salute e il raggiungimento della piena consapevolezza da parte dei cittadini nell'adesione alle campagne di prevenzione primaria e secondaria.

Affinché i servizi dei dipartimenti di prevenzione, nell'arco del prossimo triennio, possano diventare punti nodali della rete per la promozione della salute è necessario che, pur continuando a mantenere un'attenzione costante alle funzioni di «vigilanza» e «controllo» attribuite loro dal mandato istituzionale, adeguino il loro modello organizzativo alle nuove esigenze di salute e organizzino e sviluppino azioni privilegiate in maniera integrata e in collaborazione con gli altri snodi della rete.

Uno specifico obiettivo del sistema della prevenzione è la realizzazione di un modello organizzativo-gestionale che preveda una stretta relazione tra la struttura del sistema deputata alla programmazione e realizzazione degli interventi - il Dipartimento di Prevenzione - e la struttura dedicata alla produzione e alla elaborazione dei dati del sistema - l'Unità di Statistica ed Epidemiologia delle Aziende Sanitarie Locali - ai fini di un'efficace azione di supporto alla Direzione strategica, attraverso la restituzione di un quadro completo dei bisogni e dell'offerta di salute sul territorio di competenza. Tale modello deve dialogare, attraverso uno scambio biunivoco di dati e procedure, con l'Osservatorio Epidemiologico Regionale e con le altre strutture regionali impegnate sul tema della prevenzione per costruire la sintesi delle conoscenze e delle criticità a livello regionale, fornendo le necessarie informazioni alle strutture preposte per la valutazione del sistema e la pianificazione degli interventi.

Nello specifico, rappresenta, quindi, un obiettivo strategico, la realizzazione di un sistema informativo regionale integrato per la prevenzione, che, attraverso la realizzazione di una infrastruttura di rete, colleghi funzionalmente i Dipartimenti di Prevenzione, l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale, l'ARPA Puglia, l'Assessorato regionale alla Salute e l'Osservatorio Epidemiologico Regionale e garantisca la condivisione in tempo reale dei dati nonché il soddisfacimento dei debiti informativi istituzionali.

Un modello come quello descritto deve essere finalizzato a garantire:

- lo sviluppo delle competenze epidemiologiche nella prevenzione collettiva;
- la promozione di azioni concertate e condivise che potranno sfociare in Piani integrati per la salute, progetti di lavoro comuni tra i vari operatori della prevenzione dentro e fuori il sistema sanitario;
- la valutazione dell'efficacia e dell'impatto sulla salute delle attività di prevenzione.

5. L'assistenza distrettuale nel territorio regionale

Il Distretto è l'articolazione territoriale dell'organizzazione sanitaria dove vengono date risposte in modo unitario e globale alla domanda di salute e costituisce punto di riferimento socio-sanitario.

Il Distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri.

Le funzioni strategiche del Distretto sono:

- l'analisi della domanda ed il governo dell'offerta sanitaria di sviluppo del benessere sanitario e socio-sanitario con particolare riguardo alla prevenzione, alla tutela della salute mentale, alla prevenzione e cura delle dipendenze patologiche, alla tutela delle categorie deboli;
- il coordinamento, la gestione e l'ottimizzazione delle risorse assegnate nell'ottica del raggiungimento di un sempre più elevato grado di efficienza.

A tale proposito, nell'ambito del Distretto vanno perseguiti obiettivi di:

- efficienza economica, intesa quale rapporto favorevole tra prestazioni e servizi resi e risorse impiegate;
- efficienza allocativa, intesa quale destinazione delle risorse in precise aree di intervento inserite organicamente nel Programma delle attività territoriali;
- efficienza organizzativa, intesa quale funzionamento ottimale della struttura e delle sue articolazioni interne con particolare riguardo al momento dell'approccio con l'utente.

L'accoglienza, l'informazione e l'orientamento delle istanze costituiscono un momento importante che dà reale visibilità al principio della centralità del cittadino nel contesto del Sistema sanitario regionale.

Sul piano gestionale sono attribuite al Distretto le seguenti funzioni:

- il coordinamento delle attività relative all'assistenza primaria ivi compresa la continuità assistenziale;
- le azioni di integrazione assistenziale tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi territoriali e strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;
- l'assistenza domiciliare programmata, l'assistenza domiciliare integrata;
- le attività di assistenza sanitaria a rilevanza sociale;
- le attività ad elevata integrazione socio-sanitaria.

In particolare, l'integrazione tra le professioni è la condizione operativa necessaria per produrre diagnosi e valutazioni multidimensionali, selezionando risposte appropriate con riferimento alle diverse condizioni di bisogno.

Il Distretto riveste un ruolo centrale nel coordinamento e nell'integrazione di tutte le attività assistenziali sanitarie di carattere extraospedaliero e realizza

l'integrazione dei servizi e delle risorse presenti in ambito distrettuale, assicurando la continuità delle cure e l'integrazione dei servizi distrettuali con quelli sociali dei Comuni.

Il Distretto, dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria nell'ambito delle risorse assegnate, predispone il Programma delle attività territoriali, tenuto conto delle risorse attribuite in relazione agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento.

Il programma delle attività territoriali viene proposto nel rispetto delle indicazioni regionali e approvato previo parere del Comitato dei sindaci di distretto.

L'organizzazione ed il funzionamento del Comitato dei sindaci di distretto e, in alternativa, il Comitato dei presidenti di circoscrizione, sono disciplinati con provvedimento regionale.

Il coinvolgimento dei Comuni nella formazione del Programma delle attività territoriali rappresenta momento fondamentale e qualificante del reintegro delle autonomie locali nel sistema sanitario, sia finalizzato ad una programmazione partecipata, sia finalizzato alla gestione integrata dei servizi sanitari e socio sanitari.

La Regione emana indirizzi per rendere uniforme nei diversi ambiti territoriali l'organizzazione dei distretti ed i relativi livelli di attività e prestazioni.

Con specifico atto di regolamentazione, previa analisi sullo stato di operatività e rilevazione delle criticità presenti nei distretti attivati in esecuzione della Deliberazione n.1008/95 del Consiglio Regionale, la Regione individua le soluzioni idonee, tra le quali quelle di formazione, per il dimensionamento, l'organizzazione ed il funzionamento dei nuovi organismi di presidio territoriale, tenendo conto della rilevanza che il Distretto assume sia in termini di risposta ai bisogni, sia in termini di assorbimento e gestione diretta di risorse.

Figura 4: Mappa regionale delle ASL



FONTE: Piano di Rientro Puglia 2010-2012

5.1 Il dimensionamento della rete distrettuale

Il dimensionamento del Distretto, in ragione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio pugliese e della diversa densità della popolazione residente, può essere collocato in un range di norma compreso tra 60.000-100.000 residenti:

- il dimensionamento prossimo al livello minimo riguarda, in particolare, i Distretti coincidenti con zone montane e a difficile percorrenza;
- il dimensionamento intermedio è riferibile ai Distretti coincidenti con i comuni di media grandezza;
- il dimensionamento massimo può interessare i grandi comuni e le aree metropolitane.

La suddivisione dei territori di competenza di ciascuna ASL in Distretti e le attività distrettuali di ciascuna ASL per il 2006, sono rappresentate nelle tabelle e nelle mappe seguenti (Tabelle 24-30, Figure 5-10):

Tabella 24 :ASL, D.S.S e ambito territoriale della Regione Puglia

I Distretti Socio-Sanitari della Regione Puglia			
N°	ASL	Denominazione e sede	Ambito Territoriale
1	BA	D.S.S. 1 - Molfetta	Molfetta, Giovinazzo
2	BA	D.S.S. 2 - Corato	Corato, Ruvo di Puglia, Terlizzi
3	BA	D.S.S. 3 - Bitonto	Bitonto, Palo Del Colle
4	BA	D.S.S. 4 - Altamura	Altamura, Gravina In Puglia, Poggiorsini, Santeramo In Colle
5	BA	D.S.S. 5 - Grumo Appula	Acquaviva Delle Fonti, Binetto, Cassano Delle Murge, Grumo Appula, Sannicandro Di Bari, Toritto
6	BA	D.S.S. 6 - Bari Ovest	BARI: Circoscrizioni Comunali: Libertà-Marconi-S.Girolamo-Fesca Palese-S.Spirito, S.Paolo-Stanic
7	BA	D.S.S. 7 - Bari Centro	BARI:Circoscrizioni Comunali: Carbonara; Ceglie Loseto; Picone; Poggiofranco; Murat;S. Nicola.
8	BA	D.S.S. 8 - Bari Est	BARI: , Circoscrizioni Comunali (Japigia, Torre a Mare, Carrassi, S. Pasquale, Madonella)
9	BA	D.S.S. 9 - Modugno	Bitetto, Modugno, Bitritto
10	BA	D.S.S. 10 - Triggiano	Adelfia, Capurso, Cellamare, Triggiano, Valenzano
11	BA	D.S.S. 11 - Mola di Bari	Mola Di Bari, Noicattaro, Rutigliano
12	BA	D.S.S. 12 - Conversano	Conversano, Monopoli, Polignano A Mare
13	BA	D.S.S. 13 - Gioia del Colle	Casamassima, Gioia del Colle, Sammichele Di Bari, Turi,
14	BA	D.S.S. 14 - Putignano	Alberobello, Castellana Grotte, Locorotondo, Noci, Putignano,
15	LE	D.S.S. di Lecce	Lecce Arnesano, San Cesario, Cavallino, Monteroni, S. Pietro in Lama, Lizzanello, S. Donato, Lequile, Surbo
16	LE	D.S.S. di Campi Salentina	Campi Salentina, Squinzano, Trepuzzi, Novoli, Guagnano, Salice Salentino, Carmiano, Veglie
17	LE	D.S.S. di Casarano	Casarano - Taurisano - Collepasso - Supersano - Parabita - Matino - Ruffano

18	LE	D.S.S. di Gagliano del Capo	Presicce - Ugento - Acquarica del Capo - Tricase - Gagliano del Capo - Morciano di Leuca - Alessano - Corsano - Salve - Patù - Castrignano del Capo - Miggiano - Specchia - Tiggiano - Montesano Salentino
19	LE	D.S.S. di Galatina	Galatina, Aradeo, Cutrofiano, Soleto, Neviano, Sogliano Cavour
20	LE	D.S.S. di Gallipoli	Gallipoli, Alezio, Sannicola, Tuglie, Taviano, Alliste, Melissano, Racale
21	LE	D.S.S. di Maglie	Maglie - Corigliano d'Otranto - Castrignano de' Greci - Cannole - Bagnolo del Salento - Palmariggi - Giurdignano - Otranto - Muro Leccese - Scorrano - Melpignano - Corsi
22	LE	D.S.S. di Martano	Martano, Calimera, Melendugno, Vernole, Caprarica, Carpignano, Castri, Martignano, Sternatia, Zollino
23	LE	D.S.S. di Nardò	Nardò, Galatone, Seclì, Copertino, Leverano, Porto Cesareo
24	LE	D.S.S. di Poggiardo	Poggiardo - Spongano - Uggiano La Chiesa - Minervino - Andrano - Castro - Nociglia - Santa Cesarea Terme - Giuggianello - Botrugno - Surano - S. Cassiano - Diso - Ortelle - Sanarica
25	BR	D.S.S. n. 1 - Brindisi	San Vito dei Normanni
26	BR	D.S.S. n. 2 - Fasano	Cisternino, Ostuni
27	BR	D.S.S. n. 3 - Francavilla Fontana	Carovigno, Ceglie Messapica, Oria, San Michele Salentino, Villa Castelli
28	BR	D.S.S. n. 4 - Mesagne	Cellino San Marco, Erchie, Latiano, San Pancrazio Salentino, San Pietro Vernotico, Sandonaci, Torchiariolo, Torre Santa Susanna
29	BAT	D.S.S. n. 1	Margherita di Savoia, Trinitapoli, San Ferdinando
30	BAT	D.S.S. n. 2	Andria
31	BAT	D.S.S. n. 3	Canosa di Puglia, Minervino, Spinazzola
32	BAT	D.S.S. n. 4	Barletta
33	BAT	D.S.S. n. 5	Trani, Bisceglie
34	TA	D.S.S. n. 1	Ginosa, Ginosa Marina, Laterza, Castellaneta, Castellaneta Marina, Palagianello
35	TA	D.S.S. n. 2	Mottola, Palagianello, Massafra, Statte
36	TA	D.S.S. n. 3	Isola Porta Napoli, Paolo Vi, Tamburi-Croce, Tre Carrare Battisti, Solito-Corvisea
37	TA	D.S.S. n. 4	Borgo, Italia Montegranaro, Salinella, Talsano, San Donato, S. Vito Taranto, Carelli, Lama - Taranto
38	TA	D.S.S. n. 5	Crispiano, Martina Franca
39	TA	D.S.S. n. 6	Grottaglie, Monteiasi, Montemesola, S. Giorgio Jonico, Pulsano, Leporano, Carosino, Faggiano, Monteparano, Roccaforzata, S. Marzano Di S. Giuliano
40	TA	D.S.S. n. 7	Manduria, Avetrana, Maruggio, Sava, Torricella, Lizzano, Fragagnano
41	FG	D.S.S. n. 1 Foggia	Circoscrizioni Comunali N.1 - 2 - 6
42	FG	D.S.S. n. 2 Foggia	Circoscrizioni Comunali N. 3 - 4 - 5
43	FG	D.S.S. n. 3 Cerignola	Carapelle, Cerignola, Ortona, Orta Nova, Stornara, Stornarella
44	FG	D.S.S. n. 4 Lucera	Alberona, Biccari, Carlantino, Casalnuovo Della Daunia, Casalvecchio Di Puglia, Castelnuovo Della Daunia, Celenza, Lucera, Motta Montecorvino, Pietra Montecorvino, Roseto Valfortore, San Marco La Catola, Volturara Appula, Volturino.
45	FG	D.S.S. n. 5 Manfredonia	Manfredonia, Mattinata, Monte Sant'angelo, Zaponeta
46	FG	D.S.S. n. 6 San Marco In Lamis	Rignano G.Co, San Giovanni Rotondo, San Marco In Lamis, Sannicandro Garganico
47	FG	D.S.S. n. 7 San Severo	Apricena, Chieuti, Lesina, Poggio Imperiale, San Paolo Di Civitate, San Severo, Serracapriola, Torremaggiore
48	FG	D.S.S. n. 8 Troia	Anzano Di Puglia, Ascoli Satriano, Bovino, Candela, Castelluccio Dei Sauri, Castelluccio Valmaggiore, Celle Di San Vito, Deliceto, Faeto, Monteleone Di Puglia, Orsara Di Puglia, Panni, Rocchetta Sant'antonio, Sant'agata Di Puglia, Troia
49	FG	D.S.S. n. 9 Vico Del Gargano	Cagnano Varano, Carpino, Ischitella, Isole Tremiti, Peschici, Rodi Garganico, Vico Del Gargano, Vieste

FONTE: Piano di Rientro Puglia 2010-2012

Figura 5 : Mappa dei Distretti ASL Foggia



FONTE: Asl Foggia

Tabella 25: Strutture e attività ASL FG anno 2006

POPOLAZIONE RESIDENTE		CARATTERISTICHE ORGANIZZATIVE	
Residenti		Servizi di Supporto	
Popolazione Infantile (0 -13 anni)	99.540	Centro Unificato di Prenotazione	SI
Popolazione Adulta (14 - 64 anni)	451.230	Dipartimento di Prevenzione	SI
Popolazione Anziana (oltre 64 anni)	110.514	Dipartimento Materno-Infantile	SI
Totale Popolazione	642.843	Dipartimento di Salute Mentale	SI
		Servizio Trasporto per Centro Dialisi	SI
Incidenza Popolazione Infantile	15%	Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata	SI
Incidenza Popolazione Anziana	16%	Unita' Mobile di Rianimazione	SI

ASSISTENZA DI BASE		STRUTTURE SANITARIE	
Medicina generale e pediatri		Strutture Sanitarie	
Medici Generici	518	Ambulatori e Laboratori	675
Popolazione > 13 anni per Medico Generico	3.094	di cui Privati Accreditati	381
Numero Scelte per Medico Generico	3.177	Consultori Materno-Infantile	39
		S.E.R.T.	14
Medici Pediatri	90	Ambulatori e Laboratori per 10.000 residenti	32%
Popolazione Infantile per Medico Pediatra	2.319	S.E.R.T. per popolazione da 14 a 64 anni	0.4%
Numero Scelte per Medico Pediatra	2.439		

ATTIVITA' DI ASSISTENZA DI BASE			
Guardia medica		Assistenza Farmaceutica Convenzionata	
Punti di Guardia Medica	58	Ricette di specialita' medicinali e galenici	5.981.000
Medici Titolari	202	Costo per ricetta di specialita' medicinali e galenici	
Ore di Guardia Medica	380.000	EURO	23,3
		Ricette di specialita' medicinali e galenici pro capite	9,2
Punti di Guardia Medica per 10.000 residenti	0		
Ore di Guardia Medica per 10.000 residenti	0		

FONTE: Banca dati del Servizio sanitario nazionale 2006

Figura 6 : Mappa dei Distretti ASL BAT



FONTE: Asl BAT

Tabella 26: Strutture e attività ASL BAT anno 2006

POPOLAZIONE RESIDENTE		CARATTERISTICHE ORGANIZZATIVE	
Residenti		Servizi di Supporto	
Popolazione Infantile (0 -13 anni)	63.763	Centro Unificato di Prenotazione	SI
Popolazione Adulta (14 - 64 anni)	266.523	Dipartimento di Prevenzione	SI
Popolazione Anziana (oltre 64 anni)	57.711	Dipartimento Materno-Infantile	No
Totale Popolazione	387.997	Dipartimento di Salute Mentale	SI
Incidenza Popolazione Infantile	16 %	Servizio Trasporto per Centro Dialisi	SI
Incidenza Popolazione Anziana	14 %	Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata	SI
		Unita' Mobile di Rianimazione	SI

ASSISTENZA DI BASE		STRUTTURE SANITARIE	
Medicina generale e pediatri		Strutture Sanitarie	
Medici Generici	297	Ambulatori e Laboratori	675
Popolazione > 13 anni per Medico Generico	1.091	di cui Privati Accreditati	381
Numero Scelte per Medico Generico	1.108	Consultori Materno-Infantile	9
Medici Pediatri	58	S.E.R.T.	6
Popolazione Infantile per Medico Pediatra	1.099	Ambulatori e Laboratori per 10.000 residenti	17,4
Numero Scelte per Medico Pediatra	887	S.E.R.T. per popolazione da 14 a 64 anni	0,3

ATTIVITA' DI ASSISTENZA DI BASE			
Guardia medica		Assistenza Farmaceutica Convenzionata	
Punti di Guardia Medica	11	Ricette di specialita' medicinali e galenici	3.243.885
Medici Titolari	66	Costo per ricetta di specialita' medicinali e galenici	
Ore di Guardia Medica	108.491	in Lire	46.000
Punti di Guardia Medica per 10.000 residenti	0	in EURO	23,76
Ore di Guardia Medica per 10.000 residenti	0	Ricette di specialita' medicinali e galenici pro capite	8,4

FONTE: Banca dati del Servizio sanitario nazionale 2006

Figura 7 : Mappa dei Distretti ASL Bari



FONTE: Asl Bari

Tabella 27: Strutture e attività ASL BA anno 2006

POPOLAZIONE RESIDENTE		CARATTERISTICHE ORGANIZZATIVE	
Residenti		Servizi di Supporto	
Popolazione Infantile (0 -13 anni)	181.315	Centro Unificato di Prenotazione	SI
Popolazione Adulta (14 - 64 anni)	853.110	Dipartimento di Prevenzione	SI
Popolazione Anziana (oltre 64 anni)	205.416	Dipartimento Materno-Infantile	SI
Totale Popolazione	1.256.854	Dipartimento di Salute Mentale	SI
Incidenza Popolazione Infantile	16%	Servizio Trasporto per Centro Dialisi	SI
Incidenza Popolazione Anziana	15%	Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata	SI
		Unita' Mobile di Rianimazione	SI

ASSISTENZA DI BASE		STRUTTURE SANITARIE	
Medicina generale e pediatri		Strutture Sanitarie	
Medici Generici	960	Ambulatori e Laboratori	675
Popolazione > 13 anni per Medico Generico	5.678	di cui Privati Accreditati	381
Numero Scelte per Medico Generico	4.360	Consultori Materno-Infantile	36
Medici Pediatri	180	S.E.R.T.	15
Popolazione Infantile per Medico Pediatra	3.810	Ambulatori e Laboratori per 10.000 residenti	25%
Numero Scelte per Medico Pediatra	3.215	S.E.R.T. per popolazione da 14 a 64 anni	0,2

ATTIVITA' DI ASSISTENZA DI BASE			
Guardia medica		Assistenza Farmaceutica Convenzionata	
Punti di Guardia Medica	48	Ricette di specialita' medicinali e galenici	11.876.367
Medici Titolari	188	Costo per ricetta di specialita' medicinali e galenici	
Ore di Guardia Medica	326.350	EURO	24,5
Punti di Guardia Medica per 10.000 residenti	0	Ricette di specialita' medicinali e galenici pro capite	8,5
Ore di Guardia Medica per 10.000 residenti	0		

FONTE: Banca dati del Servizio sanitario nazionale 2006

Figura 8: Mappa dei Distretti ASL



FONTE: Asl Taranto

Tabella 28: Strutture e attività ASL TA anno 2006

POPOLAZIONE RESIDENTE		CARATTERISTICHE ORGANIZZATIVE	
Residenti		Servizi di Supporto	
Popolazione Infantile (0 -13 anni)	80.695	Centro Unificato di Prenotazione	SI
Popolazione Adulta (14 - 64 anni)	399.930	Dipartimento di Prevenzione	SI
Popolazione Anziana (oltre 64 anni)	100.051	Dipartimento Materno-Infantile	No
Totale Popolazione	580.676	Dipartimento di Salute Mentale	SI
Incidenza Popolazione Infantile	13 %	Servizio Trasporto per Centro Dialisi	SI
Incidenza Popolazione Anziana	17 %	Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata	SI
		Unita' Mobile di Rianimazione	SI

ASSISTENZA DI BASE		STRUTTURE SANITARIE	
Medicina generale e pediatri		Strutture Sanitarie	
Medici Generici	472	Ambulatori e Laboratori	675
Popolazione > 13 anni per Medico Generico	1.059	di cui Privati Accreditati	381
Numero Scelte per Medico Generico	1.112	Consultori Materno-Infantile	19
		S.E.R.T.	6
Medici Pediatri	79	Ambulatori e Laboratori per 10.000 residenti	11,7
Popolazione Infantile per Medico Pediatra	1.021	S.E.R.T. per popolazione da 14 a 64 anni	0,2
Numero Scelte per Medico Pediatra	836		

ATTIVITA' DI ASSISTENZA DI BASE			
Guardia medica		Assistenza Farmaceutica Convenzionata	
Punti di Guardia Medica	36	Ricette di specialita' medicinali e galenici	5.891.116
Medici Titolari	145	Costo per ricetta di specialita' medicinali e galenici	
Ore di Guardia Medica	340.139	in Lire	46.000
Punti di Guardia Medica per 10.000 residenti	0	in EURO	23,76
Ore di Guardia Medica per 10.000 residenti	0	Ricette di specialita' medicinali e galenici pro capite	10,2

FONTE: Banca dati del Servizio sanitario nazionale 2006

Figura 9 : Mappa dei Distretti ASL Brindisi



FONTE: Asl Brindisi

Tabella 29: Strutture e attività ASL BR anno 2006

POPOLAZIONE RESIDENTE		CARATTERISTICHE ORGANIZZATIVE	
Residenti		Servizi di Supporto	
Popolazione Infantile (0 -13 anni)	56.079	Centro Unificato di Prenotazione	SI
Popolazione Adulta (14 - 64 anni)	274.592	Dipartimento di Prevenzione	SI
Popolazione Anziana (oltre 64 anni)	73.115	Dipartimento Materno-Infantile	No
Totale Popolazione	403.786	Dipartimento di Salute Mentale	SI
Incidenza Popolazione Infantile	13 %	Servizio Trasporto per Centro Dialisi	No
Incidenza Popolazione Anziana	18 %	Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata	SI
		Unita' Mobile di Rianimazione	SI

ASSISTENZA DI BASE		STRUTTURE SANITARIE	
Medicina generale e pediatri		Strutture Sanitarie	
Medici Generici	330	Ambulatori e Laboratori	675
Popolazione > 13 anni per Medico Generico	1.053	di cui Privati Accreditati	381
Numero Scelte per Medico Generico	1.089	Consultori Materno-Infantile	16
Medici Pediatri	57	S.E.R.T.	6
Popolazione Infantile per Medico Pediatra	983	Ambulatori e Laboratori per 10.000 residenti	16,8
Numero Scelte per Medico Pediatra	811	S.E.R.T. per popolazione da 14 a 64 anni	0,3

ATTIVITA' DI ASSISTENZA DI BASE			
Guardia medica		Assistenza Farmaceutica Convenzionata	
Punti di Guardia Medica	26	Ricette di specialita' medicinali e galenici	3.805.871
Medici Titolari	91	Costo per ricetta di specialita' medicinali e galenici	
Ore di Guardia Medica	152.463	in Lire	47.000
Punti di Guardia Medica per 10.000 residenti	0	in EURO	24,28
Ore di Guardia Medica per 10.000 residenti	0	Ricette di specialita' medicinali e galenici pro capite	9,5

FONTE: Banca dati del Servizio sanitario nazionale 2006

Figura 10 : Mappa dei Distretti ASL Lecce



FONTE: Asl Lecce

Tabella 30: Strutture e attività ASL LE anno 2006

POPOLAZIONE RESIDENTE		CARATTERISTICHE ORGANIZZATIVE	
Residenti		Servizi di Supporto	
Popolazione Infantile (0 -13 anni)	109.744	Centro Unificato di Prenotazione	SI
Popolazione Adulta (14 - 64 anni)	543.403	Dipartimento di Prevenzione	SI
Popolazione Anziana (oltre 64 anni)	154.250	Dipartimento Materno-Infantile	SI
Totale Popolazione	807.397	Dipartimento di Salute Mentale	SI
Incidenza Popolazione Infantile	14 %	Servizio Trasporto per Centro Dialisi	SI
Incidenza Popolazione Anziana	19 %	Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata	SI
		Unita' Mobile di Rianimazione	SI

ASSISTENZA DI BASE		STRUTTURE SANITARIE	
Medicina generale e pediatri		Strutture Sanitarie	
Medici Generici	681	Ambulatori e Laboratori	675
Popolazione > 13 anni per Medico Generico	2.050	di cui Privati Accreditati	381
Numero Scelte per Medico Generico	2.081	Consultori Materno-Infantile	44
		S.E.R.T.	12
Medici Pediatri	115	Ambulatori e Laboratori per 10.000 residenti	19,9
Popolazione Infantile per Medico Pediatra	1.957	S.E.R.T. per popolazione da 14 a 64 anni	0,3
Numero Scelte per Medico Pediatra	1.521		

ATTIVITA' DI ASSISTENZA DI BASE			
Guardia medica		Assistenza Farmaceutica Convenzionata	
Punti di Guardia Medica	85	Ricette di specialita' medicinali e galenici	8.152.300
Medici Titolari	230	Costo per ricetta di specialita' medicinali e galenici	EURO 24,30
Ore di Guardia Medica	416.000	Ricette di specialita' medicinali e galenici pro capite	10
Punti di Guardia Medica per 10.000 residenti	0		
Ore di Guardia Medica per 10.000 residenti	0		

FONTE: Banca dati del Servizio sanitario nazionale 2006

E' stata condotta, in stretta collaborazione con gli uffici competenti di ciascuna ASL, una puntuale rilevazione statistica sulle strutture sanitarie e sociosanitarie, sui servizi e sulle unità organizzative che presidiano la erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie territoriali. Ciascuna Direzione Aziendale ha contribuito a delineare il quadro illustrato in sintesi nelle tabelle che seguono.

5.1.1 Poliambulatori

Si osserva che i poliambulatori sono presenti in modo difforme sul territorio regionale, nel senso che si passa da ASL nei quali sono in rapporto di 1 ogni 20.000 abitanti circa (provincia di Brindisi), a fronte di territori nei quali si rileva 1 poliambulatorio ogni 67.000 abitanti circa (provincia di Lecce). (Tabella 31).

Ma il dato che è apparso più significativo riguarda la estrema differenziazione tra i poliambulatori con riferimento al numero di specialistiche presidiate, nel senso che in numerosi casi i poliambulatori non consentono di assicurare alla popolazione di riferimento una reale offerta polispecialistica, essendo ridotte a 34 le specialità assicurate e peraltro con poche ore di apertura settimanale del servizio all'utenza.

Le direzioni generali aziendali hanno evidenziato, in termini qualitativi, i limiti della rete poliambulatoriale anche nella dotazione tecnologica per la diagnostica strumentale e per la erogazione di specifiche prestazioni di cura, il che influisce non soltanto sulla qualità delle prestazioni, ma anche sulla gestione delle liste di attesa, determinando inevitabilmente lo spostamento di una parte della potenziale utenza verso le strutture ospedaliere eventualmente presenti nello stesso territorio o verso le strutture ambulatoriali private.

Tabella 31: Distribuzione territoriale delle strutture poliambulatoriali

ASL	N. Poliambulatori	Popolazione per ASL	Popolazione media per poliambulatorio
Bari	40	1.249.533	31.238
BAT	10	388.330	38.833
Brindisi	20	402.831	20.142
Foggia	24	640.047	26.669
Lecce	12	808.939	67.412
Taranto	15	580.189	38.679
Puglia	121	4.069.869	33.635

FONTE: Piano di Rientro Puglia 2010-2012

5.1.2 Rete Consultoriale

Anche per la rete consultoriale pugliese il primo dato emerso dalla analisi condotta presso tutte le Aziende Sanitarie Locali è quello che riguarda la diversa dimensione del bacino di utenza che insiste mediamente sulle strutture consultoriali: nel territorio leccese si rilevano in media 1 consultorio ogni 16.853 abitanti, a fronte di una media di 1 consultorio ogni 48.541 abitanti nella ASL BAT (Tabella 32).

Le criticità che questi dati fanno emergere non sono relative solo alla maggiore o minore capillarità delle strutture consultoriali, ma soprattutto alla tipologia di prestazioni che le strutture presenti assicurano alle popolazioni di riferimento in termini di orari di apertura, e quindi di reale accessibilità alle prestazioni ed alle specialistiche ambulatoriali assicurate.

Tabella 32: Distribuzione territoriale delle strutture consultoriali

ASL	N. Consultori	Popolazione per ASL	Popolazione media per consultorio
Bari	39	1.249.533	32.039
BAT	8	388.330	48.541
Brindisi	16	402.831	25.177
Foggia	33	640.047	19.395
Lecce	48	808.939	16.853
Taranto	18	580.189	32.233
Puglia	162	4.069.869	25.123

FONTE: Piano di Rientro Puglia 2010-2012

La rete consultoriale leccese appare quella più frammentata tra le ASL pugliesi, anche in relazione alla numerosità dei Comuni e alla conseguente necessità di assicurare una assistenza capillare sul territorio, che tuttavia presenta un carattere di disorganicità in quanto in circa metà dei distretti sociosanitari l'equipe consultoriale opera su più strutture, con turni che determinano orari di apertura ridotti su base giornaliera ovvero su base settimanale. Le specialistiche assicurate, inoltre, consentono di rilevare sempre la presenza delle prestazioni ginecologiche e pediatriche, mentre sono meno presenti le prestazioni dell'area psicologica e solo nel 40% circa dei distretti è assicurata la presenza delle equipe per abuso e maltrattamento, affidamento e adozioni, con il relativo centro di ascolto, a sostegno della genitorialità responsabile e della coppia.

Nelle altre province, pur presentandosi meno frammentata la rete delle strutture consultoriali, non viene superata la limitata presenza di alcune prestazioni, in

particolare quelle legate all'area psicologica e alle equipe abuso e maltrattamento, affido e adozioni.

In ogni caso è necessario portare la rete consultoriale pugliese ad un livello di qualità delle prestazioni, accessibilità, completezza e integrazione nettamente superiore a quella attualmente rilevabile: il semplice dato della diffusione capillare delle strutture consultoriali sul territorio, in coerenza con il parametro di riferimento nazionale fissato dal Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) non può essere alternativo alla completezza della offerta di prestazioni realmente assicurate da ciascuna struttura. Peraltro, il potenziamento dei consultori non è ulteriormente rinviabile se si considera il carico di domanda di prestazioni che è connesso alle più recenti campagne di prevenzione per la salute delle donne, con specifico riferimento alla prevenzione e alla diagnosi precoce dei tumori della mammella e dei tumori dell'apparato riproduttivo, nonché alla necessità di potenziare le prestazioni sociali e sociosanitarie assicurate dai consultori, così come proposta dalla stessa Legge Finanziaria n. 296/2007 che ha previsto un piano specifico di interventi (Intesa StatoRegioni per le politiche familiari e i servizi socioeducativi) a partire dal 2007, con stanziamenti finalizzati.

5.1.3 Rete dei servizi e delle strutture sanitarie e sociosanitarie territoriali

La rilevazione condotta sulla rete dei servizi e delle strutture sanitarie e sociosanitarie territoriali presenti nelle Aziende pugliesi ha consentito di focalizzare la attenzione sulle reali condizioni di accessibilità alla stessa e sulla multidimensionalità della valutazione del bisogno. In particolare, si è rilevato che, a fronte di una formale attivazione in tutte le ASL delle Unità di Valutazione Multidimensionali, già previste dal D. Lgs. n. 229/1999 e disciplinate per la prima volta con il Regolamento Regionale n. 4/2007, la operatività delle stesse è molto disomogenea, sia per livelli di responsabilità, definizione degli organici, numero di casi presi in carico, che per la implementazione di strumenti e metodologie di lavoro per la valutazione dei casi e la elaborazione dei progetti personalizzati.

La non completa operatività delle UVM viene confermata dalle seguenti evidenze:

- utilizzazione parziale della scheda SVaMA per la valutazione della non autosufficienza, nonostante sia stata ufficialmente introdotta dalla Regione già da molti anni;
- non coinvolgimento dei referenti dei Servizi Sociali dell'ambito territoriale sociale o del Comune di riferimento, in quanto risulta sottovalutata sia da parte dei Comuni che da parte delle Aziende l'importanza ed il ruolo decisionale e progettuale che la UVM ricopre;
- mancata definizione del mandato e dell'ambito di azione della UVM, a cui non di rado non vengono assegnati vincoli di budget e protocolli operativi omogenei rispetto alla appropriatezza delle prestazioni proposte in risposta alle diverse situazioni di bisogno;

- azione non estesa a tutti i possibili ambiti di integrazione sociosanitaria, ma prevalentemente concentrata nell'ambito delle disabilità e della non autosufficienza;
- Porte Uniche di Accesso attivate solo in alcune ASL e per giunta in forma sperimentale.

5.1.4 Rete dei Medici di Medicina Generale e presenza di forme associate

L'analisi dei dati evidenzia come l'associazionismo dei medici convenzionati (MMG e PLS) sia ormai una realtà omogeneamente consolidata, rappresentando una enorme risorsa per il sistema delle cure territoriali (Tabella 33).

Per contro, solo alcune ASL (BAT, TA, LE) hanno indicato la previsione di attivazione di UTAP. Si segnala, in particolare, la ASL LE che nel 2008 ha previsto di attivare 15 UTAP.

Tabella 33: Distribuzione territoriale della rete dei MMG e delle forme di associazionismo

ASL	Num. MMG	Num. PLS	di cui in gruppo	di cui in rete
FG*	389	67	117	65
BAT	267	57	96	39
BA	1027	188	300	164
BR	332	57	60	67
TA	443	79	88	89
LE	674	114	149	89
Puglia	3132	562	810	513

(*) Dato non rilevato per n. 2 distretti

FONTE: Piano di Rientro Puglia 2010-2012

5.1.5 Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

Il numero di posti letto attivati rappresenta un valore sottodimensionato rispetto al valore target (così come individuato dall'art. 8 della l.r n. 26/2006), fissato su base provinciale a 5 posti letto per 10.000 abitanti. Va inoltre segnalato che, allo stato attuale, il tasso medio di occupazione dei posti letto è pari al 60% (Tabella 34).

Tabella 34: Le Residenze Sanitarie Assistenziali – Numero di strutture e posti letto attivi

ASL	Numero strutture	Num. p.l.
Foggia	3	120
BAT	1	60
Bari	6	480
Brindisi	1	40
Taranto	3	160
Lecce	3	160
Totale	17	1.020

FONTE: Piano di Rientro Puglia 2010-2012

5.1.6 Le Residenze SocioSanitarie Assistenziali (RSSA)

Il dato più rilevante che emerge dalla analisi dei dati riguarda la estrema disomogeneità nella distribuzione di residenze socio sanitarie assistenziali sul territorio regionale, nella quale, a fronte di realtà in cui il fabbisogno/copertura territoriale è pari al 7 per 10mila abitanti (parametro previsto dalla LR 26/06), coesistono realtà caratterizzate da una assenza completa di strutture attivate (Tabella 35).

Va inoltre segnalato che, in Provincia di Bari e di Lecce, le strutture esistenti in diversi casi presentano liste di attesa.

Tabella 35: RSSA – Posti letto e numero di utenti presi in carico

ASL	Num. strutture	Num. posti letto
FG	0	-
BAT	3	134
BA	17	833
BR	1	100
TA	4	155
LE	13	561
Totale	38	1.783

FONTE: Piano di Rientro Puglia 2010-2012

5.2 L'organizzazione del Distretto

L'organizzazione del Distretto deve garantire i seguenti sottolivelli assistenziali:

- assistenza sanitaria di base;
- assistenza di emergenza territoriale;
- assistenza farmaceutica;
- assistenza integrativa;
- assistenza specialistica ambulatoriale;
- assistenza protesica;
- assistenza territoriale, ambulatoriale e domiciliare;
- assistenza territoriale semiresidenziale e residenziale;
- assistenza termale;
- assistenza nell'ambito dei programmi riferiti alle aree di intervento specifiche.

L'assetto organizzativo del Distretto deve tenere conto della intersettorialità delle azioni necessarie a garantire i sottolivelli assistenziali e pertanto deve essere costituito da strutture caratterizzate da flessibilità operativa e grande capacità di integrazione con i servizi territoriali dipartimentalizzati, con le strutture ospedaliere ed extraospedaliere e con l'ambito socio -assistenziale perseguendo l'integrazione socio-sanitaria.

Le azioni per qualificare l'assistenza distrettuale si sostanziano nella presa in carico del cittadino-utente e si esprimono attraverso la garanzia:

- di una migliore accessibilità alle prestazioni ed ai servizi;
- di una migliore accoglienza della domanda e suo indirizzo;
- della valutazione integrata del bisogno assistenziale;
- della predisposizione e gestione di progetti personalizzati di assistenza;
- della continuità assistenziale coordinata con l'offerta degli erogatori pubblici e privati accreditati;
- della qualificazione delle cure domiciliari;
- del pieno coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nell'organizzazione distrettuale

Particolare rilevanza, in relazione alle scelte di politica sanitaria regionale, rivestono l'assistenza sanitaria di base, l'assistenza domiciliare, l'assistenza specialistica con particolare riferimento alla riabilitazione, l'assistenza residenziale e semiresidenziale e l'assistenza farmaceutica.

La Regione onde assicurare la presenza nel SSR di livelli di professionalità funzionali al rinnovato ruolo delle strutture territoriali (che divengono garanti anche dell'appropriatezza diagnostico - terapeutica ed economica delle prestazioni erogate), avvia specifici percorsi formativi per i dirigenti sanitari.

5.2.1 Assistenza Sanitaria di Base

Questo sub livello di assistenza comprende tutte le prestazioni assicurate a cura dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, dei medici di continuità assistenziale, nonché le prestazioni che rientrano nell'ambito delle cure domiciliari.

Il medico di medicina generale, il pediatra di libera scelta e il medico di continuità assistenziale costituiscono unitariamente l'elemento di contatto e intermediazione tra il sistema sanitario ed il cittadino. Questo ruolo di importanza strategica per lo sviluppo delle politiche di assistenza territoriale si estrinseca:

- nella valorizzazione della funzione educativa e di promozione della salute;
- nella capacità di conciliare la libertà di cura con comportamenti che, a parità di efficacia ed efficienza, rispondano a criteri di economicità;
- nel governo della domanda attraverso l'orientamento del bisogno espresso, l'utilizzo di percorsi diagnostico-terapeutici e la riduzione della domanda impropria

La Regione e le Aziende USL dovranno mettere in atto ogni utile iniziativa per lo sviluppo delle forme associative tra medici e per la loro integrazione nell'ambito degli obiettivi e dei programmi distrettuali.

Da tale azione possono derivare concrete possibilità di ottimizzazione dei processi assistenziali con particolare riguardo agli accessi impropri al pronto soccorso, ai ricoveri evitabili e/o ripetuti e alla effettiva continuità delle cure.

Il medico di medicina generale ed il pediatra di libera scelta, nel rispetto delle norme regolanti la materia dei livelli di spesa programmati e nelle forme previste dalla Regione, sono responsabili della spesa sanitaria dei propri assistiti.

Al fine di valutare quantitativamente e qualitativamente la domanda di assistenza, la Regione e le Aziende USL sono impegnate nello sviluppo e potenziamento degli standard informativi dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

Sempre al fine del governo della domanda e della programmazione, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta forniscono alle aziende sanitarie territoriali, per il tramite del Distretto, tutte le informazioni che, raccolte e aggiornate nella scheda sanitaria individuale, consentono di monitorare le necessità assistenziali e l'appropriatezza prescrittiva anche in relazione ai rapporti tra medicina di base, medicina specialistica ambulatoriale e ospedaliera, in riferimento a linee guida condivise, all'applicazione di percorsi diagnostico - terapeutici concordati, al rispetto delle note della Commissione unica del farmaco.

5.2.2 Assistenza Domiciliare

L'uso appropriato delle risorse disponibili consente di consolidare il principio generale che la casa resta il miglior luogo di prevenzione, cura e riabilitazione,

rendendo imprescindibile lo sviluppo di forme di cure domiciliari alternative all'uso dell'ospedale.

Tra i principali obiettivi del Distretto vi sono, quindi, il potenziamento dell'assistenza continuativa e la promozione e lo sviluppo di forme alternative al ricovero, azioni queste che meglio qualificano l'assistenza territoriale.

L'assistenza domiciliare viene erogata nelle seguenti forme:

- assistenza domiciliare programmata (ADP) che assicura la presenza periodica del medico di assistenza primaria al domicilio del paziente non ambulabile e nei confronti di pazienti ospiti in residenze protette e collettività, nei casi in cui si rende necessario un monitoraggio intensivo;
- assistenza domiciliare sanitaria (ADS) che consiste nell'erogazione di assistenza infermieristica e riabilitativa;
- assistenza domiciliare integrata (ADI) che assicura prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e socio-assistenziali in forma integrata e secondo piani individuali programmati;
- ospedalizzazione domiciliare attraverso la quale le strutture ospedaliere seguono con proprio personale pazienti che necessitano di prestazioni caratterizzate da particolare complessità, come la terapia del dolore e le cure palliative, l'ossigeno terapia domiciliare, etc. e che, in considerazione di specifiche valutazioni, è possibile erogare direttamente a domicilio;
- Ospedale di Comunità, utilizzando posti letto specificatamente individuati nelle RSA in altre strutture ospedaliere, facendo riferimento anche a sperimentazioni gestionali già realizzate nella regione Puglia.

La Regione si prefigge quale obiettivo prioritario la realizzazione di un sistema integrato di cure domiciliari, inteso anche come risorsa strategica per incrementare l'efficacia e l'efficienza del Sistema sanitario regionale.

Per questa finalità devono essere definiti contenuti e modalità organizzative differenziate per livelli di intensità delle cure domiciliari.

Le azioni regionali per il perseguimento del suddetto obiettivo consistono in:

- indirizzo e supporto regionale per promuovere un maggior coinvolgimento dei Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta;
- indirizzo e supporto regionale per diffondere e potenziare un modello omogeneo di assistenza domiciliare nel territorio pugliese;
- formulazione di linee guida tecnico-professionali ed assistenziali; individuazione di un sistema di monitoraggio e di valutazione regionale delle cure domiciliari in termini di:
 - a) livelli di qualità percepita dalle famiglie e dai pazienti;
 - b) contesto distrettuale (livelli di ospedalizzazione distrettuali, struttura demografica, etc.);
- andamento della domanda di cure domiciliari (tipologia degli utenti, patologie, etc.);
- progetto d'offerta (servizi, ore, giorni, accessibilità, etc.);
- attività (numero degli accessi e qualità delle prestazioni);
- risultati (efficacia sanitaria, efficienza organizzativa, efficienza economica);

- pianificazione di risorse domiciliari adeguate alle esigenze della popolazione.

E' necessario, pertanto, sviluppare un modello unitario e integrato delle cure domiciliari che abbia le seguenti caratteristiche :

- mantenere i pazienti non autosufficienti al proprio domicilio;
- assistere le persone di ogni età con patologie trattabili al domicilio, evitando il ricovero ospedaliero o le strutture residenziali, assicurando la continuità assistenziale e l'integrazione con gli altri livelli di assistenza;
- favorire il recupero e il mantenimento delle capacità di autonomia relazionale, in accordo con le famiglie, per migliorare la qualità della vita dei pazienti;
- sostenere in maniera significativa le famiglie e gli altri soggetti che prestano l'assistenza mediante iniziative varie, tra le quali la diffusione intensiva di competenze ed abilità per una loro autonomia d'intervento;
- pianificazione continua delle risorse, in particolare di quelle professionali, con attenzione prioritaria a quelle infermieristiche.

L'assistenza domiciliare è rivolta in particolare alle persone di ogni età affette da: patologie croniche e disabilità trattabili a domicilio, patologie in fase terminale; riacutizzazioni di patologie croniche o che siano interessate da dimissioni protette da strutture residenziali.

La Giunta regionale individua le modalità per la definizione di uno specifico protocollo d'intesa tra Distretto e Comuni per la individuazione del percorso assistenziale integrato domiciliare per anziani non autosufficienti.

Il costante monitoraggio dei piani assistenziali personalizzati predisposti dall'équipe distrettuale (numero dei pazienti, livello di intensità assistenziale delle varie prestazioni professionali richiesto per i vari quadri clinici e loro presumibile durata media di presa in carico, ore di assistenza media per ogni accesso infermieristico) permettono di pianificare le diverse risorse professionali necessarie e di programmare un servizio domiciliare costantemente adeguato alle esigenze della popolazione del Distretto.

L'assistenza domiciliare, quale componente della rete dei servizi del Distretto, assicura la continuità delle cure al cittadino nelle sue diverse fasi della malattia nei vari percorsi assistenziali a seguito:

- di dimissione ospedaliera, con particolare riguardo alle unità di lungodegenza post acuta e di riabilitazione estensiva, di geriatria, di oncologia, di malattie infettive;
- di completamento e/o d'integrazione del programma socio-assistenziale di tipo residenziale, semiresidenziale, presso residenze protette.

Nella realtà regionale, le cure domiciliari sono storicamente frammentate in molteplici servizi sanitari e sociali, territoriali, spesso non collegati tra loro e presenti in maniera non omogenea nel territorio e ciò è ancor più vero per la

domiciliarità in favore delle persone non autosufficienti, rispetto alla domiciliarità oncologica.

A fronte di una situazione di fragilità complessa e in assenza di valutazione multidimensionale e di corresponsabilizzazione si tende a ricorrere più frequentemente al ricovero nelle strutture e a prolungare impropriamente i periodi di ricovero nelle strutture ad elevata intensità assistenziale sanitaria (strutture riabilitativi ex art. 26 e RSA) per la rinuncia alla definizione di setting assistenziali più appropriati, capaci ad esempio di costruire intorno a un pacchetto di prestazioni domiciliari integrate qualificate un insieme di interventi a supporto del carico di cura familiare (assegno di cura e assistenza indiretta personalizzata) e la integrazione con servizi a ciclo diurno per non autosufficienti capillarmente distribuiti sul territorio.

La mancata attivazione del flusso informativo automatizzato per le prestazioni domiciliari da parte delle ASL e una cultura del dato ancora assai carente, comportano una difficoltà nel reperire i dati trasmessi dalle Asl mediante i modelli FLS 21 (Attività di assistenza sanitaria di base) al Ministero della Salute.

Assistere le persone affette da patologie trattabili a domicilio, mantenendole il più possibile a casa, favorendo il recupero delle capacità residue, supportando i loro familiari, anche attraverso i presidi e gli ausili utili a rendere meno gravoso il carico dell'assistenza, rappresenta uno degli obiettivi prioritari per garantire risposte appropriate alla complessità dei bisogni di salute emergenti.

L'obiettivo di servizio al 3,5% della popolazione anziana significa per la Puglia arrivare alla presa in carico congiunta di persone anziane non autosufficienti almeno pari a 27.925 unità entro il 2013, considerata la proiezione demografica della popolazione anziana in Puglia (Tabella 36).

Tabella 36: Stima del fabbisogno ADI 2009-2013

Stima fabbisogno ADI	2009	2010	2011	2012	2013
Popolazione 65 anni e oltre	735024	747.240	759.938	779.257	797.870
<i>Ob. Serv. S.06 ADI</i>	<i>25.473,00</i>	<i>26.153,40</i>	<i>26.597,83</i>	<i>27.274,00</i>	<i>27.925,45</i>

FONTE: Piano di Rientro Puglia 2010-2012

(S.06:percentuale di Anziani trattati in assistenza domiciliare integrata rispetto al totale della popolazione anziana, oltre 65 anni)

Nel 2009 dai dati provvisori dei modelli FLS 21 (Attività di assistenza sanitaria di base) compilati dalle ASL, ed in corso di verifica, risultano presi in carico circa 20.000 pazienti anziani, che portano l'indicato S.06 (percentuale di Anziani

trattati in assistenza domiciliare integrata rispetto al totale della popolazione anziana, oltre 65 anni), al valore del 2,6 %.

Tale valore è pur sempre positivo rispetto al trend registrato tra il 2005 e il 2008, come rappresentato nella tabella seguente, ma significa che il potenziamento della rete delle prestazioni domiciliari richiede ancora uno sforzo congiunto delle Asl e dei Comuni assai significativo (Tabella 37).

Tabella 37: Valori dell'indicato S.06 per ASL, 2005-2009

ASL	2005	2006	2007	2008	2009
ASL BA	1,1	1,3	0,6	0,7	1,8
ASL BAT		0,7	1,1	1,4	1,9
ASL BR	4,9	8,7	4,7	6,6	6,6
ASL FG	5,3	1,8	2,3	2,3	3,3
ASL LE	1,1	2,0	1,4	1,1	1,8
ASL TA	0,8	1,1	1,1	1,6	4,2
REGIONE PUGLIA	2,0	1,6	1,6	1,9	2,6
Italia	2,9	3,0	3,2	3,5	

FONTE: Piano di Rientro Puglia 2010-2012

(S.06: percentuale di Anziani trattati in assistenza domiciliare integrata rispetto al totale della popolazione anziana, oltre 65 anni)

Si sono accumulate negli ultimi anni una serie di evidenze che indicano (sia pure in maniera non univoca) come i modelli di integrazione e gli approcci al *disease management* condivisi possono risultare meno costosi e più *costo-efficaci* rispetto ai modelli assistenziali privi di forme di territorializzazione

5.2.3 Assistenza Specialistica

Le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale vengono erogate nei poliambulatori distrettuali, nelle strutture ospedaliere pubbliche e presso strutture private e professionisti accreditati.

Obiettivo strategico della programmazione regionale è quello di coinvolgere tutti gli attori di questo sub-livello assistenziale in una effettiva competizione collaborativa.

Nella funzione di assistenza specialistica sono presenti aree prestazionali che presentano aspetti di criticità e di non sicura appropriatezza. I nomenclatori di

riferimento appaiono non aggiornati, sicché si palesa la necessità di revisione degli stessi.

Nella definizione dell'offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali vanno, pertanto, considerate:

- l'appropriatezza delle prestazioni alla luce della evidenza scientifica;
- l'ottimizzazione dell'uso delle risorse.

La definizione dell'appropriatezza delle prestazioni costituisce la base di partenza per la definizione della tipologia di prestazioni da includere nel nomenclatore regionale, nonché per la gestione delle liste di attesa differenziate per priorità.

La ottimizzazione dell'uso delle risorse prevede le seguenti azioni:

- revisione del tariffario regionale;
- individuazione di percorsi diagnostico-terapeutici con il pieno coinvolgimento dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e dei medici specialisti;
- monitoraggio delle prestazioni specialistiche erogate;
- promozione delle politiche di budget.

Il sub-livello assistenziale specialistico viene attualmente assicurato nella regione, relativamente alla ripartizione pubblico-privato, per circa 2/3 dalle strutture ospedaliere e territoriali pubbliche e per circa 1/3 dalle strutture private e professionisti accreditati. L'offerta riguardo alla ripartizione nelle diverse province avviene in forma disomogenea in considerazione:

- della presenza di strutture ospedaliere a varia complessità e diversa capacità erogativa esterna in ragione del carico di lavoro istituzionale;
- dello sviluppo della rete poliambulatoriale pubblica nel territorio;
- della distribuzione e della tipologia di strutture private e professionisti accreditati.

Conseguentemente le scelte regionali in materia dovranno tenere conto:

- della complessità organizzativa che deve tendere a rendere compatibili i diritti ed i bisogni dei cittadini con le convenienze economiche;
- della esigenza di garantire le prestazioni secondo una scala di priorità anche al fine della corretta gestione delle liste di attesa;
- della promozione e sviluppo della qualità tecnologica, tecnica e professionale.

La necessità di temperare le risorse alla esigenza di assicurare un livello assistenziale accessibile, equo, efficace ed efficiente rende sempre più attuale e rafforza la politica dei tetti di spesa, già avviata dalla Regione, sia nei confronti degli erogatori pubblici che di quelli privati.

Nell'ambito del sub-livello assistenza specialistica, come si è visto, particolare rilievo assume la erogazione di prestazioni riabilitative, in relazione sia alle considerazioni di carattere clinico che alle implicazioni organizzative. Le prestazioni riabilitative vengono infatti erogate attraverso:

- gli ambulatori ospedalieri di medicina fisica e riabilitazione;
- le unità specialistiche dei poliambulatori territoriali;
- le strutture specialistiche private accreditate;
- gli ambulatoriali della struttura territoriale di Medicina fisica e riabilitazione.

Le strutture ambulatoriali ospedaliere, dei poliambulatori territoriali e gli ambulatori privati sono preposti ad assistere:

- pazienti con disabilità transitorie o minimali che richiedono un programma terapeutico-riabilitativo di norma a breve termine;
- pazienti dimessi da strutture ospedaliere per acuti per i quali si rende necessaria la prosecuzione del trattamento riabilitativo impostato;
- pazienti dimessi da strutture ospedaliere riabilitative per i quali si ritiene opportuno il completamento del programma riabilitativo in regime ambulatoriale.

Gli ambulatori della struttura di Medicina fisica e riabilitazione e gli ambulatori privati sono preposti ad assistere pazienti con disabilità importanti che richiedono un programma terapeutico riabilitativo con grado di complessità medio elevato. L'assetto organizzativo tiene conto delle modalità di erogazione delle prestazioni in ambito ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale, residenziale, nonché dei compiti di verifica del progetto riabilitativo e del programma riabilitativo, nel rispetto degli indirizzi regionali.

5.2.4 Assistenza nelle Residenze Sanitarie

L'uso appropriato dell'ospedale richiede che questo venga limitato ai ricoveri in fase acuta, e post acuta (lungodegenza e riabilitazione), restando a carico delle strutture residenziali i trattamenti di lungo assistenza e di riabilitazione prolungata non effettuabili a domicilio.

Le residenze sanitarie pubbliche e private accreditate sono funzionalmente integrate con la rete ospedaliera e strutturano la loro organizzazione in considerazione della minore intensità delle cure da erogare .

La tipologia delle strutture residenziali è correlata al grado di intensità dell'assistenza da erogare e tiene conto dell'autonomia del paziente, della complessità clinica e dell'impegno degli interventi richiesti, nonché della necessità della valutazione dei tempi necessari al recupero psico-fisico.

Le residenze sanitarie si distinguono in:

- residenza sanitaria assistenziale (RSA) nella quale l'accesso è riservato a pazienti non autosufficienti o che comunque si trovano nella impossibilità, anche temporanea, di usufruire di forme alternative di assistenza (assistenza domiciliare o in strutture semiresidenziali);

- residenza sanitaria protetta (es. casa protetta) nella quale l'accesso è riservato a pazienti parzialmente non autosufficienti non assistibili al proprio domicilio;
- residenza sanitaria per le cure palliative (Hospice) che eroga prestazioni di tipo palliativo unitamente a quelle assistenziali a pazienti in fase terminale;
- Ospedale di Comunità, nel quale l'accesso è riservato a pazienti che comunque si trovano nella impossibilità, anche temporanea, di usufruire di forme alternative di assistenza.

La Giunta regionale regola in ordine:

- alle modalità di accesso;
- alla erogazione dell'assistenza sanitaria;
- alla erogazione degli interventi riabilitativi;
- all'organizzazione delle attività socio-assistenziali.

5.2.5 Assistenza Riabilitativa

In Puglia sono erogate in media 75,8 giornate di assistenza riabilitativa per 1000 abitanti in regime residenziale, e 14,3 giornate in regime semiresidenziale, a fronte delle 88,1 e delle 41,4 giornate per 1000 abitanti rilevate a livello nazionale.

Tale offerta, se in valore assoluto non appare particolarmente sovradimensionata, caratterizzata dai seguenti fattori che concorrono complessivamente individuare una significativa area di razionalizzazione della spesa:

- il sistema di offerta pubblico di prestazioni riabilitative, con specifico riferimento alle strutture a ciclo diurno, quali i centri di riabilitazione non operano al massimo delle rispettive potenzialità per le croniche carenze di personale specializzato (neuropsichiatri, terapisti della riabilitazione, fisioterapisti, infermieri, educatori professionali) e per significative inefficienze organizzative;
- i percorsi di riabilitazione, sia residenziali che semiresidenziali hanno durate medie non corrispondenti alla fase acuta delle patologie e agli effettivi fabbisogni di cura dei pazienti, interessando anche la fase della cronicità che è tipicamente caratterizzata da inferiori, quando non assenti, possibilità di recupero delle abilità funzionali residue;
- sono ancora carenti le strutture di riabilitazione ad elevata intensità assistenziale nell'area della riabilitazione neuropsichica dell'età evolutiva (sono solo 4 le strutture in Puglia a carattere residenziale) e le strutture specializzate nella riabilitazione per persone affette da disturbi del comportamento alimentare;
- la rete delle strutture riabilitative residenziali non può e non deve surrogare la capacità di accoglienza di strutture residenziali sociosanitarie per il cosiddetto

“dopo di noi” per disabili gravi senza il necessario supporto familiare, ma che abbiano superato le fasi acute del percorso riabilitativo;

- la carenza fino a qualche anno fa di una offerta articolata di strutture sociosanitarie a carattere socio educativo e riabilitativo ha trattenuto a carico del SSR gli oneri finanziari connessi alla quota “sociale” delle prestazioni riabilitative, nella fase post-acuta;
- pur in presenza di una offerta nettamente incrementata negli ultimi anni, le ASL non provvedono ancora a modificare i progetti assistenziali individualizzati dei pazienti in carico per differenziare la stessa presa in carico, vista l’assenza della determinazione a livello regionale di una programmazione omogenea del fabbisogno in numero di posti letto per le strutture socio-riabilitative che, insieme a prestazioni di riabilitazione di bassa intensità, promuovono percorsi di reinserimento e di inclusione sociale.

5.2.6 Assistenza Farmaceutica

L’Assistenza Farmaceutica svolge una funzione fondamentale nella assicurazione dei Livelli Essenziali di Assistenza. Interagendo con le variabili: epidemiologiche, culturali, sociali ed economiche, il farmaco costituisce strumento fondamentale sia nei processi di cura che nelle strategie di prevenzione primaria e secondaria, potenzialmente in grado di modificare l’epidemiologia generale, clinica, assistenziale delle patologie più rilevanti.

Correlandosi secondo un rapporto di causa–effetto all’invecchiamento progressivo della popolazione ed alla crescente offerta di tecnologie innovative, l’uso dei farmaci si colloca in uno scenario di scelte sanitarie che non possono prescindere dalla scarsità di risorse disponibili, imponendo il ricorso a strumenti d’analisi che sappiano giustificare la validità degli investimenti.

In tale contesto, proseguendo l’azione intrapresa con la legge 39/06 e deliberazioni attuative, la Regione deve consolidare, in un’ottica di miglioramento continuo, i percorsi individuati per il perseguimento pieno degli obiettivi stabiliti. Nel prospettare, però, la programmazione dell’assistenza farmaceutica non si può prescindere da una preventiva breve analisi retrospettiva sulle disposizioni e l’andamento della relativa spesa negli ultimi anni, a partire dal 2000. In tale analisi si prescinde da valutazioni di carattere etico-clinico. E’ nota, infatti, la dicotomia tra etica ed economia che nel campo dell’assistenza farmaceutica si presenta in maniera molto evidente.

Limitando, quindi, l’osservazione, bisogna partire da alcune constatazioni di seguito riportate. Fino all’anno 2000 vigeva in tutto il territorio nazionale l’obbligo della compartecipazione alla spesa farmaceutica da parte del cittadino. La spesa farmaceutica tramite le farmacie convenzionate era attestata in Puglia a 658 milioni di euro.

Con l'abolizione del ticket, disposto con la finanziaria 2001, in uno con le variazioni nei prezzi, alla revisione delle note AIFA, al mutamento del mix tra i farmaci la spesa è aumentata nel solo 2001 del 33% con un incremento in termini assoluti circa 200 milioni di euro a condizioni epidemiologiche immutate. Tale circostanza ha portato necessariamente all'attenzione dei governi nazionali e regionali un fenomeno estremamente rilevante potendosi valutare il costo dell'assistenza farmaceutica convenzionata e quella non convenzionata (ospedaliera per ricoverati e non) intorno al 20% (un quinto di tutta la spesa sanitaria) portando alla crisi economico finanziaria di molte regioni.

Quanto sopra ha determinato la necessità di superare il patto Stato-Regioni e P.A. del 3.8.2000 (accordo di stabilità) pervenendosi all'accordo dell'8 agosto 2001. Nel giro di circa 3 mesi dall'accordo è stato adottato il DPCM di definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza e contestualmente ed è intervenuta la legge costituzionale n. 3/2001.

Dalle suddette disposizioni emerge, chiaramente, l'importanza del farmaco non solo per gli effetti sulla salute ma anche quale determinante di spesa sanitaria con l'esigenza di coniugare etica ed economia.

Il nuovo assetto che emerge dall'accordo dell'8.8.01, riprodotto nella legge 405 del novembre 2001, e restante quadro normativo, è caratterizzato dall'attenzione ad aspetti riguardanti i brevetti, i farmaci generici (oggi equivalenti), esclusione dalla rimborsabilità, reintroduzione della compartecipazione, distribuzione diretta, accordi col sistema distribuito, proutuari terapeutici, prezzi di riferimento.

Tutti i suddetti ambiti di azioni e responsabilità non possono prescindere dalla valutazione dell'appropriatezza e dei costi del relativo livello assistenziale.

La sanità diventa, quindi, il banco di prova del federalismo e la farmaceutica la parte più avanzata del processo di responsabilizzazione delle regioni.

Storicamente, con la Legge 405/01 fu fissato un tetto di spesa per l'assistenza farmaceutica "territoriale" (termine poi corretto in "convenzionata ") in misura pari al 13% della spesa sanitaria complessiva.

Subito dopo l'entrata in vigore della legge 405/01 e contestualmente all'Intesa sui Livelli Essenziali di Assistenza di cui al DPCM 29.11.01 è intervenuto il primo piano sanitario della regione Puglia che anticipava il PSN 2003/2005.

Il Piano Sanitario Nazionale aveva previsto, nel settore farmaceutico, quali obiettivi prioritari e strategici:

- Uso razionale dei farmaci;
- Farmaceutica quale settore più avanzato del processo di devoluzione ferma restando la garanzia ai cittadini dei farmaci essenziali;
- Programma di farmacovigilanza quale strumento per valutare le reazioni avverse ed il profilo beneficiorischi dei farmaci per la sicurezza dei pazienti (buon uso del farmaco);
- Farmaco tra i temi nazionali ECM;
- Valorizzazione dell'informazione sui farmaci;
- Promozione dell'appropriatezza delle prescrizioni e dei consumi;
- Rilancio della sperimentazione clinica dei farmaci e ruolo dei comitati eticisociali;
- Accesso rapido ed agevole ai farmaci innovativi.

Il PRS 2002/2004 che aveva preceduto il PSN si era già posto l'obiettivo della realizzazione di un'assistenza farmaceutica capace di coniugare le limitate risorse disponibili con la più che proporzionale progressione della spesa legata a:

- Evoluzione demografica con invecchiamento della popolazione;
- Progresso scientifico;
- Allungamento della durata di malattia, nel caso di patologie croniche;
- Profilo interdisciplinare degli interventi;
- Qualificazione delle aspettative della collettività in termini di qualità della vita.

In campo regionale la Puglia ha disciplinato parallelamente agli interventi normativi di livello nazionale a partire dal 2002 i provvedimenti legislativi regionali del 2002 che hanno influito positivamente sulla spesa farmaceutica a carico del SSN sono stati principalmente: il delisting dei farmaci della lista B1 e B2 consistente nella esclusione dalla rimborsabilità sostitutiva dal mese di agosto, dall'introduzione del ticket (su confezioni, su ricetta e sui farmaci dell'allegato I e II) e il potenziamento della distribuzione diretta mediante accordo con Federfarma.

Al primo provvedimento hanno fatto seguito progressive modifiche del sistema di compartecipazione alla spesa a partire dall'1.9.03 per pervenire alla sostanziale riduzione dall'1.10.05 che ha portato a circa il 60% dei cittadini e quasi l'80% dei consumatori all'esenzione totale.

Ma l'intervento più rilevante è costituito dalla reintroduzione del ticket da agosto 2002 con un totale di 944.000 cittadini esenti

Negli anni successivi sono intervenuti ulteriori iniziative statali quali:

- Istituzione dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)
- Introduzione dello sconto parziale 4,12% dall'1.7.04 al 31.10.05 per il ripiano dello splafonamento rispetto al 13%;
- Adozione del "Prontuario Ospedale – Territorio";
- PHT e revisione delle note CUF (divenute note AIFA);
- Introduzione del prontuario farmaceutico 2005;
- Variazione con determinazione AIFA dello sconto dal 4,12 al 5% dal 16.1.06.

Negli stessi anni 2004-2005 si è contemporaneamente proceduto ad elevare i livelli di esenzione della compartecipazione alla spesa farmaceutica i quali, nonostante gli interventi nazionali e regionali, hanno avviato un percorso di nuova crescita della spesa. Infatti nel 2004 in Puglia la spesa si è elevata a 860 milioni con una variazione in aumento sul 2003 del 9% e con una incidenza sulla spesa totale del 15,6%. Dall'1 ottobre 2005 viene notevolmente ampliata la fascia degli esenti dal ticket e dall'1.11.05 cessa lo sconto 4,12% sui farmaci che era stato introdotto per recuperare lo splafonamento del 2004.

Sostanzialmente l'effetto negativo in Puglia è pari al 4,81% rispetto alla media nazionale.

E' evidente che il governo regionale in questo periodo ha optato per il modello deontologico basato sulla garanzia dei principi etici di fondo, al fine di evitare

l'espulsione di fasce di cittadini dalla garanzia di un così importante livello assistenziale, ponendo in subordine il principio utilitaristico fondato su scelta tecnica di rapporto costo-benefici.

La situazione verificatasi nel I° semestre 2006 ha indotto la regione ad assumere importanti iniziative.

Dal 6 giugno 2006 a seguito di accordo tra Regione, Federfarma e le Associazioni dei distributori intermedi è stata avviata la distribuzione diretta "per conto" del S.S.R. da parte delle farmacie convenzionate dei farmaci erogabili a pazienti e soggetti a controllo ricorrente.

Tale iniziativa ha realizzato due obiettivi estremamente qualificanti rendendo più agevole l'accesso a detti farmaci, in precedenza erogabili attraverso la duplice via pubblico – privato, e al tempo stesso realizzando consistenti economie riducendo notevolmente il divario rispetto al trend nazionale dell'incremento della spesa. Successivamente con la legge 39 di fine anno 2006 è stato introdotto un pacchetto di interventi di razionalizzazione che sostanzialmente rappresentano la programmazione nel campo farmaceutico della regione Puglia per i prossimi anni. Con la legge il governo regionale è riuscito a contemplare le esigenze deontologiche con quelle economicistiche evitando iniziative di razionamento a favore della razionalizzazione, programmando una serie di iniziative che vengono più avanti riportate e descritte e che rappresentano gli obiettivi di sistema di questo PRS.

All'interno del sistema salute il farmaco assumere un ruolo importante quale "indicatore generale" della qualità complessiva del sistema sanitario onde è fondamentale la promozione di una politica del farmaco che integri il rigore scientifico con gli obiettivi di contenimento e razionalizzazione che sono alla base del presente piano.

Ne deriva l'esigenza di orientare le scelte prescrittive verso prestazioni più appropriate e più qualificate riconoscendo grande rilievo alla partecipazione di medici e farmacisti nell'analisi – commento, uso dei dati.

Contestualmente va reso più consapevole il cittadino degli aspetti relativi alla tutela della propria salute.

6 Assistenza ospedaliera

L'Ospedale garantisce l'attività di diagnosi, terapia e riabilitazione nei confronti di patologie in fase acuta e/o gravi e complesse, attraverso l'alta specializzazione e le moderne tecnologie, sia in emergenza ed urgenza che in modo programmato, in regime di ricovero ordinario, di ricovero diurno, ambulatoriale e domiciliare.

Nel settore dell'assistenza ospedaliera il rapporto tra domanda e offerta è stato sempre condizionato dall'offerta per cui, in questo ambito, vengono essenzialmente indirizzati gli interventi, contestualmente al potenziamento dell'offerta nelle aree della prevenzione e della assistenza territoriale.

In altri termini l'Ospedale, in quanto struttura ad elevata complessità specialistica e tecnologica, dovrà essere destinato ai pazienti affetti da patologie importanti che versino in grave situazione di rischio e/o che si trovino in fase acuta, e comunque in condizioni non affrontabili dai livelli assistenziali diversi dall'ospedaliero.

Vengono ad essere inoltre promossi:

- incisivi programmi di miglioramento del grado di appropriatezza;
- percorsi diagnostico terapeutici che riducano gli accessi impropri;
- collegamenti in rete tra ospedali e territorio;
- politiche di formazione e aggiornamento;
- implementazione del sistema informativo finalizzato alla verifica della efficienza e della qualità;
- perfezionamento a regime del sistema di remunerazione e controllo.

Allo stato attuale, purtroppo, il sistema ospedaliero pugliese, che pure è connotato dalla presenza di eccellenti professionalità ed elevate tecnologie, è caratterizzato da un'abbondanza di servizi analoghi, da carenza di strutture importanti ed assenza di funzioni essenziali ai fini della tutela complessiva della salute dei cittadini.

Inoltre si presentano aspetti di disorganicità in termini di collegamenti organizzativi e funzionali della rete, di insufficiente integrazione col territorio.

Appare indispensabile ridefinire la rete ospedaliera, sia in ragione del rapporto domanda/offerta che in relazione ai vincoli normativi, attraverso un programma di interventi che individui gli Ospedali sui quali operare le riduzioni di posti letto e di Unità Operative, a cui dare successiva e tempestiva esecuzione nel quadro degli strumenti di programmazione operativa costituiti dai Piani attuativi locali delle Aziende Sanitarie.

Specifica attenzione dovrebbe essere data alla individuazione di Punti di Eccellenza, con l'obiettivo di creare Centri di Alta Specializzazione costituendo, unitamente alle strutture esistenti, una Rete di Eccellenza rivolta a patologie e/o trattamenti complessi che richiedono specifiche concentrazioni di conoscenza.

6.1 Livello di assistenza ospedaliera

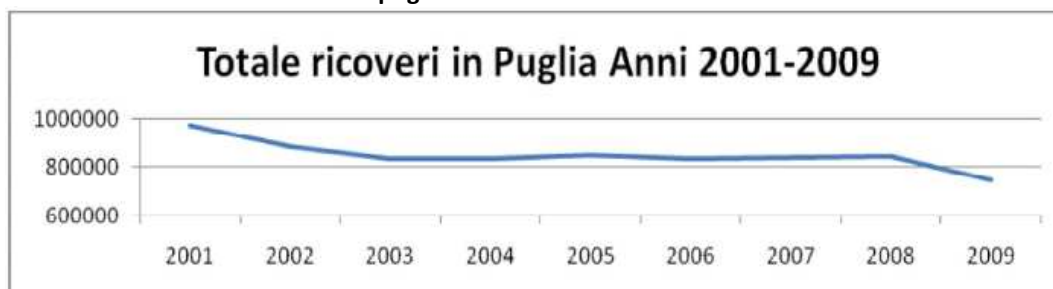
Il numero di ricoveri nelle strutture ospedaliere della Regione Puglia dal 2001 al 2009 è progressivamente diminuito del 23%. Tale riduzione risulta più marcata tra il 2001 e il 2002 (-9,2%); dopo un ulteriore decremento tra il 2002 ed il 2003 (-5,5%), il numero di ricoveri può essere considerato sostanzialmente costante (Tabella 38 e Grafico 4), mentre nel 2009 si osserva una importante riduzione. Il confronto del tasso di ospedalizzazione pugliese con quello italiano e delle regioni del mezzogiorno, limitatamente ai ricoveri in regime ordinario, evidenzia che la tendenza rilevata in Puglia concorda con quanto rilevabile sull'intero territorio nazionale (ISTAT 2009). La riduzione dell'ospedalizzazione è avvenuta prevalentemente a carico dei ricoveri in regime ordinario (RO), che tra il 2001 e il 2009 si sono ridotti del 21,1%. Il numero dei ricoveri in mobilità passiva registrati tra il 2001 e il 2009 è invece aumentato del 9.4%. L'anno in cui si è verificato il maggior incremento di ricoveri in mobilità passiva è stato il 2004, in cui si sono verificati il 7% di ricoveri in più rispetto all'anno precedente (Grafico 2). A partire dal 2006 tuttavia si è osservato un andamento stabile del numero dei ricoveri in mobilità passiva.

Tabella 38: Distribuzione per anno e regime di ricovero dei ricoveri totali, entro e fuori regione, dei residenti nella regione Puglia e relativo tasso di ospedalizzazione (per 1.000 abitanti).

Anno	Totale ricoveri in regione Puglia	Regime ordinario		Day Hospital		Tasso di ospedalizzazione senza mobilità passiva	Totale ricoveri in mobilità passiva	Tasso di ospedalizzazione con mobilità passiva
		n	tasso x 1000	n	% sul totale dei ricoveri			
2001	972.982	771.255	189,05	159.224	17,11	242,15	61.130	257,74
2002	883.185	730.778	179,13	112.672	13,36	219,48	62.813	235,46
2003	834.714	677.290	166,01	120.435	15,1	205,91	65.544	222,48
2004	835.753	649.010	159,08	152.728	19,05	205,83	70.328	223,48
2005	850.964	646.784	158,54	172.242	21,03	209,93	72.608	228,11
2006	833.134	650.246	159,39	182.888	21,95	204,62	73.532	222,69
2007	838.509	641.557	157,26	196.952	23,49	206,03	70.254	223,29
2008	846.750	631.486	154,79	215.264	25,42	207,71	67.654	224,31
2009	749022	608.545	149,16	140.477	18,75	183,74	66.864	199,97

FONTE: Piano di Rientro Puglia 2010-2012

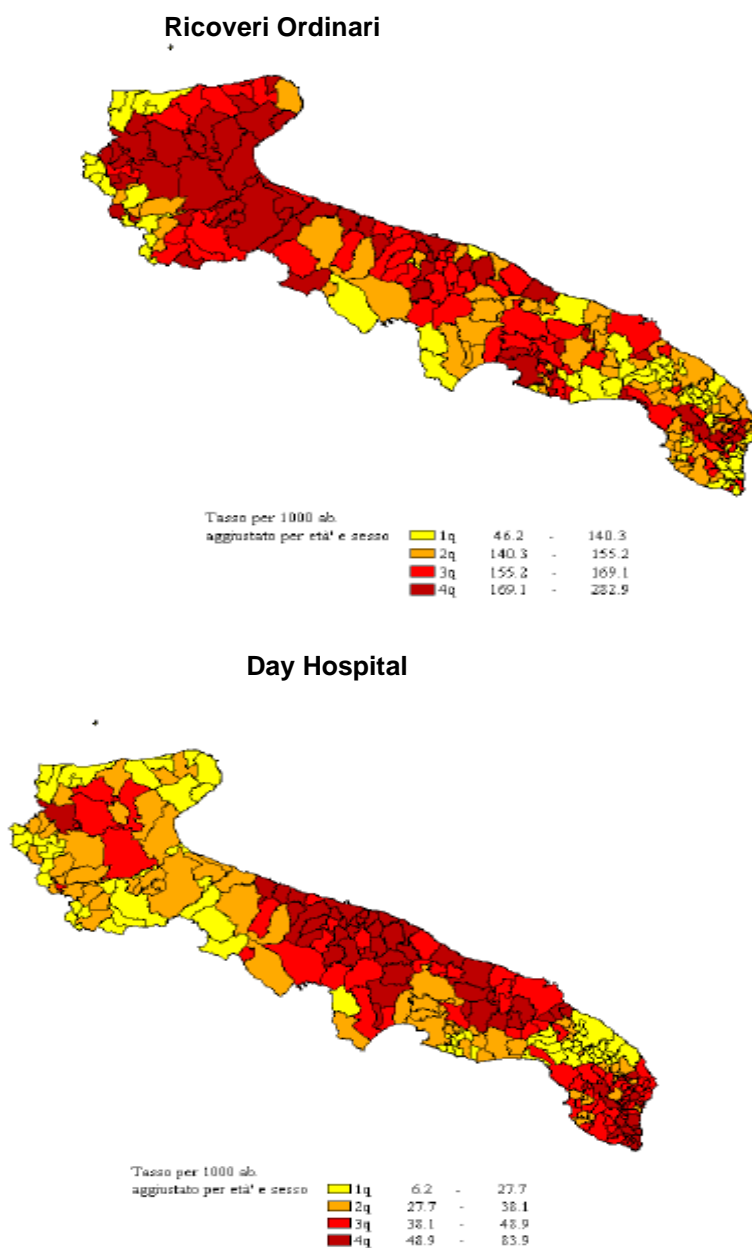
Grafico 4. Andamento ricoveri in puglia anni 2001-2009



FONTE: Piano di Rientro Puglia 2010-2012

La distribuzione geografica regionale del tasso di ospedalizzazione non evidenzia aree di maggior ricorso all'ospedalizzazione. Si possono osservare, invece, alcune differenze nell'utilizzo delle due modalità di ricovero: i residenti dei Comuni della provincia di Foggia, della BAT, della zona a sud di Bari e del Tarantino fanno un maggior ricorso ai RO. Nelle province di Bari, Brindisi, Lecce, e nella città di Foggia e nei Comuni limitrofi, invece, è più elevato l'utilizzo del Day Hospital (Cartogramma 1).

Cartogramma 1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato per sesso ed età, senza mobilità passiva. Puglia, anno 2009.



FONTE: Piano di Rientro Puglia 2010-2012

La Tabella 39 mostra le principali cause di ricovero sia in regime ordinario che in Day Hospital per provincia di residenza, relativamente ai ricoveri effettuati nelle strutture regionali. I ricoveri in regime ordinario per “tutti i tumori” mostrano un trend in diminuzione in tutte le province, così come i ricoveri in regime di DH per la stessa causa sono aumentati. Stabile risulta, invece, il numero di ricoveri in RO per tumore della mammella eccetto che nella province di Lecce e Taranto che presentano una tendenza in aumento. Le malattie degli organi di senso sono trattate sempre meno frequentemente in regime di RO, mentre aumenta notevolmente il carico di ricoveri in regime di DH. Questo gruppo di patologie contiene una delle più frequenti cause di ricorso alla struttura ospedaliera, “l’intervento per la rimozione della cataratta”.

La domanda di assistenza relativa a questo intervento appare, maggiormente soddisfatta con la modalità operativa del ricovero diurno. I ricoveri in RO per diabete mellito appaiono in progressiva riduzione in tutte le province a cui corrisponde un lieve aumento dei ricoveri in DH. Tra le malattie cardiocircolatorie, i ricoveri per ipertensione arteriosa sono in riduzione in tutte le province, mentre sono in aumento quelli per infarto del miocardio ed in lieve aumento quelli per disturbi circolatori dell’encefalo. Le malattie dell’apparato digerente, dell’apparato urinario e le cause accidentali appaiono in riduzione, come anche le malattie dell’apparato respiratorio. Tra queste ultime restano invece stabili i ricoveri in regime RO per BPCO.

Tabella 39: Ricoveri per causa nel periodo 2001-2009, distinti tra Ordinari e Day Hospital, con esclusione della mobilità passiva.

Causa	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	O	D.H.	O	D.H.	O	D.H.	O	D.H.	O	D.H.	O	DH	O	DH	O	DH
1-139 Malattie infettive	16 508	4 830	14 893	2 894	13 459	2 928	12 302	3 559	11 070	4 279	11 693	4 853	11 149	4 455	10 638	5 079
140-239 Tumori	50 314	12 090	48 833	12 148	46 000	13 268	46 669	16 564	48 163	19 669	39 304	19 947	39 470	20 596	40 321	20 479
151 tumori maligni dello stomaco	867	85	905	74	840	82	915	98	957	110	870	92	999	121	898	94
153-154 tumori maligni colon, retto e ano	2 876	436	2 805	342	2 875	305	2 975	394	3 213	405	3 281	384	3 413	449	3 444	526
162 tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni	2 762	383	2 834	264	2 667	264	2 907	280	3 151	309	2 996	284	3 076	295	3 081	394
174 tumori maligni della mammella della donna	2 678	513	2 525	485	2 642	458	2 676	544	2 706	459	2 791	499	2 892	555	2 997	647
250 Diabete Mellito	8 308	10 764	7 520	9 965	6 854	8 281	6 657	10 410	6 060	11 010	6 212	12 155	6 035	12 539	5 969	13 405
320-359 Malattie del sistema nervoso	15 514	2 288	14 828	2 545	13 590	2 929	13 400	4 374	13 540	4 798	12 347	5 432	12 301	6 166	11 903	6 595
331 Altre degenerazioni cerebrali (Demenze)	1 083	17	1 118	1	1 078	2	1 431	2	1 405	3	1 638	7	1 672	5	1 693	30
360-389 Malattie degli organi di senso	39 638	10 394	33 994	12 413	24 051	17 007	18 772	22 957	18 240	25 512	17 070	26 904	17 840	31 102	16 632	36 961
390-459 Malattie del sistema cardiocircolatorio	100 577	20 735	97 123	14 651	94 483	13 937	93 813	20 256	94 972	21 676	65 019	35 111	66 119	40 228	66 708	45 54
401-404 Ipertensione arteriosa	12 262	14 837	10 577	11 861	8 694	11 320	7 621	17 308	7 672	18 233	7 957	19 064	8 158	20 506	8 107	21 577
410 Infarto del miocardio	4 857	11	5 078	3	5 171	4	5 179	3	5 494	3	6 374	1	6 656		6 431	1
430-438 Disturbi circolatori dell'encefalo	17 464	230	17 996	81	17 671	58	18 042	60	17 845	188	18 259	234	17 451	263	17 093	318
460-519 Malattie dell'apparato respiratorio	55 431	6 503	55 863	1 282	55 657	2 245	51 031	4 538	54 524	6 032	38 397	4 629	39 201	4 706	39 072	4 982
493 Asma	2 330	1 200	2 318	157	2 112	266	1 952	477	1 942	643	1 894	774	1 699	939	1 714	1 105
490-491 Bronchite	13 541	1 657	13 082	262	13 719	349	12 710	600	14 062	809	976	184	10 34	123	738	142
491.2 BPCO	11 860	1 278	11 991	205	12 651	246	11 743	531	13 067	661	11 549	664	11 024	598	10 022	674
520-579 Malattie dell'apparato digerente	83 054	15 364	78 854	6 949	70 486	7 510	65 503	10 339	64 314	12 983	64 741	13 262	63 836	14 093	61 762	15 343
580-599 Malattie dell'apparato urinario	23 976	5 644	23 162	2 860	21 123	3 025	20 890	3 095	20 841	3 561	20 741	3 675	20 327	3 863	19 972	4 162
800-999 Cause accidentali e violente	65 984	3 752	61 391	1 819	56 378	1 965	53 647	2 607	53 812	2 738	53 687	2 711	50 710	2 800	49 143	3 087
Altre	312 040	66 859	294 313	45 158	275 200	47 340	266 316	54 016	261 218	59 976	262 450	63 622	256 495	68 750	253 148	75 709
Totale	771 244	159 223	730 774	112 672	677 281	120 435	649 000	152 715	646 754	172 234	650 246	182 888	641 557	196 952	631 486	215 264
Totale complessivo	930 467		843 446		797 716		801 715		818 988		833 134		838 509		846 750	

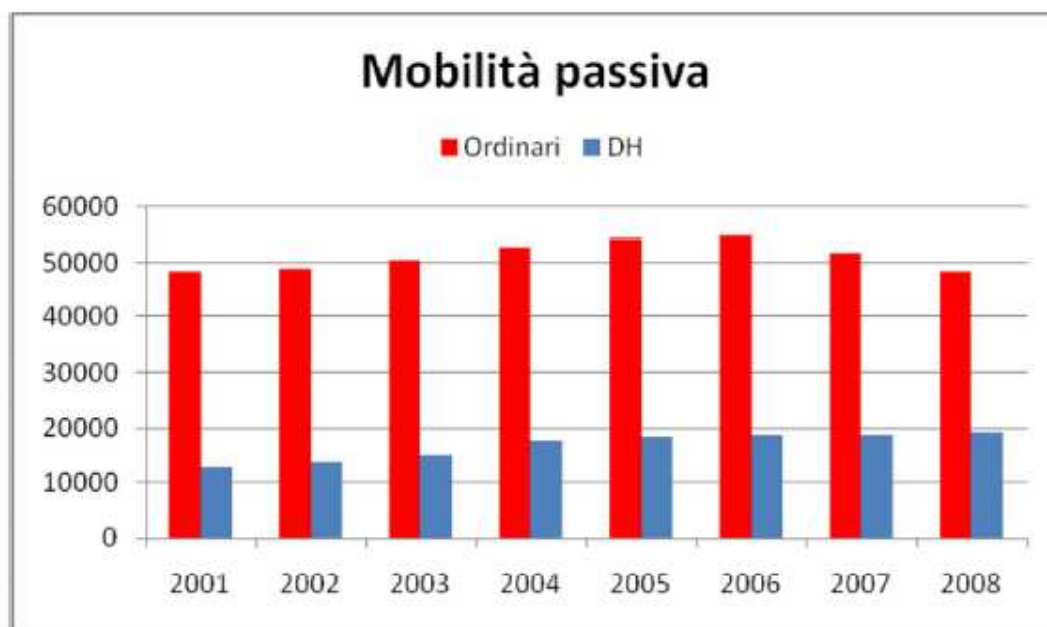
FONTE: Piano di Rientro Puglia 2010-2012

6.1.1 Mobilità passiva

I ricoveri dei residenti pugliesi presso strutture ospedaliere di altre regioni, sebbene siano lievemente aumentati in numero assoluto, non mostrano particolari tendenze in aumento nelle principali MDC (Grafico 5). La principale causa di ricovero in strutture ospedaliere extraregionali sono i tumori, seguiti dalle patologie del sistema cardiocircolatorio (Tabella 40). Nella provincia di Foggia quest'ultima causa è più frequente dei tumori, mentre nelle province di Bari e Lecce lo scarto numerico tra le due cause è piuttosto ampio. Un'ulteriore causa di mobilità passiva è rappresentata dalle diagnosi relative alle malattie degli organi di senso: le province di Lecce e Foggia, infatti, presentano un numero di ricoveri fuori regione simile a quello delle malattie cardiovascolari.

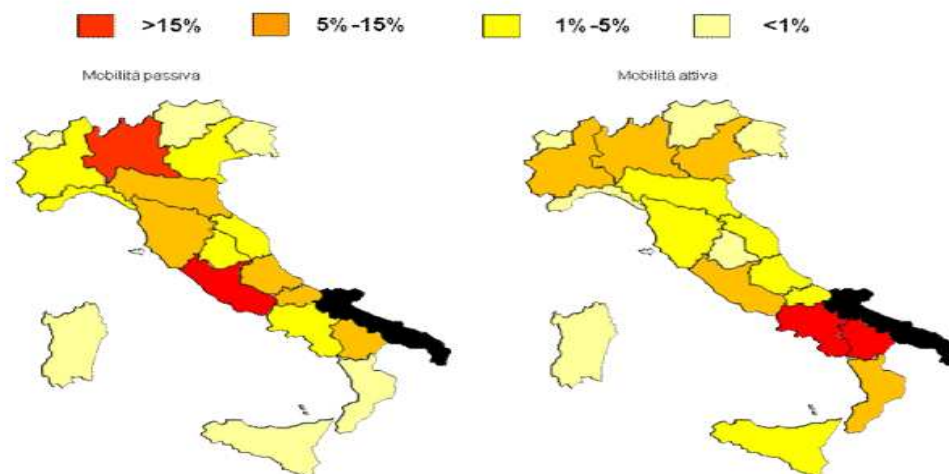
Nel cartogramma 2 sono mostrate le principali regioni presso le quali si verificano con maggior frequenza i ricoveri di pazienti residenti nella regione Puglia. Nella stessa figura è mostrata anche la frequenza regionale di ricoveri effettuati in strutture della regione Puglia da parte di residenti in altre regioni. L'esportazione di ricoveri avviene prevalentemente presso strutture del Nord Italia e del Lazio, mentre la mobilità attiva (pari al 3,4% di tutta l'attività ospedaliera) origina prevalentemente da regioni del Sud Italia (Basilicata e Campania).

Grafico 5: Distribuzione dei ricoveri dei residenti nella regione Puglia, per regime di ricovero, effettuati nelle strutture extraregionali



FONTE: Piano di Rientro Puglia 2010-2012

Cartogramma 2: Distribuzione dei ricoveri in mobilità passiva per regione in cui si è recato il paziente (a sinistra) e distribuzione dei ricoveri in mobilità attiva per regione di provenienza (a destra). Anno 2008.



Fonte: Piano di Rientro Puglia 2010-2012

Tabella 40: Ricoveri per causa nel periodo 2001-2008, distinti tra Ordinari e Day Hospital, mobilità passiva, PUGLIA

Causa	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	O	D.H.	O	D.H.	O	D.H.	O	D.H.	O	D.H.	O	DH	O	DH	O	DH
1-139 Malattie infettive	684	367	597	306	595	319	695	309	650	298	610	328	556	311	560	329
140-239 Tumori	5 764	1 336	5 698	1 395	5 959	1 502	6 210	1 636	6 502	1 814	5 785	1 660	5 643	1 720	5 652	1 785
151 tumori maligni dello stomaco	79	6	87	4	80	10	94	3	111	3	82	3	121	4	84	3
153-154 tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni	246	25	284	28	326	26	323	30	293	27	316	29	313	19	365	26
162 tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni	356	51	358	61	313	38	314	42	331	58	338	45	282	38	274	35
174 tumori maligni della mammella della donna	305	60	274	48	287	43	280	47	287	53	344	30	286	34	297	39
250 Diabete Mellito	333	166	290	189	282	178	322	183	291	205	306	173	243	144	225	161
320-359 Malattie del sistema nervoso	2 173	672	2 259	692	2 357	809	2 430	877	2 602	833	2 201	794	2 132	808	1 993	891
331 Altre degenerazioni cerebrali (Demenze)	86	13	109	12	113	23	131	19	133	10	161	23	132	16	140	23
360-389 Malattie degli organi di senso	3 603	1 349	3 616	1 839	3 945	1 941	3 522	2 460	3 059	2 889	3 184	2 967	2 486	2 799	1 861	2 978
390-459 Malattie del sistema cardiocircolatorio	6 134	844	6 136	938	5 982	994	6 250	1 108	6 696	1 046	5 450	800	4 932	798	4 562	793
401-404 Iperensione arteriosa	283	149	284	130	251	199	257	181	275	175	274	131	210	95	176	100
410 Infarto del miocardio	273	2	268	2	272	2	314	1	274	1	247	1	223		240	3
430-438 Disturbi circolatori dell'encefalo	699	44	744	55	822	42	809	53	786	51	830	46	794	45	691	54
460-519 Malattie dell'apparato respiratorio	2 181	279	2 108	295	2 294	357	2 246	387	2 332	418	1 889	346	1 734	491	1 717	454
493 Asma	143	46	139	43	114	50	100	63	87	50	70	47	68	51	68	53
490-491 Bronchite	273	47	272	44	292	43	225	33	265	52	18	7	18	3	14	8
491.2 BPCO	236	38	250	35	262	38	203	28	232	44	229	52	213	57	184	30
520-579 Malattie dell'apparato digerente	3 227	759	3 056	737	3 331	828	3 343	919	3 583	999	3 682	940	3 577	918	3 400	956
580-599 Malattie dell'apparato urinario	1 317	312	1 330	346	1 269	349	1 252	450	1 308	428	1 377	451	1 277	412	1 233	404
800-999 Cause accidentali e violente	3 463	282	3 572	316	3 596	389	3 622	535	3 507	465	3 319	516	3 246	598	3 095	564
Altre	19 515	6 355	19 978	6 842	20 777	7 458	22 775	8 765	23 680	8 981	24 178	9 228	23 083	9 313	21 620	9 496
Totale	48 394	12 721	48 640	13 895	50 387	15 124	52 667	17 629	54 210	18 376	54 890	18 617	51 569	18 674	48 451	19 185
Totale complessivo		61 115		62 535		65 511		70 296		72 586		73 507		70 243		67 636

Fonte: Piano di Rientro Puglia 2010-2012

Nella Tabella 41 sono elencate le principali cause di mobilità passiva per ricoveri in regime RO in relazione ai primi 10 DRG prodotti da tali ricoveri. I primi 5 DRG mostrano anche una tendenza all'incremento nel periodo considerato: il DRG 410 è aumentato del 29%, il DRG 209 del 44%, il DRG 42 del 51%, il DRG 112 del 15%. Gli altri DRG mostrano incrementi inferiori o sono stabili.

Tabella 41 Primi 10 DRG per mobilità passiva in regime di Ricovero Ordinario

DRG	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Totale
410 - CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	1372	1472	1588	1701	1770	1545	1813	1485	4843
209 - INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGGIORI E REIMPIANTI DI ARTI INFERIORI	1031	1102	1238	1399	1487	1485	1590	1530	4605
222 - INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA CC	1163	1240	1225	1246	1265	1352	1314	1232	3898
042 - INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECCETTO RETINA, IRIDE E CRISTALLINO	635	1098	1588	1100	966	684	744	962	2390
112 - INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA	804	858	865	833	927	671	733	722	2126
039 - INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	1341	1173	1072	1104	802	671	627	589	1887
430 - PSICOSI	513	572	729	771	733	744	634	495	1873
012 - MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO	487	540	590	609	684	614	612	627	1853
243 - AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO	625	662	711	687	683	767	595	430	1792
225 - INTERVENTI SUL PIEDE	422	472	526	532	592	608	621	554	1783
Altri	8393	9189	10132	9982	9909	45736	42285	39825	127846
Totale	48238	48596	50352	52646	54197	54877	51568	48451	154896

FONTE: Piano di Rientro Puglia 2010-2012

Bisogna sottolineare come nel 2008 il primo DRG in mobilità passiva per frequenza è rappresentato dal 209 (interventi su articolazioni maggiori e reimpianti degli arti inferiori) che per la prima volta, nella serie temporale esaminata, risulta più frequente rispetto al DRG 410 (Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta).

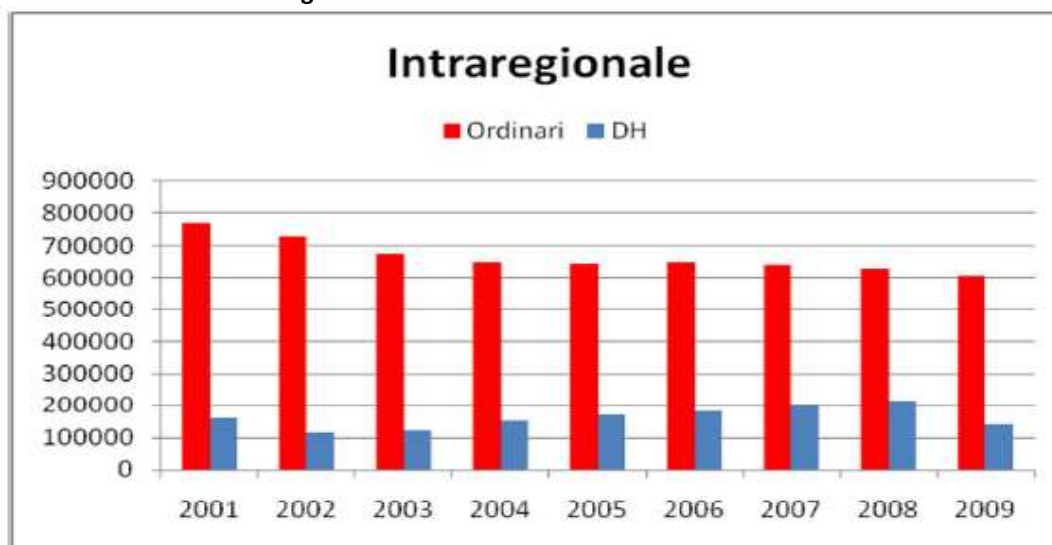
6.1.2 Mobilità intra-regionale

La mobilità intra-regionale risulta relativamente contenuta: la distribuzione dei ricoveri dei residenti nella regione Puglia, per regime di ricovero, effettuati nelle strutture regionali ammontano a circa 600.000 nel 2009 (Grafico 6). Oltre il 90% dei residenti delle ASL di Bari, Lecce e Foggia fanno uso di strutture presenti nel proprio territorio.

Tralasciando quanto avviene per la provincia BAT, la cui attività è valutata solo su ricoveri effettuati negli ospedali di Andria e Barletta, nelle altre province oltre il 70% dei residenti ricoverati preferisce le strutture della propria ASL, mentre una

quota compresa tra il 9% e il 20% si sposta, preferibilmente verso gli ospedali presenti nella provincia di Bari, dove l’Azienda Ospedaliera-Universitaria Policlinico rappresenta un polo di attrazione per procedure specialistiche e ad alta complessità. Anche la provincia di Foggia può essere considerata un polo di attrazione, soprattutto per i residenti fuori regione (Tabella 42).

Grafico 6: Distribuzione dei ricoveri dei residenti nella regione Puglia, per regime di ricovero, effettuati nelle strutture regionali



FONTE: Piano di Rientro Puglia 2010-2012

Tabella 42: Distribuzione del numero di ricoveri (regime RO+DH) per provincia di residenza e ASL in cui insiste la struttura in cui sono effettuati i ricoveri

2005								
ASL Ricovero	Provincia di Residenza							Totale
	Bari	Bat	Brindisi	Foggia	Lecce	Taranto	Fuori regione	
Bari	253.057	25.363	9.390	3.192	3.940	18.025	11.449	324.416
Bat	4.224	41.423	20	806	31	42	1.627	48.173
Brindisi	1.645	83	61.038	42	3.530	3.509	1.520	71.367
Foggia	4.091	8.622	782	134.867	1.623	1.673	12.283	163.941
Lecce	603	87	3.702	82	135.442	1.363	2.603	143.882
Taranto	1.827	125	5.024	47	733	88.835	2.455	99.046
Missino	0	0	0	138	0	0	1	139
Totale	265.447	75.703	79.956	139.174	145.299	113.447	31.938	850.964

FONTE: Piano di Rientro Puglia 2010-2012

6.1.3 Utilizzo delle strutture ospedaliere

La valutazione dell'efficienza di utilizzo delle strutture ospedaliere è stata effettuata considerando alcuni DRG ad elevata complessità (insufficienza cardiaca e shock, malattia polmonare cronica ostruttiva, polmonite semplice e pleurite in soggetti di età >17 anni, con complicanze) e alcuni DRG relativi a prestazioni a bassa complessità o a rischio di inappropriatelyzza (affezioni mediche del dorso, ipertensione, altri fattori che influenzano lo stato di salute). Per i DRG a complessità più elevata si rileva un aumento del numero di ricoveri, mentre per i DRG a bassa complessità si osserva un importante trend di riduzione, indicativo di un aumento dell'efficienza e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate (Tabella 43).

Tabella 43: Distribuzione di alcuni DRG prodotti per tutti i ricoveri ordinari negli anni 2001-2008, ordinati in relazione all'attività dell'anno 2008

DRG	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
127 - INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	12527	13543	13590	14030	14552	15058	14615	14896
088 - MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA	13533	13174	13785	12981	14232	12798	12280	11092
243 - AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO	17050	14693	11972	10503	9707	9672	8580	7654
134 - IPERTENSIONE	11193	8978	7142	5896	5679	5610	5487	5481
089 - POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' > 17 CON CC	2917	3241	3643	3089	3740	3724	3963	4277
467 - ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	4254	4224	3290	3254	3793	3710	3598	3796
284 - MALATTIE MINORI DELLA PELLE SENZA CC	6194	4726	3985	3684	3473	3194	2898	2533

FONTE: Piano di Rientro Puglia 2010-2012

6.2. Strutturazione del sistema ospedaliero

L'impostazione della rete ospedaliera deve garantire, ai cittadini pugliesi:

- facilità di accesso all'assistenza ospedaliera e garanzia della erogazione delle prestazioni nell'ambito regionale;
- gestione efficace ed efficiente dell'ospedale attraverso una adeguata distribuzione degli ospedali sul territorio sulla base di criteri quali: intensità di cure e gradiente

da garantire per area territoriale; difficoltà territoriali nelle aree disagiate; appropriatezza dei ricoveri e comunque dell'uso dell'ospedale;

- collegamento delle strutture ospedaliere ai servizi sul territorio necessario all'implementazione dei percorsi assistenziali sia nella fase di accesso che di dimissione dall'ospedale mettendo in atto una reale integrazione fra ospedale e territorio;
- gestione nelle nuove fragilità.

Considerato che lo standard di posti letto è fissato in 4,5 per mille abitanti i posti letto sono ripartiti come segue:

posti letto per acuti 15.346
 posti letto riabilitazione 1.627
 posti letto lungodegenza post-acuzie 702
 posti letto totali 17.675

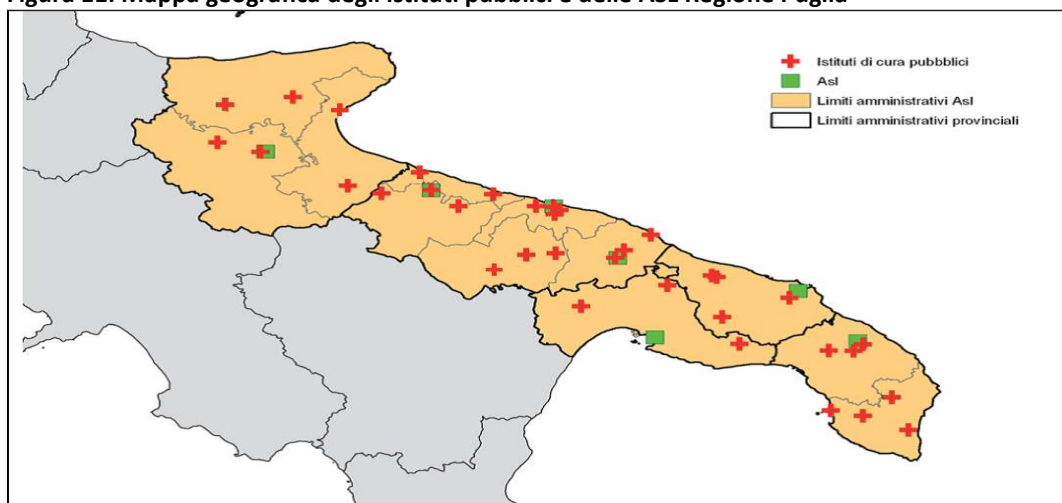
Il sistema ospedaliero pugliese è strutturato in:

- Aziende Ospedaliere;
- Aziende Ospedaliere - Universitarie;
- Presidi ospedalieri dell'Azienda Unità Sanitaria Locale;
- Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici e privati;
- Presidi ospedalieri dipendenti da Enti Ecclesiastici;
- Strutture ospedaliere private.

Sono strutture interne delle Aziende Ospedaliere e dei Presidi ospedalieri, i dipartimenti, le unità operative e le relative articolazioni.

Nella Figura 11 è rappresentata la mappa geografica degli istituti pubblici e delle ASL della Regione Puglia.

Figura 11: Mappa geografica degli istituti pubblici e delle ASL Regione Puglia



Fonte : ISTAT

6.2.1 Le Aziende Ospedaliere

La Giunta regionale costituisce o conferma le Aziende sanitarie, locali ed ospedaliere, nel rispetto della normativa vigente.

Sono individuate quali Aziende ospedaliero-universitarie e denominate Aziende Ospedaliere integrate con l'Università, quelle nelle quali insiste la prevalenza del corso di laurea in Medicina e chirurgia. Le Aziende Ospedaliere - Universitarie sono dotate delle unità operative, con e senza posti letto, necessarie per lo svolgimento delle attività istituzionali delle Facoltà di Medicina e Chirurgia, secondo quanto definito nel protocollo d'intesa Università - Regione.

6.2.2 I Presidi ospedalieri dell'Azienda Unità Sanitaria Locale

Gli ospedali che non sono costituiti in Azienda Ospedaliera sono Presidi ospedalieri dell'Unità Sanitaria Locale. I Presidi ospedalieri dell'Azienda USL sono integrati con i Distretti al fine di garantire la continuità assistenziale.

Il Presidio ospedaliero è costituito da uno stabilimento singolo o da più stabilimenti funzionalmente accorpati.

Le denominazioni delle unità operative sono quelle previste dal D.M. 30/01/1998 e corrispondono alla denominazione principale di ciascuna disciplina.

6.2.3 La riabilitazione e la lungodegenza post acuzie

Allo stato attuale la regione Puglia è assolutamente carente di posti letto destinati a riabilitazione e lungodegenza post -acuzie.

Considerato lo standard previsto di 1 posto letto per mille abitanti è conseguenziale la realizzazione, mediante riconversione o nuova istituzione, di un congruo numero di posti letto da attivare nel triennio di validità del Piano e da portare a realizzazione entro il periodo previsto per il Piano di Salute.

Nel quadro della continuità e della gradualità delle cure nei Presidi ospedalieri, sono previste specifiche unità di riabilitazione intensiva destinate a pazienti che, superata la fase acuta di patologie ad alto rischio di esiti menomanti e/o disabilitanti, hanno ancora bisogno di assistenza continua.

La continuità e la gradualità delle cure potrà avvenire anche attraverso l'integrazione funzionale di strutture pubbliche e private.

Gli interventi di riabilitazione estensiva (massimo recupero e mantenimento) sono di competenza delle strutture extra ospedaliere alla cui disciplina si rinvia.

Nei Presidi ospedalieri sono previste altresì specifiche unità di lungodegenza post acuzie a carattere polivalente destinate a pazienti che, superata la fase acuta, presentano ancora aspetti clinici richiedenti assistenza non erogabile in sede extra ospedaliera.

La continuità e la gradualità delle cure potrà avvenire anche attraverso l'integrazione funzionale di strutture pubbliche e private, purché le condizioni

logistiche consentano al personale dell'unità operativa di provenienza del paziente di effettuare l'attività di consulenza.

6.2.4 L' Ospedalità privata

Le strutture ospedaliere private fanno parte della rete ospedaliera regionale e garantiscono un apporto coerente con le finalità di politica socio-sanitaria della Regione che con le stesse definisce accordi contrattuali fondati sulla pari dignità rispetto ai soggetti erogatori pubblici.

Le suddette strutture, confermate in tutto o in parte le attività attualmente svolte per il sistema sanitario nazionale, ovvero riconvertite in tutto o in parte, secondo le esigenze della programmazione regionale, garantiscono forme di complementarietà e/o sinergia e/o integrazione con le altre strutture del Sistema sanitario regionale, di modo che le risorse strutturali tecnologiche e di personale resesi disponibili dai suddetti erogatori privati contribuiscano al miglioramento della qualità e della distribuzione sul territorio del servizio.

La Tabella 44a mostra inoltre il totale dei residenti, gli ospedali a gestione diretta e le aziende ospedaliere, i posti letto e i posti letto/1000 abitanti relativi a ciascuna ASL. Nella Tabella 44b è rappresentata l'evoluzione della strutturazione del sistema ospedaliero della Puglia dal 2002 al 2004.

Tabella 44a: Totale dei residenti, gli ospedali a gestione diretta e le aziende ospedaliere, i posti letto e i posti letto/1000 abitanti per ASL

ASL	Totale Residenti	Distretti	OSPEDALI A GESTIONE DIRETTA	A.O.	Posti letto	PL/1000 abitante
BAT	243735	5	6	0	477	0,510975
BA	2904688	14	19	1	3710	0,436375
BR	400974	4	7	0	1387	0,289094
FG	677936	9	7	1	2985	0,320671
LE	795764	10	12	0	2914	0,275302
TA	579387	7	8	0	1572	0,368567

Tabella 44b: Strutturazione del sistema ospedaliero Regione Puglia

ANNO	Aziende Ospedaliere	Ospedali gestione diretta	Ospedali classificati	IRCCS pubblici e privati	Istituti e Centri di riabilitazione	Istituti Psichiatrici residuali	Case di Cura Private Accreditate	Case di Cura Private non Accreditate
2002	6	58	2	4	62	45	31	5
2003	2	64	2	4	62	45	31	5
2004	2	27	2	5			32	5

FONTE: ISTAT

6.3 Organizzazione della rete

La rete attualmente esistente presenta una frammentazione in piccoli stabilimenti che da un lato non garantiscono assistenza adeguata e dall'altro assorbono preziose risorse soprattutto in termini di personale.

Si impongono, pertanto, una serie di interventi radicali finalizzati all'accorpamento dei piccoli ospedali e alla eventuale delocalizzazione degli ospedali situati all'interno dei centri storici, con la realizzazione di nuove strutture ospedaliere di tipo intermedio o di riferimento collocate in sedi facilmente accessibili a più comunità locali.

Tale iniziativa, oltre che a realizzare strutture moderne, efficienti e conformi ai requisiti strutturali impiantistici e tecnologici previsti in materia di accreditamento, in sostituzione di più strutture piccole e inadeguate, libererebbe risorse da utilizzare per le nuove realizzazioni.

Il sistema va modulato con l'obiettivo di realizzare una rete ospedaliera tecnologicamente avanzata, costituita da una serie di ospedali classificati in relazione ai livelli di complessità e alle funzioni assistenziali. Inoltre, nella definizione dei posti letti e delle unità operative per i singoli presidi devono essere presi in considerazione i nuovi ambiti territoriali che possono essere così individuati:

- Comprensorio (livello sub aziendale)
- Provincia (livello aziendale)
- Macro area

Sono stati individuate 3 macroaree:

Foggia	640.047
BAT	388.330
	<hr/>
	1.028.377
Bari	1.249.533
Brindisi	402.831
Lecce	808.939
Taranto	580.189
	<hr/>
	1.791.959

Fonte: Popolazione ISTAT 1/1/2007

Si individuano, quindi, le seguenti tipologie assistenziali:

Ospedali di primo livello (di base) dotati delle discipline di base:

A) Senza posti letto

- Direzione medica
- Direzione amministrativa
- Anestesia e Rianimazione
- Medicina e Chirurgia d'accettazione e di urgenza
- Patologia clinica
- Radiodiagnostica
- Farmacia ospedaliera
- Cardiologia (se assente unità operativa di cardiologia o cardiologia UTIC)

B) Con posti letto

- Medicina Interna
- Chirurgia generale
- Ortopedia e traumatologia
- Ginecologia e ostetricia
- Neonatologia
- Cardiologia con UTIC

Ospedale di livello intermedio:

Devono essere presenti le specialità di base con e senza posti letto precedentemente elencate e almeno 4 unità operative complesse con posti letto delle seguenti discipline intermedie per acuti nonché le unità operative complesse di cardiologia UTIC e rianimazione e i servizi di medicina trasfusionale ed

emodialisi. I servizi di Anatomia Patologica saranno attivi negli ospedali di riferimento e in più ospedali intermedi .

A) Specialità di livello intermedio con posti letto:

Oltre le specialità di base:

- Rianimazione
- Pediatria
- Psichiatria
- Nefrologia
- Malattie dell'apparato respiratorio
- Gastroenterologia
- Geriatria
- Neurologia
- Oftalmologia
- Otorinolaringoiatria
- Urologia
- Lungodegenza postacuzie
- Riabilitazione
- Neonatologia
- Malattie Infettive
- Ematologia

B) Specialità di livello intermedio senza posti letto:

Oltre le specialità di base:

- Anatomia Patologica

Ospedale di riferimento provinciale e/o regionale:

Delle discipline di seguito elencate possono essere presenti più unità operative (altri erogatori di assistenza ospedaliera compresi) nell'ambito provinciale; per alcune a larghissimo bacino di utenza si deve programmare una unità operativa di riferimento per macroarea.

A) Senza posti letto

Oltre le specialità di base ed intermedie:

- Neuroradiologia
- Allergologia e Immunologia Clinica
- Malattie Metaboliche e Diabetologia
- Neurofisiopatologia
- Medicina Legale
- Microbiologia e Virologia
- Radioterapia
- Fisica sanitaria
- Scienze dell'alimentazione dietetica
- Angiologia
- Genetica medica
- Medicina del lavoro

- Medicina Nucleare
- Psicologia
- B) Con posti letto
- Oltre le specialità di base ed intermedie:
- Cardiochirurgia
- Chirurgia maxillofacciale
- Odontoiatria
- Chirurgia pediatrica
- Chirurgia plastica e Centro per grandi ustionati
- Chirurgia toracica
- Chirurgia vascolare
- Dermatologia
- Ematologia
- Endocrinologia
- Malattie infettive
- Neonatologia con UTIN
- Neurochirurgia
- Neuropsichiatria infantile
- Oncologia
- Reumatologia
- Unità spinale

Ospedali del territorio:

In particolari aree geografiche, come quelle del Gargano, del Subappennino Dauno e della Murgia, per garantire alle comunità locali una assistenza ospedaliera minima vengono individuati presidi nei quali devono essere presenti funzioni sanitarie distrettuali, punto di primo intervento/118, un numero minimo di posti letto di area medica per pazienti acuti ed eventualmente postacuti.

Strutture Sanitarie Territoriali

Gli stabilimenti con una dotazione inferiore a 70 posti letto, dovranno essere riconvertiti, nel triennio 2010-2012 in più utili strutture sanitarie territoriali: ospedale di comunità, RSA, distretti, poliambulatori, casa della salute, UTAP.

Nella determinazione dell'assetto organizzativo delle discipline, le valutazioni sono effettuate in considerazione dei seguenti criteri:

1. analisi comparata per disciplina dello standard dei posti letto attivi in ambito nazionale e in ambito regionale;
2. dotazione di posti letto per mille abitanti, da considerare standard per l'intera regione e per singola azienda, provincia o macroarea con i dovuti adeguamenti motivati anche dalle realtà esistenti;

3. potenziamento nelle discipline dove maggiore è il saldo di mobilità extra regionale, verificati preliminarmente gli indicatori qualitativi e quantitativi dell'attività già erogata, in quanto alcune situazioni di mobilità extraregionale non sono assolutamente legate a sottodotazione di posti letto della disciplina;
4. riequilibrio territoriale delle zone più svantaggiate;
5. indicatori demografici ed epidemiologici disponibili.

6.4 Analisi dell' attuale rete ospedaliera

La seguente analisi è necessaria in quanto lo studio delle tabelle con i dati relativi ai posti letto presenti nei vari territori provinciali (Tabelle 45-56) non rende assolutamente l'idea della complessità della situazione della rete esistente.

La complessità deriva in parte dalla applicazione del precedente piano di riordino che da un lato non ha riconvertito e di conseguenza disattivato nessun ospedale, dall'altro ha di fatto reso non inquadrabile in una precisa tipologia di ospedale (ospedale di base o intermedio) quasi la metà degli ospedali pubblici di ASL.

Una notazione a parte va fatta per la presenza delle strutture di Bisceglie e Foggia appartenenti alla "Congregazione delle Ancelle della Divina Provvidenza di Bisceglie" dove è in via di completamento il processo di riconversione che rappresenta una esperienza innovativa di integrazione tra attività ospedaliere e territoriali. Le strutture sono dotate complessivamente di posti letto ospedalieri che garantiscono anche assistenza in fase acuta e riabilitativa per pazienti cardiopatici, pneumologici e neuromotori. Il completamento del percorso è assicurato dalla coesistenza di strutture residenziali extra-ospedaliere.

L'analisi della rete ospedaliera esistente (Fonte dei dati modelli HSP12 e HSP13 aggiornati al 13.06.2007) porta alle seguenti considerazioni:

- Elevato numero di stabilimenti ospedalieri: sono al momento attivi 68 stabilimenti che in realtà sono almeno 70 in quanto la AO di Bari e quella di Foggia, l'Ospedale di Taranto e anche il Vito Fazzi di Lecce sono articolati su 2 stabilimenti.
- Elevato numero di ospedali (23) che sfugge all'inquadramento in una precisa tipologia di ospedale (di base o intermedio) in quanto nel presidio non sono attive due o più discipline di base. Questi ospedali sono difficilmente accomunabili fra di loro in quanto si passa da ospedali che hanno una decina di posti letto di degenza ordinaria per acuti ad altri con anche più di 100 p.l., a volte dotati anche di U.O. di Terapia Intensiva o di disciplina a medio e largo bacino di utenza, ma ugualmente carenti di alcune specialità di base. Per semplificazione si propone di classificarli in due gruppi: con più o con meno di 70 p.l.
 - Presenza di 4 ospedali, stabilimenti di un ospedale distrettuale, con meno di 50 p.l. per pazienti non acuti (Lungo Degenza Post Acuzie e/o Riabilitazione).

- Presenza di un consistente numero di ospedali di base spesso dotati anche di posti letto di cardiologia UTIC e di 23 discipline intermedie.
- Presenza di 4 ospedali di livello intermedio (specialità di base, UTIC, rianimazione, almeno altre 4 discipline intermedie o a più largo bacino di utenza).
- Presenza di 9 ospedali da definire di riferimento (a vario livello: provinciali, regionale ed anche extra regionale).

E' opportuno segnalare la situazione anomala di due discipline nelle quali i posti letto delle strutture private accreditate sono superiori a quelli delle strutture pubbliche: cardiocirurgia (95 p.l. privati/54 pubblici) e riabilitazione (556 p.l. privati/461 pubblici).

Criticità

Dall'esame dei dati sui posti letto emerge una sovra-dotazione nelle province di Bari e Foggia. Ciò è dovuto alla presenza, nelle suddette due province, di strutture a valenza regionale ed extraregionale:

- nella provincia di Foggia insiste l'Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti e l'IRCCS – Ente Ecclesiastico – Casa Sollievo della Sofferenza di San Giovanni Rotondo. Dette strutture, insieme, impegnano la propria attività nella misura del 13% per cittadini di altre province e dell'11% per cittadini di altre regioni. A dette percentuali corrisponde l'utilizzo di circa 500 posti letto;
- nella provincia di Bari insistono l'Ente Ecclesiastico Miulli di Acquaviva, la Fondazione Maugeri di Cassano, il Policlinico di Bari, l'IRCCS Oncologico di Bari e l'IRCCS De Bellis di Castellana. Dette strutture, insieme, impegnano la loro attività nella misura del 23% per cittadini di altre province e del 6% per cittadini di altre regioni impegnando complessivamente oltre 700 posti letto per tali attività.

Sul piano, infine, della localizzazione e delle condizioni strutturali degli ospedali, va considerato che all'interno del sistema ospedaliero sono presenti un notevole numero di strutture inadeguate, non conformi ai requisiti per l'accreditamento istituzionale, difficilmente ristrutturabili. Parte di esse sono, inoltre, localizzate all'interno dei centri storici o in aree a questi confinanti, con pesanti ripercussioni in termini di accessibilità.

Tabella 45: Posti letto e personale delle strutture di Ricovero Pubbliche presenti nel territorio della ASL BA

Strutture di Ricovero	Posti Letto		Personale		
	Previsti ad inizio anno	Effettivamente utilizzati	Tot	Medici	Infermieri
PO MOLFETTA - MOLFETTA -BA	107	101	266	39	107
PO CORATO-RUVO - CORATO -BA	134	135	360	60	174
PO TERLIZZI-BITONTO - TERLIZZI -BA	133	120	492	74	205
PRESIDIO OSPEDALE UNICO AUSL BA - ALTAMURA -BA	219	212	636	123	237
FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI - CASSANO DELLE MURGE - BA	216	210	279	37	88
ENTE ECCL.OSP.GEN.REG.'MIULLI' - ACQUAVIVA DELLE FONTI - BA	489	517	1356	243	673
AZ. OSP. POLICLINICO BARI - BARI - (BA)	1346	1330	4485	1008	1695
P.O. S. PAOLO - BARI - BA	306	307	667	182	252
P.O. BARI SUD - BARI - BA	532	482	1410	304	625
IRCCS ONCOLOGICO BARI - BARI - BA	103	112	324	71	129
P. O. MONOPOLI - CONVERSANO - MONOPOLI - BA	249	249	652	141	323
P.O. PUTIGNANO-NOCI-GIOIA DEL COLLE - PUTIGNANO - BA	248	244	772	156	353
IRCCS 'SAVERIO DE BELLIS' - CASTELLANA GROTTI - BA	115	92	365	71	106

FONTE: Banca dati del Servizio sanitario nazionale 2006

Tabella 46: Utilizzo delle strutture di Ricovero Pubbliche presenti nel territorio della ASL BA

Strutture di Ricovero	Ricoveri	Giornate di degenza	Degenza media	Utilizzo %
PO MOLFETTA - MOLFETTA -BA	5775	31524	5.458701	87.16474
PO CORATO-RUVO - CORATO -BA	6475	36211	5.5924325	73.0355
PO TERLIZZI-BITONTO - TERLIZZI -BA	3548	28015	7.8959975	83.05416
PRESIDIO OSPEDALE UNICO AUSL BA-ALTAMURA -BA	10240	58243	5.687793	75.77409
FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI - CASSANO DELLE MURGE -BA	3199	75299	23.538294	98.346504
ENTE ECCL.OSP.GEN.REG.'MIULLI' - ACQUAVIVA DELLE FONTI - BA	26056	164550	6.315244	86.66456
AZ. OSP. POLICLINICO BARI - BARI - BA	58096	410027	7.0577493	84.86167
P.O. S. PAOLO - BARI -BA	15998	96910	6.057632	86.31485
P.O. BARI SUD - BARI -BA	23464	165019	7.032859	93.71447
IRCCS ONCOLOGICO BARI - BARI - BA	4198	22801	5.431396	62.93577
P. O. MONOPOLI - CONVERSANO - MONOPOLI -BA	11653	74841	6.4224663	83.03949
P.O. PUTIGNANO-NOCI-GIOIA DEL COLLE - PUTIGNANO -BA	9672	61981	6.408292	69.475296
IRCCS 'SAVERIO DE BELLIS' - CASTELLANA GROTTI - BA	4478	32298	7.212595	97.41223

FONTE: Banca dati del Servizio sanitario nazionale 2006

Tabella 47: Posti letto e personale delle strutture di Ricovero Pubbliche presenti nel territorio dell' ASL FG

Strutture di Ricovero	Posti Letto		Personale		
	Previsti ad inizio anno	Effettivamente utilizzati	Totale	Medici	Infermieri
PRESIDIO OSPEDALIERO TERESA MASSELLI - SAN SEVERO -FG	341	341	646	133	310
CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA - SAN GIOVANNI ROTONDO -FG	991	982	2265	451	1157
OSPEDALE 'G.TATARELLA' - CERIGNOLA -FG	159	182	326	66	168
OSPEDALE MANFREDONIA-MONTE S.ANGELO - MANFREDONIA -FG	149	146	313	67	127
AZIENDA OSPEDALIERA 'OSPEDALI RIUNITI' - FOGGIA -FG	844	827	1952	429	888
OSPEDALE 'FRANCESCO LASTARIA' - LUCERA -FG	143	143	225	50	95

FONTE: Banca dati del Servizio sanitario nazionale 2006

Tabella 48: Utilizzo delle strutture di Ricovero Pubbliche presenti nel territorio della ASL FG

Strutture di Ricovero	Ricoveri	Giornate di degenza	Degenza media	Utilizzo %
PRESIDIO OSPEDALIERO TERESA MASSELLI - SAN SEVERO - FG	14054	90743	6.4567385	72.95567
CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA - SAN GIOVANNI ROTONDO - FG	48211	304584	6.3177285	84.96375
OSPEDALE 'G.TATARELLA' - CERIGNOLA - FG	10191	40251	3.9496615	60.587955
OSPEDALE MANFREDONIA-MONTE S.ANGELO - MANFREDONIA - FG	7426	38353	5.1646914	71.9663
AZIENDA OSPEDALIERA 'OSPEDALI RIUNITI' - FOGGIA - FG	35065	252178	7.1917295	84.543205
OSPEDALE 'FRANCESCO LASTARIA' - LUCERA - FG	6371	41506	6.514833	79.241684

FONTE: Banca dati del Servizio sanitario nazionale 2006

Tabella 49: Posti letto e personale delle strutture di Ricovero Pubbliche presenti nel territorio della ASL LE

Strutture di Ricovero	Posti Letto		Personale		
	Previsti inizio anno	Effettivamente utilizzati	Totale	Medici	Infermieri
P.O. S.CATERINA NOVELLA - GALATINA - GALATINA - LE	203	198	664	126	319
COPERTINO-NARDO - COPERTINO - LE	249	248	2	0	0
P.O. N. 1 V. FAZZI - S.CESARIO - CAMPI - LECCE -LE	737	706	3	0	0
PRESIDIO OSP. SACRO CUORE DI GESU` - GALLIPOLI -LE	187	179	502	106	238
P.O.DI SCORRANO-MAGLIE-POGGIARDO - SCORRANO -LE	252	249	780	141	366
P.O. DI CASARANO-GAGLIANO - CASARANO - LE	317	312	815	165	414
OSPEDALE GENERALE PROV.CARD. G. PANICO - TRICASE -LE	347	390	792	135	339

FONTE: Banca dati del Servizio sanitario nazionale 2006

Tabella 50: Utilizzo delle strutture di Ricovero Pubbliche presenti nel territorio della ASL LE

Strutture di Ricovero	Ricoveri	Giornate di degenza	Degenza media	Utilizzo %
P.O. S.CATERINA NOVELLA - GALATINA - GALATINA - (LE)	9277	64835	6.9887896	90.31831
COPERTINO-NARDO - COPERTINO - LE	13152	82608	6.281022	91.255356
P.O. N. 1 V. FAZZI - S.CESARIO - CAMPI - LECCE - (LE)	29835	223637	7.4957933	87.984406
PRESIDIO OSP. SACRO CUORE DI GESU` - GALLIPOLI - (LE)	7280	41987	5.767445	67.13731
P.O.DI SCORRANO-MAGLIE-POGGIARDO - SCORRANO - (LE)	10703	69885	6.5294776	76.86428
P.O. DI CASARANO-GAGLIANO - CASARANO - (LE)	14553	84036	5.7744794	76.655594
OSPEDALE GENERALE PROV.CARD. G. PANICO - TRICASE - (LE)	14507	101880	7.0228167	71.53641

FONTE: Banca dati del Servizio sanitario nazionale 2006

Tabella 51: Posti letto e personale delle strutture di Ricovero Pubbliche presenti nel territorio della ASL BAT

Strutture di Ricovero	Posti Letto		Personale		
	Previsti inizio anno	Effettivamente utilizzati	Totale	Medici	Infermieri
- OSPEDALE "L. BONOMO" - ANDRIA - ANDRIA -BAT	164	164	512	151	236
- OSP. CANOSA-MINERVINO-SPINAZZOLA - CANOSA DI PUGLIA - BAT	216	216	437	78	185
- OSP. "MONS. R. DIMICCOLI" - BARLETTA - BARLETTA - BAT	251	252	564	132	272
- OSP. BISCEGLIE - TRANI - BISCEGLIE -BAT	247	245	597	122	270

FONTE: Banca dati del Servizio sanitario nazionale 2006

Tabella 52: Utilizzo delle strutture di Ricovero Pubbliche presenti nel territorio della ASL BAT

Strutture di Ricovero	Ricoveri	Giornate di degenza	Degenza media	Utilizzo %
OSPEDALE "L. BONOMO" - ANDRIA - ANDRIA - BAT	9964	56801	5.700622	95.08194
OSP. CANOSA-MINERVINO-SPINAZZOLA - CANOSA DI PUGLIA - BAT	9213	53264	5.781396	67.55961
OSP. "MONS. R. DIMICCOLI" - BARLETTA - BARLETTA -BAT	13119	73461	5.5995884	79.808136
OSP. BISCEGLIE - TRANI - BISCEGLIE -BAT	12744	76754	6.0227556	85.91609

FONTE: Banca dati del Servizio sanitario nazionale 2006

Tabella 53: Posti letto e personale delle strutture di Ricovero Pubbliche presenti nel territorio della ASL BR

Strutture di Ricovero	Posti Letto		Personale		
	Previsti inizio anno	Effettivamente utilizzati	Totale	Medici	Infermieri
P.O. OSTUNI-FASANO-CISTERNINO - OSTUNI -BR	237	235	501	92	243
P.O. FRANCAVILLA FONT.-CEGLIE MESSAPICA - FRANCAVILLA FONTANA - BR	258	240	489	94	235
P.O. BRINDISI-MESAGNE-S.PIETRO V.-CEGLIE - BRINDISI -BR	788	765	1421	323	639
ASS.LA NOSTRA FAMIGLIA IRCCS 'E.MEDEA' - OSTUNI -BR	25	25	74	12	8

FONTE: Banca dati del Servizio sanitario nazionale 2006

Tabella 54: Utilizzo delle strutture di Ricovero Pubbliche presenti nel territorio della ASL BR

Strutture di Ricovero	Ricoveri	Giornate di degenza	Degenza media	Utilizzo %
P.O. OSTUNI-FASANO-CISTERNINO - OSTUNI - BR	9664	63537	6.574607	73.940414
P.O. FRANCAVILLA FONT.- CEGLIE MESSAPICA - FRANCAVILLA FONTANA -BR	9369	66049	7.0497384	75.499245
P.O.BRINDISI-MESAGNE-S.PIETRO V.-CEGLIE - BRINDISI -BR	27156	249522	9.188467	89.484764
ASS.LA NOSTRA FAMIGLIA IRCCS 'E.MEDEA' - OSTUNI -BR	457	6606	14.455142	72.38659

FONTE: Banca dati del Servizio sanitario nazionale 2006

Tabella 55: Posti letto e personale delle strutture di Ricovero Pubbliche presenti nel territorio della ASL TA

Strutture di Ricovero	Posti Letto		Personale		
	Previsti ad inizio anno	Effettivamente utilizzati	Totale	Medici	Infermieri
PRESIDIO OSPEDALIERO ORIENTALE - MANDURIA -TA	137	140	370	61	211
PRESIDIO VALLE D`ITRIA. - MARTINA FRANCA - TA	163	166	380	74	199
PRESIDIO OSPEDALIERO OCCIDENTALE - CASTELLANETA -TA	271	266	547	96	267
PRESIDIO OSPEDALIERO CENTRALE - TARANTO -TA	700	723	1553	323	835

FONTE: Banca dati del Servizio sanitario nazionale 2006

Tabella 56: Utilizzo delle strutture di Ricovero Pubbliche presenti nel territorio della ASL TA

Strutture di Ricovero	Ricoveri	Giornate di degenza	Degenza media	Utilizzo %
PRESIDIO OSPEDALIERO ORIENTALE - MANDURIA -TA	5964	39625	6.644031	79.82152
PRESIDIO VALLE D`ITRIA. - MARTINA FRANCA -TA	7975	48299	6.056301	79.710526
PRESIDIO OSPEDALIERO OCCIDENTALE - CASTELLANETA - TA	9178	63546	6.923731	78.44701
PRESIDIO OSPEDALIERO CENTRALE - TARANTO -TA	30165	235682	7.8130946	90.82123

FONTE: Banca dati del Servizio sanitario nazionale 2006

6.5 Dipartimento e nuovi modelli assistenziali

L'organizzazione dipartimentale, già regolamentata dalla Regione con l'approvazione di Linee Guida in applicazione dell'art. 62 della Legge Regionale 6 maggio 1998 n°14 non ha trovato una omogenea e diffusa realizzazione da parte delle Aziende Sanitarie.

E' necessario quindi dare nuovo impulso e nuova disciplina al modello dipartimentale al fine di rendere lo stesso una organizzazione fattiva e non meramente nominalistica.

L'organizzazione dipartimentale ha come finalità il miglioramento della qualità delle prestazioni, l'efficienza dei servizi, la produttività ed il contenimento della spesa sanitaria. Pertanto la sua costituzione consente di perseguire i seguenti specifici obiettivi:

- migliore coordinamento del complesso delle attività di assistenza, ricerca e formazione;
- qualità dell'assistenza e crescita dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni attraverso la convergenza di competenze e di esperienze scientifiche tecniche ed assistenziali di gruppi e di singoli operatori sanitari;
- realizzazione di economie di scala e di gestione;
- diffusione delle conoscenze scientifiche e sviluppo delle competenze organizzative.

Il Dipartimento, quindi, è una aggregazione di Unità Operative omogenee, affini o complementari fra loro, collegabili sul piano operativo, le quali perseguono comuni finalità e sono tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità organizzativa, gestionale e professionale.

Si possono definire due tipologie fondamentali di Dipartimento:

- Il Dipartimento strutturale , che aggrega le UU.OO. al fine di razionalizzare, in termini di efficacia, efficienza ed economicità, l'utilizzo delle risorse umane, finanziarie e tecnologiche assegnate;
- Il Dipartimento funzionale, che aggrega le UU.OO., al fine di ottimizzare i percorsi assistenziali, garantire un approccio multidisciplinare e continuità delle cure con particolare riguardo alle patologie complesse.

Il Dipartimento, quale aggregazione di unità operative che concorrono a comuni obiettivi di salute, rappresenta il modello organizzativo idealmente favorente l'introduzione e l'attuazione del Governo Clinico.

6.5.1 Unità Operative e Servizi

L'articolazione organizzativa nell'ambito ospedaliero assume il seguente schema di riferimento:

- ❖ Unità operativa complessa con o senza posti letto specifica articolazione organizzativa e strutturale sotto la responsabilità di un direttore. Tale articolazione ha una propria area di degenza riservata o spazi dedicati e autonomia organizzativa, sempre all'interno di strutture dipartimentali.
- ❖ Unità operativa semplice a valenza dipartimentale, con o senza posti letto articolazione organizzativa diretta da un dirigente responsabile. Tale articolazione, pur in presenza di spazi, tecnologie e personale specificamente dedicati, e quindi di una propria autonomia organizzativa, utilizza posti letto o spazi indistinti dipartimentali;
- ❖ Unità operativa semplice con o senza posti letto articolazione diretta da un dirigente responsabile. Tale articolazione pur in presenza di spazi, tecnologie e personale specificatamente dedicati, non possiede una propria autonomia organizzativa.

La suddetta classificazione consente di avviare a soluzione il problema della ridondanza del numero di strutture complesse presenti in alcuni ospedali e la problematica dei “duplicati” nell'ambito dei presidi presenti nella stessa azienda/struttura.

La presenza di più UU.OO. della stessa disciplina in una struttura dovrà essere giustificata sia dai volumi di attività che dalla specializzazione e differenziazione delle attività svolte nel rispetto del minimo di posti letto definiti nel presente piano.

Il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale, nel rispetto dei criteri sopraindicati, provvede ad individuare, con l'atto aziendale, le strutture complesse e le strutture semplici.

6.5.2 Forme alternative di assistenza

Lo sviluppo di forme alternative di assistenza trova fondamento nel processo di deospedalizzazione previsto dalla normativa vigente in materia e nella esigenza di garantire al cittadino le prestazioni necessarie al proprio bisogno di salute, semplificando l'accesso ai percorsi assistenziali, garantendone la continuità e la razionalità delle modalità erogative. I modelli organizzativi alternativi sono di tipo strutturale e di tipo funzionale.

Modelli strutturali

Day Hospital: modello caratterizzato da accessi o cicli di accessi, in forma ordinaria programmata, di durata normalmente inferiore alle dodici ore, con erogazione di prestazioni multiprofessionali e polispecialistiche non erogabili a livello ambulatoriale, in quanto richiederebbero assistenza medica ed infermieristica protratta o potrebbero ridurre sensibilmente il livello di sicurezza del paziente se erogate in forma di day service.

Day Surgery: modello attuato in ambito ospedaliero, caratterizzato dall'effettuazione di interventi chirurgici e/o procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi invasive di tipo chirurgico, in anestesia locale, locoregionale o generale, di durata normalmente inferiore alle dodici ore. La chirurgia a ciclo diurno non dovrebbe comprendere il pernottamento il quale è comunque previsto nei casi "one day surgery" che rientrano nella organizzazione dei ricoveri ordinari.

Chirurgia Ambulatoriale: modello alternativo al ricovero ordinario o al day surgery per l'effettuazione di interventi chirurgici e/o procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi invasive senza necessità di osservazione post operatoria, eseguibile in servizi ambulatoriali, in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dal RR 3/05, in anestesia locale e/o locoregionale.

Modelli funzionali

Pacchetto di Prestazioni Ambulatoriali Complesse (PAC): modello organizzativo per l'attività specialistica ambulatoriale che permette al paziente di accedere a pacchetti di prestazioni così da ottenere la formulazione della diagnosi e la somministrazione della terapia nel più breve tempo possibile. Le prestazioni erogate, sulla base dei criteri della medicina basata sull'evidenza secondo Linee Guida e protocolli diagnosticoterapeutici definiti, devono essere finalizzate alla gestione di uno specifico problema clinico. Di norma le prestazioni devono essere erogate entro trenta giorni.

Day Service: modello organizzativo per l'erogazione dell'attività specialistica ambulatoriale programmabile, funzionale alla gestione di patologie complesse per le quali il ricovero risulta inappropriato, ma che richiedono la gestione assistenziale nell'arco della giornata o in tempi necessariamente brevi

Care Service Pathways (Servizio di presa in carico): modello organizzativo per la presa in carico da parte del Care Manager del paziente per la gestione del processo assistenziale correlato a situazioni cliniche complesse che richiedono la definizione del programma per la gestione del percorso assistenziale riferito a tutte le fasi evolutive della patologia, dalla diagnosi precoce alla terapia ed al recupero funzionale.

6.6 Razionalizzazione della rete ospedaliera ai fini del Piano di rientro

Lo standard di posti letto in vigore nel settembre 2008, all'epoca dell'approvazione del Piano Regionale della Salute 2008-2010 con L.R. n. 23, era 4,5 p.l. ‰ (ripartito in 4 p.l. ‰ per acuti e 0,5 p.l. ‰ per LDPA e Riabilitazione).

In seguito alla approvazione del Nuovo Patto della Salute 2010-2012 nel Dicembre 2009 per effetto della Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome, successivamente riversato nella Finanziaria 2010, lo standard di posti letto è stato ridotto a 4 p.l. ‰ (ripartito in 3,3 p.l. ‰ per acuti e 0,7 p.l. ‰ per LDPA e Riabilitazione).

Nell'ambito del processo di razionalizzazione della rete ospedaliera va rilevata la persistenza di alcune criticità strutturali del sistema, che nel corso di questi ultimi otto anni e nonostante alcuni interventi previsti dagli strumenti di programmazione ordinaria e straordinaria cui ha fatto ricorso il governo regionale nel corso delle due ultime legislature, non sono riusciti ad imprimere loro una significativa inversione di tendenza. Ed è pertanto su questi che si dovranno concentrare le azioni previste nei documenti programmatici.

Posti letto

La dotazione complessiva di posti letto in Puglia nell'anno 2008 si attesta a 4 p.l. per mille abitanti, ed è anzi inferiore allo standard di 4,5 p.l. per mille abitanti definito nell' Intesa Stato Regioni del 3 marzo 2005 (Tabella 25).

I posti letto per la riabilitazione e per la lungodegenza attivi sono inferiori rispetto agli standard di riferimento.

Tabella 57: Posti letto pubblici e private, accreditati e non nella Regione Puglia

INDICATORI inerenti i Livelli Essenziali di Assistenza

FONTE: POSTI LETTO HSP 12, HSP 13 (Quadro E, F).

Residenti ISTAT 01/01/2007	Residenti ISTAT 01/01/2008	Residenti ISTAT 01/01/2009
4.069.869	4.069.869	4.076.546

POSTI LETTO ACUTI (1)		2006 (4)	2007 (5)	2008 (6)
Ordinari	Numero	13.555	13.241	13.042
	Per 1.000 ab.	3,3	3,3	3,2
Day Hospital	Numero	1.325	1.384	1.362
	Per 1.000 ab.	0,3	0,3	0,3
TOTALI	Numero	14.880	14.625	14.404
	Per 1.000 ab.	3,7	3,6	3,5

POSTI LETTO RIABILITAZIONE (2)		2006 (4)	2007 (5)	2008 (6)
Ordinari	Numero	1.180	1.138	1.152
	Per 1.000 ab.	0,3	0,3	0,3
Day Hospital	Numero	17	17	17
	Per 1.000 ab.	0,0	0,0	0,0
TOTALI	Numero	1.197	1.155	1.169
	Per 1.000 ab.	0,3	0,3	0,3

POSTI LETTO LUNGODEGENZA (3)		2006 (4)	2007 (5)	2008 (6)
TOTALI	Numero	655	616	565
	Per 1.000 ab.	0,2	0,2	0,1

POSTI LETTO TOTALI (7)		2006 (4)	2007 (5)	2008 (6)
	Numero	16.732	16.396	16.138
	Per 1.000 ab.	4,1	4,0	4,0

(Posti letto totali al 18/05/2010 – 16.008)

FONTE: Piano di Rientro Puglia 2010-2012

Ricoveri

Il Tasso di Ospedalizzazione della Regione Puglia è storicamente superiore agli standard di riferimento; rispetto al riferimento di 180 ricoveri per mille abitanti (Intesa Stato Regioni 2005) il Tasso di Ospedalizzazione, dei residenti, per gli anni 2006- 2008 è intorno al 216 ‰ abitanti. Una quota parte di questo tasso, il 16,5 ‰ è associato alla mobilità extraregionale, ed è quindi relativamente dipendente dalla Regione, poiché è la strutture erogante extraregionale che stabilisce numero e modalità di ricoveri.

Il Tasso di Ospedalizzazione dei residenti presso le strutture ospedaliere regionali è comunque elevato, attestandosi intorno al 200‰ (Tabella 58).

Tabella 58: Ricoveri e tassi di Ospedalizzazione in Puglia anni 2001-2008

Anno	A ricoveri in regione di residenti			B ricoveri fuori regione			A+B ricoveri totali residenti			Residenti	C mobilità attiva		
	Ricoveri ORD	Ricoveri DH	Ricoveri TOT	Ricoveri ORD	Ricoveri DH	Ricoveri TOT	Ricoveri ORD	Ricoveri DH	Ricoveri TOT		Ricoveri ORD	Ricoveri DH	Ricoveri TOT
	2001	740.616	159.143	899.759	47.163	12.532	59.695	787.779	171.675		959.454	4.086.608	37.259
2002	698.530	112.577	811.107	47.498	13.748	61.246	746.028	126.325	872.353	4.019.500	35.424	3.235	38.659
2003	643.624	120.403	764.027	48.876	15.016	63.892	692.500	135.419	827.919	4.023.957	32.454	3.401	35.855
2004	615.202	152.686	767.888	51.539	17.612	69.151	666.741	170.298	837.039	4.040.990	29.178	3.801	32.979
2005	611.915	171.995	783.910	53.016	18.311	71.327	664.931	190.306	855.237	4.068.167	26.280	4.070	30.350
2006	621.608	182.651	804.259	55.024	18.628	73.652	676.632	201.279	877.911	4.071.518	26.144	4.325	30.469
2007	616.879	196.913	813.792	50.319	18.638	68.957	667.198	215.551	882.749	4.069.869	26.717	4.812	31.529
2008	604.516	215.188	819.704	47.243	19.035	66.278	651.759	234.223	885.982	4.076.546	26.200	5.161	31.361

Anno	T.O. ricoveri in regione solo res.			T.O. ricoveri fuori regione			T.O. totale residenti		
	T.O. ORD	T.O. DH	T.O. TOT	T.O. ORD	T.O. DH	T.O. TOT	T.O. ORD	T.O. DH	T.O. TOT
2001	181,2	38,9	220,2	11,5	3,1	14,6	192,8	42,0	234,8
2002	173,8	28,0	201,8	11,8	3,4	15,2	185,6	31,4	217,0
2003	159,9	29,9	189,9	12,1	3,7	15,9	172,1	33,7	205,7
2004	152,2	37,8	190,0	12,8	4,4	17,1	165,0	42,1	207,1
2005	150,4	42,3	192,7	13,0	4,5	17,5	163,4	46,8	210,2
2006	152,7	44,9	197,5	13,5	4,6	18,1	166,2	49,4	215,6
2007	151,6	48,4	200,0	12,4	4,6	16,9	163,9	53,0	216,9
2008	148,3	52,8	201,1	11,6	4,7	16,3	159,9	57,5	217,3

* Dai ricoveri sono esclusi i neonati sani (DRG 391) e l'assistenza indiretta (onere della degenza 3 o 4)

FONTE: Piano di Rientro Puglia 2010-2012

7 ASL Lecce

7.1 Aspetti demografici e sanitari della popolazione salentina

Il Salento vive una trasformazione del contesto sociale di riferimento che vede sia un incremento della popolazione anziana sia una riduzione del potere economico delle famiglie a causa della perdita di competitività delle imprese registrata negli ultimi anni nella provincia di Lecce rispetto al resto dell'Italia.

La provincia comprende 97 comuni raggruppati in 10 Distretti Sociosanitari corrispondenti a 10 Ambiti di Zona. (Tabella59).

Per quel che concerne la dimensione dei comuni, esiste una situazione differente rispetto al resto della Regione, data una maggiore concentrazione della popolazione nei centri di piccole dimensioni:

Il 74% della popolazione della provincia risiede nei comuni con popolazione fino a 20.000 abitanti, che costituiscono il 94% del totale dei comuni della provincia.

Tabella 59 : Popolazione per classe di ampiezza demografica dei comuni- anno 2007

Ampiezza demografica	N. Comuni	%	Popolazione residente	%
da 0 a 5.000	39	40,21%	116.047	14,35%
da 5.001 a 10.000	34	35,05%	234.839	29,03%
da 10.001 a 15.000	15	15,46%	191.148	23,63%
da 15.001 a 20.000	3	3,09%	48.893	6,04%
da 20.001 a 25.000	3	3,09%	65.961	8,15%
oltre 25.000	3	3,09%	152.051	18,80%
Totale	97	100,00%	808.939	100,00%

FONTE: ISTAT

Anche questo aspetto demografico condiziona il processo di programmazione e lo sviluppo dei servizi sanitari e sociosanitari. Si tratta di dinamiche che hanno inciso fortemente sull'offerta, per cui la dislocazione e il dimensionamento dei servizi

spesso ha risposto a logiche e interessi di politica locale e/o di mero campanile più che a valutazioni di efficacia ed efficienza delle risorse disponibili.

La struttura dell'offerta dei servizi sanitari e sociosanitaria della Provincia è, anche per questa ragione, caratterizzata ancora da una notevole frammentazione si tratti di reparti ospedalieri o di singoli ambulatori e/o micro-servizi territoriali, a volte dislocati in strutture comunali.

La programmazione dei servizi territoriali non può prescindere dalla loro natura e tipologia, nel senso che mentre l'assistenza domiciliare deve essere assicurata su tutto il territorio raggiungendo anche le più piccole comunità locali, i servizi ambulatoriali, diurni e residenziali hanno bisogno di bacini di utenza che consentano di assicurare livelli adeguati di efficienza e di sicurezza nel rispetto dei requisiti minimi strutturali e organizzativi previsti dalle norme vigenti.

Identico discorso vale per la struttura dell'offerta dei servizi sociali e socio-assistenziali di competenza degli Ambiti territoriali dei Piani di Zona.

Infatti la rete dei servizi diurni e residenziali dell'area socio-assistenziale deve essere programmata secondo standard e fabbisogni che travalicano i confini comunali.

La difficoltà di programmare e gestire interventi integrati a livello distrettuale e di Ambito ha una ricaduta immediata sulla garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Tuttavia la presenza di tanti piccoli centri costituisce, per altro verso, un punto di forza per lo sviluppo di forme di assistenza di tipo territoriale e domiciliare, valorizzato da reti informali e legami di solidarietà molto presenti nelle piccole comunità locali.

PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
<ul style="list-style-type: none"> ◊ la presenza di reti informali e legami di solidarietà; ◊ le piccole comunità locali sono facilitate nell'attuare percorsi di inclusione sociale; ◊ esistono le condizioni per lo sviluppo di percorsi assistenziali territoriali e domiciliari. 	<ul style="list-style-type: none"> ◊ eccessiva frammentazione territoriale; ◊ difficoltà per gli organismi sovra-comunali di programmare e gestire interventi di Ambito; ◊ difficoltà per i piccoli comuni di fronteggiare situazioni di particolare gravità.

7.1.1 Invecchiamento della popolazione

L'organizzazione dei servizi socio-sanitari non può prescindere dalla conoscenza dei dati relativi all'evoluzione demografica della popolazione cui servizi dovranno essere resi (Tabella 60).

Tabella 60: Evoluzione dal 1996 al 2006 della popolazione residente nella provincia di Lecce

Classi di età	1986		1996		2006	
	Residenti	%	Residenti	%	Residenti	%
0-14	184.208	23,5%	141.801	17,3%	118.938	14,7%
15-64	513.356	65,5%	552.692	67,6%	534.209	66,2%
65-74	52.299	6,7%	75.842	9,3%	83.610	10,4%
> 75	34.471	4,4%	47.189	5,8%	70.667	8,8%
TOTALE	784.334	100,0%	817.524	100,0%	807.424	100,0%

Fonte: PAL Lecce 2009

L'invecchiamento della popolazione presenta in Provincia due ulteriori dati specifici:

- il movimento migratorio di giovani verso il Centro-Nord , con la perdita progressiva di una parte della popolazione attiva
- il flusso di rientro dal Nord o da altri Paesi Europei di persone in età più avanzata del tutto fuori dal circuito lavorativo.

I residenti di età compresa tra 0 e 14 anni sono passati dal 23% del 1986 al 14% del 2006 con un calo di valori assoluti pari a -65.270 unità.

Per contro i residenti con età superiore a 64 anni sono passati dal 11% del 1986, al 19% del 2006, con un incremento in valori assoluti di + 67.507 unità.

E' dunque sensibilmente aumentato il carico delle fasce di popolazione non produttiva (minori e anziani) sulla popolazione in età lavorativa.

I valori di questi indicatori nel 2006 sono molto vicini a quelli nazionali ma, in presenza di un livello di reddito notevolmente inferiore alla media nazionale, i costi di per assistenza socio-sanitaria alla popolazione sono di gran lunga superiori (Tabella 61).

Tabella 61: Struttura della popolazione per fasce d'età (gennaio 2007)

Distretto / Ambito	Popolaz. residente	Numero giovani (0-14)	%	Numero adulti (15-64)	%	Numero anziani (65-74)	%	Numero grandi anziani (>75)	%
Campi Salentina	90.212	12.700	14,1%	59.564	66,0%	9.234	10,2%	8.714	9,7%
Casarano	74.830	11.951	16,0%	49.285	65,9%	7.312	9,8%	6.282	8,4%
Gagliano del Capo	87.815	13.501	15,4%	57.192	65,1%	9.267	10,6%	7.855	8,9%
Galatina	61.958	8.621	13,9%	40.730	65,7%	6.594	10,6%	6.013	9,7%
Gallipoli	75.317	11.326	15,0%	49.596	65,8%	7.613	10,1%	6.782	9,0%
Lecce	173.639	24.050	13,9%	117.130	67,5%	17.285	10,0%	15.179	8,7%
Maglie	56.082	7.778	13,9%	37.291	66,5%	5.921	10,6%	5.082	9,1%
Martano	50.061	6.457	12,9%	33.442	66,8%	5.460	10,9%	4.702	9,4%
Nardo'	92.391	14.576	15,8%	60.599	65,6%	9.373	10,1%	7.843	8,5%
Poggiardo	46.634	6.299	13,5%	30.171	64,7%	5.268	11,3%	4.901	10,5%
Totali	808.939	117.259	14,5%	535.000	66,1%	83.327	10,3%	73.353	9,1%

Fonte: PAL Lecce 2009

7.1.2 Infrastrutture e servizi sociali e sanitari

Le infrastrutture sociali nella regione sono ancora molto carenti con una dotazione complessiva del 64% rispetto a quella italiana. Con riferimento alle quattro principali forme di assistenza territoriale: domiciliare, territoriale, residenziale e diurna, i dati comparati per provincia, dimostrano che:

- L'assistenza domiciliare è offerta a diverse categorie di utenza, ma di fatto la spesa per questo servizio si concentra sugli anziani per il 70% e sui disabili per il 20% .
- Il numero degli ambulatori pubblici e privati convenzionati è pari a 20.68 su 100.000 abitanti, in linea con quello del Nord (18,62).
- La dotazione di attrezzature sanitarie (ecotomografi, T.A.C. e RMN) presenti sul territorio provinciale è pari a al 50% della media nazionale.
- Le RSSA autorizzate al funzionamento soddisfano il fabbisogno determinato per legge regionale, ma l'offerta in termini di standard strutturali e organizzativi richiede significativi investimenti. L'offerta di servizi residenziali per l'area della disabilità sono da creare ex novo.
- Si rileva un forte deficit di strutture a ciclo diurno che prendano in carico pazienti in modo integrato con l'assistenza domiciliare sanitaria, per favorire l'evoluzione delle prestazioni, l'efficacia dei percorsi terapeutico-riabilitativi e l'integrazione dei pazienti nei percorsi di inserimento socio-lavorativo.
- Anche le strutture consultoriali presentano notevoli criticità in termini di strutturali e logistici.

E' significativo altresì il dato secondo cui sono attivi solo 3,5 posti letto per 1000 abitanti, compresi sia i pp.ll. gestiti direttamente sia quelli offerti dal privato accreditato, rispetto allo standard di 4,5 PL per 1000 abitanti fissato nell'intesa del 23 marzo 2005.

A ciò si associa la carenza di una adeguata rete di servizi territoriali, capaci di garantire al cittadino un percorso di continuità assistenziale integrata.

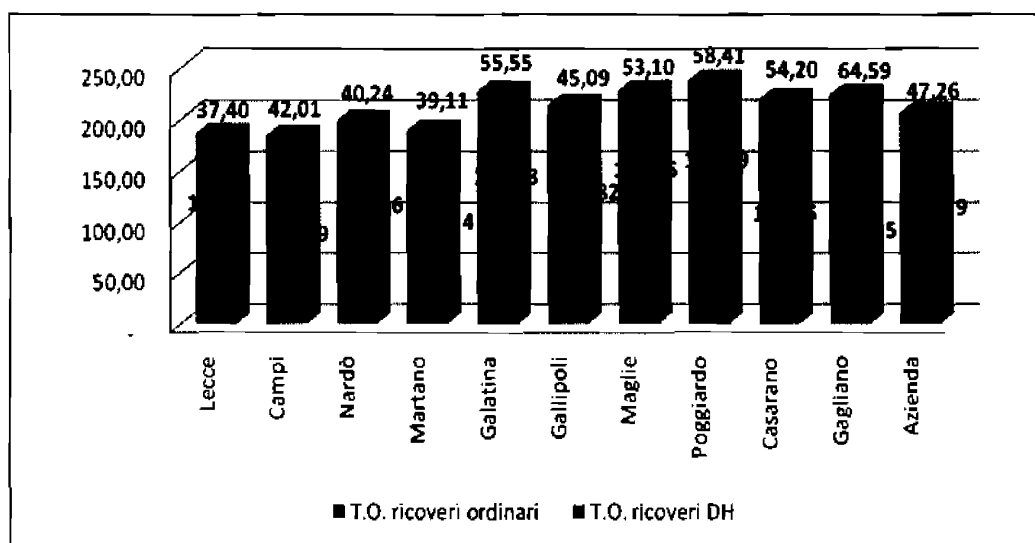
Questo contesto socio sanitario è la premessa inevitabile di una elevata Spesa farmaceutica che da un lato è legata al rispetto delle regole e di migliore appropriatezza nell'uso delle risorse, dall'altro è dovuta all'aver il farmaco rappresentato l'unica risposta al disagio prevalentemente sociale in particolare nelle fasce anziane.

7.1.3 Dati di ospedalizzazione

Nel 2007 i casi di dimissione di cittadini residenti nell'ASL Lecce sono stati 166.923, di cui 128.695 ricoveri ordinari e 38.228 DH. Il 77.1% delle dimissioni è stato effettuato da ospedali pubblici, il 9,9% dalle Case di Cura Private (CCP) ed il restante 13% rispettivamente da ospedali della Regione Puglia (5,6%) e da ospedali di altre Regioni (7,4%).

Si evidenzia un incremento dei ricoveri totali dei cittadini pari al 2,43%, con un incremento della attività negli ospedali pubblici del 2,7% e un incremento nelle strutture private insistenti nel territorio dell'Azienda pari al 10,9%. Parallelamete si è registrata una riduzione passiva infraregionale del 1,8% e una riduzione della mobilità passiva extraregionale del 7,0%.

Grafico 7: Tasso di ospedalizzazione ricoveri Ordinari e DH per 100 abitanti nell'anno 2007 nei distretti dell'ASL di Lecce



Fonte: PAL Lecce 2009

Come si evince dal grafico precedente, il tasso di ospedalizzazione (per mille ab.) registrato nell'anno 2007 (ordinari 159; diurni 47) non è ancora in linea con le indicazioni del DIEF 2006, che fissava, per l'anno 2007, i seguenti valori: ricoveri ordinari: 144; ricoveri diurni: 36.

Dall'analisi dei dati sulla ospedalizzazione emerge che le necessità assistenziali maggiori per ricoveri sono state nell'ordine:

- Malattie e i disturbi dell'apparato cardiocircolatorio (MDC 5), con 20.241 dimissioni, pari al 12,1% dei ricoveri complessivi;
- Malattie e i disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (MDC 8) con 19.323 dimissioni, pari all' 11,6% dei ricoveri complessivi;
- Malattie e i disturbi dell'apparato digerente (MDC 6) con 15.060 dimissioni pari al 9,0% dei ricoveri complessivi;
- Gravidanza, parto e puerperio (MDC 14) con 12.134 dimissioni pari al 7,3% dei ricoveri complessivi;
- Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio (MDC 4) con 10.988 dimissioni pari al 6,6% dei ricoveri complessivi.

7.1.4 Dati di mortalità

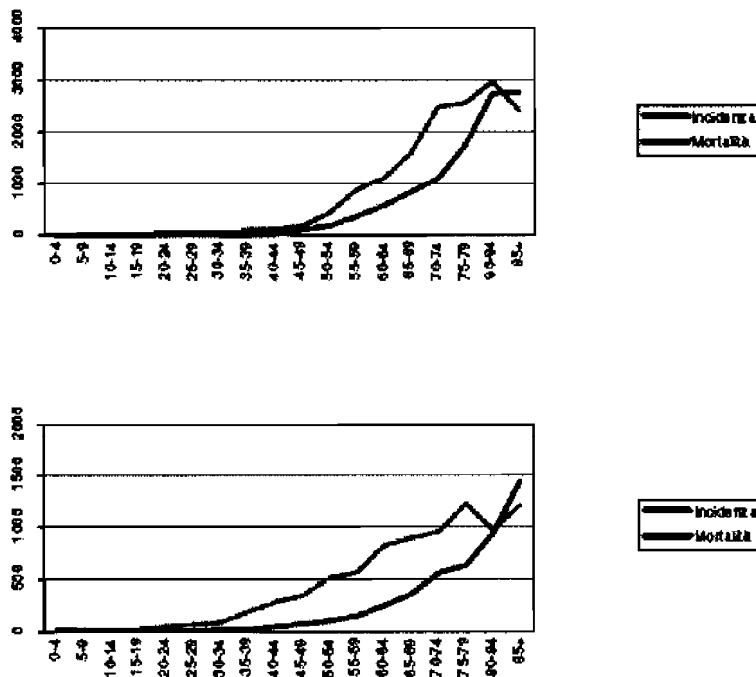
Dalla relazione sullo stato di salute della popolazione pugliese dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale, riferita agli anni 1998 — 2004, si evidenzia che la prima causa di morte è rappresentata dalle malattie del sistema cardiocircolatorio seguite dalle neoplasie e dalle malattie dell'apparato respiratorio e digerente.

La mortalità per le malattie dell'apparato respiratorio e per neoplasie risulta doppia nel sesso maschile rispetto a quello femminile, come anche i decessi per malattie del sistema cardiocircolatorio.

La mortalità per neoplasie è stata studiata tramite una analisi dell'incidenza e mortalità attraverso lo strumento scientifico del Registro Tumori di Lecce (RTLE) relativamente all'anno 2003. Tale analisi evidenzia una sostanziale sovrapposibilità dei dati provinciali con quelli di altre aree a bassa mortalità in Italia, come le regioni del meridione. I dati evidenziano una relativa bassa mortalità per tumori del colon e del retto, mentre il peso dei decessi per tumore del polmone (ma solo nel sesso maschile) pare invece riflettere una preponderanza di fattori di rischi individuali più che ambientali.

Di seguito si illustrano, nel grafico 8, alcuni dati sintetici derivati dagli archivi RTLE per l'anno 2003

Grafico 8: Tassi età-specifici di incidenza e mortalità per tutti i tumori. Maschi e Femmine (Lecce 2003)



Fonte: PAL Lecce 2009

Considerando i dati di mortalità in combinazione con i dati di incidenza sembra emergere un ruolo protettivo della dieta mediterranea: i tumori del colon-retto e della mammella presentano tassi minori rispetto alla media italiana e dei paesi più sviluppati. Tale differenza è presente anche per i tumori del polmone nel sesso femminile ma non in quelli maschili, evidenziando un possibile ruolo di fattori di rischio individuali, quali appunto il fumo di sigaretta. Le statistiche della mortalità per tumore della prostata sono invece di più complessa interpretazione in quanto influenzabili dalle differenti pratiche diagnostiche, pur non essendo ancora chiaro il reale effetto sulla mortalità del dosaggio del PSA.

Confronti internazionali dei tassi di mortalità per tutti i tumori, tumori del polmone, del colon-retto, della mammella e della prostata (Tassi std. Mondiali per 100.000- Stime internazionali per l'anno 2002 della IARC).

Tabella 62: Confronti internazionali dei tassi di mortalità per tipi di tumori

	Totale		Polmone		Colon e retto		Mammella	Prostata
	M	F	M	F	M	F	Femmine	Maschi
Lecce	150	73	51	4	10	8	15	13
Italia	171	95	50	9	17	11	19	12
Mondo	138	92	31	10	10	8	13	8
Paesi più sviluppati	170	102	48	14	18	12	18	14
Paesi meno sviluppati	119	83	23	8	6	5	10	5

Fonte: PAL Lecce 2009

7.1.5 Appropriatazza organizzativa

L'appropriatazza organizzativa dell'assistenza sanitaria ed in particolare dei ricoveri ospedalieri assume un valore imprescindibile nella definizione della struttura dell'offerta sanitaria ospedaliera e territoriale.

Obiettivo generale è spostare, per quanto possibile, l'assistenza dell'ospedale al territorio evitando ricoveri "non necessari" ovvero che possano essere trattati adeguatamente con altre modalità di assistenza tra le quali l'assistenza domiciliare, le residenze sanitarie e sociosanitarie, l'assistenza ambulatoriale.

Dall'esame dei 42 DRG ad alto indice di inappropriatazza dei LEA relativi ai ricoveri effettuati nell'anno 2007 dalle strutture a gestione diretta, si evince che solo 6 DRG registrano valori contenuti nei limiti di appropriatazza fissati dalla Regione, mentre per la restante parte, n. 36 DRG, si evidenziano significativi indici di inappropriatazza pari al 36,18% corrispondenti a 5.870 ricoveri su 16.226.

Dall'analisi dei bisogni assistenziali legati alla ospedalizzazione emergono due indirizzi strategici:

- Il miglioramento degli indici di appropriatezza con il progressivo allineamento ai valori soglia fissati dalla Regione
- Potenziamento/adequamento della rete cardiologia, oncologica, materno infantile, internistico-pneumologica e di quella neuro-ortopedica-riabilitativa.

7.2 Il Distretto

Il distretto è articolazione organizzativo-funzionale dell'AUSL ed è sede di erogazione di tutta l'attività sanitaria e socio-sanitaria delle strutture territoriali, con l'obiettivo di garantire la presa in carico globale dell'utente per una risposta strutturata e complessiva ai bisogni di salute.

Il Distretto garantisce l'assistenza sul territorio in maniera diffusa, omogenea e uniforme, attraverso un elevato livello di integrazione tra le diverse professionalità e tra i diversi servizi che erogano le prestazioni sanitarie e tra questi e i servizi socio-assistenziali in modo da consentire una risposta coordinata, continuativa e unitaria ai bisogni di salute della popolazione.

In tale ottica il Distretto costituisce centro di responsabilità e di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, nell'ambito degli indirizzi della direzione strategica dell'AUSL, coerentemente con la programmazione regionale ed aziendale.

L'analisi della situazione dei singoli Distretti evidenzia una serie di criticità strutturali ed organizzative:

- Bacini di utenza dei distretti non uniformi
- Eterogeneità nella organizzazione logistica e strutturale
- Differenza nei Livelli Essenziali delle prestazioni
- Disomogeneità nei percorsi di accesso e del funzionamento delle strutture
- Inadeguata integrazione col sistema delle curie primarie e con gli altri macrolivelli assistenziali
- Insufficiente integrazione del sistema delle curie primarie all'interno della programmazione delle attività distrettuali.

7.2.1 Dimensionamento territoriale del Distretto

Il dimensionamento del Distretto secondo parametri razionali, deve garantire la possibilità di individuare bisogni omogenei da parte della popolazione e consentire una pianificazione degli interventi secondo logiche ispirate alla massima efficacia ed efficienza.

Occorre quindi rivedere l'attuale definizione degli ambiti distrettuali, riportando gli stessi da 10 a 13, cioè nei confini preesistenti rispetto alla legge regionale di riordino del 2003.

Con la realizzazione di 13 distretti Aziendali si ricostituisce il tessuto sociale su cui inserire i servizi sanitari territoriali ed ospedalieri.

Figura 12: Mappa dei Distretti ASL Lecce



FONTE: Asl Lecce

Tabella 63: Ridefinizione proposta degli ambiti distrettuali ASL di Lecce

Distretti attualmente presenti	Popolazione	Distretti proposti	Popolazione
Lecce	173.639	Lecce	111.352
Campi Salentina	90.212	San Cesario	62.287
Nardò	92.391	Campi Salentina	63.644
Galatina	61.958	Copertino	70.197
Martano	50.061	Nardò	48.762
Gallipoli	75.317	Galatina	61.958
Maglie	56.082	Martano	50.061
Poggiardo	46.634	Maglie	56.082
Casarano	74.830	Poggiardo	46.634
Gagliano del Capo	87.815	Gagliano del Capo	65.249
		Ugento	47.319
		Casarano	74.830
		Gallipoli	50.564

Fonte: PAL Lecce 2009

Il Distretto deve assicurare le funzioni di seguito riportate:

1. assistenza primaria comprendente assistenza socio-sanitaria di base, continuità assistenziale, assistenza di emergenza territoriale, assistenza infermieristica, assistenza domiciliare, ospedale di comunità;
2. assistenza specialistica comprendente assistenza specialistica ambulatoriale, assistenza riabilitativa, assistenza protesica nonché specialistico-riabilitativa neuropsichiatria infantile;
3. assistenza consultoriale;
4. assistenza nelle strutture residenziali;
5. assistenza psicologica;
6. assistenza socio-sanitaria;
7. assistenza amministrativa.

Nel Distretto operano articolazioni che afferiscono ad altre strutture aziendali:

- Il Dipartimento di Prevenzione
- Il Dipartimento di Salute Mentale
- Il Dipartimento delle dipendenze patologiche
- Il Servizio Farmaceutico
- La Struttura Sovradistrettuale di Riabilitazione
- Il Servizio Sociosanitario
- Il Dipartimento di emergenza e urgenza 118
- Il servizio Pneumologico territoriale
- Lo stabilimento ospedaliero di riferimento territoriale

Tali articolazioni avranno un rapporto forte con il Distretto, pur rimanendo titolari di autonomia tecnico-professionale.

Sotto il profilo della produzione delle prestazioni le équipe sono “funzionalmente” legate al Distretto che, all’interno dei piani territoriali, dei piani delle prestazioni, dei piani di zona, programma gli interventi specifici, organizza e controlla gli stessi e si attiva al fine del raggiungimento di ottimali livelli di efficienza nell’ottica della centralità dell’utenza.

7.2.2 Sviluppo organizzativo delle cure primarie: il modello a complessità crescente

Le cure primarie hanno un ruolo essenziale nella rete dei servizi di una azienda sanitaria. Proprio la complessità dei processi di cura, la necessità di una piena integrazione socio-sanitaria dei servizi e la pluri-professionalità degli interventi necessari per soddisfare i variegati bisogni dei cittadini, impongono la sperimentazione di nuovi modelli di cura a partire proprio dalla Medicina Territoriale.

Grazie agli ultimi accordi nazionale e regionali , la medicina generale e il pediatra di libera scelta hanno avuto una profonda trasformazione, passando da una modalità di lavoro che privilegiava il singolo professionista a una modalità di lavoro in associazione tra loro. I modelli di lavoro attuali sono stati la medicina in associazione, la medicina in rete e la medicina di gruppo.

Il modello di organizzazione delle cure primarie che l'ASL Lecce ha adottato, può essere definito a complessità crescente:

- Da un lato il percorso di sviluppo delle cure primarie che tende a pianificare e incentivare il passaggio dalla medicina territoriale ad una assetto integrato, coordinato e multiprofessionale
- Dall'altro la coesistenza nel territorio dell'ASL di forme organizzative con differenti gradi di complessità. Ciò in coerenza con le specificità e le eterogeneità del territorio.

Inoltre all'interno delle diverse forme organizzative, al crescere della complessità, si sviluppano anche : le modalità di lavoro , la complessità organizzativa, i servizi. Il modello a complessità crescente fissa come obiettivi:

- Il progressivo superamento del paradigma del MMG/PLS autonomo e isolato
- L'effettivo raggiungimento dei vantaggi previsti dalle forme associative
- L'avvio/consolidamento di strutture organizzative delle curie primarie complesse, multiprofessionali, multiservizi con sede unica e facilmente accessibile e riconoscibile dall'utenza

Il modello a complessità crescente prevede quindi un'articolazione delle Cure Primarie che promuove e sviluppa forme organizzative evolute e complesse tra cui:

- Super Rete e Super Gruppo
- Centri Polifunzionali Territoriali (CPT)
- Case della Salute

Le forme di super rete e super gruppo si caratterizzeranno per l'aggregazione di più medici, l'apertura giornaliera dell'ambulatorio per almeno 10 ore in sede unica, la figura infermieristica, l'organizzazione di ambulatori dedicati alla gestione di specifiche patologie e dei relativi percorsi di cura, l'adesione a precisi progetti regionali.

I Centri Polifunzionali Territoriali prevedono:

- L'apertura dell'ambulatorio su 12 ore
- La sede unica
- Il lavoro in equipe di più medici
- L'apertura di ambulatori dedicati per le principali patologie sociali
- L'avvio di programmi di assistenza e prevenzione come da piani e progetti regionali

- Il potenziamento dei servizi di assistenza domiciliare(ADI)
- La realizzazione di un osservatorio epidemiologica a valenza locale finalizzato alla conoscenza dei principali fattori di salute e agli indicatori di esito dei processi clinici
- Il collegamento telematico con l’Azienda
- La piena integrazione tra il lavoro effettuato dai medici con quello garantito dalle equipe che si occupano di tutela della famiglia, della salute mentale della prevenzione recupero e riabilitazione de dipendenze patologiche e delle cure riabilitative.

Le Case della salute saranno realizzate per offrire servizi socio-sanitari quali:

- Assistenza sanitaria di base
- Punto del 118
- ADI
- Socio-sanitari
- Amministrativi
- Assistenza infermieristica
- Specialisti ambulatoriali
- Consultori
- Prevenzione (vaccinazione)
- Riabilitazione

In sintesi quindi le Case della Salute saranno ad un livello di complessità più elevato rispetto ai CPT, offriranno maggiori servizi integrati, garantiranno, 24h su 24h, l’assistenza sanitaria di base (grazie all’attività comune di MMG, PLS, CA e 118) e daranno risposte ai bisogni di gestione delle cronicità e delle fasi pre e post eventi acuti. Ciò avverrà in sede unica, riconoscibile e fruibile, con modalità di lavoro dei Medici di assistenza primaria integrata con l’operatività di altre equipe socio sanitarie che nel territorio si occupano della tutela della famiglia, della prevenzione.

Premesso che in sede regionale, attraverso il PRS, è stato previsto che in ogni ASL vengano istituite almeno due Case della Salute, la grande estensione geografica, l’elevato numero di Comuni, le dimensioni del bacino di popolazione della ASL di Lecce suggeriscono che due sole strutture in provincia sarebbero manifestamente insufficienti a garantire buoni livelli di accessibilità a tutta la popolazione assistita.

Per tale motivo, ma anche per una più complessiva considerazione della realtà strutturale socio assistenziale salentina nonché dello stato dei collegamenti stradali, si è convenuto sulla opportunità di proporre la attivazione di n. 3 Case della Salute, con sede in Lecce, Maglie, Gallipoli.

Per l’attivazione dei CPT l’azienda ritiene di fondamentale importanza il coinvolgimento delle Amministrazioni Comunali del territorio, con particolare riferimento alla disponibilità di queste ultime nel fornire locali adeguati nei quali avviare forme complesse di assistenza primaria, Il rapporto di collaborazione con i

Comuni si sostanzia inoltre nell'integrazione degli operatori sociali comunali con le equipe socio-sanitarie dell'ASL.

Sono state già avviate alcune esperienze significative che portano l'azienda a incentivare e promuovere il processo di coinvolgimento dei Comuni e di realizzazione di forme organizzative delle cure primarie per complessità crescente.

Nell'ambito delle cure primarie sarà possibile sperimentare presidi di continuità assistenziale attivi h 24 all'interno dei quali operino medici di C.A. supportati da personale infermieristico.

Tali presidi (eventualmente collegati in rete informatica con gli ambulatori di assistenza primaria) avranno lo scopo di fungere da supporto ai bisogni assistenziali della popolazione residente, oltre a rappresentare un punto di riferimento sanitario territoriale, sia per i bisogni assistenziali legati ai flussi turistici, che degli immigrati extracomunitari. Con specifico riferimento ai Pediatri di Libera Scelta, riprendendo le indicazioni e quanto previsto nell'Accordo Regionale, si intende sviluppare fortemente le forme organizzative in rete e in gruppo, in maniera da superare la medicina in associazione. Naturalmente, a motivo della conformazione del territorio della Provincia, è opportuno mantenere gli ambulatori periferici dei Pediatri di Famiglia anche quando si costituiscono forme complesse di organizzazione. Per quanto riguarda invece le forme organizzative evolute e complesse nelle quali coinvolgere i Pediatri di Famiglia, si ritiene indispensabile avviare, in via sperimentale, un modello organizzativo che preveda la continuità assistenziale pediatrica da allocare presso la sede ospedaliera di riferimento distrettuale. Le analisi dei dati disponibili sugli accessi ai Pronto Soccorso Pediatrici evidenziano, con particolare riferimento ai codici di priorità di intervento non critici, un accesso concentrato tra le ore 8 e le ore 20, Codici verdi e bianchi inoltre spesso risentono oltre che della presentazione di segni e sintomi clinici, anche di situazioni di urgenza soggettiva e di tensione o emotività del bambino o del suo accompagnatore. E' importante sottolineare che l'adozione di procedure organizzative, oltre alla attivazione di percorsi assistenziali predefiniti (osservazione temporanea follow-up ambulatoriale), hanno portato, in situazioni sperimentali, a una riduzione dell'esito in ricovero dal 15% all' 8% degli accessi pediatrici ai PS. generali.

La Pediatria di Famiglia ha già sperimentato in varie regioni alcune forme di continuità assistenziale ambulatoriale con risultati lusinghieri sotto il profilo del miglioramento dell'assistenza e della riduzione dei costi per il SSN indotti dai ricoveri ospedalieri inappropriati.

Tali forme di assistenza hanno registrato un alto grado di soddisfazione da parte dell'utenza, in quanto prova tangibile della reale presa in carico continuativa del paziente pediatrico con le sue patologie, in un'ottica anche di risparmio di risorse e di assenze lavorative per le famiglie coinvolte.

La Pediatria di Famiglia può essere in grado di fornire una risposta assistenziale, estesa alle 12 ore diurne, attraverso l'utilizzo delle attuali forme associative chiamate ad ampliare, in modo flessibile e modulare, l'orario di servizio sul territorio, integrandosi funzionalmente anche con il servizio di Continuità Assistenziale.

Il modello sperimentale, che sarà oggetto di specifico accordo aziendale, potrà prevedere diverse tipologie di Continuità Assistenziale H12 diurna, con riferimento ai giorni feriali e ai giorni festivi e prefestivi.

7.2.3 Assistenza farmaceutica

L' Assistenza Farmaceutica , la cui domanda, sia ospedaliera che territoriale è sempre crescente, dovrà essere erogata secondo principi di appropriatezza, equità, economicità, non disgiunti da quello che è il cardine dell'impostazione terapeutica: la medicina basata sull'evidenza.

Per il governo della spesa farmaceutica permangono ancora alcune criticità:

- Scarsa attenzione da parte dei prescrittori (MMG, PLS e specialisti) agli indirizzi ed alle linee guida nazionali , regionali ed aziendali rispetto al tema dell'uso appropriato del farmaco
- Tendenza prescrittivi all'utilizzo di farmaci ad alto costo
- Inappropriato uso delle esenzioni per patologia e/o invalidità
- Uso del ricettario unico regionale non completamente conforme alla normativa
- Attivazione non uniforme e con differente efficacia della distribuzione in dimissione ospedaliera o da visita ambulatoriale.

La costante crescita della spesa farmaceutica, territoriale ed ospedaliera, comporta, comunemente la considerazione della non governabilità. Utilizzando, però, opportunamente gli svariati strumenti a disposizione, la spesa risulterà assoggettabile ad una stabilizzazione degli scostamenti nel breve periodo e a successive piccole e crescenti riduzioni con una conseguente qualificazione della stessa.

Gli strumenti utili al perseguimento dell'obiettivo sono:

- piena aderenza alle normative nazionali e regionali in tema di farmaci;
- attivazione e potenziamento della distribuzione diretta del primo ciclo di terapia in dimissione e da visita ambulatoriale e della distribuzione diretta per i farmaci ad alto costo inclusi in PHT e fuori accordo Federfarma — Ares;
- efficace utilizzo delle procedure informatiche di cui l'Azienda dispone;
- implementazione delle attività della Commissione Terapeutica Aziendale, già costituita, di composizione eterogenea in modo da assicurare l'integrazione di competenze multidisciplinari, con la predisposizione di strategie relative alla

valutazione, selezione ed impiego razionale dei farmaci all'interno degli ospedali, secondo criteri basati sull'efficacia dimostrata, la sicurezza, l'economicità e l'accettabilità per il paziente;

- conseguente adozione del Prontuario Terapeutico Aziendale, quale documento anche di indirizzo per lo sviluppo di un uso appropriato del farmaco, con riflessi ed esiti sul territorio;
- costante attività di Informazione Indipendente sul farmaco, alla luce delle esigenze conoscitive e/o problematiche rilevate nelle realtà ospedaliere e distrettuali dell'Azienda;
- promozione di costanti attività delle Commissioni Distrettuali per l'appropriatezza prescrittiva, come previsto dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale

7.2.4 Assistenza specialistica ambulatoriale

La attuale distribuzione della rete assistenziale specialistica della ASL e gli standard indicati nel Piano della salute evidenziano la necessità di una sensibile revisione qualitativa e quantitativa dei servizi con una suddivisione in diverse tipologie.

Il potenziamento della rete poliambulatoriale è da considerarsi strategico. Oltre a garantire le principali consulenze cliniche e l'esecuzione di esami diagnostici specialistici complessi, consente l'attivazione e lo sviluppo di percorsi Distrettuali di Cura e Assistenza, essenziali per trattare molte patologie acute ma soprattutto per la presa in carico di medio-lungo periodo di pazienti con patologie croniche o in sostituzione di non autosufficienza.

Tabella 64: Poliambulatori: Standard minimi regionali

ASL	Popolazione	Distretti	Poliambulatori Attuali	Poliambulatori previsti		
				Discipline base	Specialistiche	III Livello
Lecce	807.000	13	12	27	13	2

Fonte: PAL Lecce 2009

L'assistenza sarà organizzata per livelli, a complessità crescente, ma dovrà avere alla base un concreto sistema di rilevazione dei bisogni e della domanda di cura e assistenza provenienti dal territorio:

1. **il Poliambulatorio di Base** , verrà allocato in strutture direttamente gestite dalla Azienda Sanitaria come i centri di salute o in servizi organizzati dai medici di medicina generale quali le UCP. Avranno il compito di garantire l'assistenza specialistica a pazienti con patologie croniche o patologie acute gestibili dal MMG attraverso percorsi di cura e assistenza integrati.

2. **il Poliambulatorio Specialistico** , sarà rafforzato per la presenza di tutte quelle branche specialistiche che hanno un reale impatto sulla assistenza primaria.

3. **il Poliambulatorio di Terzo Livello**, oltre alle branche previste per il poliambulatori specialistico avrà un servizio di Radiodiagnostica con TAC, RMN e diagnostica senologica. Previsto nella Cittadella della salute di Lecce e nell'Ospedale di Maglie.

Sarà garantito l'inserimento dei poliambulatori nella rete informatica aziendale anche al fine del monitoraggio delle prestazioni e delle liste d'attesa.

Dal punto di vista strutturale, alcune di queste strutture sono adeguate alla funzione. Altre devono essere oggetto di importanti investimenti strutturali. Per quanto attiene la dotazione tecnologica, questa è da potenziare nelle diverse strutture con bisogni differenti per le diverse branche.

Viene di seguito riportata la dotazione di poliambulatori di primo, secondo e terzo livello nella ASL:

Tabella 65: Dotazione di poliambulatori di primo, secondo e terzo livello nella ASL Le

Distretto	Livello 1	Livello 2	Livello3
Distretto n.1 – Lecce	1	1	1
Distretto n.2 – Campi	3	1	
Distretto n.3 – Martano	2	1	
Distretto n. 4 – San Cesario	2	1	
Distretto n. 5 – Copertino	2	1	
Distretto n.6 – Galatina	2	1	
Distretto n.7 – Nardò	2	1	
Distretto n.8 – Maglie	2	1	1
Distretto n.9 – Casarano	3	1	
Distretto n.10 – Gallipoli	2	1	
Distretto n.11 – Poggiardo	2	1	
Distretto n.12 – Gagliano	2	1	
Distretto n.13 – Ugento	2	1	
Totale	27	13	2

Fonte: PAL Lecce 2009

7.2.5 Area della disabilità: percorsi di riabilitazione

Con l'organizzazione della Struttura sovra distrettuale della Riabilitazione si è inteso assicurare all'interno dell'Azienda una specifica funzione strategica di coordinamento delle attività di programmazione, gestione e controllo dell'attività riabilitativa, connesse all'erogazione delle prestazioni.

La Struttura sovra distrettuale della Riabilitazione si configura come Struttura Complessa a valenza Dipartimentale funzionalmente collegata con altri ambiti di intervento sanitario e socio-sanitario.

Alla Struttura sono assegnate tutte le risorse umane, strumentali e tecnologiche attualmente disponibili nelle diverse strutture Aziendali che erogano prestazioni di riabilitazione in regime ambulatoriale, domiciliare, residenziale e semiresidenziale con esclusione di quelle operanti nelle UU.OO. di Medicina Fisica e Riabilitativa.. La Struttura sovra distrettuale della Riabilitazione viene articolata a livello centrale e periferico secondo il seguente organigramma:

- A livello centrale opera il Servizio Centrale di Riabilitazione
- A livello intermedio operano due strutture così configurate:
 - Riabilitazione Neuropsichica dell'età evolutiva
 - Medicina Fisica Riabilitativa
- A livello Periferico, operano, uno per ogni ambito distrettuale.

I Presidi Territoriali di Medicina Fisica e Riabilitazione, strutture che assicurano attività ambulatoriali e domiciliari, nonché attività di recupero e rieducazione funzionale in regime ambulatoriale, domiciliare e a ciclo diurno.

L'attività di riabilitazione intensiva nella fase post-acuzie viene erogata presso presidi ospedalieri plurispecialistici e monospecialistici ove sono già presenti funzioni di ricovero e cura ad intensità diagnostica ed assistenziale.

L'attività di riabilitazione ospedaliera viene erogata, sia come assistenza intensiva in Unità Operativa per "acuti" che come "assistenza intensiva post-acuzie ospedaliera" nelle UU.OO. di Medicina Fisica e Riabilitativa

Tabella 66: Strutture di riabilitazione ospedaliera

Struttura	Unità Operativa	Cod.	Posti Letto Attivati
P. O. Lecce – San Cesario	Medicina Fisica Riabilitativa	56	Senza posti letto
P.O. Casarano – Gagliano del C.	Medicina Fisica Riabilitativa	56	20
A. O. "Cardinale Panico" Tricase	Medicina Fisica Riabilitativa	56	20

Fonte: PAL Lecce 2009

Tabella 67: Strutture private accreditate convenzionate

Struttura	Unità Operativa	Cod.	P. Letto Accreditati Attivati
Città di Lecce	Medicina Fisica Riabilitativa	56	8
Euroitalia	Medicina Fisica Riabilitativa	56	75

Fonte: PAL Lecce 2009

L'attuale situazione riveniente dalla fusione delle due ex ASL (LE/1 e LE/2), ha messo insieme due modelli organizzativi di Servizio Riabilitativo Territoriale profondamente diversi. Nell'Area Nord (ex LE/1) era presente un'organizzazione di tipo Dipartimentale articolata strutturalmente in ogni distretto cui afferiva l'attività riabilitativa Neurologica e Neuropsichica dell'età evolutiva.

Nell'Area Sud (ex LE/2) il *Servizio Centrale della Riabilitazione* aveva un'organizzazione di tipo funzionale, con compiti di coordinamento e raccordo delle attività distrettuali di Riabilitazione.

Tale situazione di non omogenea organizzazione del servizio Riabilitativo territoriale rappresenta una obiettiva criticità.

Tabella 68: Strutture private accreditate convenzionate

Istituto Padri Trinitari di Gagliano del Capo	Residenziale	90
	Semiresidenziale	50
Euroitalia di Casarano	Residenziale	20
	Semiresidenziale	20
Istituto Santa Chiara di Lecce	Semiresidenziale	20

Fonte: PAL Lecce 2009

Tabella 69 : Servizi a gestione diretta in regime semi-residenziali

Distretto Socio Sanitario	Centro Diurno
Lecce	S.Pietro in Lama
Campi Salentina	Campi Salentina
Nardo'	Galatone
Martano	Vernole
Galatina	Soletto
	Cutrofiano
Gallipoli	Sannicola
Maglie	Scorrano
Poggiardo	Poggiardo
Casarano	Supersano
Gagliano del Capo	Tricase
	Ugento

Fonte: PAL Lecce 2009

La totalità dei posti residenziali e semiresidenziali di riabilitazione estensiva è gestita da privati accreditati; in particolare per la residenziale vi è uno sbilanciamento territoriale verso l' Area Sud che annovera la totalità dei posti. Non vi sono invece in ambito ASL, strutture residenziali territoriali o RSA, fortemente tipizzate sulla disabilità grave, che erogano " Assistenza estensiva a media-alta complessità".

Naturalmente anche in quest'ambito sono presenti alcune criticità:

- L'attività di Riabilitazione nell'ambito del territorio della ASL/LE è stata erogata in molteplici forme e strutture di tipo pubblico e privato accreditato, che hanno operato quasi sempre in maniera isolata ed autoreferenziale, fornendo risposte parziali senza alcuna univocità nei percorsi riabilitativi
- Assenza di una tipizzazione delle varie strutture riabilitative pubbliche presenti sul territorio rispetto ai requisiti strutturali , tecnologici e organizzativi previsti dalla vigente normativa nazionale e regionale.

7.2.6 Assistenza Domiciliare

La storia delle cure domiciliari nella ASL di Lecce è abbastanza recente, si sviluppa nelle due ex aziende sanitarie in maniera diversa. Nel gennaio 2007 l'accorpamento delle due ASL LE/I e LE/2, pone di fronte il problema della diversità di sviluppo organizzativa dei servizi di assistenza domiciliare nelle due realtà. Nella ex Lecce 1 nasce come Progetto Obiettivo ADI individuata quale

attività sanitaria da garantire in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale con le risorse assegnate dal F.S.N. Nella ex Lecce 2 il servizio di assistenza domiciliare a gestione diretta è stato avviato solo alla fine del 2007, con la cessazione della convenzione con associazioni esterne, alle quali era stato assegnato. Un programma di riorganizzazione dell'assistenza domiciliare nel territorio della ASL di Lecce, deve tener conto del contesto delle singole realtà distrettuali e deve mirare alla risoluzione della frammentazione che negli anni si è creata, puntando sullo sviluppo di un sistema coordinato di servizi e sull'analisi ed il miglioramento delle relazioni tra tutti gli attori coinvolti. Nonostante le specificità delle singole realtà distrettuali, delineare un modello generale è indispensabile per garantire una sostanziale omogeneità di obiettivi e di procedure che consentano la misurazione e comparazione degli esiti.

7.2.7 Assistenza Residenziale

L'assistenza residenziale per la non autosufficienza viene, attualmente, erogata nel territorio dell'ASL da due tipologie di strutture: le Residenze Protette previste dal R.R. 1 e le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) previste dal R.R. 8/02:

Residenze protette

Nel corso dell'anno 2008, sulla base di specifiche convenzioni autorizzate dalla Regione Puglia — Assessorato alla Sanità, assicurano servizi in residenza protetta di fascia "A" ai sensi de R.R. n.1/97, le seguenti strutture (Tabella 70):

Tabella 70: Posti letto delle RSA localizzate nei distretti dell'ASL di Lecce

DISTRETTO	STRUTTURA	COMUNE	POSTI LETTO
LECCE	MARANGI CRISPINO	LECCE	72
	PADRE PIO	SAN PIETRO IN LAMA	15
	VILLA IRIS FULGENZIO	LECCE	23
CAMPI	VILLA IRIS	TREPUZZI	24
	GIADA	TREPUZZI	68
MARTANO	VILLA ELENA	CASTRI'	42
GALATINA	LA FONTANELLA	SOLETO	30
	VILLA MODONI	SOGLIANO	49
CASARANO	CASA SERENA	MATINO	54
	FONDAZIONE FILOGRANA	CASARANO	34
GALLIPOLI	SANTA RITA	ALEZIO	78
MAGLIE	LINNEO VARESE	MAGLIE	72
			561

Fonte: PAL Lecce 2009

Tali strutture che soddisfano il fabbisogno stabilito dalla Regione (sette posti per diecimila abitanti), registrano un tasso di occupazione dei posti letto, mediamente, pari al 94%.

Le procedure e le modalità operative per la gestione ed il controllo dei rapporti con le Residenze Protette convenzionate sono state definite da uno specifico regolamento aziendale, adottato con deliberazione n. 4025/07, con il quale sono state disciplinate, in maniera uniforme sull'intero territorio provinciale, i seguenti aspetti:

- Tipologia dell'utenza;
- Determinazione dei contributi giornalieri;
- Ulteriori interventi a carico della ASL;
- Procedure per l'ammissione e la verifica;
- Procedura per le dimissioni;
- Assenze temporanee;
- Liquidazioni dei contributi.

Con il suddetto regolamento è stato, altresì, adottato un protocollo operativo per l'erogazione diretta dei farmaci.

Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

Nel territorio della Asl sono attive tre RSA ubicate rispettivamente in Montesardo di Alessano, Campi e Copertino.

Le RSA di Montesardo e Campi strutture di proprietà dell'Azienda gestite in convenzione dal Consorzio S. Raffaele hanno rispettivamente una capacità ricettiva di 60 posti letto. Presso le stesse strutture sono attivati moduli dedicati ai pazienti affetti da M. Alzheimer per i quali vengono erogate anche prestazioni a ciclo diurno.

La RSA di Copertino, struttura di proprietà dell'Azienda, attualmente gestita in convenzione dall'istituto Europeo per i Servizi alla Persona (ISPE), Istituto Pubblico di Assistenza e Beneficenza, ha una capacità ricettiva teorica di 58 posti. Allo stato sono attivati 36 posti e si sta procedendo al completamento dei restanti 22.

Coerentemente con le previsioni del PRS, al fine di assicurare e ottimizzare percorsi assistenziali integrati (dalla RSA alla domiciliarità), è necessario completare la rete delle strutture residenziali e diurne con le tipologie previste dal R n. 4/07.

7.3 Articolazione della rete Ospedaliera Salentina

La rete ospedaliera ha come obiettivo primario quello di superare una concezione autarchica e autoreferenziale di ogni ospedale rispetto all'organizzazione aziendale, alle risposte di salute e al territorio dell'intera Provincia.

Sarebbe invece necessario creare un sistema di assistenza ospedaliera integrata, articolata in un sistema di ospedali collegati tra loro da un rapporto sinergico e sussidiario, nel cui ambito le strutture garantiscano in un unicum le prestazioni sanitarie per acuti, di riabilitazione e lungodegenza post-acuzie di differente complessità.

Figura 13: Mappa geografica della rete Ospedaliera Salentina



Nell'organizzazione in rete sono tenuti presenti vari fattori quali quello geografico, i riferimenti sanitari storicamente consolidati, le unità operative presenti, la complementarietà delle prestazioni, la programmazione regionale e gli investimenti stabiliti.

L'assistenza ospedaliera della ASL è organizzata raggruppando le strutture in comprensori ospedalieri, definendo compiti e collegamenti funzionali.

La rete ospedaliera è articolata in quattro Aree o Comprensori.

Ogni Comprensorio ha una sua caratterizzazione geografica, fa riferimento ai comuni dei Distretti Socio Sanitari e fornisce le prestazioni ospedaliere di base e specialistiche alla popolazione insistente nel territorio di competenza:

1. Comprensorio Ospedaliero Nord e della Città
2. Comprensorio Ospedaliero Ionico
3. Comprensorio ospedaliero Adriatico
4. Comprensorio ospedaliero del Capo di Leuca

In ciascun comprensorio insiste una struttura ospedaliera articolata in un unico presidio funzionale che assicura le funzioni ospedaliere di base e di tipo intermedio.

Nell'ambito della rete si chiariscono le funzioni delle strutture erogatrici: ospedali distrettuali o di comunità, ospedali di base, ospedali di livello intermedio, ospedale di riferimento aziendale/regionale.

Ospedali di base

Tali strutture, previste dalla programmazione regionale, erogano prestazioni di medio-bassa attività assistenziale attraverso le 4 specialità di base con p.l. e attraverso le UU.00. senza posti letto. Sono inserite nella rete ospedaliera del comprensorio e fanno riferimento all'ospedale di livello intermedio territoriale.

Presso tali ospedali è previsto un servizio di Cardiologia coordinato dall'ospedale intermedio del Comprensorio. Negli stessi, non essendo presenti p.l. di Pediatria, è prevista l'unità funzionale nido per l'assistenza ai neonati sani, con la gestione tecnico-professionale assicurata dall'unità di pediatria del comprensorio di appartenenza.

Presso l'Ospedale di Campi sono mantenute le attività ambulatoriali e in day surgery di oculistica.

Negli ospedali di Campi Salentina e Nardò per i p.l. di ostetricia e ginecologia non è stato possibile osservare lo standard minimo di 24 p.l., in quanto si è tenuto conto dei pl. necessari per la realtà comprensoriale di riferimento.

Ospedali di livello assistenziale intermedio

Costituiscono il riferimento dell'ospedale di base territorialmente più vicino, sono dotati delle UU.00. previste per gli ospedali di base e di almeno 4 unità operative di degenza specialistica. I tre ospedali intermedi di Gallipoli, Scorrano, Casarano, dotati di p.l. di Rianimazione e dei servizi specialistici previsti dalla legge, saranno sede del DEA di primo livello. Presso l'ospedale di Scorrano, sede di

DEA di I livello, la programmazione regionale non prevede una U.O.S. di servizio trasfusionale essenziale per il DEA di I livello: per sanare tale deficit, la direzione si fa carico di richiedere al competente assessorato regionale l'istituzione di tale servizio. I 90 p.l. di pneumologia, oggi concentrati nelle tre divisioni presso l'ospedale "Galateo" di San Cesario, andranno più utilmente distribuiti sul territorio, considerando i p.l. già esistenti nelle strutture di Tricase, Gallipoli e "Vito Fazzi". Pertanto, la programmazione prevede, con riferimento agli ospedali intermedi, la istituzione della pneumologia presso le strutture di Galatina, Scorrano e Casarano. Al fine di assicurare un'equa distribuzione nei quattro comprensori dei 420 p.l. di medicina interna previsti dal PRS, tenendo conto che l'Ospedale di Scorrano, ospedale di riferimento di tre Distretti (Maglie, Poggiardo e Martano), serve un bacino di utenza di circa 153.000 abitanti, sono state previste per lo stesso ospedale 2 U.O. di medicina interna: la prima ad indirizzo generale, la seconda con articolazioni specialistiche di oncologia, neurologia e nefrologia. Presso l'U.O. di Chirurgia Generale, del medesimo Ospedale, continueranno ad essere assicurate le attività specialistiche di otorino, oculistica e urologia. Per la branca specialistica di urologia il Piano prevede, nei tre ospedali di Galatina, Copertino e Casarano una dotazione di 15 p.l. (standard minimo regionale) che sommati ai 20 p.l. dell'Ospedale "Fazzi" e ai 30 di Tricase danno una eccedenza di 5 p.l. rispetto alla programmazione regionale. Presso l'ospedale di Gallipoli continueranno ad essere assicurate le prestazioni di odontostomatologia per disabili.

Negli Ospedali di Copertino e Galatina, attualmente sprovvisti di Terapia Intensiva, sono stati previsti, rispettivamente n. 2 posti letto di TIPO che verranno incrementati a 4 al fine di rispondere alle necessità assistenziali e meglio ammortizzare i costi fissi di gestione.

Ospedali del Territorio

Gli ospedali di Poggiardo, afferente all'ospedale Scorrano-Maglie-Poggiardo, di Gagliano del Capo, afferente all'ospedale di Casarano-Gagliano sono ospedali del territorio dove è previsto un numero di posti letto di area medica per pazienti acuti, di lungodegenza post-acuzie, di riabilitazione oltre a forme alternative di assistenza al ricovero.

7.3.1 Ospedale di riferimento Aziendale "V. Fazzi" di Lecce

Descriveremo i servizi offerti dall'Ospedale di riferimento Aziendale "V. Fazzi" di Lecce.

E' già attivo un ambulatorio integrato per la diagnosi della celiachia per la presa in carico dei pazienti dell'intero territorio provinciale.

Oncoematologia Pediatrica nell'ambito dei posti letto assegnati a Pediatria sono compresi i posti letto in numero di 10 assegnati all'Unità Operativa Complessa di

Oncoematologia Pediatrica, come stabilito nella Delibera D.G. n. 2402 del 17.11.2008.

Presso il reparto di odontoiatria sono assicurati anche gli interventi di implantologia per disabili non collaboranti.

Sono altresì presenti posti letto destinati al ricovero dei detenuti del Carcere "Borgo San Nicola".

Presso l'U.O. di Malattie infettive è istituito un ambulatorio denominato "Malattie dell'immigrazione".

E' attivo, inoltre, un servizio di medicina del lavoro per il quale il presente piano prevede la destinazione di 2 pl. in DH della Medicina Interna.

Presso l'U.O. di Pneumologia, 6 posti di terapia intensiva/sub intensiva respiratoria, nell'ambito dei posti letto già individuati per l'unità operativa.

In conformità a quanto indicato dal PRS sono attivati 6 pl. di terapia intensiva post operatoria (T.I.P.O.) affidati alla responsabilità della Rianimazione e dedicati ai pazienti sottoposti ad interventi di chirurgia complessa.

Il Dipartimento trasfusionale, previsto dalla L.R. n. 24106, con le articolazioni ospedaliere, avrà sede presso l'ospedale "V. Pazzi". Allo stesso Dipartimento, in stretta collaborazione con l'U.O. di Ematologia, è affidata la gestione dell'istituendo servizio di trattamento e crioconservazione del materiale per il trapianto di midollo osseo, ivi comprese le cellule staminali.

La ormai consolidata esperienza per i trapianti del rene pone l'ospedale "V. Fazzi" come nodo della rete regionale dei trapianti con il relativo Centro Trapianti rene, quale Unità Operativa Semplice Dipartimentale.

Conformemente alle previsioni del Piano Regionale di Salute, è prevista la istituzione delle UU.00. di Chirurgia Vascolare, di Chirurgia maxillo-facciale e di Neuropsichiatria infantile, oltre alla istituzione, nell'ambito della rete riabilitativa, dell'U.O. di Neuroriabilitazione (cod. 75).

E' in fase di realizzazione una "stroke-unit" con la previsione di 6 pl. annessa all'U.O. di Neurologia come da D.G.R.1251/06.

Lo sbocco naturale di tutta l'attività assistenziale erogata nell'Ospedale "V. Fazzi" sarebbe la realizzazione di un polo ospedaliero universitario attraverso l'istituzione di una Facoltà di Medicina, processo che necessita di tempi non brevi e risorse non indifferenti. Ma, pur senza perdere di vista questo obiettivo, che non dipende dalla programmazione aziendale, un significativo passo in avanti sarebbe costituito dalla realizzazione di un Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico che dovrebbe orientarsi alla bio-medicina molecolare e rigenerativa. L' iniziativa potrebbe contare sulla collaborazione degli Enti di ricerca già operanti nel territorio salentino (CNR, INFMI ISBEM, Distretto Tecnologico, Centri di Competenza, etc.) e sull'Alta Formazione erogata dai corsi di laurea in Biotecnologie, Scienze Biologiche, Dottorati di ricerca in biologia e nano-scienze dell'università del Salento, che garantirebbero l'immediata disponibilità di una base di conoscenza avanzata e di attrezzature e professionalità in settori di frontiera quali le biotecnologie mediche, le nano-biotecnologie, i nuovi materiali in campo biomedico, le nuove tecnologie di diagnosi e cura non invasive. Lo stabilimento di San Cesario, fino ad oggi caratterizzato dalla specializzazione pneumologia, è considerato funzionalmente parte integrante dell'ospedale "V. Fazzi" e vi saranno allocati i pl. previsti di Ldpa, di Riabilitazione (neuromotoria,

pneumologia, foniatico-logopedica e cardiologica), di Neuroriabilitazione e di Reumatologia, per una dotazione complessiva di 108 pl.

Tabella 71: Comprensorio ospedaliero della Città

Ospedale "V. Fazzi – San Cesario"		
Ospedale di riferimento Aziendale sede del Dipartimento di Emergenza di II° livello		
Cod.	Unità Operativa	Posti letto
26	Medicina interna	60
09	Chirurgia Generale	40
36	Ortopedia e Traumatologia	32
37	Ostetricia - Ginecologia	36
08	Cardiologia ed Emodinamica	40
50	Unità Coronarica	8
49	Terapia Intensiva	22
39	Pediatria	20
	Oncoematologia pediatrica	10
62	Neonatologia	8
40	Psichiatria	15
29	Nefrologia	20
68	Pneumologia	20 + 6 (UTIR)
58	Gastroenterologia	15
21	Geriatrics	20
32	Neurologia e "Stroke Unit"	20 + 6
34	Oftalmologia	16
38	Otorinolaringoiatria	15
43	Urologia	20
60	Lungodegenza post-acuzie (LDPA)	20
56	Riabilitazione Fisica	26
	Riabilitazione Cardiologica	20
	Riabilitazione Pneumologica	20
75	Neuroriabilitazione	10
24	Malattie infettive	20
07	Cardiochirurgia	20
10	Chirurgia maxillo-facciale	4
35	Odontoiatria	4
12	Chirurgia Plastica	16
13	Chirurgia Toracica	20
14	Chirurgia Vascolare	10
52	Dermatologia	10
18	Ematologia	31
19	Malattie Endocrine	6
73	UTIN	8
30	Neurochirurgia	25
33	Neuropsichiatria infantile	16
64	Oncologia	30
71	Reumatologia	10
	T.I.P.O.	6
	TOTALE	781

Fonte: PAL Lecce 2009

7.3.2 Comprensorio ospedaliero Adriatico

Nel more della realizzazione della nuova struttura ospedaliera, prevista dal PRS nei nuovi programmi di edilizia ospedaliera (2008 — 2013), la collocazione delle UU.00 è mantenuta nelle strutture attualmente esistenti di Scorrano-Maglie-Poggiardo, evitando, nel periodo transitorio, la frammentazione dei percorsi diagnostico terapeutici.

Ospedale Territoriale di Poggiardo

L'Ospedale Territoriale svolge attività di assistenza sia a livello ospedaliero che a livello distrettuale.

All'interno della rete ospedaliera aziendale la struttura riorganizzata di Poggiardo è dotata delle unità operative di riabilitazione con 30 posti letto e lungodegenza post-acuzie con 30 posti letto.

Nell'ambito della lungodegenza sono attivi n, 6 posti ad alta assistenza specialistica per pazienti con gravi ed irreversibili lesioni del sistema nervoso che non necessitano di assistenza in terapia intensiva.

Sono presenti l'U.O. di Medicina Generale con una dotazione di 32 posti letto, le prestazioni assicurate in day surgery multispecialistico con una dotazione di 8 pl.

In ambito distrettuale i servizi di:

- Day Service con 8 posti letto.
- Una particolare area d'intervento nel sistema delle cure specialistica erogate presso l'ospedale di Poggiardo è quella connessa alle Cure termali. Si prevede infatti un potenziamento delle specialità al fine di assicurare percorsi completi ed integrati con le Terme di Santa Cesarea.
- Pacchetto di Prestazioni Ambulatoriali Complesse (PAC);
- Care Service Pathways (Servizio di presa in carico);
- Ospedale di Comunità con una dotazione di 8 posti letto gestiti dai MMG per garantire l'assistenza a pazienti che abbisognano di cure continuative non erogabili a domicilio;

Casa della salute di Maglie

L'istituzione della Casa della Salute ha come obiettivo principale quello di favorire, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, la unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie. La Casa della Salute deve essere organizzata per aree, ciascuna finalizzata ad offrire al cittadino una risposta immediata ai suoi bisogni di assistenza sanitaria e sociosanitaria, concentrando in un'unica struttura la gran parte dell'offerta extraospedaliera del servizio sanitario. Le sue funzioni possono essere aggregate in 4 Aree principali.

1) AREA DELL'ACCESSO DEL SEGRETARIATO SOCIALE E DEL CUP

Questo è il punto al quale si rivolgono i Cittadini per le informazioni e le prenotazioni, per la presa in carico dei loro bisogni assistenziali e per la organizzazione di una risposta adeguata. In posizione di più facile accesso debbono essere collocati gli sportelli integrati della sanità (CLIP— IJRP) e dell'assistenza (Segretariato Sociale), collegati con i medici di medicina generale, con i pediatri di libera scelta, con il Servizio Sociale professionale. Si consente, così, di realizzare una prima ed essenziale funzione del Servizio Pubblico che costituisce, sul versante dell'offerta, il primo livello essenziale delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie.

2) AREA DEI SERVIZI SANITARI

Nel loro complesso essi debbono comprendere le seguenti attività:

- Servizio delle prestazioni urgenti, dei prelievi e delle donazioni con:
- Ambulatorio di prime cure e per le piccole urgenze che deve essere sempre disponibile. aperto nelle ore diurne per i piccoli interventi che non necessitano di ricovero in ospedale.
- Ambulatorio dei Medici di Medicina generale per tutti i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta che desiderano trovare nella Casa della Salute lo spazio per i loro studi medici e quindi non obbligatorio. In ogni caso, la Casa della Salute deve costituire la sede del coordinamento di tutte le attività dei medici di famiglia sia che mantengano gli studi all'interno o all'esterno per tutte le loro attività comuni.
- Continuità Assistenziale 7 giorni su 7 e per 24 ore al giorno come funzione fondamentale delle cure primarie, alla cui realizzazione debbono contribuire tutte le diverse figure professionali disciplinate dall'Accordo Collettivo Nazionale.
- Ambulatorio Infermieristico: gli infermieri assegnati stabilmente nell'area operano in stretta collaborazione con i medici di medicina generale.
- Degenze Territoriali (Ospedale di Comunità) con n. 10 posti letto dove sono ricoverati pazienti per stati pato che difficilmente possono essere curati a domicilio, ma che non richiedono neppure un ricovero ospedaliero. Una struttura con turni di infermieri sulle 24 ore, con operatori sociosanitari, nella quale la tutela medica è garantita dai medici di famiglia e dagli specialisti, secondo il bisogno.
- Attività Specialistiche ambulatoriali (Poliambulatorio di 30 livello) e a ciclo diurno

3) AREA DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI

Debbono comprendere le seguenti attività:

- Sert
- Servizio di Salute mentale
- Presidio Distrettuale della Riabilitazione
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
- Area della Prevenzione
- Consultorio familiare e Ambulatorio Artdrologico
- Commissione di Valutazione degli Invalidi Civili
- Unità di Valutazione Multidimensionale delle persone anziane e/o non autosufficienti.

4) AREA DEI SERVIZI SOCIALI E DEL VOLONTARIATO

In tale Area, oltre a trovare collocazione i Servizi Sociali e il Volontariato, vengono concentrate le attività amministrative e di supporto ai Medici e agli altri operatori della Casa della Salute mediante la previsione di:

- Uffici per il Servizio Sociale;
- Area delle attività amministrative;
- Area delle tecnologie informatiche (teleconsulto, teleass e telemonitoraggio).

Infine, in concorso con la Pianificazione del Comune di Maglie, che prevede la realizzazione di un Centro Diurno per Anziani e Disabili (Contratto di Quartiere) e del Centro Riabilitativo e Rieducativo Diurno, già progettato e in attesa di finanziamento, che sarà localizzato nella stessa zona in cui insiste la Struttura Residenziale per Anziani a istituenda Casa della Salute ed il conseguente avvio delle attività sociosanitarie integrate costituirà il nucleo centrale della Cittadella della Salute, che caratterizzerà l'intero Quartiere Madonna" e la nuova Zona PEEP.

Tabella 72: Compensorio ospedaliero Adriatico

Ospedale di Scorrano-Maglie-Poggiardo		
Ospedale intermedio sede del Dipartimento di Emergenza di 1° livello		
Cod.	Unità Operativa	Posti letto
26	Medicina interna	80
09	Chirurgia Generale	39
36	Ortopedia e Traumatologia	24
37	Ostetricia - Ginecologia	24
08	Cardiologia	10
50	Unità Coronarica	6
49	Terapia Intensiva	8
39	Pediatria	14
62	Neonatologia	6
40	Psichiatria	15
68	Pneumologia	18+4 (unità respiratoria intermedia)
58	Gastroenterologia	15
60	Lungodegenza post-acuzie (LDPA)	30
56	Riabilitazione Fisica	30
	TOTALE	323

Fonte: PAL Lecce 2009

7.3.3 Comprensorio ospedaliero del Capo di Leuca

Nelle more del completamento degli interventi strutturali previsti per l'Ospedale di Casarano, la allocazione delle UU.00. verrà mantenuta nelle strutture attualmente esistenti evitando, nel periodo transitorio, la frammentazione dei percorsi diagnostico terapeutici.

Ospedale Territoriale di Gagliano

L'Ospedale Territoriale svolge attività di assistenza sia a livello ospedaliero che a livello distrettuale.

All'interno della rete ospedaliera aziendale la struttura riorganizzata di Gagliano è dotata delle unità operative di riabilitazione con 30 posti letto e lungodegenza post-acuzie con 30 posti letto.

Nell'ambito della lungodegenza sono attivi n. 6 posti ad alta assistenza specialistica per pazienti con gravi ed irreversibili lesioni del sistema nervoso centrale che non necessitano di assistenza in terapia intensiva.

Durante il completamento dei lavori previsti per l'Ospedale di Casarano, presso l'Ospedale di Gagliano verrà mantenuta l'UO. di Medicina Generale con una dotazione di 30 posti letto.

Verranno altresì mantenute le prestazioni assicurate in day surgery multi-specialistico con una dotazione di n. 8 p.l.

In ambito distrettuale saranno previste, all'interno della stessa struttura, come forme alternativa di ricovero, i servizi di:

- Day Service con 8 posti letto.
- Pacchetto di Prestazioni Ambulatoriali Complesse (PAC);
- Care Service Pathways (Servizio di presa in carico);
- Ospedale di Comunità con una dotazione di 8 posti letto che verranno gestiti dai MMC per garantire l'assistenza a pazienti che abbisognano di cure continuative non erogabili a domicilio;

I servizi suddetti contribuiscono a migliorare i livelli di sinergia tra ospedale e territorio, favorendo lo sviluppo di processi assistenziali caratterizzati da migliore efficacia clinica ed appropriatezza assistenziale.

Tabella 73 : Comprensorio ospedaliero del Capo di Leuca

Ospedale "Casarano-Gagliano"		
Ospedale intermedio sede del Dipartimento di Emergenza di 1° livello		
Cod.	Unità Operativa	Posti letto
26	Medicina interna	60
09	Chirurgia Generale	30
36	Ortopedia e Traumatologia	24
37	Ostetricia - Ginecologia	24
08	Cardiologia	10
50	Unità Coronarica	6
49	Terapia Intensiva	8
39	Pediatria	14
62	Neonatologia	4
40	Psichiatria	15
29	Nefrologia	10
68	Pneumologia	16+4 (unità respiratoria intermedia)
21	Geriatrics	20
32	Neurologia e "Stroke Unit"	20 + 6
43	Urologia	15
60	Lungodegenza post-acuzie (LDPA)	30
56	Riabilitazione Fisica	30
11	Chirurgia Pediatrica	20
19	Malattie Endocrine	4
30	Neurochirurgia	8
64	Oncologia	20
TOTALE		398

Fonte: PAL Lecce 2009

Tabella 74 : Comprensorio ospedaliero di Tricase

Ospedale "Card. G.Panico" Tricase		
A.O. – Ente Ecclesiastico inserito nella rete ospedaliera pubblica		
Cod.	Unità Operativa	Posti letto
26	Medicina interna	30
09	Chirurgia Generale	40
36	Ortopedia e Traumatologia	32
37	Ostetricia - Ginecologia	30
08	Cardiologia ed Emodinamica	18
50	Unità Coronaria	10
49	Terapia Intensiva	12
39	Pediatria e Oncoematologia Pediatrica	10
62	Neonatologia	6
29	Nefrologia	10
68	Pneumologia	20
32	Neurologia	16
34	Oftalmologia	10
38	Otorinolaringoiatria	15
43	Urologia	30
60	Lungodegenza post-acuzie (LDPA)	18
56	Riabilitazione	20
75	Neuroriabilitazione	5
10	Chirurgia maxillo-facciale	4
14	Chirurgia Vascolare	16
18	Ematologia	15
73	UTIN	6
30	Neurochirurgia	8
64	Oncologia	10
TOTALE		391

Fonte: PAL Lecce 2009

Tabella 75: Riepilogo degli ospedali pubblici dell'ASL di Lecce

Riepilogo	Posti Letto
Ospedale "V.Fazzi" – San Cesario	781
Ospedale di Campi Salentina	115
Totale Comprensorio Nord	896
Ospedale di Copertino	194
Ospedale di Nardò	115
Ospedale di Galatina	281
Ospedale di Gallipoli	208
Totale Comprensorio Ionico	798
Ospedale di Scorrano-Maglie-Poggiardo	323
Totale Comprensorio Adriatico	323
Ospedale di Casarano-Gagliano	398
Ospedale di Tricase	391
Totale Comprensorio Capo di Leuca	789
TOTALE POSTI LETTO	2.806

Fonte: PAL Lecce 2009

7.4 Integrazione ospedale-territorio: organizzazione della continuità assistenziale

Si sono accumulate negli ultimi anni una serie di evidenze che indicano (sia pure in maniera non univoca) come i modelli di integrazione e gli approcci al disease management condivisi tra ospedale e territorio possono risultare meno costosi e più costo-efficaci rispetto ai modelli assistenziali privi di forme di territorializzazione. Ma è proprio sul versante della qualità delle cure che le opportunità sembrano essere decisamente maggiori. In particolare, evidenti benefici di qualità sono stati rilevati nelle aree materno - infantile, delle malattie neoplastiche e di quelle psichiatriche, nella tutela/promozione della salute delle donne, nella erogazione de/la assistenza agli anziani e più in generale nella definizione dei percorsi assistenziali per i malati cronici. Mediante l'integrazione ospedale — territorio è possibile:

- contribuire alla riduzione dei ricoveri impropri in maniera significativa, con conseguente miglioramento della efficienza globale del sistema;
- favorire l'accessibilità, la fruibilità e l'adeguatezza delle prestazioni, distribuendo in maniera adeguata i servizi nel territorio;
- razionalizzare l'utilizzo delle risorse umane;
- valorizzare l'analisi dei bisogni.

I modelli organizzativi, oltre a quelli già sperimentati, quali Day Hospital, Day Surgery e Chirurgia Ambulatoriale, riguardano, principalmente:

Day Service - modello organizzativo per l'erogazione dell'attività specialistica ambulatoriale programmabile, funzionale alla gestione di patologie complesse per le quali il ricovero risulta inappropriato, ma che richiedono la gestione assistenziale nell'arco della giornata o in tempi necessariamente brevi. La giunta Regionale ha definito, di recente, il modello organizzativo del Day Service che permetterà di evitare il frazionamento delle prenotazioni e delle prestazioni riducendo i tempi di attesa per le diagnosi e le terapie ambulatoriali. La definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici nei quali si articolerà il servizio è stata demandata ad una Commissione di valutazione interna regionale.

Pacchetto di Prestazioni Ambulatoriali Complesse (PAC) - modello organizzativo per l'attività specialistica ambulatoriale che permette al paziente di accedere a pacchetti di prestazioni così da ottenere la formulazione della diagnosi e la somministrazione della terapia nel più breve tempo possibile. Le prestazioni erogate, sulla base dei criteri della medicina basata sull'evidenza secondo Linee Guida e protocolli diagnostico-terapeutici definiti, devono essere finalizzate alla gestione di uno specifico problema clinico. Di norma le prestazioni devono essere erogate entro trenta giorni.

Care Service Pathways (Servizio di presa in carico) - modello organizzativo per la presa in carico da parte del Care Manager del paziente per la gestione del processo assistenziale correlato a situazioni cliniche complesse che richiedono la definizione del programma per la gestione del percorso assistenziale riferito a tutte le fasi evolutive della patologia.

7.5 Sostenibilità del sistema e programmazione finanziaria

Il linea con le indicazioni del PSN, il Piano Regionale di Salute ha previsto, nel corso del triennio 2008 — 2010, di allineare come segue l'allocazione delle risorse per i livelli essenziali di assistenza:

Tabella 76: Allocazione delle risorse per i livelli essenziali di assistenza

L.E.A.	Costi anno 2007		Costi PRS a regime		Differenza		PSN %
	milioni di €	%	milioni di €	%	milioni di €	%	
Tutela della salute collettiva	278	3,9%	320	4,5%	42	0,6%	5%
Assistenza distrettuale	3.356	47,1%	3.492	49,0%	136	1,9%	51%
Assistenza ospedaliera	3.492	49,0%	3.314	46,5%	-178	-2,5%	44%
Totale *	7.126	100,0%	7.126	100,0%	0	0,0%	100%

* La spesa complessiva del SSR della Puglia pari a 7.126 milioni di euro è comprensiva del disavanzo per l'anno 2007 pari a circa 266 milioni di euro.

Fonte: PRS PUGLIA 2008-2010

Sulla base dei dati del consuntivo IV° trimestre 2008, si evince la seguente ripartizione delle risorse della ASL Le per macrolivelli di assistenza, che non si discosta eccessivamente dagli obiettivi previsti dal PRS 2008—2010:

- Prevenzione pari al 3,9%
- Assistenza Territoriale pari al 49,5%
- Assistenza Ospedaliera pari al 46,6%

L'esercizio 2008 appena trascorso ha posto ulteriori tasselli di stabilizzazione al processo di unificazione del territorio provinciale, che soffre ancora degli effetti generati dalla fusione tra le cessate ASL Le/2 e Le/1.

Il processo evolutivo infatti si è rilevato molto difficoltoso dovendo superare situazioni organizzative e gestionali consolidate negli anni per generare un nuovo soggetto giuridico ed operativo che quanto meno assicurasse i livelli di efficienza già in atto, seppure necessari di adeguamenti e miglioramenti.

La complicità dell'azione si rileva nella creazione di un modello nuovo, unico e snello di organizzazione e gestione dovuta all'unione di due ex aziende estremamente diverse fra loro.

La conformazione del territorio provinciale, caratterizzata da considerevoli distanze tra nord e sud, complicate da collegamenti non agevoli, e la conseguente dislocazione dei servizi sanitari, costituisce uno dei principali problemi su cui porre notevole attenzione al fine di evitare il rischio di creare isole di assistenza non uniformi a danno della popolazione servita.

L'aspetto economico e finanziario gioca un ruolo fondamentale per il rispetto dei programmi, dal momento che la gestione ordinaria è assicurata dai trasferimenti del FSR mentre per gli investimenti si farà fronte essenzialmente con fondi finalizzati sia di matrice europea, che statale e/o regionale.

Tuttavia, la costante sottostima del FSR e quindi del Fondo assegnato alle singole ASL comporta enormi difficoltà previsionali e gestionali a carico della Direzione aziendale. Il risultato economico dell'anno 2008, ha, inoltre, evidenziato il persistere di effetti esterni alla gestione diretta del management (derivanti dalla farmaceutica convenzionata, dal processo di definizione e di assestamento dei costi delle Case di Cura private intervenuti nella gestione ASL solo dal 2007, da sopravvenienze passive dell'anno 2007, e dalla costituzione di fondi per incrementi contrattuali del personale), che tendenzialmente hanno prodotto esiti di consolidamento del livello della perdita di esercizio.

L'azione operativa quindi per l'anno 2009 e per il triennio 2009-2011 sarà rivolta ad attuare gli interventi previsti dal presente PAL coerentemente agli obiettivi individuati dal Piano Regionale di Salute 2008-2010 e nei limiti delle risorse che verranno assegnate all'Azienda dal riparto del FSR.

Per quanto riguarda gli investimenti le azioni previste verranno realizzate, essenzialmente, mediante l'utilizzo dei finanziamenti rivenienti da fondi FAS, dalle risorse FESR 2007-2013, dalle risorse disponibili nell'ambito del programma ex art.20 Legge n.67/1988 ovvero da altre fonti di finanziamento (Quadro Strategico Nazionale, ecc.).

L'altro elemento fondamentale che condiziona la realizzazione degli interventi è connesso alla adeguata disponibilità di risorse umane. A tale proposito la Direzione intende elaborare una nuova Pianta Organica, non più definita

esclusivamente sulla base di vincoli finanziari, bensì calibrata sul reale fabbisogno di risorse umane necessarie a soddisfare, nel rispetto dei principi di efficacia ed efficienza, i crescenti bisogni assistenziali della popolazione

7.6 Conclusioni

La sola alternativa possibile al sistema “Ospedalocentrico” inevitabilmente caratterizzato da elevatissimi livelli di inappropriata e costosa passa come si legge nel Piano, dalla pregiudiziale attuazione dell’obiettivo di sviluppare una rete i cui nodi siano costituiti da Unità territoriali di Cure Primarie organizzate e gestite dal Distretto, o in alternativa da medici di medicina generale e pediatri di famiglia, e da studi di medicina generale, secondo una logica di stretta aderenza alle caratteristiche e necessità del territorio e avendo chiara la finalità di costruire forti relazioni funzionali tra le responsabilità professionali ed organizzative per il miglioramento della qualità dell’assistenza.

Correttamente il PSR, nella consapevolezza di una serie di elementi di criticità, disegna uno schema “ a complessità crescente “ che è assolutamente condivisibile e che identifica le principali articolazioni che parteciperanno al nuovo programma di sviluppo dell’assistenza territoriale e cioè:

- a. studio del medico di medicina generale e pediatra di famiglia;
- b. nucleo di medici associati in rete;
- c. nucleo di medici associati in gruppo;
- d. centro polifunzionale direttamente organizzato e gestito da medici associati, che opera esclusivamente in sede unica;
- e. centro polifunzionale distrettuale nel quale il medico o pediatra di famiglia organizza l’assistenza primaria con l’utilizzo di supporti (sede e/o personale) messi a disposizione dal distretto; nella stessa sede potranno essere erogati altri servizi gestiti direttamente dal distretto.
- f. Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP) che garantisce la integrazione di tutti gli operatori impegnati nella erogazione dell’assistenza primaria, in particolare tra la medicina di famiglia, la continuità assistenziale e la medicina specialistica.

Vengono quindi assegnati al Distretto obiettivi specifici da realizzare di concerto con i medici e pediatri di famiglia quali:

- la continuità dell’assistenza h24 e h12, nell’ambito rispettivamente delle UTAP e delle altre forme complesse di associazionismo;
- il miglioramento dell’accesso allo studio del medico di famiglia secondo piani distrettuali concordati nell’ambito degli accordi aziendali;
- l’attività ordinaria di medicina generale e quella di medicina preventiva secondo piani di attività programmata, per facilitare l’accesso;
- la presa in carico con riferimento a specifiche patologie e relativi percorsi di cura;

- il supporto amministrativo ed infermieristico, anche per sostenere le attività di presa in carico;
- l'attività di prenotazione diretta, per la gestione ottimale delle liste di attesa.

In funzione di questi obiettivi, è giusto che il PSR si ponga il problema della definizione del percorso di accesso alle prestazioni sociosanitarie, auspicando modelli gestionali di tipo integrato e rinviando peraltro la soluzione del problema ad un emanando “”provvedimento regionale chiamato a definire e a pianificare interventi per la garanzia dei livelli essenziali di assistenza attraverso cui definire modalità e criteri per la definizione dei progetti assistenziali personalizzati” .

Nonostante negli ultimi anni in Puglia gli Enti Locali si siano dimostrati più consapevoli delle proprie responsabilità per concorrere ad assicurare le prestazioni sociosanitarie, e questo grazie soprattutto al Piano Regionale delle Politiche Sociali, il problema riguarda gli strumenti reali dell'integrazione sociosanitaria.

L'Unità di Valutazione Multidimensionale, la Porta Unica di Accesso, la partecipazione attiva di un rappresentante del DG o del Direttore del Distretto alla programmazione del Piano di Zona sono strumenti destinati a rimanere in concreto insufficienti rispetto all'obiettivo di garantire a tutti i cittadini l'accesso alle prestazioni sociosanitarie, di cui all'art. 3 septies del D.Lg.s. n.502/1992 ... nella condivisa convinzione che il primo livello essenziale di assistenza è dato proprio dalle modalità e dai servizi che rendano accessibili le prestazioni sociosanitarie ed esigibili i diritti all'assistenza per gli obiettivi di salute e di cura. Ed infatti nel Piano si legge che tali strumenti hanno incontrato non poche resistenze e difficoltà alla loro realizzazione nelle diverse realtà territoriali, creando oltretutto una grave situazione di disorientamento nei rappresentanti delle AUSL in seno ai Coordinamenti Istituzionali ed agli Uffici di Piano di Zona .

La soluzione di problemi di questo tipo non può essere rimessa alla buona volontà o alla fantasia o alla interpretazione dei diversi attori istituzionali nei diversi contesti territoriali.

Tenendo conto delle regole che vincolano i modelli di funzionamento delle strutture sanitarie sull'intero territorio nazionale, anche dopo la Riforma costituzionale del 2001 e l'avvio di un problematico percorso di federalismo sanitario risulta chiaro che il modello utilizzato per la gestione operativa ordinaria delle ASL deve essere quello dell'organizzazione dipartimentale; le ASL della Regione Puglia dunque devono determinare sia la natura (dipartimenti strutturali e dipartimenti funzionali) sia la competenza territoriale dei dipartimenti (dipartimenti aziendali e dipartimenti distrettuali).

La scelta del modello dipartimentale, significativamente espressa nei contenuti (pur se non nella nomenclatura o nelle definizioni) della L.R. 25/06, deve essere realizzata, in via prioritaria, per il distretto sociosanitario, che deve essere catalogato come un dipartimento strutturale, al cui interno insistono, oltre ai servizi territoriali degli dipartimenti strutturali (SERT, CSM, servizi territoriali di prevenzione e sanità pubblica), anche UO complesse ed UO semplici a valenza dipartimentale di specifica pertinenza distrettuale ed in particolare :

1. UO complesse:
 - UO complessa delle cure primarie e intermedie.
 - UO complessa della gestione amministrativa.

2. UO semplici a valenza dipartimentale:
 - UO assistenza specialistica, riabilitativa e protesica.
 - UO assistenza sociosanitaria e consultoriale.
 - UO assistenza psicologica.
 - UO assistenza farmaceutica.

Alla attività di ognuna delle sopradette Unità Operative, che rappresenteranno la struttura portante del nuovo Distretto, dovranno essere dedicati sforzi importanti, in termini di regolamentazione, organizzazione e di definizione delle adeguate risorse strumentali, umane e finanziarie.

Il livello massimo di attenzione dei Distretti dovrà essere dedicato al perseguimento ed alla effettiva realizzazione delle forme più avanzate e qualificanti di associazionismo dei Medici di Medicina generale al fine di sviluppare una rete i cui nodi siano costituiti da Unità territoriali di Cure Primarie organizzate e gestite dal Distretto, o in alternativa da medici di medicina generale e pediatri di famiglia, e da studi di medicina generale, secondo una logica di stretta aderenza alle caratteristiche e necessità del territorio e avendo chiara la finalità di costruire forti relazioni funzionali tra le responsabilità professionali ed organizzative per il miglioramento della qualità dell'assistenza.

Va definito il modello di OSPEDALE DISTRETTUALE, che nel territorio riguarda Ospedali che sono stati oggetto di importanti interventi di ristrutturazione funzionale. Il loro inserimento nel modello del Presidio Ospedaliero di vasto ambito (Casarano – Gagliano, Scorrano – Maglie-Poggiardo) dimostra una serie di criticità funzionali, economiche ed assistenziali tali da imporre la urgente revisione.

Nella relazione proposta di recente dalla Direzione aziendale si accenna opportunamente ad un recupero della autonomia dei piccoli Ospedali, che è assolutamente condivisibile purchè accompagnata, oltre che all' opportuno intervento del Legislatore Regionale di modifica del Piano di Riordino, ad un significativo recupero di risorse umane e strumentali nell' ottica della integrazione socio sanitaria nell' ambito delle attività distrettuali.

Parte qualificante della autonomia del nuovo Ospedale distrettuale sarà la piena integrazione, per tutti gli aspetti funzionali, tecnico sanitari ed amministrativi, delle attività ambulatoriali specialistiche, mediante un nuovo modello organizzativo che sfrutti appieno le risorse esistenti nel territorio di riferimento sia in ambito ospedaliero che distrettuale.

E' auspicabile che alla attuazione di tale modello si accompagni un forte impegno nella direzione dell'incremento dei livelli di autonomia, in termini di risorse umane e strumentali, dei Servizi di diagnostica strumentale disponibili.

8 HTA

L'HTA (Health Technology Assessment) è uno studio multidisciplinare delle tecnologie sanitarie, dove per tecnologie s'intendono attrezzature sanitarie, farmaci, dispositivi medici, sistemi diagnostici, procedure mediche e chirurgiche, percorsi assistenziali, assetti sanitari, organizzativi e manageriali nei quali viene erogata l'assistenza sanitaria. La sua multidisciplinarietà si evince dalle diverse aree di valutazione delle conseguenze assistenziali, economiche, etiche e sociali provocate in modo diretto e indiretto, nel breve e nel lungo periodo, dalle tecnologie sanitarie esistenti e da quelle di nuova introduzione. "Tradizionalmente essa rappresenta il ponte tra il mondo tecnico-scientifico e quello dei decisori" (Battista, 2002). Questo è il motivo per cui coinvolge attori di diversa formazione professionale di competenza ingegneristica, medica, economica, etica e tecnica e si sviluppa in fasi distinte ma complementari: valutazione tecnica, valutazione economica e valutazione clinica. La valutazione delle tecnologie in campo sanitario mira a migliorare la qualità dei servizi e anche ad incidere sul Sistema Sanitario stesso in termini di *riduzione della spesa pubblica*. L'HTA nasce con lo scopo di:

- Consigliare le agenzie di regolamentazione circa il permesso di commercializzazione di una certa tecnologia;
- Gestire un'oculata divisione nell'allocazione delle risorse;
- Supportare i finanziatori delle cure sanitarie a determinare quale tecnologia può essere inclusa in un piano per il beneficio della salute, a indirizzare le coperture e i rimborsi;
- Valutare una tecnologia molto complessa, costosa e caratterizzata da molte incertezze;
- Supportare le aziende ospedaliere nel prendere decisioni sull'acquisto di tecnologia o sulla loro gestione;
- Stabilire l'adozione o meno di un trattamento o un test diagnostico innovativo o controverso;
- Informare i leaders nazionali sulle politiche riguardanti l'innovazione tecnologica, la ricerca e lo sviluppo, la regolazione e i pagamenti nella salute pubblica;
- Valutare se una tecnologia consolidata è coinvolta in notevoli cambiamenti di utilizzo e di risultati;
- Definire protocolli diagnostici-terapeutici;
- Realizzare determinati programmi sanitari.

In teoria viene riconosciuta grande importanza alle risorse fornite da un'analisi condotta dall'HTA, *ma qual è l'effettiva influenza dell'HTA (se praticata) sulle decisioni finali di politica sanitaria?* In generale, purtroppo, vale che l'obiettivo principale è quello di fornire gli input necessari ai processi decisionali senza però avere la pretesa di essere l'elemento esclusivo o principale in base al quale poi le decisioni vengono assunte.

Il trasferimento delle conoscenze ai decisori non è tuttavia sempre agevole e richiede un metodo specifico che preveda un'intensa attività di ricerca, una produzione delle "evidenze scientifiche", una sintesi delle informazioni disponibili attraverso un processo di integrazione multidisciplinare che fornisca informazioni selezionate sui costi, sull'efficacia, sui fattori sociali ed etici legati all'introduzione di nuove tecnologie, nonché sulla *disponibilità e la volontà dei decisori medesimi*.

A livello internazionale, la valutazione delle tecnologie sanitarie è una pratica diffusa da decenni. La rete internazionale delle agenzie di valutazione delle tecnologie sanitarie raccoglie le decine di organizzazioni che nel mondo si occupano in modo specifico e sistematico di questo tema.

La Commissione Europea ha più volte riconosciuto l'importanza di questo tipo di valutazione ed è quindi nata la rete europea di HTA (European Network for Health technology Assessment EUnet-HTA) che coordina gli sforzi di 35 organizzazioni europee.

Le esperienze italiane di valutazione delle tecnologie sanitarie si sono sviluppate solo negli ultimi anni realizzando la sempre più forte necessità di un processo rigoroso di valutazione dell'innovazione tecnologica.

8.1 Caso Italiano

Oggi in Italia le analisi di Health Technology Assessment vivono un momento di crescente sviluppo sia nella formalizzazione sia nella pratica caratterizzate dalla tipica disomogeneità tra i metodi di valutazioni delle 21 realtà autonome italiane.

Il processo sistematico di HTA, per definizione, distingue tre momenti fondamentali: scelta delle alternative da valutare, valutazione tecnico-clinica ed economica delle suddette, utilizzo dei risultati della valutazione. La formalizzazione più rigorosa presente in Italia è stata promossa dalla Regione Lombardia già nel 2001 tramite la DGR n. 7197. La delibera citata delinea un "*processo di razionalizzazione della valutazione delle tecnologie innovative in ambito sanitario*" che consiste in dieci punti cardine (BURL N. 51, pag 4026), base di riferimento per condurre un processo di HTA. Non tutti i processi di HTA coinvolgono necessariamente tutti gli step e nell'esatta sequenza riportata:

1. Identificazione dei soggetti per la valutazione;
2. Specificazione del problema;
3. Determinazione del gruppo che procederà alla valutazione;

4. Raccolta delle prove;
5. Raccolta dei nuovi dati principali;
6. Interpretazione delle prove e dei dati;
7. Sintesi e consolidamento delle prove;
8. Formulazione dei risultati e delle raccomandazioni;
9. Distribuzione dei risultati delle raccomandazioni;
10. Controllo dell'impatto ottenuto dalla valutazione.

Inoltre nel 2003, sulla base di un Progetto finanziato dal Ministero della salute, è stato costituito il Network Italiano di Health Technology Assessment (NI-HTA). Sulla base delle premesse citate, le organizzazioni aderenti al Network Italiano di Health Technology Assessment (NI-HTA), al termine di un processo di consultazione che ha coinvolto i partecipanti al "1° Forum italiano per la valutazione delle tecnologie sanitarie" organizzato a Trento dal 19 al 21 gennaio 2006 dall'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento, dall'Università di Trento e dal Network Italiano di Health Technology Assessment, concordano sui seguenti principi:

1. La valutazione delle tecnologie sanitarie deve coinvolgere tutte le parti interessate all'assistenza sanitaria; CHI
2. La valutazione delle tecnologie sanitarie deve riguardare tutti gli elementi che concorrono all'assistenza sanitaria; COSA
3. La valutazione delle tecnologie sanitarie deve riguardare tutti i livelli gestionali dei sistemi sanitari e delle strutture che ne fanno parte; DOVE
4. La valutazione delle tecnologie sanitarie deve essere un'attività continua che deve essere condotta prima della loro introduzione e durante l'intero ciclo di vita. QUANDO
5. La valutazione delle tecnologie sanitarie è una necessità e una opportunità per la governance integrata dei sistemi sanitari e delle strutture che ne fanno parte; PERCHÉ
6. La valutazione delle tecnologie sanitarie è un processo multidisciplinare che deve svolgersi in modo coerente con gli altri processi assistenziali e tecnico-amministrativi dei sistemi sanitari e delle strutture che ne fanno parte; COME.

L'autonomia regionale presente in Italia in campo sanitario evidenzia la diversità dei modelli applicati alla gestione sanitaria; diversi modelli rappresentano proprio grazie alle loro differenze una sorta di "esperimento spontaneo" per testare l'impatto di diverse forme di organizzazione e di offerta dei Servizi Sanitari Regionali. La differenziazione strutturale tra le Regioni ci permette di comprendere e confrontare le diverse organizzazioni ed il loro specifico funzionamento ci porta a capire fino a dove sia possibile spingere una standardizzazione del processo di valutazione.

Il piano sanitario nazionale 2006- 2008 ha individuato la valutazione sistematica delle tecnologie sanitarie come una delle priorità rispetto alla quale è necessario sviluppare la promozione dell'HTA, "mettendo in comune le conoscenze sul tema, già operanti in alcune realtà regionali e aziendali". Per questa ragione, teoricamente, si prevede che lo sviluppo della funzione di coordinamento delle attività di valutazione, sia condotto dagli organi tecnici centrali del Servizio Sanitario Nazionale, quali l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (prima ASSR, oggi Agenas) e l'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

L'Agenas è un ente con personalità giuridica di diritto pubblico che svolge un ruolo di collegamento e di supporto decisionale per il Ministero della Salute e le Regioni sulle strategie di sviluppo del Servizio Sanitario Regionale.

L'Agenzia svolge la sua attività in stretta collaborazione con il Ministero della Salute e con le Regioni sulla base degli indirizzi della Conferenza Stato-Regioni Unificata che, con delibera del 20 settembre 2007, ha indicato come *obiettivo prioritario e qualificante dell'attività dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali il supporto tecnico-operativo alle politiche di governo condivise tra Stato e Regioni per lo sviluppo e la qualificazione del Servizio sanitario nazionale*.

La Conferenza unificata ha evidenziato come questa debba esercitare un ruolo di "supporto per la promozione della valutazione dell'introduzione e gestione delle innovazioni tecnologiche (Health Technology Assessment - HTA) e diffusione in ambito regionale dei risultati degli studi e delle valutazioni effettuate a livello centrale, favorendo l'adozione di comportamenti coerenti con tali risultati".

Un passo fondamentale è stata la costituzione di una rete collaborativa fra Regioni e Agenas (RIHTA) in materia di HTA in marzo 2010. La RIHTA è una risposta alla forte esigenza di tutte le Regioni Italiane di poter lavorare in rete, utilizzando competenze in grado di offrire il necessario supporto ad affrontare la complessità delle questioni tecniche che attengono alla valutazione di una tecnologia sanitaria. Inoltre si pone l'obiettivo di preservare l'autonomia politica e amministrativa di ciascuna componente Regionale ma, al tempo stesso, intende offrire le garanzie necessarie allo sviluppo di iniziative di valutazione delle tecnologie nelle singole realtà regionali.

La proposta di accordo di collaborazione licenziata dalla Conferenza delle Regioni l'11 febbraio 2010, prevede lo sviluppo di una rete volta all'ottimizzazione delle attività di valutazione sistematica delle tecnologie sanitarie nell'ambito dei servizi sanitari regionali. Una volta raccolte le firme delle singole Regioni, la rete diventerà operativa e provvederà a:

- Confrontare piani di lavoro;
- Individuare delle tecnologie e interventi sanitari di cui le singole Regioni prevedono di doversi occupare nel prossimo futuro per evitare eventuali duplicazioni;
- Condividere un metodo collaborativo che consenta la divisione dei compiti sulla base dell'expertise già presente sulla rete;
- Sviluppare metodi per adattare a livello regionale valutazioni di tecnologie e interventi sanitari già esistenti a livello nazionale o internazionale.

La costituzione di una rete collaborativa tra soggetti rappresentativi delle Regioni deve, per sua natura costituirsi in forma di network, ovvero di un organismo che raccoglie realtà diverse, che instaurano tra loro relazioni che abbiano carattere non gerarchico, ma che siano invece basate su una sostanziale condivisione di obiettivi generali e specifici. La RIHTA vuol rendere ogni realtà sia espressione di competenze che concorrono alle singole iniziative sia destinataria dei benefici derivabili dalle opportunità offerte dalla collaborazione stessa.

8.2 Formalizzazione dell' HTA in Puglia

Dalle ultime attività legislative della regione Puglia emerge un recente ma crescente interesse verso l'Health Technology Assessment. Questo si evince dai tentativi di formalizzazione dei processi di valutazione che si traducono in atti normativi e linee guida.

I tentativi di istituzionalizzare e standardizzare il processo di HTA sono stati formalizzati attraverso:

- *LEGGE REGIONALE: “Piano regionale di salute 2008 –2010”*

Nel piano regionale di salute 2008-2010 della regione Puglia nel paragrafo riguardante “ Il Governo del Sistema”, intesa come azione strumentale per il raggiungimento degli obiettivi preposti, sono descritti i concetti di responsabilità del Servizio Sanitario Regionale. Inoltre sono descritti i risultati raggiunti in termini di performance complessiva, distinguendo i diversi livelli operativi (dai dirigenziali agli esecutivi).

Il piano promulga la diffusione di progetti dedicati all'implementazione locale di linee guida cliniche ed alla valutazione del loro impatto attraverso lo sviluppo di metodologie di valutazione dei servizi.

L'introduzione dell'attività di HTA nel Piano Sanitario Regionale evidenzia l'intenzione della regione Puglia di attivare un sistema di valutazione tecnologica che consenta organicamente e analiticamente di ottimizzare il servizio sanitario regionale.

- DGR n. 1288, 21 luglio 2009

La delibera si propone di attivare in forma stabile, presso l'Assessorato alle Politiche della Salute il “Nucleo regionale per il coordinamento delle Unioni d'acquisto” istituito ai sensi dell'art. 20 comma 3/4 della Legge Regionale n. 26/2006. La delibera definisce:

- le cariche dirigenziali appartenenti al Nucleo regionale per il coordinamento delle Unioni d'acquisto;
- le funzioni dell'organo istituito tra cui quella di “esperire un confronto costante tra le tecnologie, al fine di avviare un dialogo tecnico preliminare con le Società scientifiche e Associazione dei Fornitori”;

- stabilire che le attività del Nucleo di cui al presente provvedimento potranno articolarsi per sotto gruppi tematici e/o settoriali anche avvalendosi, di volta in volta di competenza esterne al Nucleo stesso;
- autorizzare l'Ares Puglia ad attivare rapporti di collaborazione, nel rispetto delle norme e regolamenti vigenti, al fine di assicurare al Nucleo di cui al presente provvedimento specifiche professionalità in maniera continuativa;
- stabilire che le attività del Nucleo di cui al presente provvedimento nonché le attività della costituenda Centrale di Acquisto Regionale, saranno affiancate da processi di **Health Technology Assessment (HTA)** anche mediante confronto con le Direzioni delle Aziende ed Enti del SSR in modo da garantire un approccio multidimensionale e multidisciplinare all'analisi delle implicazioni medico-cliniche, sociali, organizzative, economiche, etiche e legali di una tecnologia.”

Questa delibera rappresenta il primo contributo alla formalizzazione rigorosa del processo di Health Technology Assessment nella regione Puglia.

- DGR n.133, 9 novembre 2009 - OGGETTO: “*Costituzione del gruppo di lavoro HTA*”

Questa delibera rappresenta l'istituzionalizzazione del team di lavoro dell'Health Technology Assessment.

In data 26/06/2009 l'A.re.s ha aderito alla proposta di collaborazione tra Regioni e Province Autonome sul tema della valutazione delle tecnologie e degli interventi sanitari inoltrata dall'Agenas. Sulla base delle direttive proposte dall'A.ge.n.a.s. nelle riunioni del 13/07/2009, 23/09/2009 e 24/09/2009 (si veda Allegato 1), l'Ares al fine di sedimentare competenze sull'HTA e di avere un ruolo proattivo all'interno della costituenda rete collaborativa sull'HTA coordinata dall'Agenas, ha deciso di costituire un gruppo di lavoro HTA al suo interno avente carattere di multidisciplinarietà, deliberando:

1. Di costituire un gruppo di lavoro composto un epidemiologo, un ingegnere esperto di pianificazione, progettazione e valutazione di interventi per lo sviluppo di tecnologie e dell'innovazione; un ingegnere esperto in ingegneria clinica e sicurezza sul lavoro, un farmacista, un esperto in diritto sanitario, un esperto in ingegneria clinica e valutazione preventiva delle innovazioni, un esperto di economia sanitaria.
2. Di affidare a tale gruppo il compito di seguire e sostenere la rete collaborativa HTA tra le strutture tecniche regionali e l'Agenas e in particolare per le tecnologie e interventi sanitari di volta in volta individuati, di:
 - Valutarne performance, sensibilità e specificità;
 - Valutarne le conformità con le specifiche di fabbricazione, di affidabilità, di semplicità di utilizzo o di manutenzione;
 - Analizzare i rischi per i pazienti e per gli operatori;

- Valutare l'efficacia/ beneficio che si trae utilizzando una tecnologia per un particolare problema in condizioni di routine;
 - Valutarne l'impatto economico in caso di nuova introduzione;
 - Valutarne gli impatti sociali, etici, legali e politici;
 - Elaborare e redigere Report HTA.
3. Di non prevedere alcun compenso per il gruppo di lavoro salvo eventuali rimborsi spese da documentare preventivamente autorizzate dal Direttore Generale dell'Ares.
- L. R. 25 febbraio 2010, n. 4 *“Norme urgenti in materia di sanità e servizi sociali”*

Il comma 8 dell'articolo 31 *“Norme in materia di contratti e appalti”* di questa legge sancisce:

“ Le aziende e gli enti del SSR, prima di procedere all'acquisizione di beni ai sensi di quanto previsto dall'articolo 57, comma 2, lettera b), del d.lgs. 163/2006 e successive modificazioni, avviano specifica istruttoria intesa ad accertare, interpellando le imprese iscritte nelle pertinenti categorie merceologiche individuate nell'albo di cui al comma 6, se sussistano ragioni di natura tecnica o artistica ovvero attinenti alla tutela dei diritti di esclusiva in grado di confermare se sul mercato sia presente un'unica impresa in grado di garantire la fornitura con il grado di perfezione tecnica richiesto. Le risultanze di tale indagine sono sottoposte a specifica valutazione sotto la diretta responsabilità del dirigente richiedente in contraddittorio con il Servizio di ingegneria clinica ed Health Technology Assessment aziendale. Rimangono di esclusiva competenza della direzione generale le procedure interne intese a individuare le modalità operative intese a concretizzare la volontà negoziale dell'azienda o istituto.”

8.3 Processo

Allo stato attuale non è stato formalizzato il processo di valutazione delle tecnologie, essendo la normativa dedicata solo alla costituzione dei nuclei di valutazione come precedentemente visto nella DGR n.133 del 9 novembre 2009. Ad affiancare un nucleo fisso si alternano gruppi di esperti esterni selezionati di volta in volta in base alla tecnologia presa in esame. Ricontrata la mancanza di una figura con competenze etiche nel nucleo di valutazione è evidente la volontà di compensare la suddetta mancanza. Le linee guida fornite dall'AGENAS rappresentano teoricamente un modello di riferimento dell'attività di valutazione tecnologica che prevede la valutazione di dispositivi medici, grandi tecnologie, processi e modelli organizzativi per le quali vengano riscontrati elementi di criticità. L'esperienza pratica della Regione Puglia dimostra una particolare attenzione solo verso grandi tecnologie il cui impatto economico risulta notevole nei bilanci regionali. Inoltre il gruppo di lavoro non prevede la valutazione di farmaci in quanto considera sufficienti le valutazioni tecniche e le analisi degli

impatti etico-sociali ed organizzativi effettuati dall'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco). Il nucleo di lavoro effettua una valutazione tenendo conto di:

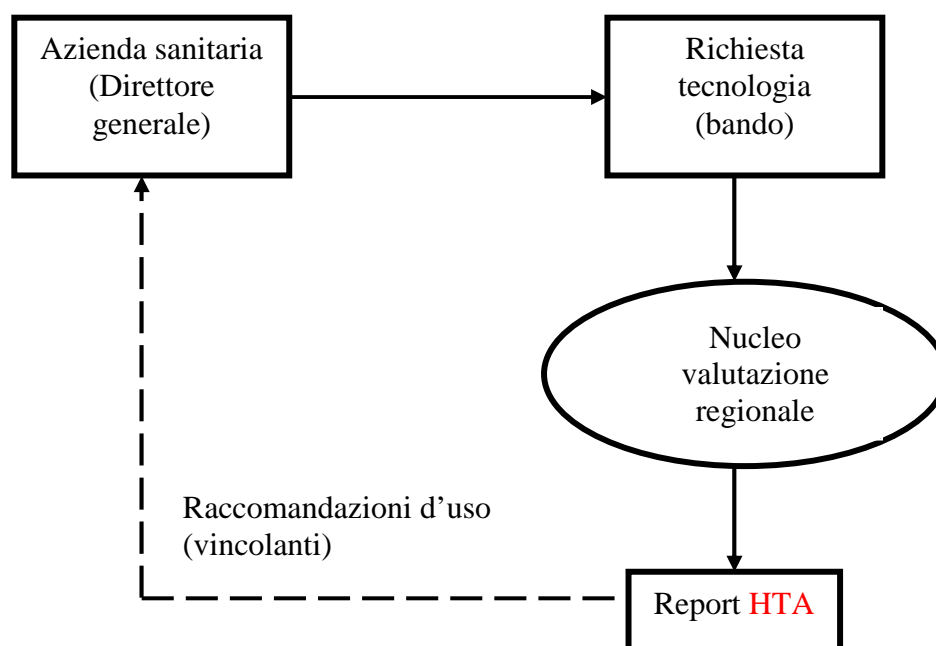
- impatto economico;
- utilità;
- risorse umane;
- compatibilità strutturale;
- impatto organizzativo.

Il processo di valutazione utilizza un approccio di tipo top-down in cui le tecnostutture regionali, avendo un potere centralizzato individuano, autonomamente o dopo l'individuazione di criticità nelle richieste provenienti dalle singole aziende ospedaliere, le tecnologie da sottoporre a valutazione .

La legge "OMNIBUS n.4 del 25 febbraio 2010" dichiara il vincolo che il team regionale HTA pone alle decisioni finali sull'acquisto di nuove tecnologie in quanto la procedura aziendale di acquisto necessita dell'assenso della commissione. La stessa stabilisce che il risultato di valutazione deve essere disponibile in 30 giorni.

Il meccanismo di funzionamento della valutazione delle grandi tecnologie viene riportato nello schema seguente (Figura):

Figura 14: Schema riassuntivo del processo



La scarsa diffusione dei processi di HTA nel vasto territorio pugliese mette in evidenza la forte disomogeneità tra le varie strutture sanitarie. Il gruppo HTA dell'Ares è un tentativo di centralizzazione delle valutazioni con il fine ultimo di diffondere la cultura dell'HTA, perché diventi una procedura necessaria ed essenziale in ogni struttura sanitaria.

Ragionando in questi termini l'obiettivo a lungo termine del team stesso è quello di passare da una logica top-down ad una logica bottom-up ossia passare da un unico ente regionale di valutazione (oggi) alla diffusione di piccole unità di valutazione.

Infatti dall'intervista emerge una forte volontà di attivare piccoli nuclei satellite strutturati perifericamente per attività di HTA di livello meso e micro in un'ottica di sensibilizzazione culturale.

Inoltre la prospettiva futura è quella di creare una Banca Dati per l'inventario delle tecnologie presenti nelle Regione grazie alla quale è possibile effettuare confronti continui e ottimizzare i costi relativi alle valutazioni.

8.4 Esperienze di valutazione

Dall'intervista sono emersi commenti rispetto all'ultima tecnologia oggetto di valutazione (una PET presso l'Ospedale "Riuniti" di Foggia) : non essendo formalizzate le fasi del processo di valutazione, non si dispone di informazioni circa l'approfondimento della stessa se non le informazioni economiche che soddisfano l'approccio chiaro di minimizzazione dei costi.

9 Programmazione finanziaria

9.1 Sistema di finanziamento della sanità italiano

Il processo di riordino del SSN ha innovato il sistema di finanziamento delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere modificando profondamente il precedente sistema basato sul rimborso della spesa rilevata a consuntivo.

Il sistema di finanziamento prima del processo di riordino con la L. 833/78 introdusse un Fondo Sanitario unico a carico del bilancio dello Stato che doveva essere ripartito fra le Regioni, le quali, a loro volta, le ripartivano fra le USL operanti sul territorio sulla base della spesa storica.

L'ammontare di risorse era pari alla spesa sostenuta nel passato, eventualmente corretta di una certa percentuale.

Qualora i fondi attribuiti non fossero stati sufficienti a far fronte alle uscite, il deficit sarebbe stato sanato attraverso il riconoscimento ex post della spesa sostenuta "a piè di lista".

Nel SSN attuale due distinti sistemi di finanziamento con funzioni ed obiettivi diversi:

- 1) Il sistema di riparto del fondo sanitario nazionale alle Regioni ed i successivi trasferimenti finanziari alle ASL, basato su una quota capitolaria, che dovrebbe garantire il controllo centrale della spesa sanitaria pubblica e assicurare l'equità del sistema;
- 2) Il sistema di finanziamento a prestazione, basato su un sistema di tariffe predeterminate ed amministrate a livello regionale, che si svolge essenzialmente a livello locale tra ASL e singoli produttori, e remunera questi ultimi in base al volume e al tipo di servizi resi alla popolazione residente nella ASL finanziatrice.

Il processo mediante il quale i fondi pubblici giungono a remunerare i produttori di prestazioni si articola a livello nazionale determinando il fabbisogno annuale del Servizio Sanitario Nazionale, denominato Fondo Sanitario Nazionale (FSN) e a livello regionale ripartendo il Fondo Nazionale tra le Regioni dando vita, in ogni Regione, ai Fondi sanitari Regionali (FSR).

I Fondi Regionali devono a loro volta essere assegnati, in base a determinati parametri alle Aziende Sanitarie.

Il SSN riceve le risorse per il suo funzionamento prevalentemente dal bilancio dello Stato per mezzo delle previsioni al Fondo Sanitario Nazionale, e in secondo luogo dagli utenti per effetto dell'applicazione della logica contributiva dei ticket; In passato le risorse che lo Stato destinava al FSN erano pari alla spesa storica, in più, dato che questi stanziamenti si rivelavano insufficienti per mancanza di limiti e controlli della spesa, a consuntivo lo Stato provvedeva a coprire i disavanzi delle Regioni e quindi delle USL.

L'ammontare delle risorse da destinare al SSN viene definito in sede di approvazione della legge finanziaria. Tali risorse vengono ripartite fra le Regioni sulla base di criteri demografici (d. 502 del 92 e succ. mod.). Per cui il criterio di riparto utilizzato nel territorio nazionale è quello capitarario.

Se le Regioni ritengono insufficienti le risorse assegnate possono destinare ulteriori mezzi propri.

La quota capitaria di finanziamento esplicita il valore pro capite medio nazionale necessario per assicurare la copertura del fabbisogno finanziario dei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (LEA).

Il valore è calcolato, tenuto conto delle condizioni demografiche, epidemiologiche ed organizzative, osservate sull'intera realtà nazionale e con riferimento alla totalità della popolazione italiana.

La quota capitaria è definita sulla base di parametri volti a sintetizzare, relativamente agli specifici livelli di assistenza, la quantità di risorse necessarie per assicurare l'organizzazione e l'erogazione degli interventi garantiti dai LEA.

Rappresenta, quindi, l'unità di misura mediante la quale, in rapporto ai livelli essenziali di assistenza da garantire, viene determinato il fabbisogno del SSN e costituito il Fondo Sanitario Nazionale.

Essa rappresenta, inoltre, la principale modalità con la quale i fondi vengono destinati dallo Stato alle Regioni e dalle Regioni alle AUSL Locali.

Ogni Regione gode di una certa libertà nell'adozione di un modello di assegnazione delle risorse alle Aziende Sanitarie Locali ed Ospedaliere secondo le modalità che essa ritiene più opportune e strumentali al perseguimento dei propri obiettivi, seppur nel rispetto delle leggi nazionali in materia.

La logica di finanziamento che prima della riforma era basata sulla spesa storica ora è fondata sui bisogni di assistenza effettivi e sui volumi di prestazioni erogate oggettivamente.

Con riferimento alla connessione fra finanziamento e bisogni effettivi di assistenza si è introdotto il sistema di finanziamento basato sul principio capitarario, ponderato o meno, mentre il collegamento tra finanziamento e volumi di attività erogata si è realizzato tramite il sistema tariffario per prestazione.

Le Regioni attribuiscono a ciascuna Asl un finanziamento determinato su base capitaria e secondo i parametri ritenuti più opportuni (ad es. in base alla popolazione residente). L'Asl ha una capacità di spesa che è funzione del numero di assistiti residenti nell'area di riferimento dell'Asl stessa.

Il meccanismo di finanziamento capitarario assume connotazioni differenti da regione a regione. Ciò che varia è la scelta dei parametri di ponderazione della quota capitaria. In particolare la quota capitaria può essere:

- Semplice: risponde all'intento di garantire uguali risorse a ciascun individuo, indipendentemente dal suo bisogno di assistenza. La ripartizione del fondo viene effettuata tenendo conto della numerosità delle popolazioni considerate.

- Ponderata: ponderando la popolazione in relazione ad indicatori del relativo livello di bisogno sanitario e, quindi della potenziale domanda di assistenza, secondo caratteristiche epidemiologiche, demografiche e sociali.

I parametri di ponderazione, di norma, sono rappresentati dalla composizione per età e sesso della popolazione (consumi sanitari in base alle caratteristiche demografiche), dalla mobilità infra-regionale, da alcune risultanze epidemiologiche ove indagate (carico di patologie presenti in una popolazione), dalla tipologia dei servizi sanitari offribili, dai bisogni sanitari della popolazione residente nel territorio.

La Quota capitaria tende a garantire l'equità nell'accesso ai servizi sanitari a parità di bisogno e tenere sotto controllo la dinamica della spesa sanitaria.

L'insieme delle risorse che la Regione attribuisce alla singola ASL mediante la quota capitaria, dovrebbe permetterle di erogare un pacchetto di servizi almeno corrispondente ai LEA definiti dal PSN.

A tal fine, perciò, i fondi assegnati saranno utilizzati da ogni azienda Asl sia per produrre le prestazioni, avvalendosi di proprie strutture ospedaliere ed ambulatoriali, sia per provvedere al pagamento delle tariffe alle strutture esterne all'Asl (Aziende Ospedaliere e privati accreditati) che hanno erogato prestazioni ai suoi residenti.

In questo secondo caso le ASL acquistano servizi da altre strutture sanitarie pagando le prestazioni sulla base di tariffe determinate dalla Regione.

Infatti, il modello adottato dalla quasi totalità delle Regioni italiane è quello in cui le ASL sono, allo stesso tempo, acquirenti e produttori di servizi sanitari tramite :

- le proprie strutture ospedaliere (uno o più presidi ospedalieri dell'Asl)
- le proprie strutture distrettuali
- le proprie strutture di prevenzione (dip. di prevenzione)
- le altre aziende sanitarie pubbliche e private del SSR con le quali stipula accordi contrattuali e convenzionali (definendo, per le prestazioni di cui intende avvalersi, tipologie, volumi e tariffe). In questo caso le Asl sono acquirenti di servizi sanitari che pagano attraverso il meccanismo tariffario (l'acquisto delle prestazioni avviene dietro pagamento delle stesse in base a tariffe regionali).

9.2 Legge Finanziaria 2010

Le misure previste dal Governo nella Legge Finanziaria per il 2010 non sono in grado di fare fronte alla gravità della situazione scatenata dalla crisi. Né per le politiche attive del lavoro, né per alimentare nuovi investimenti e nuovo sviluppo, né per il Welfare in senso stretto.

Solo per la Sanità, con il recente Patto per la Salute, si è ottenuto un risultato complessivamente favorevole ma dopo un lungo conflitto con il Governo, sostenuto dalle Regioni e da un vasto fronte di forze sociali, ottenendo oltre sei miliardi in più nel triennio rispetto alle previsioni della finanziaria precedente.

Inoltre è importante aver confermato, come nel Patto 2007 – 2009, una stabilità triennale del finanziamento.

La stima per adeguare il finanziamento in sanità rimane però un tema delicatissimo e non ancora del tutto risolto, tanto più perché spetta alle singole regioni coprire la differenza tra la quota che ricevono dal fondo nazionale e la spesa reale.

La Legge finanziaria stanziava solo una prima tranche delle risorse aggiuntive previste dal Patto per la Salute, rinviando a successivi provvedimenti legislativi il compito di assicurare l'intero importo previsto dal Patto.

La Finanziaria (il Patto per la Salute) contiene però anche norme preoccupanti: l'inasprimento dei vincoli e delle misure economico finanziarie per i piani di rientro delle regioni in difficoltà, in particolare il blocco del turn over del personale e la possibilità di ulteriori nuovi ticket.

Preoccupa il fatto che non siano previsti interventi per “sostenere” i processi di riorganizzazione, senza i quali le misure, anche le più rigorose, sono inutili. Infatti, l'esperienza delle regioni più virtuose, al contrario di quelle con gravi disavanzi, dimostra che il vero risanamento non si ottiene con tagli indiscriminati, ma con una coraggiosa riorganizzazione dei servizi sanitari.

Il Finanziamento

La Legge finanziaria stanziava solo una prima tranche delle risorse aggiuntive previste dal Patto per la Salute, rinviando a successivi provvedimenti legislativi il compito di assicurare l'intero importo previsto dal Patto.

La tabella riepiloga la situazione (milioni euro):

Tabella 77: Stanziamento delle risorse 2010-2012

Anno	Finanziamento Totale previsto dall'Intesa Stato Regioni (Patto per la Salute 2010 - 2012)*	Risorse aggiuntive previste dall'Intesa Stato Regioni (Patto per la Salute 2010 - 2012)	Risorse aggiuntive stanziata con la Legge Finanziaria 2010 (comma 57)	Risorse aggiuntive che la Legge finanziaria (comma 57 penultimo capoverso) rinvia a successivi provvedimenti ***
2010	106.164	1.600 **	584	<i>Con successivi provvedimenti è assicurato l'intero importo delle risorse aggiuntive previste dall'Intesa Stato Regioni in materia sanitaria per il triennio 2010 - 2012</i>
2011	108.603	1.719 **	419	<i>Con successivi provvedimenti è assicurato l'intero importo delle risorse aggiuntive previste dall'Intesa Stato Regioni in materia sanitaria per il triennio 2010 - 2012</i>
2012	111.544	+ 2,8% rispetto anno 2011	+ 2,8% rispetto anno 2011	

*Fonte Conferenza Regioni e PP.AA.

** (compresi 466 milioni indennità vacanza contrattuale)

***Diversamente dal Patto per la Salute (articolo 1 comma 5) la Finanziaria non contiene un esplicito impegno dello Stato ad adottare misure dirette a garantire un ulteriore finanziamento per incrementi da rinnovo contrattuale nel 2010.

Per quanto concerne le anticipazioni dei finanziamenti la novità riguarda le Regioni che sono risultate adempienti (“virtuose”) nell’ultimo triennio, per le quali l’anticipazione del fondo sanitario sale dal 97% al 98%, eventualmente elevabile.

Anche per gli investimenti per edilizia sanitaria è previsto un incremento che porta da 23 a 24 i miliardi il fondo (ex articolo 20 Legge 67/88) e sono stati incrementati di 2 miliardi nel biennio i fondi per l’edilizia sanitaria (con una conseguente disponibilità complessiva di 5,7 miliardi per investimenti).

Per quanto riguarda il personale SSN, vengono prorogati al periodo 2010 – 2012 i vincoli per il contenimento della spesa per il personale già previsti nella legge finanziaria 2007 (Legge 296/2006).

Inoltre, sono previste ulteriori misure per il contenimento della spesa per il personale in relazione alla “deospedalizzazione”:

- a) riduzione organici e relativi fondi per la contrattazione integrativa
- b) parametri standard per individuare le strutture semplici e complesse e per le relative posizioni dirigenziali e di coordinamento (questi standard di riferimento definiti dal Comitato verifica Lea entro 28.2.2010).

Il rispetto degli obiettivi di contenimento della spesa del personale (come esito delle misure sopraindicate) sono “adempimenti obbligatori” (per le regioni con piano di rientro vanno rispettati entro il 30.6.2010, per le altre regioni entro il 31.12.2010). Tuttavia le regioni non sono obbligate a rispettare questi vincoli di spesa per il personale se riescono a raggiungere comunque l’equilibrio economico. In caso di disavanzo sanitario non coperto, per evitare il Piano di Rientro, la regione è tenuta:

- ad applicare i meccanismi automatici già previsti (misura massima aliquote Irap e Addizionale regionale Irpef);
- al blocco automatico del turn over del personale sino al 31 dicembre del secondo anno successivo (es. se disavanzo 2008, blocco fino a 31.12.2010)
- al divieto di spese non obbligatorie (anche qui per due anni).

E’ disavanzo sanitario uno squilibrio di bilancio del 5% (prima era del 7%) rispetto al finanziamento ordinario e alle entrate proprie sanitarie della regione) oppure inferiore al 5% ma sono insufficienti le entrate fiscali o le altre risorse di bilancio per coprirlo integralmente.

In caso di disavanzo non coperto obbligo della regione di presentare (entro il successivo 10 giugno) un Piano di rientro triennale.

Per le regioni con Piano di rientro sono previsti:

- l’obbligo innalzamento automatico aliquote Irap e addizionale regionale Irpef, blocco del turn over e delle spese non obbligatorie.
- la possibilità di attenuare l’inasprimento fiscale: qualora invece sia verificato che il rispetto degli obiettivi intermedi (del piano di rientro) è stato ottenuto con risultati quantitativamente migliori del previsto, la

- regione può ridurre (l'anno dopo) l'addizionale Irpef e l'aliquota Irap per la quota corrispondente al miglior risultato ottenuto.
- o analoga misura di attenuazione vale per il blocco del turn over e per il divieto di effettuare spese non obbligatorie.

Le verifiche sui piani di rientro sono trimestrali e annuale (con possibili verifiche straordinarie).

L'approvazione del Piano di rientro permette di ottenere una tranche del 40% delle quote di finanziamento spettanti. Le restanti somme sono erogate alla regione impegnata nel piano di rientro mano a mano che supera le tappe trimestrali di verifica.

Solo per il risultato 2009, l'eventuale disavanzo della regione, se il piano di rientro non raggiunge gli obiettivi, può essere coperto con risorse di bilancio regionale, se le misure di copertura sono state adottate entro il 31.12.2009.

Una recente novità prevede la possibilità – condizionata - di utilizzare le risorse FAS per coprire debiti sanitari.

Se alla verifica sul 2009 il Piano di rientro non ha raggiunto gli obiettivi, con conseguente disavanzo, scattano ulteriori inasprimenti fiscali (+ 0,15% aliquota Irap e + 0,30% addizionale regionali Irpef) oltre a quelli già in essere per effetto del Piano. E non sono ammesse “misure equivalenti” per evitare gli inasprimenti.

Il Consiglio dei Ministri nomina “Commissario ad acta” il Presidente della Regione interessata, nel caso in cui:

- Il Piano di rientro presentato dalla Giunta sia giudicato inadeguato (il Commissario deve farne uno nuovo entro 30 giorni).
- il Piano di Rientro non raggiunga gli obiettivi.

Nella regione commissariata, oltre agli obblighi automatici già previsti per le regioni con piani di rientro (innalzamento aliquote fiscali, blocco turn over, divieto spese non obbligatorie, ecc.), sono sospesi i trasferimenti erariali a carattere non obbligatorio (stabiliti con DPCM ad hoc) e, sempre in via automatica, decadono i direttori generali, amministrativi e sanitari degli enti del servizio sanitario regionale, nonché dell'assessorato regionale competente. Nell'anno della delibera di nomina del Commissario, le aliquote fiscali già scattate obbligatoriamente sono ulteriormente incrementate: Irap di 0,15 punti % e l'addizionale regionale Irpef di 0,30 punti % rispetto al livello delle aliquote vigenti.

Gli oneri del commissariamento sono a carico della Regione.

Per le regioni che hanno già i piani di rientro e sono già commissariate resta in vigore la vigente gestione commissariale. Se presentano un nuovo Piano di rientro e questo viene approvato cessa il commissariamento.

Qualora il “Presidente - Commissario ad acta” non rispetti il Piano, il Consiglio dei Ministri adotta tutti i provvedimenti (poteri sostitutivi previsti dall'art. 120 Costituzione). In caso di difficoltà del Commissario”, il Consiglio dei Ministri nomina uno o più “Sub Commissari”. Regioni inadempienti per motivi diversi dal disavanzo. Previsto il Piano di rientro anche per motivi diversi dal disavanzo

economico finanziario. Le misure del piano non prevedono inasprimenti fiscali ma misure a sostegno della riorganizzazione dei servizi.

Si dovrebbe “riequilibrare” gli adempimenti a carico delle regioni dando peso anche al rispetto e all’equilibrio dei LEA e non solo ai risultati di bilancio. Tuttavia appare una soluzione ancora debole. Infatti resta in vigore l’attuale sistema di verifica dei comportamenti regionali, che è ancora squilibrato: con una preponderanza degli adempimenti riferiti agli aspetti di ordine economico finanziario. Non è dunque questa la soluzione per assegnare pari importanza alla verifica sui LEA.

9.3 Finanziamento del sistema sanitario in Puglia

Il contesto demografico ed epidemiologico che caratterizza i paesi occidentali e l’Italia in particolare, legato all’invecchiamento ed alla sempre maggiore prevalenza delle patologie cronico degenerative, solleva in maniera sempre più forte il problema della sostenibilità economico-finanziaria del sistema sanitario nazionale e regionale.

Il trend di incremento della spesa sanitaria, legato alla evoluzione dei bisogni così come oggi si esprimono, e quello del PIL, molto più contenuto, porteranno ad un allargamento della forbice fra capacità di reperimento delle risorse e risorse necessarie. Proiettando le situazioni a lungo termine è legittimo prevedere una incapacità della collettività a far fronte alle esigenze finanziarie necessarie per garantire la tutela della salute in condizioni di universalità ed equità.

Ma la salute è un bene costituzionalmente garantito (forse il primo), è interesse dell’intera collettività, è al vertice dell’interesse dei singoli e quindi la capacità di tutela è il primo segno della civiltà di un paese.

Vanno pertanto individuate le strade che devono portare all’equilibrio del sistema. A tal fine vanno considerate alcune variabili:

- a) La disponibilità effettiva e potenziale di risorse.
- b) La considerazione del problema emergente della non autosufficienza a cavallo tra la competenza sanitaria e sociale.
- c) La responsabilizzazione sull’uso delle risorse a tutti i livelli, di governo dei prescrittori, degli erogatori, dei cittadini. Questi ultimi in particolare devono acquisire la consapevolezza di essere fruitori di un servizio autofinanziato con il sistema della tassazione nel quale gli sprechi ricadono su chi li produce.
- d) Il perseguimento della appropriatezza delle prestazioni.
- e) La corretta allocazione di risorse tra i livelli e i sottolivelli assistenziali con particolare riferimento all’investimento in prevenzione.

Va rilevato che la forbice fra risorse destinate alla sanità e fabbisogno tendenziale è un aspetto acquisito ed evidenziato nel DPEF. Di contro l’anno 2007 è l’anno in cui il governo nazionale ha prodotto il maggiore sforzo a favore del sistema sanitario nella allocazione delle risorse.

Le disponibilità di risorse a livello nazionale sono state incrementate di due miliardi di euro ad integrazione del fabbisogno 2006, portandolo da 89,960 a 91,960 milioni di euro ed elevando a 96,040 milioni il finanziamento del fabbisogno 2007 per l'intero servizio sanitario nazionale.

A fronte di tale incremento i trasferimenti a favore della Regione Puglia si sono mantenuti notevolmente inferiori alla media nazionale, mentre i disavanzi del sistema delle ASL regionali hanno subito nel 2006 e nel 2007 una significativa flessione rispetto all'esercizio 2005.

Tuttavia la constatazione dell'esistenza di un disavanzo strutturale più o meno costante a partire dal 2004 parallelamente al mancato rispetto del patto di stabilità per l'anno 2006, ha comportato la necessità di sottoscrivere con i competenti livelli ministeriali un Piano di rientro triennale del disavanzo riferito agli anni 2008 2009–2010 al fine di accedere al finanziamento integrativo a carico dello Stato.

L'esigenza di stipulare il suddetto Piano di rientro triennale del disavanzo ha fortemente influenzato il processo di definizione degli obiettivi (generali, specifici ed operativi) e delle priorità di intervento indicate nel PRS. Infatti, le azioni che il PRS ha inteso promuovere, e cioè:

- il contenimento della spesa farmaceutica
- la riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera, anche mediante la attivazione dei nuovi modelli alternativi di assistenza predisposti a garanzia del miglioramento dei livelli complessivi di appropriatezza del sistema e del conseguente allineamento dei tassi di ospedalizzazione a quelli medi nazionali,
- la riconversione dei piccoli ospedali e l'accorpamento di altri in strutture più moderne ed efficienti,

costituiscono i presupposti sui quali è stato sviluppato il Piano di rientro triennale del disavanzo riferito agli anni 2008 – 2010.

Al di là delle possibili aree di interventi di razionalizzazione ed economia della spesa, il disavanzo strutturale è prevalentemente connesso ad una considerevole sottostima del fabbisogno di risorse determinato dai criteri di riparto nazionale che vede la Puglia tra gli ultimi posti nella graduazione del fabbisogno riconosciuto per quota capitaria.

Per l'anno 2008 alla Regione Puglia è stato riconosciuto un fabbisogno di 6,581 milioni di euro riducendo addirittura la quota di accesso al fondo nazionale da 6,77 a 6,73 per cento.

L'importo di 6,581 milioni di euro è calcolato al lordo della mobilità passiva, del conguaglio negativo di mobilità del 2006 e delle entrate proprie, determinando un finanziamento per cassa di euro 6,246 milioni.

Gli esborsi alle altre regioni per prestazioni sanitarie ai cittadini pugliesi costituiscono elemento di disequilibrio del sistema avendo raggiunto nel 2006 la misura di oltre 190 milioni di euro, ma allo stesso tempo possono risultare uno strumento di riequilibrio puntando alla consistente riduzione di tale criticità.

Va considerato che l'allocazione delle stesse per livelli di assistenza, come previsto nel PSN è così individuata:

- 5% Prevenzione
- 44% Assistenza ospedaliera
- 51% Assistenza distrettuale territoriale.

Detta ripartizione segue la logica dell'evoluzione demografico-epidemiologica e dei conseguenti mutamenti dei bisogni sanitari con riduzione del tasso di ospedalizzazione in un contesto di auspicata sempre maggiore appropriatezza dell'assistenza ospedaliera in strutture dedicate al trattamento delle vere acuzie, con spostamento delle risorse verso le attività di prevenzione, da considerare un reale investimento, e verso l'assistenza distrettuale territoriale, ambito delle cure primarie e intermedie, capace di soddisfare i bisogni nella loro evoluzione.

Il piano sanitario regionale della Regione Puglia 2002/2004 ereditava una situazione riferita all'inizio degli anni 2000 in cui le risorse destinate alla prevenzione si aggiravano intorno al 3% del totale, l'assistenza territoriale assorbiva solo il 43,1% delle risorse e l'assistenza ospedaliera la quota del 53,8% a fronte di un valore nazionale del 49,8.

A fronte di tale situazione il piano si prefissò di pervenire nel triennio 2002/2004 ad una ripartizione di 4%, 48% e 48% rispettivamente.

L'assenza di indicatori prefissati per la valutazione di impatto assistenziale e sociosanitario del piano stesso consente una analisi esclusivamente di carattere economico-finanziario di quanto avvenuto: per l'assistenza ospedaliera nel triennio si è verificato un contenimento relativo della spesa ospedaliera, realizzato attraverso una politica di contenimento della spesa per il personale e di soppressione di strutture. A questo contenimento da un lato ha fatto riscontro un rapido aumento della mobilità passiva dall'altro non ha fatto riscontro un percepibile miglioramento degli altri due livelli di assistenza.

Una maggiore sensibilizzazione alla tutela della salute collettiva attraverso iniziative di educazione sanitaria e prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro è rilevabile dal raggiungimento di una quota intorno al 3,7% di risorse destinate a tale livello.

Contemporaneamente macroindicatori di salute (come ad es. il prolungamento della vita media) sono risultati in linea con i dati nazionali.

Nel livello dell'assistenza territoriale negli ultimi anni è stato quasi raggiunto l'obiettivo della allocazione del 48% delle risorse, ma a tale obiettivo non ha fatto seguito un sensibile miglioramento della qualità e dello sviluppo organizzativo dei servizi territoriali.

La maggiore quantità di risorse investite è stata assorbita dall'incremento non sempre giustificato della spesa farmaceutica, dall'aumento di prestazioni diagnostiche con livelli di inappropriatezza probabilmente elevati e dai consistenti incrementi previsti dai rinnovi contrattuali per dipendenti e categorie convenzionate.

Alcune di queste tendenze sono ancora in atto e si deve tener conto della necessità di correggerle per evitare che nuove allocazioni di risorse nel settore non producano risultati di qualità. L'intera teorizzazione sul ruolo strategico dei distretti scaturita dalla nuova normativa regionale deve pertanto dispiegare i suoi effetti, all'interno di una cornice nazionale nuova che comincia a delinearsi.

Dal punto di vista economico il patto per la salute sottoscritto il 28.9.06 tra governo e regioni e le leggi finanziarie 2007/2008 hanno individuato le risorse a copertura del fabbisogno del SSN per un triennio. Non è la prima volta che si verifica una programmazione triennale sul piano finanziario. Già con l'accordo dell'8.8.2001 fu previsto il fabbisogno relativo al 2002 e gli incrementi relativi al biennio successivo.

All'apparente soddisfazione delle regioni espressa all'epoca, fece seguito la delusione derivante dalla constatazione, sul piano nazionale, della insufficienza delle risorse che ha reso necessarie tre integrazioni da 2 miliardi di euro (2001/2003, 2002/2004 e 2006). Ciò a dimostrazione della crescita della spesa sanitaria ben oltre le previsioni e la capacità di prelievo fiscale.

Una situazione analoga si sta verificando per il prossimo triennio.

Non si può negare che l'incremento di risorse previsto per il 2007 è stato consistente e, ciononostante, le relative risorse sono risultate insufficienti. Al 2007 fanno seguito due anni nel corso dei quali l'incremento di risorse è piuttosto contenuto.

Per tale aspetto le recentissime manovre finanziarie di livello nazionale hanno reso le possibilità di riequilibrio strutturale estremamente ardue.

Il finanziamento del 2009 non è stato integrato della somma stanziata nel 2008 pari ad 834 milioni di euro quale contropartita della sospensione della compartecipazione alla spesa specialistica pari a 10 euro per ricetta. Detta somma è stata ridotta a 400 milioni con una perdita di 29 milioni per la regione Puglia.

Inoltre gli incrementi di risorse per il 2010 e 2011 sono fortemente ridotti prospettandosi per la regione Puglia un aumento di soli 85 milioni. Come è evidente, si tratta di un incremento che non è sufficiente neanche a coprire i costi dei rinnovi contrattuali.

Tale situazione non può non acuire la conflittualità sui criteri di riparto tra le regioni che ritengono la vecchiaia unico o massimo determinante del bisogno e della spesa sanitaria e quelle, come la Puglia, che evidenziano i bisogni connessi alle condizioni socio economiche caratterizzate da deprivazione, intesa quale sintesi di povertà, basso livello di istruzione, disabilità ecc.

In sede di accordo per il riparto del 2007 le regioni avevano raggiunto una mediazione procedendosi per la prima volta alla valorizzazione delle condizioni socio economiche sebbene senza utilizzo di una metodologia scientifica peraltro difficile da realizzare.

Il riparto del 2008 ha ulteriormente penalizzato la regione Puglia a causa della riduzione dell'incidenza percentuale della sua popolazione (leggermente ridotta), sulla popolazione nazionale (aumentata di quasi 400.000 mila abitanti).

A ciò si aggiunge l'iniquità costituita da ulteriori elementi quali:

- il non aggiornamento delle classi di età, ai fini della standardizzazione della popolazione per il calcolo della quota di accesso al fondo, che

penalizza la Puglia, con demografia caratterizzata da progressivo invecchiamento;

- la valutazione a quota capitaria secca della “nuova” popolazione, in incremento nelle regioni del Nord (incremento determinato prevalentemente da extracomunitari appartenenti a classi di età giovani), che non essendo valutata in funzione del suo peso effettivo sul sistema sanitario (inferiore alla media) costituisce di fatto un ulteriore elemento di penalizzazione per le regioni del Sud.

Le osservazioni della Puglia all’interno della Conferenza delle Regioni hanno ottenuto l’impegno a costituire un organismo per la revisione dei criteri.

Alla luce delle suddette considerazioni il quadro economico-finanziario che si è prospettato per il SSR nel recentissimo trascorso può rappresentarsi come segue (Tabella 78):

Tabella 78: Quadro economico-finanziario anni 2007-2008

Anno	Risorse Euro/1000	Fonte	Quota regione Puglia
2007	96.040	Riparto fabbisogno indistinto	6.370
	1.000	Quote regioni in difficoltà	-
	511	D.M. finanziamento sostitutivo ticket	34
	97.551		6.404
2008	99.809	Riparto fabbisogno indistinto	6.525
	850	Quota regioni in difficoltà	
	834	DM finanziamento sostitutivo del ticket	56
		Totale Differenza	6.581 + 177

Fonte: PdR Puglia 2010-2012

Le differenza di 177 milioni si incrementa di euro 13 milioni per minori conguagli di mobilità nel 2008 rispetto al 2007 per raggiungere un incremento di circa 190 milioni di euro.

Tali dati evidenziano la circostanza per la quale se la spesa sanitaria nel 2008 non subisse alcun incremento rispetto al 2007, comunque, si verificherebbe un disavanzo di 40 milioni.

Ne consegue la necessità di attenta valutazione degli aspetti di governo della gestione del sistema.

A tal fine la Legge Regionale n. 40/07 e il Documento di Indirizzo Economico Funzionale aveva già avviato il percorso di razionalizzazione e contenimento della spesa sanitaria nella prospettiva di un naturale trend di finanziamento:

- nel 2008 un disavanzo non superiore a 2/3 di quello del 2007
- nel 2009 un disavanzo non superiore a 1/3 di quello del 2007
- nel 2010 rientro dal disavanzo strutturale.

Come si è detto, la regione Puglia ha chiuso l'esercizio 2007 con un disavanzo di circa 266 milioni di euro.

Se si tiene conto dell'andamento dei consumi e dei relativi costi da una parte, e dei livelli di finanziamento dall'altra, sono evidenti le difficoltà intervenute. Per valutare in modo più approfondito la situazione occorre prendere in considerazione:

- I criteri di riparto tra le regioni che hanno sempre rappresentato la prima criticità per la regione Puglia. La Puglia, in quanto regione "giovane" figura tra le ultime regioni nella graduazione del finanziamento per quota capitaria. Una distribuzione per quota capitaria pura produrrebbe circa 150 milioni di euro annui in più.
- La necessità di consistenti interventi in materia di risorse umane di cui la Puglia è assolutamente carente sia nel settore ospedaliero che territoriale.
- Il considerevole assorbimento di risorse da parte della assistenza farmaceutica all'interno della quale si stanno tuttavia realizzando consistenti economie grazie ai provvedimenti assunti di recente.
- Il trend in aumento del saldo della mobilità sanitaria che si è incrementato negli ultimi 4 anni di circa 60 milioni di euro per pervenire ad un livello passivo di oltre 190 milioni di euro annui nel 2006 e la difficoltà di porvi rimedio in tempi brevi (logistica ed edilizia sanitaria)
- L'esigenza di investire risorse nella prevenzione.

E' necessario porre le condizioni perché le suddette criticità siano affrontate e, per quanto possibile, risolte in un'ottica di miglioramento della qualità del servizio e della sostenibilità economica del sistema.

9.4 Piano di Rientro

A causa dell'inadempimento da parte della Regione Puglia, costituito sostanzialmente dal mancato rispetto del Patto interno di Stabilità per gli anni 2006-2008, e per il solo 2008, è stato realizzato il Piano di Rientro finalizzato alla stipula dell'accordo previsto dall'art. 8 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, per la riattribuzione del maggior finanziamento per l'anno 2006 e per l'anno 2008, non ancora erogato.

L'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 condiziona l'accesso al maggiore finanziamento a carico dello Stato alla verifica di precisi adempimenti organizzativi e gestionali: per le Regioni risultate anche parzialmente inadempienti è prevista la possibilità di sottoscrivere un accordo al cui rispetto è subordinata la riattribuzione del maggiore finanziamento a carico dello Stato.

E' stabilito che nelle situazioni di squilibrio economico-finanziario la Regione procede ad una ricognizione delle cause dello squilibrio ed elabora un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale, di durata non superiore al triennio (piano di rientro). I Ministeri della Salute, dell'Economia e delle Finanze e la singola Regione stipulano un accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza e degli adempimenti.

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

La legge 296 del 27 dicembre 2006 (legge finanziaria 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.

La Legge finanziaria 191/2009 ha previsto per le Regioni inadempienti che avrebbero dovuto sottoscrivere, entro il 31 dicembre 2009, l'accordo, la possibilità di presentare un piano di rientro entro il 30 aprile 2010, da sottoscrivere con accordo entro i successivi 90 giorni, pena la definitiva sottrazione di competenza delle quote di maggior finanziamento relative agli anni di inadempienza..

La Regione Puglia in data 28 Aprile 2010, ha richiesto la sottoscrizione di un piano di rientro per la riattribuzione dei finanziamenti ancora trattenuti per le annualità 2006 e 2008, allegando alla richiesta una proposta di Piano.

Il capitolo 10 sarà dedicato alla descrizione del Piano di rientro della Regione Puglia.

PARTE SECONDA

Analisi del sistema

10 La spesa sanitaria pubblica in Italia

Verrà presentato in questo capitolo uno studio del CERM che presenta il modello *SaniRegio* per l'analisi della spesa sanitaria pubblica nelle Regioni italiane. L'analisi delle differenze regionali evidenzia quanta parte della spesa possa trovare giustificazione, da un lato, nelle caratteristiche demografiche, economiche e sociali e nella dotazione di capitale fisico e umano e, dall'altro, nel livello qualitativo delle prestazioni e dei servizi erogati ai cittadini.

Per gli ultimi 10 anni, si analizza la relazione media che lega la spesa sanitaria pubblica pro-capite (di parte corrente) delle Regioni ad alcune tra le più importanti variabili esplicative. Sulla base di questa relazione, la spesa pro-capite effettiva (di contabilità) di ogni Regione viene confrontata con il valore che essa avrebbe dovuto assumere se nella stessa Regione l'impatto delle variabili esplicative sulla spesa fosse stato quello mediamente rilevabile nel complesso di tutte le Regioni. Questo confronto consente di evidenziare un primo elemento di interesse. Alcune Regioni con spesa effettiva inferiore alla media Italia dovrebbero, in realtà, collocarsi a livelli ancora più bassi se si considera la spesa *standardizzata*. Questo è vero per quasi tutte le Regioni del Sud e Isole.

Il risultato permette di costruire la frontiera efficiente per la fornitura di prestazioni sanitarie. La frontiera definisce, per ogni livello di sovraspesa rispetto allo *standard*, il livello di qualità che dovrebbe essere assicurato; ovvero, per ciascun livello di qualità, lo scostamento dalla spesa *standard* necessario e sufficiente per raggiungerlo.

Nel complesso, si conferma il quadro di un Paese spaccato in due, con le Regioni del Centro-Nord attestate su livelli di efficienza e di qualità della spesa che appaiono significativamente più elevati rispetto alle Regioni del Mezzogiorno.

L'analisi evidenzia un elemento di rilievo: Le Regioni che più sono lontane dalla frontiera efficiente sono anche quelle che erogano prestazioni di qualità inferiore. Sovraspesa e bassa qualità vanno di pari passo.

Questi risultati vanno letti anche sul piano macroeconomico, in termini di spesa sanitaria pubblica aggregata e di sua incidenza sul Pil. Se tutte le Regioni fossero posizionate sulla frontiera di spesa efficiente, la spesa sanitaria complessiva nazionale in carico alle Regioni nel 2007, invece che pari a 103.092,98 milioni di Euro, si sarebbe potuta collocare a un livello di 91.994,24 milioni di Euro; mentre quella del 2008, invece che pari a 106.104,10 milioni di Euro, sarebbe stata di 94.824,95 milioni di Euro. I risparmi di spesa sarebbero ammontati rispettivamente a 11,1 e 11,3 miliardi di Euro, pari allo 0,72% di Pil all'anno.

Se le Regioni si fossero fatte trovare sulla frontiera efficiente, nel biennio 2007-2008 si sarebbero risparmiate risorse pari a 1,5 punti percentuali di Pil.

Si tratta, naturalmente, di cifre indicative, non realizzabili se non dopo un periodo di transizione, perché aggiustamenti di tale entità non possono compiersi ex-abrupto, soprattutto in un ambito complesso e dalle connotazioni umane e sociali, prima ancora che politiche, come la sanità

10.1 La spesa

Il primo dato ad essere analizzato è la variabilità interregionale della spesa sanitaria pubblica

Pro-capite di parte corrente a prezzi costanti. Le variabili esplicative sono classificabili in quattro gruppi.

Il primo gruppo comprende le variabili rappresentative del contesto socio-economico in grado di influenzare o le condizioni di salute o la domanda di cure istituzionalizzate:

- Pil *procapite* (a prezzi costanti 2000);
- quota percentuale di occupati nel terziario sul totale degli occupati;
- tasso di attività complessivo;
- tasso di attività delle donne;
- percentuale della popolazione con un titolo universitario;
- percentuale di anziani soli sul totale della popolazione;
- percentuale di aborti volontari tra le adolescenti.

Il secondo gruppo di variabili riguarda la struttura demografica: le quote di popolazione nelle classi di età 0-4, 5-14, 15-24, 25-34, 35-44,4 5-54, 55-64, 65-74, e 75+; e i due tassi di mortalità maschile e femminile specifici di ciascuna fascia di età (numero di decessi per 10000 abitanti della corrispondente fascia). Si tratta delle variabili demografiche che maggiormente incidono sulla spesa.

Il terzo gruppo di variabili intende cogliere gli stili di vita della popolazione che incidono sullo stato di salute.

Il quarto gruppo di variabili si riferisce alla dotazione di capitale fisico e umano a disposizione del Ssn, e che ha influenza sia sulla domanda che sull'offerta di prestazioni:

- il tasso di posti letto ospedalieri ordinari e il tasso di posti letto ospedalieri in *day hospital* (n° -di posti letto x 10.000 ab.);
- la quota di medici odontoiatri sul totale dei dipendenti del Ssn;
- la quota di personale infermieristico sul totale dei dipendenti del Ssn;
- la presenza di medici generici,

La spesa sanitaria corrente è quella di fonte Istat, derivante dai bilanci delle Asl e delle Aziende Ospedaliere. Il dato Istat comprende tutte le spese dei sistemi sanitari regionali, quasi integralmente imputabili a livelli essenziali di assistenza (Lea).

Si ricorre a una metodologia *panel* a effetti fissi, in cui la variabile dipendente è la spesa sanitaria pubblica di parte corrente *pro-capite* e a prezzi costanti.

10.2 Indicatore sintetico di qualità

Per tener conto della relazioni tra qualità delle prestazioni e spesa, si costruisce un indicatore sintetico della qualità delle prestazioni sanitarie a livello regionale, per poi confrontare tra loro le combinazioni di tutte le Regioni. Per approssimare la qualità del servizio sanitario regionale si fa riferimento a quattro gruppi di indicatori tratti da altrettante fonti.

Il primo gruppo è costituito da indicatori di *outcome* disponibili all'interno del "Progetto Mattoni" condotto dal Ministero della Salute. Contiene 43 indicatori di efficacia degli interventi sanitari per la costruzione dell'indicatore sintetico ma ai fini dello studio è stato possibile utilizzare solo 30 di questi 43 indicatori di *outcome*. Per pervenire ad un indicatore sintetico di gruppo, si provvede a *standardizzare* i singoli indicatori, assegnando uno 0 al valore peggiore e un 1 al valore migliore, e poi scalando gli altri valori di conseguenza. La media degli indicatori *standardizzati* costituisce l'indicatore di gruppo.

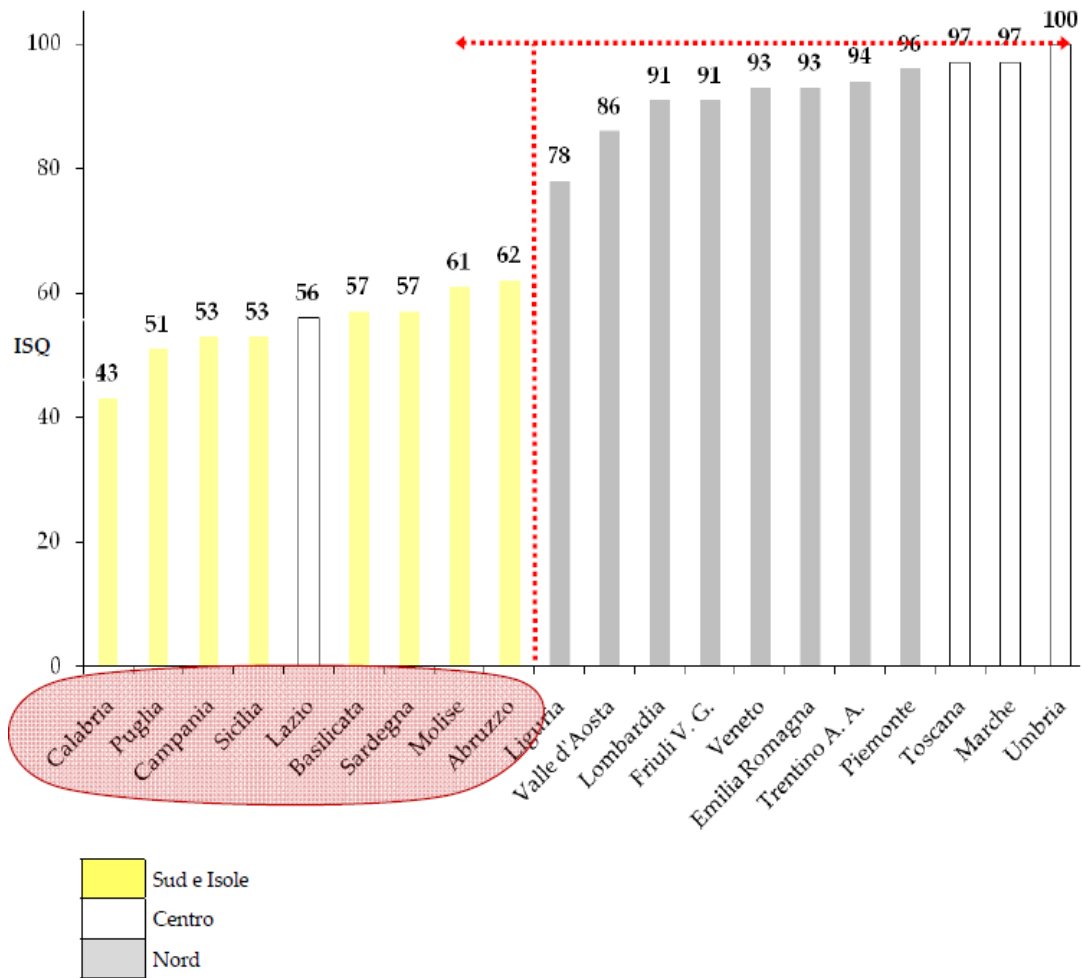
Il secondo gruppo di indicatori deriva dall'indagine multiscopo dell'Istat sulle famiglie italiane, "*Aspetti della vita quotidiana*", che contiene alcune domande sul livello di soddisfazione dell'assistenza sanitaria nella Regione.

Il terzo gruppo riguarda la mobilità interregionale, considerata come indicatore indiretto di qualità, tramite le scelte dei cittadini e/o dei medici di rivolgersi a strutture sempre del Ssn ma esterne alla Regione

Il quarto gruppo di indicatori è stato estratto dall'"Atlante Sanitario 2008", costituito per il monitoraggio del rischio di ospedalizzazione nelle diverse Regioni italiane. L'"Atlante Sanitario 2008" riporta 17 indicatori di rischio di ricovero per 9 differenti aree diagnostiche, con distinte per uomini e donne.

L'indicatore sintetico di qualità (ISQ) del sistema sanitario regionale è costruito come media pesata degli indicatori riassuntivi dei quattro gruppi descritti richiamati sopra. Il peso maggiore (1/2) è assegnato agli indicatori di *outcome*, per la loro numerosità, il loro dettaglio e la loro natura oggettiva. Agli altri tre gruppi viene assegnato 1/6. Gli ISQ permettono di impostare l'analisi di frontiera efficiente.

Grafico 9: Indicatore sintetico di qualità (ISQ)



Fonte: Elaborazione CERM

10.3 La frontiera efficiente spesa-qualità

La distanza di ogni Regione rispetto alla spesa *standardizzata* (i.e. la sovrappesa) può essere letta in controtuce tenendo conto dell'indicatore sintetico di qualità, per verificare in quale misura si possa sostenere che i maggiori scarti dallo *standard* siano riconducibili a Regioni che “investono” in qualità o se, al contrario, spese più elevate e improduttive coesistono con bassi livelli di qualità.

Dopo aver riportato su piano cartesiano tutte le coordinate regionali di sovraspesa e qualità, si procede alla costruzione della frontiera efficiente.

La frontiera è determinata da quelle Regioni che presentano, nel contempo, gli scarti minori dal proprio livello di spesa *standard* e gli indici di qualità più alti. Nel *Grafico 10* queste Regioni sono: Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Umbria, Piemonte, Marche e Toscana. Sono queste le Regioni che riescono ad utilizzare meglio le risorse. Nel caso in esame, l'identificazione della frontiera è complessa, sia per il numero limitato di osservazioni utili, sia perché le stesse si concentrano in uno spazio ristretto rispetto alla dispersione complessiva delle altre Regioni.

Si è scelto di fare riferimento a quelle Regioni le cui coordinate, con un margine di oscillazione del $-/+5\%$, arrivassero a posizionarsi nel limite più estremo della regione nordovest.

Il passaggio successivo consiste nell'interpolare le coordinate delle 6 prescelte Regioni con una funzione potenza, adatta a dare convessità all'insieme sottostante la frontiera e a rappresentare rendimenti decrescenti di scala. La funzione interpolante è la frontiera efficiente, ed essa viene, poi, estesa sia ad ovest che ad est, per inglobare tutte le osservazioni delle altre Regioni.

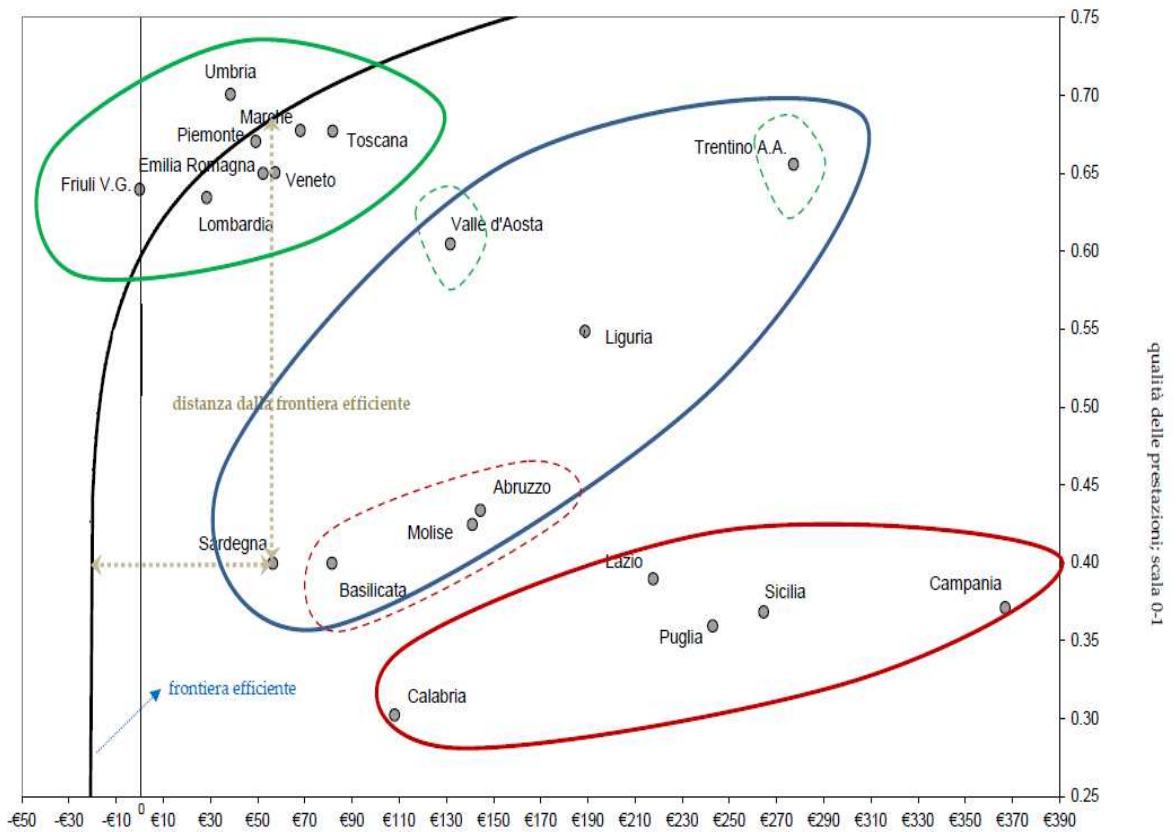
Le Regioni appaiono in tre gruppi ben distinti:

- Il primo, quello delle Regioni a più alto scostamento dallo *standard* (più elevata sovra spesa) e a bassa qualità, comprende Campania, Sicilia, Puglia e Lazio. Vi si inserisce anche la Calabria che, benché con uno scostamento inferiore, è la Regione che fa registrare il peggior livello qualitativo.
- Nel secondo, quello delle Regioni a sovraspesa minore rispetto alle precedenti ma ugualmente significativa, rientrano Sardegna, Basilicata, Molise, Abruzzo, Liguria, Valle d'Aosta e Trentino Alto Adige.
- Infine il terzo gruppo, quello delle Regioni più efficienti, che definiscono la frontiera, e che, come si è visto, sono Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Umbria, Piemonte, Marche e Toscana, cui si aggiungono Emilia Romagna e Veneto. Friuli Venezia Giulia e Umbria sono in posizioni di *outlier* in positivo.

Per le Regioni del terzo gruppo, si può sostenere che gli scostamenti dallo *standard*, tra l'altro i più contenuti, trovano sostanziale giustificazione nella qualità delle prestazioni offerte. Questo senza negare importanza e utilità di analisi maggiormente microfondate sui singoli sistemi sanitari regionali, per fare emergere possibilità di razionalizzazione e ottimizzazione.

I *borderline* Basilicata, Molise e Abruzzo sono accomunati al primo gruppo in relazione al basso livello qualitativo. Complessivamente, nel Mezzogiorno sovraspesa e bassa qualità sembrano andare di pari passo.

Grafico 10: Frontiera efficiente



scostamenti rispetto alla spesa sanitaria pubblica *pro-capite standardizzata* (μ^*): differenze rispetto al F. V. G. (Regione a scostamento minore); medie 1997-2006, Euro 2000

Fonte: Elaborazione CERM

La tabella 79 riassume i risultati, confrontando la spesa sanitaria pro-capite risultante dalla contabilità sanitaria con le riduzioni di spesa pro-capite che ciascuna Regione potrebbe/dovrebbe maturare se, a parità di qualità, si sposasse sulla frontiera efficiente.

Le riduzioni di spesa consistono in riduzioni dello scostamento dalla spesa *standard* (a sua volta espresso in differenza rispetto alla Regione con scostamento minore). In questa maniera, lo scostamento dallo *standard* viene ridimensionato o ampliato a seconda del *ranking* di qualità.

Tabella 79: Confronto della spesa sanitaria *pro-capite*

	valori di contabilità sanitaria -- spesa <i>pro-capite</i> effettiva, media 1997-2006 (Euro 2000) [a]	valori stimati -- aggiustamento necessario in virtù di <i>standardizzazione</i> e di qualità offerta [b]	valori stimati -- spesa <i>pro-capite</i> efficiente (in Euro 2000) [a-b]	valori stimati -- aggiustamento in percentuale della spesa effettiva [(a-b)/a]
Campania ●	1.215	388	827	31,9%
Sicilia ●	1.155	285	870	24,7%
Puglia ●	1.149	264	885	23,0%
Lazio ●	1.395	238	1.157	17,1%
Trentino Alto Adige	1.439	246	1.193	17,1%
Liguria ●	1.423	200	1.223	14,1%
Abruzzo ●	1.265	164	1.101	13,0%
Molise ●	1.303	161	1.142	12,4%
Calabria	1.157	129	1.028	11,1%
Basilicata	1.125	102	1.023	9,1%
Valle d'Aosta	1.451	128	1.323	8,8%
Sardegna	1.233	77	1.156	6,2%
Toscana	1.253	33	1.220	2,6%
Veneto	1.215	30	1.185	2,5%
Emilia Romagna	1.300	25	1.275	1,9%
Marche	1.234	19	1.215	1,5%
Lombardia	1.206	11	1.195	0,9%
Piemonte	1.250	6	1.244	0,5%
Friuli Venezia Giulia	1.266	-20	1.286	-1,6%
Umbria	1.266	-36	1.302	-2,8%

■	Sud e Isole
■	Centro
■	Nord
●	Regione coinvolta da piano di rientro

fonte: elaborazioni Cerm

Nove Regioni sono chiamate a una riduzione di spesa a doppia cifra. Appartengono quasi tutte al Sud e Isole le Regioni a maggior sovraspesa sono la Campania (quasi +32%), la Sicilia (+24,7%) e la Puglia (+23%). Le Regioni più lontane da condizioni di efficienza sono anche quelle che appaiono meno in grado di fornire prestazioni di qualità ai loro cittadini. Sovraspesa e bassa qualità sono due espressioni interagenti di governi e di amministrazioni locali che hanno davanti ampi margini di razionalizzazione e ottimizzazione lungo entrambe le dimensioni.

Quest'analisi conferma come per i maggiori paesi industrializzati, Italia compresa, il problema non sia la carenza di spesa sanitaria.

Spesso chi decide di aumentare il livello di spesa lo fa indipendentemente dalle esigenze di salute dei cittadini perché spinto da interessi interni alla sanità, è spinto da gruppi concentrati di potere o persegue strategie di consenso politico.

In molti sistemi sanitari i cittadini sono l'anello debole, disinformato ed emarginato dal sistema.

11 Piano di Rientro

I piani di rientro (PdR) sono gli strumenti attraverso cui le regioni, che presentano *deficit* sanitari strutturali, stabiliscono, di concerto con i Ministeri della Salute e dell'Economia, gli obiettivi e le azioni strategiche finalizzate al recupero dell'equilibrio finanziario e alla rimozione delle determinanti strutturali del disequilibrio.

Interessano, oggi, otto delle ventuno regioni italiane, prevalentemente nel Centro-Sud, rappresentando oltre il 40 per cento della popolazione nazionale, ed esiste la ragionevole presunzione che nel prossimo futuro possano riguardare anche altri SSR, mutando, nei fatti, la loro natura da strumenti straordinari di pianificazione a strumenti ordinari. Ciò è già sufficiente a rivelare l'attualità del tema dal punto di vista scientifico, politico e professionale, senonchè, a distanza di circa tre anni dalla loro introduzione, appare necessaria anche una riflessione critica. Infatti, da un lato, i piani hanno comportato apprezzabili risultati in termini di rallentamento della crescita della spesa per le regioni interessate, dall'altro non sono state capaci di incidere sulla modifica delle determinanti critiche dei *deficit*. Si tratta dunque di una procedura istituzionale molto costosa, che sembra non produrre esiti in linea con le attese.

L'indagine dei PdR, dal punto di vista strettamente concettuale pone rilevanti domande. Esiste, prima di tutto, una questione che non è meramente formale, ma sostanziale.

Non è chiaro infatti se siano, in prevalenza, piani per ristabilire l'equilibrio finanziario (*recovery plan*) oppure piani che definiscono gli interventi per agire concretamente sulle cause strutturali dei *deficit* (*turnaround plan*). In secondo luogo, l'analisi dei PdR, e quindi della pianificazione nei contesti pubblici, potrebbe colmare alcune lacune ancora presenti negli studi di strategia aziendale, specie nella comprensione della complessa interazione dinamica tra contenuti e processi in contesti interistituzionali e plurilivello che, per il loro grado di complessità, costituiscono validi laboratori per l'osservazione e l'analisi critica delle pratiche strategiche (Cuccurullo e Lega, 2010).

In termini di rilevanza pratica, sembra opportuno segnalare che il progressivo aumento della complessità e della rilevanza del settore sanitario implica un'altrettanto crescente necessità di soggetti con maggiori competenze di governo strategico, che sappiano usare, con consapevolezza e capacità, logiche e strumenti di pianificazione strategica, chiaramente adeguati alle peculiarità del settore e delle aziende sanitarie. Lo studio dei PdR può fare emergere dalla realtà utili indicazioni per il riorientamento delle attività di ricerca e di formazione sulle logiche e gli strumenti di strategia aziendale nel settore sanitario.

11.1 Piano di Rientro della Regione Puglia

A causa dell'inadempimento da parte della Regione Puglia, costituito sostanzialmente dal mancato rispetto del Patto interno di Stabilità per gli anni 2006-2008, e per il solo 2008, è stato realizzato il Piano di Rientro finalizzato alla stipula dell'accordo previsto dall'art. 8 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, per la riattribuzione del maggior finanziamento per l'anno 2006 e per l'anno 2008, non ancora erogato.

L'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 condiziona l'accesso al maggiore finanziamento a carico dello Stato alla verifica di precisi adempimenti organizzativi e gestionali: per le Regioni risultate anche parzialmente inadempienti è prevista la possibilità di sottoscrivere un accordo al cui rispetto è subordinata la riattribuzione del maggiore finanziamento a carico dello Stato.

E' stabilito che nelle situazioni di squilibrio economico-finanziario la Regione procede ad una ricognizione delle cause dello squilibrio ed elabora un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale, di durata non superiore al triennio (piano di rientro). I Ministeri della Salute, dell'Economia e delle Finanze e la singola Regione stipulano un accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza e degli adempimenti.

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

La legge 296 del 27 dicembre 2006 (legge finanziaria 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.

La Legge finanziaria 191/2009 ha previsto per le Regioni inadempienti che avrebbero dovuto sottoscrivere, entro il 31 dicembre 2009, l'accordo, la possibilità di presentare un piano di rientro entro il 30 aprile 2010, da sottoscrivere con accordo entro i successivi 90 giorni, pena la definitiva sottrazione di competenza delle quote di maggior finanziamento relative agli anni di inadempienza..

La Regione Puglia in data 28 Aprile 2010, ha richiesto la sottoscrizione, avvenuta dopo una lunga trattativa con il ministero dell'Economia il 30 novembre 2010, di un Piano di Rientro per la riattribuzione dei finanziamenti ancora trattenuti per le annualità 2006 e 2008, allegando alla richiesta una proposta di Piano.

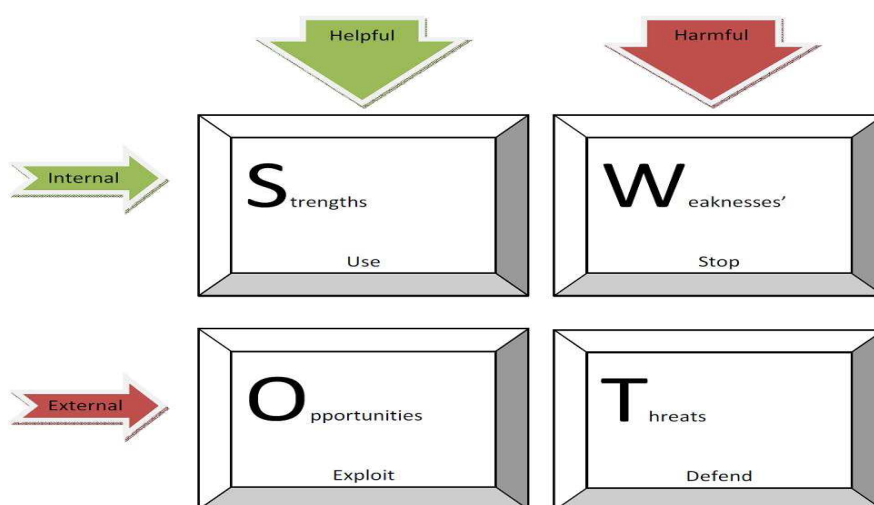
11.2 Analisi situazionale di tipo S.W.O.T.

Il Piano di Rientro stilato dalla Regione Puglia si compone essenzialmente di tre parti. Nella prima parte, sostanzialmente di tipo normativo, viene preso in esame il contesto di riferimento a livello nazionale e regionale. La seconda parte esplicita gli obiettivi del Piano di Rientro, mettendo in evidenza le linee di cambiamento che caratterizzeranno la riorganizzazione e lo sviluppo nell'arco di vigenza del Piano. La terza parte, dopo aver esaminato le determinanti del contesto demografico, il fabbisogno di salute della popolazione e le cause del disavanzo, scende nel dettaglio della manovra di Piano, traducendo gli obiettivi generali in interventi operativi, individuando per ciascuno di questi le azioni, il cronoprogramma e gli elementi di verifica.

Ai fini della definizione del Piano di Rientro è stata condotta un'analisi situazionale con il ricorso al metodo SWOT, che consente di identificare le principali linee in relazione all'obiettivo complessivo avanzato dal Piano di Rientro. Detta metodica, raccomandata in fase ex-ante per migliorare l'integrazione del programma nel contesto specifico di riferimento, in fase intermedia consente di valutare la bontà delle azioni individuate, e fornisce altresì un metro di misura per valutare eventuali modifiche al programma.

In modo più specifico con la SWOT si distinguono i fattori endogeni (sui quali è possibile, in una certa misura, intervenire) dai fattori esogeni (che dipendono in larga parte dalle interazioni con l'ambiente di riferimento), classificando gli stessi a loro volta in fattori di ausilio e fattori dannosi. Viene così a determinarsi una matrice costituita da quattro quadranti (*Strengths*, *Weaknesses*, *Opportunities*, *Threats*) come di seguito rappresentata:

Figura 15: Rappresentazione della SWOT analysis



FONTE: Piano di Rientro Puglia 2010-2012

L’Agenzia Regionale Sanitaria, con i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, con sessioni di *brain storming* per rispondere individuare e classificare gli elementi sintetizzati nello schema innanzi riportato, con incontri di approfondimento da cui sono scaturite le azioni da intraprendere a breve, medio e lungo termine.

Le ipotesi tecniche di lavoro inizialmente ottenute sono state vagliate e riconsiderate tenendo conto delle priorità di ordine politico espresse dagli organi di governo che possono essere come di seguito sintetizzate:

A. Garantire l’assistenza su tutto il territorio regionale, senza pregiudicare il diritto alla salute e l’accesso alle cure: “non far venir meno l’assistenza”;

B. Assicurare l’innalzamento dei livelli di servizio e di sicurezza, favorendo la riqualificazione e ricollocazione degli operatori, nel pieno rispetto della legalità e degli accordi di mobilità concordati con le organizzazioni sindacali: “salvaguardare la sicurezza e la dignità del lavoro, rafforzare i talenti”;

C. Risanare il deficit promuovendo il recupero, graduale ed incisivo, dell’efficienza nell’utilizzazione delle risorse: “far valere l’orientamento etico, la trasparenza e la sostenibilità economica”.

Sulla base di queste tre priorità si è provveduto a sintetizzare la SWOT, di seguito riportata, e ad articolare gli obiettivi generali, in obiettivi specifici, ed interventi operativi.

Figura 16: Descrizione della SWOT analysis

<p>PUNTI DI FORZA: elementi interni su cui far leva</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stabilità del governo regionale e fiducia della popolazione ▪ Consapevolezza diffusa circa la necessità della manovra di riorganizzazione e l'impossibilità del rinvio ▪ Presenza di poli consolidati di eccellenza nella rete dell'offerta, riconosciuti anche in relazione alla mobilità attiva extraregionale ▪ Capillarità della rete dei servizi sul territorio ▪ Buona qualità della formazione e della pratica medica ▪ Copertura sostanziale dei LEA ▪ Buona qualità del sistema informativo regionale ed esistenza di flussi informativi normalizzati e ben codificati ▪ Aver avviato l'unificazione delle ASL già da tempo ▪ Aver portato a definizione il Piano Regionale della Salute attraverso percorsi di partecipazione e trasparenza ▪ Aver avviato il percorso di definizione dei Programmi Attuativi Locali 	<p>PUNTI DI DEBOLEZZA: criticità interne da affrontare</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Carezza nell'offerta di servizi alternativi al ricovero a fronte di un numero di posti letto superiore agli standard nazionali ▪ Presenza di un numero rilevante di stabilimenti ospedalieri con posti letto inferiori agli standard minimi normativamente previsti ▪ Elevato livello di inapproprietezza organizzativa (scelta del setting) ▪ Ritardi nella riorganizzazione delle ASL a seguito dell'unificazione ▪ Carenze numeriche delle dotazioni organiche, e difficoltà a reperire alcune figure professionali (es. Anestesisti, Infermieri) ▪ Obsolescenza del parco tecnologico e ritardi nell'adeguamento del comfort delle strutture di erogazione dell'assistenza ▪ Disagio sociale ed economico della popolazione (deprivazione) ▪ Modesta capacità di integrazione fra gli interlocutori della rete ▪ Spesa farmaceutica convenzionata più alta della media nazionale ▪ Presenza di mobilità passiva superiore alla mobilità attiva
<p>OPPORTUNITÀ: elementi esterni su cui far leva</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistematizzare, rinnovare e semplificare l'impianto normativo e regolamentare socio-sanitario della regione ▪ Ridisegnare l'assetto organizzativo e funzionale del sistema sanitario in relazione ai fabbisogni dell'utenza ▪ Rafforzare il ruolo di governance della Regione e potenziare l'apparato amministrativo di programmazione e controllo ▪ Utilizzare le tecnologie dell'informazione e comunicazione quale leva per migliorare collegamento e interoperabilità ▪ Ammodernare le strutture, rinnovare il parco tecnologico, investire nella formazione degli operatori con il ricorso ai fondi accessibili (Fondi strutturali, Fondi FAS, ex art. 20 L. 67/88...) ▪ Sviluppare relazioni collaborative sovrazionali per la sperimentazione gestionale, la ricerca di sinergie, l'ottenimento di economie di scala, la diffusione delle buone pratiche 	<p>MINACCE: elementi esterni da gestire/affrontare</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Situazione socio economica regionale caratterizzata da deprivazione ▪ Tempi di implementazione del Piano subitanei, normativamente definiti ▪ Difficoltà dei singoli attori di riconoscere e di intraprendere iniziative per affrontare il cambiamento (per l'utenza nuove modalità di assistenza, per gli operatori la riqualificazione e ricollocazione, per la filiera nuove modalità di risposta ai fabbisogni del settore) ▪ Reazione delle categorie portatrici di interessi agli interventi di razionalizzazione del sistema sanitario regionale ▪ Cambiamento demografico della popolazione ed aumento di prestazioni ad alto contenuto tecnologico al momento non disponibile ▪ Effetti riflessi della crisi economica internazionale

FONTE: Piano di Rientro Puglia 2010-2012

11.3 Principale azioni del Piano di Rientro

11.3 Principale azioni del Piano di Rientro

La manovra ha come scopo principale raggiungere effetti economici programmatici (ex-post) con riduzione dei costi nel 2012 per un totale di 404.670 milioni di euro. Nella tabella 80 sono elencate gli aggregati di spesa sanitaria della Regione Puglia nei triennio che riguarda il Piano di rientro.

E' prevista una spesa sanitaria ex ante di 7.262.150.000 Euro per il 2010, 7.384.118.000 Euro per il 2011 e 7.535.490.000 Euro per il 2012.

Tabella 80- Aggregati di spesa sanitaria Regione Puglia

AGGREGATI DI SPESA SANITARIA REGIONE PUGLIA	2010 ex ante	2010 ex post	2011 ex ante	2011 ex post	2012 ex ante
Personale	2.170.980	2.146.653	2.184.860	2.091.891	2.187.800
Irap	156.020	154.278	156.680	150.022	157.340
Altre componenti di spesa	160.240	160.240	161.610	161.610	163.750
Prodotti farma ceutici	504.180	489.624	520.958	486.264	558.107
Altri beni e servizi	1.151.580	1.143.116	1.191.710	1.147.380	1.237.190
Medicina di base	481.970	481.970	484.378	484.378	484.378
Farmaceutica convenzionata	900.460	886.150	926.750	848.250	952.750
Assistenza specialistica da privato	232.930	232.319	233.142	229.489	233.142
Assistenza riabilitativa da privato	245.300	244.454	255.110	250.052	265.310
Assistenza protesica da privato	123.330	123.095	127.030	125.625	130.840
Assistenza ospedaliera da privato	779.190	776.605	787.290	771.835	795.540
Altra assistenza da privato	260.690	260.266	276.060	273.528	291.350
Assistenza da pubblico	3.790	3.790	3.790	3.790	3.790
Mobilità passiva intraregionale	0	0	0	0	0
Accantonamenti	63.090	63.090	51.410	51.410	55.243
Interessi e altro	24.530	24.038	23.640	20.564	22.800
Saldo poste straordinarie	-4.020	-4.020	140	140	3.660
Saldo intra moenia	150	150	160	4.660	180
Totale spesa	7.262.150	7.193.558	7.384.118	7.091.288	7.535.490

FONTE: Piano di Rientro Puglia 2010-2012

Nella tabella 81 è definita la sintesi finanziaria della manovra del Piano di Rientro. A fronte di una spesa tendenziale corrente di 7.262.150.000 Euro per il 2010, 7.384.118.000 Euro per il 2011 e 7.535.490.000. Euro per il 2012, e di ricavi per lo stesso triennio rispettivamente di 6.879.338.000 Euro, 6.963.293.000 Euro, 7.118.165.000 Euro, il disavanzo strutturale risultante di 382.812.000 Euro per il 2010, 420.825.000 Euro per il 2011 e 417.325.000 per il 2012 sarà ridotto, con una manovra sui costi, di 68.592.000 Euro nel 2010, 295.830.000 Euro nel 2011 e 404.670.000 Euro nel 2012, che condurrà ad un disavanzo strutturale residuo positivo di 42.345.000 Euro nel 2012.

Tabella 81- SINTESI FINANZIARIA PIANO DI RIENTRO PUGLIA (valori in migliaia di euro)

		2010	2011	2012
(1)	Spesa tendenziale corrente	7.262.150	7.384.118	7.535.490
(2)	Ricavi ordinari a legislazione vigente (fondo + entrate proprie reali+saldo mobilità)	6.879.338	6.963.293	7.118.165
	di cui:			
	finanziamento	6.877.491	6.921.056	7.070.348
	mobilità	-175.843	-175.843	-175.843
	entrate proprie reali*	177.690	218.080	223.660
(3) = (2) - (1)	Disavanzo strutturale tendenziale	-382.812	-420.825	-417.325
(4)	Manovra sui costi	68.592	295.830	404.670
	di cui:			
	Personale	24.327	92.969	135.609
	Irap	1.742	6.658	9.712
	Altre componenti di spesa	0	0	0
	Prodotti farmaceutici	14.556	34.694	51.219
	Altri beni e servizi	8.464	44.330	56.473
	Medicina di base	0	0	0
	Farmaceutica convenzionata	14.310	78.500	89.800
	Assistenza specialistica da privato	611	3.653	6.383
	Assistenza riabilitativa da privato	846	5.058	8.838
	Assistenza protesica da privato	235	1.405	2.455
	Assistenza ospedaliera da privato	2.585	15.455	27.005
	Altra assistenza da privato	424	2.532	4.418
	Assistenza da pubblico	0	0	0
	Mobilità passiva intra regionale	0	0	0
	Accantonamenti	0	0	0
	Interessi e altro	492	3.076	3.758
	Saldo poste straordinarie	0	0	0
	Saldo intra moenia	0	-4.500	-4.500
	mobilità passiva extra		3.000	4.500
(5)	Quota della manovra nazionale 2011-2012 di 834 mln di euro (articolo 2, comma 67, legge 191/2009)		55.000	55.000
(6) = (3) + (4) + (5)	Disavanzo strutturale residuo	-314.220	-69.995	42.345

FONTE: Piano di Rientro Puglia 2010-2012

Sono stati definiti gli obiettivi generali, gli obiettivi specifici e gli interventi operativi che permetteranno alla regione Puglia di raggiungere nel triennio 2010-2012 il rientro dal disavanzo.

Gli obiettivi generali riguardano l'adeguamento della rete e dei servizi (Ospedale, Territorio, Prevenzione) per l'erogazione dei LEA, il contenimento dei costi e innalzamento dei livelli di efficacia del sistema sanitario regionale

Gli obiettivi specifici sono la razionalizzazione funzionale della rete dei servizi (ospedale, territorio, prevenzione), governo del rapporto tra domanda e offerta dei servizi e delle prestazioni, nuova politica del farmaco e contenimento dei costi del personale per il rientro della spesa.

Gli interventi operativi mirano a riordinare la rete ospedaliera, diminuire la mobilità sanitaria extra-regionale, monitorare gli accordi contrattuali delle strutture accreditate, rimodulare il sistema di esenzione dal ticket per fascia di reddito, introdurre il ticket di 1 euro per ricetta e il blocco del turn-over.

Gli effetti della manovra prevedono un recupero costi di 68.592.000 Euro nel 2010, 295.830.000 Euro nel 2011 e 404.670.000 Euro nel 2012. (Tabella 82)

Tabella 82- Entità e cronologia della manovra: sintesi

Riduzione dei costi		2010	2011	2012
Obiettivo Operativo / Intervento				
A2	Razionalizzazione funzionale della rete dei servizi (ospedale, territorio, prevenzione)	8.962	55.950	68.300
A3	Governo del rapporto fra domanda e offerta dei servizi e delle prestazioni	4.700	31.100	53.600
B1	Politica del Farmaco	24.460	93.650	114.950
	Riduzione dei costi tramite interventi di riorganizzazione interna delle Aziende			
B2	pubbliche sul territorio	2.000	4.000	8.000
B3	Contenimento dei costi del Personale per il rientro della spesa	26.070	104.130	149.820
B4	Contenimento dei costi di acquisto di beni e servizi	2.400	7.000	10.000
		68.592	295.830	404.670

FONTE: Piano di Rientro Puglia 2010-2012

Di seguito vengono sinteticamente riportate le principali azioni e gli effetti economici previsti dal piano di rientro, così come da cronoprogramma.

11.4 Razionalizzazione funzionale della rete dei servizi: Riordino della rete ospedaliera

Le iniziative da intraprendere sul sistema ospedaliero pugliese vanno nella direzione della concentrazione e riorganizzazione dell'offerta ospedaliera, in parallelo al progressivo potenziamento delle attività territoriali. Trattasi di un intervento articolato e complesso, per aspetti organizzativi e culturali, da prevedere nell'arco di tre anni.

Entro il mese di novembre 2010 la Regione Puglia ha adottato i provvedimenti inerenti il riordino della rete ospedaliera, secondo i criteri di seguito specificati, intervenendo sul miglioramento dell'appropriatezza organizzativa (trasformazione dei ricoveri in setting assistenziali più appropriati a minore consumo di risorse) e sulla riarticolazione dell'offerta ospedaliera (dotazione posti letto, distribuzione per disciplina, articolazione unità operative), integrando la stessa secondo l'ottica del continuum dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Le ricadute economiche di queste operazioni sono associate sostanzialmente:

- alla riduzione dei ricoveri;
- alla riduzione dei posti letto per acuti;
- alla trasformazione e/o disattivazione di stabilimenti ospedalieri.

Il miglioramento dell'appropriatezza organizzativa focalizza l'attenzione sul trasferimento di oltre 150.000 ricoveri in *setting* assistenziali alternativi al ricovero, maggiormente adeguati alle esigenze dei pazienti e con un minor costo per la collettività, secondo lo schema di seguito rappresentato:

- trasformazione dal 10 al 15% dei ricoveri per acuti in ricoveri in lungodegenza o riabilitazione;
- trasformazione dal 35 al 40% dei ricoveri in assistenza sostitutiva nell'ambito di RSA, *Hospice*;
- trasformazione dal 45 al 50% in attività ambulatoriale, Day Services, o in prestazioni da effettuarsi nell'ambito di case della salute.

I criteri da utilizzare per l'attuazione del programma di riordino della rete ospedaliera, possono essere sinteticamente rappresentati come di seguito:

1) disattivazione di stabilimenti ospedalieri con un numero di posti letto inferiore ad una soglia da determinarsi nell'ambito del piano di riordino della rete, ovvero di ospedali con meno di tre unità operative per acuti, (Tabella 83) tenuto conto di :

- dati complessivi di attività;
- grado % di utilizzo della struttura da parte dei cittadini residenti nel comune in cui insiste la struttura.

2) accorpamenti e disattivazioni di singole UU.OO. all'interno di ospedali che non sono destinati alle operazioni di chiusura (Tabella 84) tenuto conto di una serie di elementi:

- assenza di dirigente responsabile e gravi carenze di organico;
- tasso di occupazione registrato dalla struttura negli ultimi 3 anni;
- grado di inappropriata organizzativa (trattamento dell'utenza nel setting più appropriato in relazione all'intensità delle cure richieste) osservato nella struttura negli ultimi 3 anni;

- n. di posti letto inferiore allo standard normativo minimo per disciplina, secondo le indicazioni del Piano Regionale della Salute.

3) riconversione di ospedali disattivati in strutture sanitarie territoriali

Tabella 83: UU.OO. con posti letto soppresse

UU.OO. CON POSTI LETTO SOPPRESSE

(E' stata considerata equivalente alla soppressione anche una consistente riduzione di p.l.)

1	Bitonto	Medicina Interna – LDPA
2	San Paolo Bari	Pneumologia II°
3	San Paolo Bari	Ortopedia II°
4	San Paolo Bari	ORL
5	Ruvo di Puglia	LDPA
6	Santeramo	Medicina Intena – LDPA
7	Gravina	Medicina Intena – LDPA
8	Di Venere Bari	Chirurgia D'Urgenza
9	Di Venere Bari	Ostetricia e Ginecologia - 18 p.l.
10	Di Venere Bari	Dermatologia – 10 p.l.
11	Rutigliano	LDPA
12	Noci	Medicina Intena – LDPA
13	Gioia del Colle	LDPA
14	Conversano	Chirurgia (soppressione dei p.l.)
15	Conversano	Ortopedia (11 p.l. ridotti a Day Surgery 4 p.l.)
16	Minervino	LDPA
17	Spinazzola	Psichiatria
18	Spinazzola	Medicina Intena – LDPA
19	Cisternino	LDPA
20	Ceglie Messapica	Chirurgia
21	Ceglie Messapica	Ortopedia
22	Ceglie Messapica	Psichiatria
23	Ostuni	Ostetricia e Ginecologia
24	Ostuni	Pediatria
25	Fasano	Chirurgia
26	Fasano	Ortopedia
27	Mesagne	Chirurgia (meno 14 p.l.)
28	Lucera	Pediatria
29	Monte Sant'Angelo	Geriatrics
30	Monte Sant'Angelo	LDPA
31	San Marco in Lamis	Medicina Intena – LDPA
32	Torremaggiore	LDPA
33	San Cesario Lecce	Pneumologia III°
34	Nardò	Chirurgia
35	Nardò	Ortopedia
36	Maglie	Medicina Interna – LDPA
37	Poggiardo	Medicina Interna – LDPA
38	Gagliano	Medicina Interna
39	Grottaglie	Ginecologia
40	Grottaglie	Pediatria
41	Massafra	Medicina Interna – LDPA
42	Massafra	Pediatria
43	Mottola	LDPA
44	AOU Policlinico – Giovanni XXIII Bari	Chirurgia Generale "Righetti" (Policlinico)
45	AOU Policlinico – Giovanni XXIII Bari	Chirurgia Plastica II°(Policlinico)
46	AOU Policlinico – Giovanni XXIII Bari	Chirurgia Generale "Redi" (Policlinico)
47	AOU Policlinico – Giovanni XXIII Bari	Ostetricia e Ginecologia III°(Policlinico)
48	AOU Policlinico – Giovanni XXIII Bari	Ostetricia e Ginecologia IV°(Policlinico)
49	AOU Policlinico – Giovanni XXIII Bari	Medicina Interna Universitaria IV°(Policlinico)
50	AOU Policlinico – Giovanni XXIII Bari	Medicina Interna Ospedaliera II°(Policlinico)
51	AOU Policlinico – Giovanni XXIII Bari	Nefrologia II°(Policlinico)
52	AOU Policlinico – Giovanni XXIII Bari	Ortopedia III°(Policlinico)
53	AOU Policlinico – Giovanni XXIII Bari	Chirurgia Generale "Oliva" (Policlinico)
54	AOU Policlinico – Giovanni XXIII Bari	Pediatria "Maggiore(Policlinico)"
55	AOU Policlinico – Giovanni XXIII Bari	Psichiatria II°(Policlinico)
56	AOU Policlinico – Giovanni XXIII Bari	Urologia III° Ospedaliera (Policlinico)
57	AOU Policlinico – Giovanni XXIII Bari	Reumatologia Ospedaliera (Policlinico)
58	AOU Policlinico – Giovanni XXIII Bari	Endocrinologia (Giovanni XXIII)
59	AOU Policlinico – Giovanni XXIII Bari	Pneumologia (Giovanni XXIII)
60	A.O.U. Foggia	Pneumologia I Ospedaliera
61	A.O.U. Foggia	Chirurgia Toracica Ospedaliera

FONTE: Piano di Rientro Puglia 2010-2012

Tabella 84: Unità operative semplici soppresse

1	Trani	Pediatria D.H.
2	Terlizzi	Ginecologia D.S.
3	Molfetta	Ginecologia D.S.
4	Molfetta	Pediatria D.H.
5	Altamura	Oculistica D.S.
6	Triggiano	Chirurgia D.S.
7	Triggiano	Ortopedia D.S.
8	Triggiano	Ginecologia D.S.
9	Triggiano	Pediatria D.H.
10	Gioia del Colle	Oculistica D.S.
11	Gioia del Colle	Pediatria D.H.
12	Conversano	Oculistica D.S.

Nota: Non sono state riportate nell'elenco le U.O.S. degli Ospedali riconvertiti

FONTE: Piano di Rientro Puglia 2010-2012

Nella determinazione dei posti letto da disattivare, per quanto attiene la lungodegenza post acuzie e la riabilitazione, è stato previsto un ridimensionamento della dotazione di posti letto collocati in reparti di strutture ospedaliere per acuti, allo scopo di migliorare la selezione della casistica e l'indirizzamento della stessa in relazione a setting assistenziali esterni all'ospedale, organizzativamente più appropriati in relazione all'intensità delle cure richieste dall'utenza ed al consumo di risorse.

In tal senso, tenendo conto di quanto innanzi riportato in relazione al passaggio dei 150.000 ricoveri da *setting* ospedalieri per acuti in *setting* extra-ospedalieri e ospedalieri post acuzie, ed inerente la mobilità sanitaria, in modo del tutto speculare rispetto al Piano di riordino della rete ospedaliera, la Regione dovrà prevedere l'attivazione di funzioni e strutture extra-ospedaliere in grado di garantire l'assistenza domiciliare, semiresidenziale o residenziale a pazienti post acuti e cronici.

Le risorse necessarie all'attivazione dell'assistenza extra-ospedaliera verranno recuperate dalla valorizzazione di personale e strutture degli ospedali da riconvertire e da disattivare nei limiti dei profili professionali e dei ruoli residui disponibili.

Facendo ricorso ai criteri innanzi descritti, di seguito viene fornito il crono programma con le azioni da realizzare per l'anno 2010 (Tabelle 85, 86, 87):

Tabella 85: Numero di posti letto da disattivare entro il 31.12.2010

	Totale PL disattivati 2010	Acuti	Post-acuti
AUO Policlinico Bari	100	100	0
AUO Riuniti Foggia	31	41	-10*
ASL Bari	323	252	71
ASL BAT	133	94	39
ASL Brindisi	129	113	16
ASL Foggia	215	181	34
ASL Lecce	195	179	16
ASL Taranto	285	264	21
TOTALE	1.411	1224	187

Prevista l'attivazione di 10 pl di riabilitazione presso la UO di Fisiatria

FONTE: Piano di Rientro Puglia 2010-2012

Tabella 86 :Riordino al 31.12.2010

	PL da HSP 12-13 2009 (criteri LEA)	PL disattivati	PL attivi al 01/01/2011	Dotazione ex-post
Totale	15.833	1411	14.422	3,53
Totale acuti	14.123	1224	12.899	3,16
Totale Riabilitazione e LDPA	1.710	187	1.523	0,37

FONTE: Piano di Rientro Puglia 2010-2012

Tabella 87: Stabilimenti da disattivare e riconvertire entro il 31.12.2010

Provincia	Stabilimenti ospedalieri da disattivare entro il 31/12/2010	Ospedali da riconvertire in funzioni assistenziali a più basso consumo di risorse
Bari*	Ruvo di Puglia Bitonto Santeramo in Colle	Rutigliano, Noci: trasformazione in strutture extra-ospedaliere di riabilitazione
BAT	Minervino Murge Spinazzola	
Brindisi	Cisternino Ceglie	
Foggia	Monte Sant'Angelo Torremaggiore San Marco in Lamis	
Lecce	Gagliano del Capo Maglie Poggiardo	
Taranto	Massafra Mottola	

* Nel 2011 l'ASL BA prevede la disattivazione degli ospedali di Grumo Appula e di Gioia del Colle.

FONTE: Piano di Rientro Puglia 2010-2012

11.4.1 Relazione tecnica

Ai fini della quantificazione del risparmio associato alla riduzione dei posti letto (pl), si è tenuto conto del costo medio annuo per pl che per la Regione Puglia è pari a € 206.000,00, come da Tabella di dettaglio di seguito riportata. Il costo medio annuo è stato ottenuto sulla base dei dati dei Flussi Ministeriali HSP e CP per l'anno 2009. Ai fini del calcolo del costo medio equivalente per posto letto sono stati considerati anche i risultati economici degli IRCCS della AOU e delle strutture classificate: detta inclusione è stata effettuata a fini prudenziali. Il risultato che ne deriva, infatti, è più basso rispetto alla media delle sole strutture ospedaliere interne alle ASL.

Ai fini della quantificazione del risparmio collegato alla riduzione dei posti letto è stato considerato che detto costo medio, per il 70% è riferibile al costo del personale e per il restante 30 % è riferibile all'acquisto di beni e servizi.

È stato altresì considerato che il costo del personale, pur in presenza di disattivazione di ospedali e/o di unità operative, rimane incompressibile, atteso che il personale deve essere ricollocato nell'ambito della stessa azienda.

Pertanto, la quantificazione del minor costo collegato con la riduzione dei posti letto per l'anno 2010 è stata ottenuta calcolando il 30% del costo medio equivalente per posto letto (€206.000,00) rispetto al numero dei posti letto soppressi (1411), rapportando lo stesso al numero di mesi dell'anno in cui i posti letto sono stati effettivamente soppressi.

In modo del tutto prudenziale, anche a seguito di indicazioni emerse al tavolo tecnico preparatorio per l'esame della proposta di piano di rientro, il valore così ottenuto è stato ulteriormente ridotto, considerando lo stesso solo al 50%. In altri termini, tenuto conto del costo medio equivalente per posto letto, si è ritenuto prudenzialmente di quantificare la minore spesa solo al 15% dei posti letto effettivamente soppressi, rapportando il tutto ai mesi effettivi di chiusura.

Nella tabella che segue si riporta, a fini di documentazione, la sintesi dello studio condotto per il calcolo del costo medio equivalente per posto letto. Il risultato è stato ottenuto come valore medio dei costi, standardizzando i conti di presidio rispetto ai volumi pesati della produzione effettuata in regime di ricovero all'interno delle singole strutture. Il costo medio equivalente così ottenuto fornisce, in media, una buona approssimazione (proxy) della riduzione teorica del costo collegata con la riduzione del numero dei posti letto. È del tutto evidente che la manovrabilità dei costi presenta differenze anche notevoli, per cui, mentre il costo del personale è da considerarsi incompressibile nell'immediato, vi sono altre voci di costo che rispondono con maggiore immediatezza alla manovra di riduzione (es. minori utenze, acquisti di beni e servizi sanitari e non, manutenzioni e riparazioni, componente variabile del costo del personale, incluso straordinari e indennità di turno, minori scorte per riduzione del numero di magazzini, eventuali canoni di locazione e di leasing e altro ancora che per brevità si omette di considerare).

Tabella 88 : Costo unitario del posto letto per presidio

REGIONE PUGLIA			POSTI LETTO	Costi (per mille)	COSTO UNITARIO PL
COSTO UNITARIO DEL POSTO LETTO PER PRESIDIO			TOTALE		
COD. AUSL	COD. PRESIDIO	DESCRIZIONE PRESIDIO			
102	160156	MOLFETTA	122	36.044	295,44
102	160176	CORATO-RUVO	127	30.899	243,30
102	160179	TERLIZZI-BITONTO	99	37.202	375,78
TOTALE PRESIDIO			348	104.145	299,27
103	160157	ALTAMURA GRAVINA-GRUMO-SANTERAMO	215	60.878	283,15
TOTALE PRESIDIO			215	60.878	283,15
104	160158	BARI-S.PAOLO	314	78.526	250,08
104	160169	BARI "DI VENERE"-TRIGGIANO-RUTIGLIANO	548	135.751	247,72
TOTALE PRESIDIO			862	214.277	248,58
105	160159	MONOPOLI-CONVERSANO	224	69.417	309,90
105	160160	PUTIGNANO-NOCI-GIOIA	267	69.676	260,96
TOTALE PRESIDIO			491	139.093	283,29
106	160161	OSTUNI-FASANO-CISTERMINO	252	41.021	162,78
106	160162	FRANCAVILLA-CEGLIE M.	236	41.749	176,90
106	160170	DI SUMMA, MESAGNE, S. PIETRO V.CO-CEGLIE M	848	163.044	192,27
TOTALE PRESIDIO			1.336	245.814	183,99
107	160163	SAN SEVERO-TORREMAGGIORE-S. MARCO	369	91.807	248,80
TOTALE PRESIDIO			369	91.807	248,80
108	160047	OSPEDALE CIVILE "TATARELLA" - CERIGNOLA	236	57.177	242,28
108	160164	MANFREDONIA-MONTE S.ANGELO	215	41.939	195,07
TOTALE PRESIDIO			451	99.116	219,77
109	160048	OPEDALE F.LASTARIA - LUCERA	203	40.823	201,10
TOTALE PRESIDIO			203	40.823	201,10
110	160062	OSPEDALE S.CATERINA NOVELLA - GALATINA	234	54.901	234,62
110	160165	COPERTINO-NARDO'	271	63.715	235,11
110	160171	LECCE "V.FAZZI"-SAN CESARIO-CAMPI S.NA	808	194.308	240,48
TOTALE PRESIDIO			1.313	312.924	238,33
111	160063	OSPEDALE S.CUORE DI GESU'-GALLIPOLI	221	40.125	181,56
111	160166	SCORRANO-MAGLIE-POGGIARDO	280	54.141	193,36
111	160167	CASARANO-GAGLIANO	348	68.769	197,61
TOTALE PRESIDIO			849	163.035	192,03
112	160074	OSPEDALE CIVILE M.GIANNUZZI - MANDURIA	174	32.475	186,64
112	160075	OSPEDALE CIVILE - MARTINA FRANCA	145	35.709	246,27
112	160168	CASTELLANETA-MASSAFRA-MOTTOLA	309	51.286	165,97
112	160172	TARANTO"SS.ANNUNZIATA" - GROTTAGLIE	785	167.845	213,82
TOTALE PRESIDIO			1.413	287.315	203,34
113	160174	OSPEDALE "L. BONOMO" - ANDRIA	195	53.817	275,98
113	160175	CANOSA -MINERVINO-SPINAZZOLA	172	34.177	198,70
113	160177	OSPEDALE CIVILE BARLETTA	272	59.152	217,47
113	160178	BISCEGLIE - TRANI	292	53.196	182,18
TOTALE PRESIDIO			931	200.342	215,19
TOTALE PRESIDI			8.781	1.959.569	223,16
103	160078	EE MIULLI - ACQUAVIVA D. FONTI	571	107.310	187,93
103	160906	IRCCS S.MAUGERI - CASSANO M.	226	19.887	88,00
104	160901	IRCCS ONCOLOGICO - BARI	106	23.306	219,87
104	160907	POLICLINICO - G.NNI XXIII	1.480	274.106	185,21
105	160902	IRCCS S.DE BELLIS - CASTELLANA	105	19.986	190,34
106	160151	IRCCS E. MEDEA - OSTUNI	25	2.468	98,72
107	160905	EE CASA SOLLIEVO -S.G. ROTONDO	1.041	184.680	177,41
109	160910	AO OSPEDALI RIUNITI - FOGGIA	893	147.000	164,61
111	160080	EE CARDINALE PANICO - TRICASE	385	70.364	182,76
TOTALE IRCCS - EE - AO			4.832	849.107	175,73
TOTALE COMPLESSIVO			13.613	2.808.676	206,32

FONTE: Piano di Rientro Puglia 2010-2012

Per giungere alla dotazione prevista dal Piano di Rientro entro il 31.12.2012 è necessario prevedere una riduzione di ulteriori 800 pl (minimo 300 nel privato accreditato, 130 negli Enti Ecclesiastici e 370 nel pubblico) (Tabella 89). Le disattivazioni di detti posti letto avverrà, tenendo conto di quanto previsto dal Piano di Rientro, secondo modalità e termini che sono stati definiti nel piano di riordino della rete ospedaliera, adottato il 30 novembre 2010. Nel piano di riordino si terrà conto della localizzazione territoriale e di prossimità delle strutture, al fine di garantire la copertura dei servizi e per ottimizzare la rete in relazione ai confini fra le diverse Aziende Sanitarie Locali e con le regioni vicine.

Tabella 89: Riordino al 31.12.2012

	PL da HSP 12-13 2009 (criteri LEA)	PL disattivati al 31.12.2012	PL dopo riordino	Dotazione ex-post
Totale	15.833	2211	13.622	3,34
Totale acuti	14.123	2024	12.099	2,96
Totale LDPA	1.710	187	1.523	0,37

FONTE: Piano di Rientro Puglia 2010-2012

Tabella 90: Iniziative da intraprendere e cronogramma

Azioni da intraprendere	2010	2011		2012	
	II semestre	I semestre	II semestre	I semestre	II semestre
Piano di Riordino Della Rete Ospedaliera	Legge/DGR (entro 30 novembre 2010)				
Disattivazione posti letto		Monitoraggio attraverso Flusso dati HSP e Delibere Aziende Sanitarie	Monitoraggio attraverso Flusso dati HSP e Delibere Aziende Sanitarie	Monitoraggio attraverso Flusso dati HSP e Delibere Aziende Sanitarie	Monitoraggio attraverso Flusso dati HSP e Delibere Aziende Sanitarie
Disattivazione di Unità Operative	DGR/Circolare Assessorile				
Programmazione ed attuazione delle funzioni e strutture extra-ospedaliere	DGR	DGR/Circolare Assessorile			

FONTE: Piano di Rientro Puglia 2010-2012

11.4.2 Effetti economici

Utilizzando le modalità di quantificazione dei minori costi collegati alla riduzione dei posti letto in strutture per acuti, come innanzi illustrata e, tenendo conto delle rigidità proprie di alcune tipologie di spesa (es. personale), delle riconversioni e delle chiusure di alcune strutture, nonché del trasferimento dei ricoveri in setting assistenziali extraospedalieri maggiormente appropriati sotto il profilo organizzativo, il riordino della rete ospedaliera ed il conseguente riequilibrio della rete territoriale comporta un risparmio di spesa a regime non inferiore a 68,30M€. In particolare:

- per il primo anno il risparmio è quantificato in 14,53M€, calcolato tenendo conto della chiusura di 1411 posti letto, rapportando la minore spesa in relazione ai mesi di effettiva chiusura;

- per il secondo anno il risparmio è quantificato in 55,95 M€, calcolato tenendo conto della minore spesa relativa alla chiusura di 1411 posti per il 2010, per l'intero anno (pari a 43,59M€), ed aggiungendo a questa la minore spesa riferibile alla chiusura di ulteriori 500 posti letto da attuare nel corso dell'anno 2011, rapportata ai mesi di effettiva chiusura (pari a 12,36M€);

- per il terzo anno il risparmio è quantificato in 68,30M€, calcolato tenendo conto della minore spesa relativa all'anno 2010, per l'intero anno, (pari a 43,59M€), della minore spesa relativa all'anno 2011, per l'intero anno, (pari a 15,45M€) ed aggiungendo a questa la minore spesa riferibile alla chiusura di ulteriori 300 posti letto da attuare nel corso dell'anno 2012, rapportata ai mesi di effettiva chiusura (pari a 9,26M€).

Di seguito si riporta prospetto riepilogativo (Tabella 91):

Tabella 91: Effetti economici del riordino della rete ospedaliera

Risparmio al 2010	Risparmio al 2011	Risparmio al 2012
8,96M€*	55,95M€	68,30M€

FONTE: Piano di Rientro Puglia 2010-2012

*Il risparmio previsto per l'anno 2010 va riconsiderato in ragione del ritardo nell'avvio del programma di chiusura dei posti letto, per la mancata sottoscrizione del piano di rientro entro i termini originariamente previsti. La valorizzazione del nuovo importo è riconducibile al dato di chiusura di 219 pl dal 1 agosto 2010 e dalla prevista chiusura dei restanti 1192 a partire dal 1 novembre 2010.

Pertanto, con riferimento al primo lotto di chiusura (219 pl al 01/08/2010), il risparmio è pari a $(206.000€ \times 219 \times 15\%) / 12 \times 5 = 2.819.625,00$ €; mentre per il secondo lotto (1192pl al 01/11/2010) un risparmio pari a $(206.000€ \times 1192 \times 15\%) / 12 \times 2 = 6.138.800,00$ per un totale di 8.958.425,00€.

11.5 Governo del rapporto tra domanda e offerta

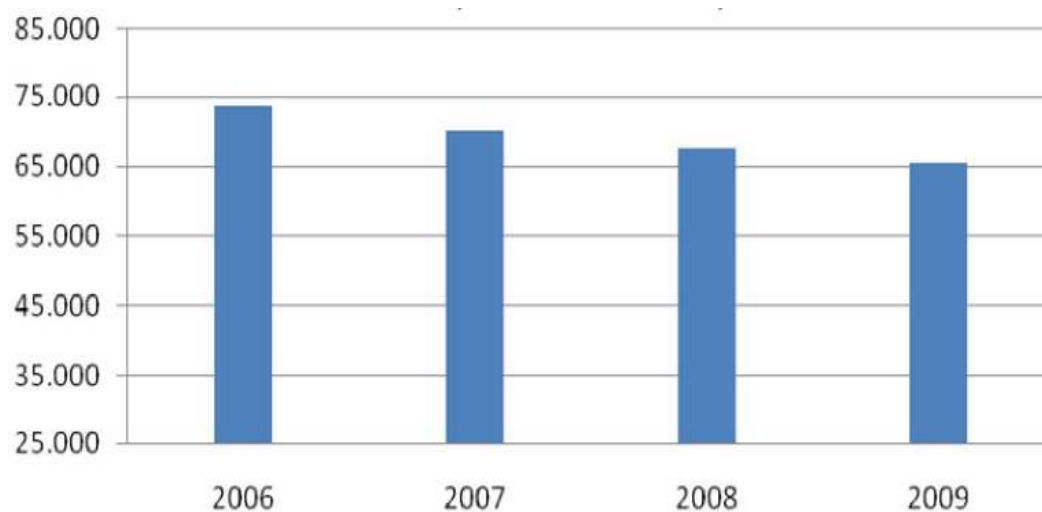
11.5.1 Mobilità sanitaria extraregionale

La problematica della migrazione sanitaria è di grande rilievo per la Regione Puglia, che pur essendo tra le Regioni meridionali quella a maggior capacità di attrazione, ha comunque un saldo negativo; in termini di prestazioni: il 7% circa dei ricoveri dei cittadini pugliesi avviene in strutture extraregionali; in termini economici il saldo passivo, tra mobilità in entrata ed in uscita, è di circa 170 milioni per anno.

I dati sul fenomeno mostrano negli ultimi anni una riduzione leggera ma costante della migrazione sanitaria, in particolare ospedaliera, che rappresenta circa l'85% della componente economica della mobilità.

Per l'anno 2009 i dati, ancora provvisori, confermano la tendenza alla riduzione dei ricoveri in mobilità extraregionale, scesi a 65.443, ma per effetto degli aggiornamenti tariffari il dato economico risulta aumentato di circa 2 milioni di euro rispetto a quello dell'anno precedente; è bene ricordare che si tratta di dati provvisori (Grafico 11).

Grafico 11: Numero di ricovero in mobilità passiva extraregionale anni 2006-2009



FONTE: Piano di Rientro Puglia 2010-2012

La mobilità extraregionale per ricoveri si caratterizza per la presenza preponderante (oltre il 55%) di patologie a bassa complessità. La scelta di recarsi in ospedali anche distanti per patologie a bassa complessità ha diverse motivazioni: la principale è sicuramente la scarsa informazione del paziente e spesso anche degli operatori sanitari rispetto alle possibilità offerte in regione; segue poi la problematica delle liste di attesa; la mobilità di confine verso presidi

che sono più facilmente raggiungibili pur essendo in altre regioni; il domicilio di lavoro extraregionale di molti pugliesi; e così via.

Questa problematica è stata affrontata di recente istituendo un “ portale salute” regionale , dal quale i cittadini pugliesi possono attingere informazioni sulla offerta sanitaria regionale. Sono state inoltre impegnate le singole ASL sulla valutazione ed analisi di questa mobilità a basso valore, per approntare le soluzioni più opportune in ogni singola area. La quota economica che si associa a questi ricoveri di basso peso, per i soli ricoveri per acuti è di circa 45 milioni di euro per anno, e la possibilità di recupero di una quota cospicua, 20-30%, è obbiettivo raggiungibile in tempi brevi . La quota di ricoveri extraregionali per patologie di alta complessità è in genere inferiore al 10% del totale, ma si associa al 40% del flusso economico, circa 80 milioni per anno per i soli ricoveri per acuti.

Questa mobilità riguarda soprattutto le patologie oncologiche (tumori del sistema nervoso , del polmone, del fegato e pancreas, dell'intestino,) per l'attività chirurgica , gli interventi di cardiocirurgia e cardiologia interventistica, la chirurgia protesica di anca e ginocchio, le leucemie, ed i trapianti.

Caratteristica di questo settore è che per tutte le patologie di alta specialità in mobilità verso altre Regioni, si riscontra un flusso, di minore entità, di pazienti da altre Regioni. Dunque la Puglia ha la capacità di un offerta qualitativa, focalizzata in tre-quattro poli di attrazione, ma questa sembra insufficiente o non alla portata di tutti i suoi cittadini; questo tipo di offerta è infatti mal distribuito nella regione, con aree in cui essa è assente o insufficiente quantitativamente e/o qualitativamente. Questa problematica richiede un approccio più complesso , di programmazione strutturale e di maggior durata , per cui l'obbiettivo è di recuperare in tre anni il 10% della mobilità associata alle patologie complesse (Tabella 92).

Ai ricoveri in riabilitazione e lungodegenza si è associato per l'anno 2008 un saldo negativo di circa 25 milioni di euro; la riprogrammazione della rete ospedaliera ed il conseguente adeguamento della rete extra-ospedaliera (assistenza domiciliare, semi residenziale e residenziale post acuzie) in queste discipline, può portare ad un recupero del 15-20% di questa quota di mobilità nell'arco di 3 anni.

Tabella 92: Iniziative da intraprendere e cronogramma mobilità passiva extraregionale

Azioni da intraprendere	2010	2011		2012	
	II semestre	I semestre	II semestre	I semestre	II semestre
Costituzione di un Tavolo tecnico regionale di monitoraggio della Mobilità Sanitaria (costituzione con atto DGR)	DGR			DGR	
Analisi delle cause e proposte di miglioramento	Report di Monitoraggio	Report di Monitoraggio	Report di Monitoraggio	Report di Monitoraggio	Report di Monitoraggio
Adozioni di provvedimenti regionali e di indirizzi alle Aziende per la riduzione della mobilità collegata a problematiche organizzative	Circolare Assessorile	Circolare Assessorile	Circolare Assessorile	Circolare Assessorile	Circolare Assessorile
Adozione di provvedimenti regionali tesi a stimolare la valorizzazione delle eccellenze presenti sul territorio regionale (nuova disciplina finanziamento ricoveri in mobilità)		DGR		DGR	

FONTE: Piano di Rientro Puglia 2010-2012

11.5.2 Effetti economici

Le iniziative che la Regione intende porre in essere attengono da un lato la migliore conoscenza e conseguentemente l'adozione di provvedimenti atti a ridurre la cosiddetta mobilità evitabile (legata a problematiche organizzative del SSR o di carenza tecnologica), dall'altro alla valorizzazione delle strutture di eccellenza nel più ampio panorama nazionale. Il fenomeno della mobilità sanitaria in Puglia è stato già oggetto di studi approfonditi, dai quali emerge, insieme ad un tasso di fuga pari al 7,3, un indice di attrazione che, sebbene inferiore, 3,7 si dimostra comunque uno dei più alti nelle regioni meridionali.

In tal senso, anche tenendo conto della ristrutturazione della rete ospedaliera dei servizi ospedalieri e territoriali, e considerando il trend decrescente attualmente in essere, è possibile stimare un recupero dei saldi di mobilità prudenzialmente quantificabile nell'ordine di 3M€ nel 2011 e 4,5M€ nel 2012 (Tabella 93). Sulla riduzione della mobilità avrà una indubbia influenza la concentrazione dell'offerta ospedaliera già programmata (trasferimento e potenziamento IRCCS Oncologico, concentrazione e apertura Ospedale della Murgia, la cui attività è direttamente collegata al recupero della mobilità di confine con la Basilicata, ed altre iniziative meglio dettagliate nella sezione relativa alla riorganizzazione della rete ospedaliera).

Tabella 93 : Effetti economici della mobilità evitata

Anni	2010	2011	2012
Riduzione di spesa		3 M€	4,5 M€

FONTE: Piano di Rientro Puglia 2010-2012

11.5.3 Monitoraggio accordi contrattuali strutture accreditate

Con provvedimento di GR n.1494/2009 sono state adottate iniziative volte a razionalizzare la spesa per prestazioni erogate da strutture private accreditate in regime di: ricovero ordinario, di riabilitazione residenziale, semi-residenziale e specialistica ambulatoriale. In particolare, per quanto attiene:

a) la spesa per le prestazioni di ricovero ordinario, è stato stabilito che la ASL deve procedere:

- alla determinazione del fabbisogno di prestazioni in considerazione delle liste di attesa rilevate nel proprio territorio, con particolare attenzione all'appropriatezza dei ricoveri;
- alla determinazione del volume di attività distinto per singola disciplina accreditata provvisoriamente o istituzionalmente;

- all'attribuzione dei volumi di attività in ragione dei posti letto da contrattualizzare per singola disciplina accreditata provvisoriamente o istituzionalmente;

b) la spesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, è stato stabilito che la ASL deve procedere:

1. alla determinazione del fabbisogno di prestazioni in considerazione delle liste di attesa rilevate nel proprio territorio, con particolare attenzione all'appropriatezza dei ricoveri;
2. sulla base della valutazione di cui al punto 1), alla ripartizione del fondo unico in quattro sub-fondi di branca;
3. in riferimento a ciascun sub-fondo di branca, all'individuazione dei volumi di prestazioni da contrattualizzare con le strutture insistenti nel proprio territorio ai fini dell'abbattimento delle liste di attesa;
4. alla valutazione del fabbisogno di prestazioni specialistiche in considerazione delle liste di attesa determinatesi nel proprio territorio, con particolare attenzione all'appropriatezza delle prescrizioni;

c) la spesa per le prestazioni di riabilitazione in regime residenziale e semiresidenziale, è stato stabilito che la ASL deve procedere:

1. in considerazione delle liste di attesa determinatesi nel proprio territorio, con particolare attenzione all'appropriatezza delle prescrizioni, alla determinazione del fabbisogno suddiviso per prestazioni di riabilitazione suddiviso in:
 - a) regime residenziale
 - b) regime semi-residenziale
 - c) regime ambulatoriale
 - d) regime domiciliare
2. all'individuazione dei volumi di prestazioni da contrattualizzare con le strutture private accreditate insistenti nei rispettivi territori;

Le Aziende Sanitarie Locali distribuiscono le risorse complessivamente programmate per l'acquisizione di prestazioni dagli erogatori privati utilizzando i criteri sopra definiti.

Gli indirizzi fissati dalla Regione vanno nella direzione di un miglioramento dell'appropriatezza e della riduzione della spesa in riferimento alla riduzione dei tetti di spesa del 2%.

Considerato l'ammontare della spesa per la specialistica ambulatoriale privata accreditata consuntivata per il 2008 in c.a. 168 milioni di euro, misura di spesa questa confermata per il 2009, in via approssimativa e prudenziale è stimabile una riduzione della spesa di circa 3,2 milioni di euro.

11.5.4 Iniziative da intraprendere

Le iniziative che si intende intraprendere per evitare l'aumento della spesa che si avrebbe in assenza di intervento nel prossimo triennio sono le seguenti:

□ Costituzione, con provvedimento da sottoporre all'approvazione da parte della Giunta regionale entro il 31.12.2010, di un gruppo di lavoro composto da dirigenti regionali, aziendali e dell'Agenzia Regionale Sanitaria per la determinazione dei criteri per l'individuazione del fabbisogno di prestazioni ed alla determinazione dei volumi di attività distinti per singola disciplina accreditata.

□ Adozione, ex art. 3 L.R. n. 12 del 24/09/2010, del divieto di erogazione da parte delle Strutture Private Accreditate di volumi di prestazioni al di fuori del tetto di spesa stabilito con l'accordo contrattuale in applicazione di quanto disposto dall'art. 8 quinquies comma 2 lett. e-bis e comma 2 quater del D.Lgs 502/92 e s.m.i.

□ Congelamento per gli anni 2010, 2011 e 2012, con provvedimento di Giunta regionale da approvare entro ottobre 2010, dei tetti di spesa fissati per l'anno 2009 per le prestazioni di ricovero. Fissazione, con provvedimento da sottoporre all'approvazione da parte della Giunta regionale entro il 31.12.2010, della riduzione dei tetti di spesa così come determinati al punto precedente, per l'anno 2011 nella misura del 5% e per l'anno 2012 nella misura del 10% ;

□ Fissazione della riduzione dei tetti di spesa per le prestazioni ambulatoriali, comprensivi degli oneri derivanti dalla erogazione delle prestazioni extra-tetto nel 2009:

- per le prestazioni di **laboratorio di analisi** del 2% nell'anno 2010 e del 10% per gli anni 2011 e 2012 ;
- per le prestazioni di **medicina fisica e riabilitativa** del 2% nell'anno 2010, del 10% per l'anno 2011 e del 20% per l'anno 2012;
- per le prestazioni ambulatoriali di **diagnostica per immagini e branche a visita** del 2% per l'anno 2010 e del 5% per l'anno 2011 e del 10% per l'anno 2012;

□ Monitoraggio degli accordi contrattuali stipulati dalle Aziende Sanitarie con le strutture private accreditate. Con determinazione del Dirigente del Servizio regionale Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica saranno impartite direttive alle Aziende sanitarie per l'invio dei contratti sottoscritti al competente ufficio regionale. La Regione si impegna al monitoraggio dei tetti di spesa fissati per le strutture private convenzionate, anche attraverso l'utilizzo del Sistema Tessera Sanitaria.

□ Controllo semestrale della spesa rinveniente dalle prestazioni erogate dalle strutture private accreditate.

Si ritiene che tali azioni possano incidere in maniera significativa sulla spesa del settore privato accreditato. La stima è effettuata sulla base dei valori per prestazioni sanitarie comunicati dalle Aziende sanitarie territorialmente competenti (Tabelle 94, 95).

Tabella 94: Riepilogo su minori costi su accordi contrattuali strutture accreditate triennio 2010-2012

Tabella Riepilogativa Minori costi triennio 2010-2012			
	2010	2011	2012
Minore Spesa Case di Cura Private	2.265.390 €	15.102.606 €	30.105.213 €
Minore Spesa Strutture Specialistiche ambulatoriali	2.530.904 €	13.095.598 €	19.005.554 €
Totale riduzione Spesa	4,7M€	28,1 M€	49,1 M€

FONTE: Piano di Rientro Puglia 2010-2012

Tabella 95 :Iniziative da intraprendere e cronogramma su accordi contrattuali strutture accreditate

Azioni da intraprendere	2010	2011		2012	
	Il semestre	I semestre	II semestre	I semestre	II semestre
Costituzione gruppo di lavoro per la determinazione del fabbisogno e dei volumi di attività per disciplina	DGR				
Divieto superamento tetto di spesa invalicabile	LR n.12/2010				
Congelamento tetti di spesa	DGR				
Riduzione tetti di spesa assistenza specialistica	DGR				
Riduzione tetti di spesa case di cura	DGR				
Verifica annuale dell'appropriatezza		Report di Monitoraggio		Report di Monitoraggio	
Monitoraggio accordi contrattuali		Report di Monitoraggio		Report di Monitoraggio	
Controllo semestrale della spesa per prestazioni da privato accreditato		Report di Monitoraggio	Report di Monitoraggio	Report di Monitoraggio	Report di Monitoraggio

FONTE: Piano di Rientro Puglia 2010-2012

Tabella 96: Totale riduzione dei costi collegata al riordino dei servizi

Totale Riduzione dei costi collegata al riordino della rete dei servizi			
	2010	2011	2012
Rete Ospedaliera e privati accreditati	13.662	87.050	121.900

(dati in migliaia di euro)

FONTE: Piano di Rientro Puglia 2010-2012

11.6 Politica del farmaco

La spesa farmaceutica territoriale per l'anno 2009 sostenuta dalla Regione Puglia ha fatto registrare un incremento del 2,2 % sul risultato dell'anno precedente in controtendenza rispetto al dato medio nazionale ed in misura maggiore rispetto al dato fatto registrare dalle regioni con popolazione sovrapponibile.

L'analisi approfondita del confronto tra il dato pugliese e quello riferito alle regioni Emilia Romagna, Toscana, e Veneto fa emergere differenze significative del volume della spesa (Tabella 97).

Tabella 97: Confronto tra Puglia e le regioni Emilia Romagna, Toscana, e Veneto del volume della spesa farmaceutica.

FONTI DATI: PROGETTO SFERA/AIFA	UNITA ANNO 2009	Variazione % UNITA ANNO 2009 vs 2008	SPESA NETTA SSN ANNO 2009	Variazione % SPESA NETTA SSN ANNO 2009 vs 2008
PUGLIA	79.077.486	5,5	856.435.894,41	2,2
EMILIA ROMAGNA	75.169.087	3,9	743.248.137,06	-0,4
TOSCANA	66.311.963	2,8	622.722.170,64	-2,0
ITALIA	1.039.525.818	3,4	11.043.406.189,74	-0,9
VENETO	75.442.067	3,8	772.572.989,88	0,7

FONTI: Piano di Rientro Puglia 2010-2012

Il confronto tra i dati di spesa della Puglia, delle regioni che registrano le migliori performance e della media nazionale, riferiti ai principali ATC e per ognuno di essi, in dettaglio, ai principi attivi che fanno registrare i maggiori scostamenti, consente l'avvio di un programma di lavoro sull'appropriatezza prescrittiva che deve coinvolgere sia i medici specialisti che i medici di medicina generale, anche attraverso la condivisione di linee guida e indirizzi vincolanti.

In particolare, attraverso il lavoro della Commissione regionale per l'appropriatezza prescrittiva, la regione individua i principi attivi rispetto ai quali emanare indirizzi sulle modalità prescrittive, con riferimento alle note AIFA ed a specifiche condizioni cliniche definite a livello regionale.

I medici di famiglia, che rappresentano la parte più consistente dei prescrittori, partecipano con la strutturazione organizzativa prevista dal vigente accordo regionale integrativo, al monitoraggio della spesa farmaceutica ed al programma di appropriatezza prescrittiva.

La regione formula, sentiti gli organismi rappresentativi della categoria, gli indirizzi per l'assegnazione del budget di spesa ai medici di famiglia e pediatri di libera scelta, prevedendo i necessari percorsi formativi ed un sistema di premialità diretto non già al singolo medico bensì allo sviluppo della medicina in associazione ed alla implementazione e rafforzamento del modello organizzativo dell'ambulatorio di medicina di famiglia. La scelta di instaurare con i medici di famiglia una politica di budget per il contenimento e la riduzione della spesa farmaceutica è l'unica strada perseguita con successo dalle regioni che hanno affrontato questo tema. Il budget assegnato a ciascun medico è fissato con riferimento a dati medi, assumendo che, in ragione della incidenza delle diverse patologie sulla propria popolazione assistita, il medico può giustificare una maggiore spesa.

Il sistema che la regione intende azionare prevede il monitoraggio della spesa farmaceutica rispetto al budget assegnato con il coinvolgimento dei medici di famiglia e dei loro organismi distrettuali, l'obbligo per il medico di giustificare una eventuale maggiore spesa in relazione alle necessità terapeutiche della popolazione assistita, le azioni di censura previste dall'accordo collettivo nazionale della medicina generale in caso di spesa inappropriata. La distribuzione dei farmaci inclusi nell'elenco PHT sia in forma diretta che attraverso l'accordo con le farmacie convenzionate comporta una significativa riduzione della spesa farmaceutica. La modifica del sistema di remunerazione per la distribuzione in nome e per conto da parte delle farmacie convenzionate, entrata in vigore a partire dal secondo semestre del 2010, prevede il passaggio da una remunerazione a percentuale sul prezzo al pubblico, in particolare del 3% per i distributori intermedi e del 9% per le farmacie, ad una remunerazione a quota fissa sul pezzo dispensato di € 7,55 per le farmacie ed € 2,65 per i distributori intermedi.

La spesa per farmaci ad alto costo in costante incremento necessita di un intervento specifico. La regione attiva un tavolo di lavoro con le società scientifiche per la definizione di indirizzi volti al miglioramento della appropriatezza prescrittiva.

11.6.1 Rimodulazione del sistema di esenzione dal ticket

Un altro ambito di intervento per ridurre la spesa farmaceutica è la rimodulazione dell'attuale sistema di esenzione del ticket, che agirebbe in modo diretto attraverso il maggior incasso della compartecipazione dei cittadini alla spesa ed in modo indiretto inducendo minori consumi nell'area dell'inappropriatezza.

In Puglia:

-gli esenti totali per la farmaceutica per soli motivi economici e sociali sono 2,80 Mln

-gli esenti parziali per la farmaceutica per soli motivi economici e sociali sono 0,14 Mln

I primi provocano un mancato incasso di ticket per 7,30 Mln di Euro/mese e consumano il 55% dei farmaci.

I secondi provocano un mancato incasso di ticket per 0,04 Mln di Euro/mese e consumano l'1% dei farmaci.

Gli esenti per patologia (invalidi, malattie croniche e invalidanti) sono 1,58 Mln (alcuni cittadini ne hanno più di una, per cui il numero totale di esenti è più basso). Consumano il 24% dei farmaci e provocano un mancato incasso di ticket per 3,60 Mln di Euro/mese.

Infine c'è la ristretta platea dei paganti ticket, che consuma il 21% dei farmaci e versa ticket per complessivi 1,5 Mln di Euro/mese. La restante parte del ticket che viene incassato (2,5 Mln di Euro/mese) è riferito alla compartecipazione per la scelta di farmaci non generici.

Gli esenti totali per soli motivi economici e sociali sono una fetta rilevante della popolazione pugliese (il 70%). L'ampiezza di questa fascia di esenti è il risultato di decisioni assunte negli anni. E' comunque da notare che si tratta di una fascia amplissima se confrontata con il numero degli esenti ticket totali per la specialistica come da norma nazionale. Infatti per la specialistica il numero di esenti per motivi economici e sociali è di 1,00 Mln di soggetti.

Sulla base delle evidenze disponibili è possibile affermare che applicando i criteri della specialistica, si può recuperare circa il 60% dei 7,30 Mln di Euro non incassati per le esenzioni attuali della farmaceutica. Cioè circa 4,8 Mln di Euro/mese. E tutto questo senza toccare i diritti di invalidi e malati affetti da patologie croniche. Viene riportato il calcolo relativo al maggior gettito derivante dalla rimodulazione delle fasce parziali e totali di esenzione per reddito. In particolare il maggior gettito per la rimodulazione della esenzione parziale ammonta a € 11.638.253,00, ottenuto abbassando la soglia da 29,000 € a 22,000€. Mentre, l'abbassamento del limite superiore della esenzione parziale da 34,000€, a 29,000€, comporta un maggior gettito nella misura 16.297.727,00€, per un totale di 27.935.981€. Ai fini della determinazione dei CE programmatici la Regione sconta prudenzialmente, sia per il 2011, che per il 2012, 18M€.

11.6.2 Introduzione del ticket di 1 euro

Atteso che nel triennio 2007-2009 è stato registrato un incremento costante del numero di ricette (+5,98% 2008/2007, +5,58% 2009/2008) con 46.283.363 ricette registrate nel solo anno 2009, inducono a programmare l'introduzione di un ticket pari ad 1€ per ricetta, con il risultato di realizzare un maggiore introito per la regione quantificato nell'ordine di 46,28 M€. In considerazione dei tempi di

introduzione di detto intervento operativo, e della riduzione nel tempo del numero di ricette per effetto indotto, in modo prudenziale, ai fini delle determinazioni dei CE programmatici, la quantificazione è stata effettuata per un ammontare pari a 7,71 M€ (46,28/12*2 M€). nel 2010, e 35M€ per ciascuno degli anni a seguire. La sintesi degli investimenti in materia di razionalizzazione della spesa farmaceutica è rappresentata dalla tabella 98 :

Tabella 98 : Sintesi degli investimenti in materia di razionalizzazione della spesa farmaceutica

SINTESI INTERVENTI IN MATERIA DI RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA									
Codifica	Interventi Operativi	indicatori	Fonti di verifica	Cronoprogramma			Effetti Economici		
				2010	2011	2012	2010	2011	2012
B1.1	Individuazione dei principi attivi rispetto ai quali emanare indirizzi sulle modalità prescrittive Indirizzi regionali per l'Incremento utilizzo farmaci generici all'interno della medesima categoria farmaceutica (trasferimento a carico dell'utente la differenza fra il farmaco generico ed il farmaco branded) Indirizzi regionali per l'assegnazione del budget di spesa ai MMG E PLS per ricondurre la spesa entro limiti di sostenibilità sociale ed economica	n. Principi attivi oggetto di specifici indirizzi <u>DDD totale generici</u> DDD totale generici +branded Attivazione del sistema di budget per ASL	Provvedimento regionale; report di monitoraggio	X	X	X	-2,5	-14,5	-25,8
B1.4	Rimodulazione del sistema di esenzione dal ticket per fascia di reddito	Numero di esenti su totale della popolazione	Provvedimento regionale; report di monitoraggio		X	X		-18	-18
B1.5	Modifica del sistema di remunerazione per la distribuzione in nome e per conto da parte delle farmacie convenzionate	Spesa per la distribuzione in nome e per conto	Provvedimento regionale; report di monitoraggio	X	X	X	-4	-10	-10
B1.6	Definizione dei compiti di monitoraggio dell'attività prescrittiva a cura dei rappresentanti aziendali e distrettuali della medicina di famiglia	Report di monitoraggio	Atto di indirizzo regionale	X	X	X	-0,15	-0,15	-0,15
B1.7	Introduzione del ticket di 1 euro per ricetta	Numero di ricette con ticket	Provvedimento regionale; report di monitoraggio	X	X	X	-7,71	-35	-35
B1.8	Impulso alla comunicazione istituzionale circa il corretto uso dei farmaci. Predisposizione di materiale informativo e di attività formative rivolte, per il tramite dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, all'utenza finale	Numero di iniziative di comunicazione e informazione	Provvedimento regionale; report di monitoraggio	X	X	X	-0,10	-1	-1
B1.9	Iniziativa su PTOR e linee guida regionali in materia di somministrazione di farmaci ad alto costo	Numero di farmaci oggetto di specifici indirizzi	Provvedimento regionale; report di monitoraggio	X	X	X	-10	-15	-25

N.B.: gli effetti economici sono espressi in milioni di euro

FONTE: Piano di Rientro Puglia 2010-2012

11.7 Contenimento dei costi del personale

Fra le misure di contenimento della spesa sono previste azioni specifiche per quanto attiene il blocco del turnover, la razionalizzazione del ricorso alle prestazioni aggiuntive ex, art 54-55 del CCNL, il monitoraggio dei contratti di

consulenza, la definizione di indirizzi regionali per la contrattazione integrativa e per la determinazione dei fondi contrattuali, l'attività libero professionale.

Il processo di reingegnerizzazione della rete ospedaliera e territoriale, previsto dal piano, comporta una migliore allocazione delle risorse umane da utilizzare per la ottimizzazione dei carichi di lavoro e il miglioramento della qualità dell'assistenza e, conseguentemente determina la possibilità di operare il blocco totale delle assunzioni sui posti resisi vacanti per cessazioni dal servizio nel triennio 2010-2012. Pertanto, in ragione di detto processo di ristrutturazione, la Regione si impegna ad attuare un programma di blocco totale del turn-over

Ai fini del contenimento della spesa del personale, con riferimento al blocco del turnover si prevede di intraprendere le iniziative di cui al seguente cronoprogramma :

Tabella 99: Azioni da intraprendere sul contenimento del costo del personale

Azioni da intraprendere	2010	2011		2012	
	Il semestre	I semestre	II semestre	I semestre	II semestre
Provvedimenti per il blocco del turnover	Legge Regionale (L.R. n. 12/2010)				
Direttive per le autorizzazione in revoca	DGR				
Monitoraggio andamento costi del personale		Report di Monitoraggio		Report di Monitoraggio	

FONTE: Piano di Rientro Puglia 2010-2012

Ai fini della quantificazione della minore spesa conseguente all'adozione dei provvedimenti di blocco del turnover, è stata effettuata una ricognizione puntuale presso le aziende sanitarie allo scopo di determinare gli effetti di detti provvedimenti sul conto economico programmatico consolidato.

In tal senso, ciascuna delle Aziende ha provveduto a quantificare le cessazioni di personale in servizio, tenendo conto della suddivisione per aree contrattuali della dirigenza (Medica e Veterinaria – SPTA) e del comparto. Per ciascuna unità è stata quantificata la minore spesa effettiva, su base annua, considerando gli emolumenti direttamente collegati alla presenza in servizio e gli oneri accessori correlati. Per l'anno 2010 sono state considerate le cessazioni effettive dal servizio, aggiornate al 29 settembre 2010. Per gli anni 2011 e 2012, in modo

prudenziale, sono state considerate esclusivamente le cessazioni relative a personale che matura i requisiti massimi per il collocamento a riposo.

Ai fini della determinazione dei conti economici programmatici la minore spesa collegata al blocco del turnover è stata quantificata rapportando quanto in tabella in relazione alle effettive finestre di pensionamento. In tal senso la minore spesa collegata al blocco totale del turnover di cui si è tenuto conto ai fini della determinazione dei CE programmatici è stata stimata, come di seguito:

Tabella 100: Effetti economici su contenimento costo del personale

Anni	2010	2011	2012
	19,07 M€*	64,73 M€**	86,12 M€***

FONTE: Piano di Rientro Puglia 2010-2012

In occasione delle verifiche periodiche, e fermo restando il rispetto dell'obiettivo di ricondurre la spesa per il personale nei limiti previsti dall'art. 2, comma 71 della L.191/2009, entro la scadenza del Piano, potrà essere possibile prevedere, per casi specifici, la deroga al suddetto blocco del turnover.

A seguito della razionalizzazione organizzativa e della riduzione degli incarichi di direzione di struttura complessa, semplice, dipartimentale, e di posizioni organizzative e di coordinamento si attende un risultato in termini di riduzione della complessiva spesa per il personale:

Tabella 101: Effetti economici totali su contenimento costo del personale

	2010	2011	2012
Personale	26.070	104.130	149.820

(dati in migliaia di euro) -

FONTE: Piano di Rientro Puglia 2010-2012

11.8 Mezzi di copertura : Equilibrio SSR

Di seguito vengono presentate le tabelle riassuntive dei mezzi di copertura delle manovre fiscali a compensazione del disavanzo strutturale residuo, risultato di gestione programmatico, che ha condotto agli sbilanci, previsti per il triennio 2010-2012 e che conducono ad un risultato di gestione programmatico di +42.345 Euro nel 2012.

Tabella 102 :Sbilancio 2010 e relativi mezzi di copertura

Sbilancio 2010:	
Risultato di gestione Programmatico da CE (compresi i soli costi per extra Lea per 37 mln e non anche i ricavi)	€ -314.220
Mezzi di copertura:	
-compressioni sull'impegnabilità derivanti dalle sanzioni per sfornamento patto di stabilità (€62.979.376,93), giusta comma 1, art.1, L.R. 11 del 24/9/2010:	€ 62.979
-destinazione di quota parte dell'avanzo di amministrazione 2009 con l variazione di bilancio, giusta art.10, L.R. 9 del 2/8/2010:	€ 80.965
-Irap periodo di imposta 2011, come da comunicazione DF prot. 5974 dell'11/12/2009:	€ 149.625
-iscrizione di accertamento di Iva non sanitaria 2005 per € 40.659.585,00, già inserita nel capitolo 1011084 della competenza 2010, giusta art. 5, L.R. 10 del 30/4/2009, in combinato disposto con il comma 7, art.3, L.R. 40 del 31/12/2007 e con il comma 1, art.2, L.R. 34 del 31/12/2009:	€ 40.659
Totale	334.228
Mezzi di copertura ad ulteriore garanzia	
	20.008

FONTE: Piano di Rientro Puglia 2010-2012

Tabella 103: Sbilancio 2011 e relativi mezzi di copertura

Sbilancio 2011:	
Risultato di gestione Programmatico da CE (compresi i costi ed i ricavi per extra Lea per 37 mln)	€ -69.995
Mezzi di copertura:	
Irap periodo di imposta 2012, come da comunicazione DF prot.5974 del 11/12/2009:	€ 156.890
iscrizione di apposito capitolo nel preventivo 2011, derivante dall'applicazione a stanziamenti dell'obiettivo 2011 (-0,9%, art.77-ter, comma 3, D.L.112/2008) del patto di stabilità-competenza, giusta comma 2, art.1, L.R. 11 del 24/9/2010:	€ 22.770
iscrizione di Iva non sanitaria 2009, allibrata al minore dei valori degli ultimi anni (€ 9.142.563):	€ 9.142
Quota risorse autonome destinata al finanziamento degli extralea	€ -37.000
-destinazione di quota parte dell'avanzo di amministrazione 2009 con la variazione di bilancio, giusta art.10, L.R. 9 del 2/8/2010:	€ 24.035
iscrizione di apposito capitolo nel preventivo 2011, derivante dai risparmi relativi agli interessi da mutui sulla competenza 2011 individuati con gli stessi criteri di cui all' art. 4, comma 4-octies, D.L.2/2010, giusta comma 3, art.1, L.R. 11 del 24/9/2010	€ 12.593
Totale	€ 188.430
Mezzi di copertura ad ulteriore garanzia	
	€ 118.435

FONTE: Piano di Rientro Puglia 2010-2012

Tabella 104: Sbilancio 2012 e relativi mezzi di copertura

Sbilancio 2012:	
Risultato di gestione Programmatico da CE (compresi i costi ed i ricavi per extra Lea per 37 mln)	€ +42.345
Mezzi di copertura:	
Irap periodo di imposta 2013, iscritta pari al valore del 2012:	€ 156.890
Totale	+€ 156.890
Mezzi di copertura ad ulteriore garanzia	
	199.235

FONTE: Piano di Rientro Puglia 2010-2012

11.9 Conclusioni

Nell'occuparsi del cambiamento dal punto di vista teorico è noto quanto possa essere importante trovarsi di fronte ad un momento di crisi significativa. Perché dalla consapevolezza dell'esistenza di una crisi, dei rischi connessi, delle possibili conseguenze e dell'urgenza di dover affrontare alcuni nodi decisionali ed operativi, emerge la predisposizione a cambiare. Tecnicamente si identifica questo aspetto con il fatto che sistemi, organizzazioni ed individui si attivano per cambiare quando percepiscono un fenomeno come un problema degno di essere affrontato e di portata tale da richiedere un mutamento di prassi, consuetudini, regole vigenti, ecc.

Indubbiamente il PdR può rappresentare un'occasione per rendere più incisiva la percezione collettiva dell'importanza di cambiare, nella politica, nella dirigenza, nei professionisti, nella cittadinanza, a tutti i livelli e latitudini dei SSR.

Un'occasione per ridefinire una visione di sistema, un'ambizione collettiva attorno a cui aggregare motivazione, senso di appartenenza, identità con il sistema.

Per fare ciò occorre usare i PdR non solo come documento tecnico per identificare colpevoli, capri espiatori e spazi di razionalizzazione (e razionamento), ma soprattutto come strumento di valorizzazione delle potenzialità, di prefigurazione di scenari a cui tendere. Occorre cambiare non per risolvere tanti problemi, pur veri, ma soprattutto per ambire a costruire un SSR moderno, efficiente, innovativo considerando quanto sia importante nella motivazione delle persone la comprensione e la condivisione della ragione per cui vale la pena lavorare, impegnarsi al di là dei propri interessi individuali e di gruppo.

Era poi anche l'occasione per delineare alcune grandi strategie direzionali di medio-lungo periodo quali scheletro della visione futura del SSR, di fronte ai temi ben conosciuti delle disuguaglianze presenti nei nostri SSR e dei differenziali di efficienza ed innovazione. La sensazione è che l'urgenza economica e le necessità burocratiche nei rapporti Stato-Regioni abbiano preso il sopravvento, e pur con tutti i distinguo di SSR in cui la leadership politica e tecnica è stata azionata in modo anche profondamente diverso, complessivamente si sia sfruttata al minimo una grande opportunità. E' evidente un approccio razionale-burocratico al cambiamento, fatto da un pensiero normativo scollegato dalla diretta valutazione della azionabilità dei cambiamenti prefigurati, almeno stante le non mutate condizioni di scarsa coesione politica e capacità gestionale del sistema.

Il PdR sembra prefigurare spesso interventi occasionali (*una tantum*), talvolta virtuali perché costruiti su informazioni formali e non sostanziali.

Un PdR costruito con poca «personalità» riflette visioni dei SSR (troppo isomorfi allo stesso schema, quello richiesto dalla burocrazia delle relazioni interistituzionali),

E' in gioco è la natura del SSN ancora prevalentemente pubblica e tesa a massimizzare l'uguaglianza (accesso, contenuti, *outcome* ecc.), rispetto al processo in corso sullo sfondo di «ibridizzazione» progressiva dei singoli SSR, misurato dalla crescita dell'*out-of-pocket*, dei fondi assicurativi, della progressiva limitazione di ambiti di cura, tecniche, tecnologie, farmaci ai target di popolazione ritenuti i soli appropriati a ricevere copertura dal sistema. C'è ancora tempo per migliorare quanto fatto fino ad adesso.

Il punto focale è però prendere coscienza che, pur essendoci alcuni macroproblemi chiaramente identificabili dai numeri e fatti, inclusi nelle analisi, non è affrontando solo questi che si pongono le condizioni per un futuro di maggiore sostenibilità dei SSR. Serve un sforzo eccezionale, esteso, continuo e prolungato nel tempo. Serve agire sulla dimensione strutturale del SSR, ma anche e soprattutto sui singoli processi produttivi, sulla gestione operativa degli ospedali, sulle pratiche cliniche ed organizzative. Uno sforzo che trova il luogo naturale di esercizio nelle aziende, ma che deve essere stimolato, alimentato, mantenuto dagli organi tecnici, assessorati, advisor, *AgeNas*, tavoli di coordinamento, ai quali spettano le funzioni di indirizzo e di controllo, di natura strategica però, non operativa.

12 I numeri del Federalismo in sanità

Il CERM ha condotto anche uno studio che rappresenta un esempio di criterio di ripartizione del Fsn tra le Regioni.

Si propone di illustrare gli effetti di una modalità di fissazione del *benchmark* illustrando gli effetti distributivi che da tali ipotesi discenderebbero. Lo studio sviluppa una tra le ipotesi possibili, insistendo sulla definizione di *standard* di spesa basati su variabili demografiche.

Per determinare gli *standard* di spesa sanitaria si selezionano le Regioni che, nel corso degli ultimi anni, hanno rispettato la programmazione realizzando condizioni di sostanziale equilibrio di bilancio e, inoltre, hanno erogato prestazioni di qualità, testimoniate da rilevazioni e riflesse da un saldo attivo dei flussi di mobilità. Queste Regioni sono assunte come *benchmark*: Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Umbria, Veneto.

Per le Regioni *benchmark* è possibile calcolare i profili di spesa *pro-capite* per fascia di età e i rapporti tra fabbisogni di spesa *pro-capite* di persone appartenenti alle diverse fasce di età. I rapporti tra fabbisogni consentono di costruire il sistema di ponderazione della popolazione residente necessario per la ripartizione del Fsn. I profili assoluti di spesa *pro-capite* delle Regioni *benchmark* sono applicati alla struttura demografica di tutte le Regioni, per calcolare la spesa *standard* e confrontarla con la spesa contabile a consuntivo.

Per data programmazione di medio periodo delle risorse dedicate alla sanità, una regola chiara e stabile di ripartizione del Fsn tra le Regioni da un lato e, dall'altro, una cognizione dei *gap* di partenza, sono gli elementi necessari per fissare i termini di discussione sul periodo di transizione e sul funzionamento di un fondo *ad hoc* per la perequazione infrastrutturale, anch'esso parte integrante della transizione.

12.1 I profili di spesa *pro-capite* per fasce di età

Per le 5 Regioni *benchmark* si calcolano, utilizzando dati sanitari disaggregati a livello regionale, i profili di spesa *pro-capite* per fascia di età (21 fasce di età di 5 anni ciascuna).

I rapporti tra fabbisogni possono diventare quel sistema di ponderazione della popolazione residente necessario per la ripartizione del Fsn (ovvero del complesso delle risorse, ivi incluso il flusso perequativo, organizzato per dare dappertutto copertura finanziaria ai Lea sanitari valutati al loro costo efficiente). La soluzione

di adottare una pesatura espressa dalla media delle Regioni *benchmark* può aiutare a chiudere questo snodo operativo.

Diviene possibile infatti ricostruire cosa sarebbe accaduto se, nel 2009, tutte le Regioni avessero avuto spese *procapite* per fasce di età allineate alle medie delle spese *pro-capite* per fasce di età delle Regioni *benchmark*.

12.2 Risultati

Lo scenario che deriva da questa ricostruzione riporta i risultati dell'applicazione alla demografia delle varie Regioni dei valori medi di spesa sanitaria *pro-capite* per fasce di età calcolati sulle Regioni *benchmark*. Anche per le Regioni *benchmark* si segnalano i valori teorici del confronto tra spesa contabile a consuntivo e fabbisogno *standardizzato*. Le Regioni che, dopo la *standardizzazione*, fanno registrare una spesa a consuntivo 2009 superiore al fabbisogno *standardizzato*, sono quelle che dovrebbero sostenere azioni correttive (di razionalizzazione, efficientamento, responsabilizzazione degli operatori di settore, etc.).

Dalla Tabella 105 si nota che la Regione che fa registrare lo scostamento assoluto maggiore è il Lazio, oltre 1,5 miliardi di Euro, pari al 14% della spesa contabilizzata nel 2009. Segue la Campania, che dovrebbe operare una riduzione di quasi 1,5 miliardi di Euro, equivalenti a circa il 14% del consuntivo 2009. Quindi la Puglia, 653 milioni di sovraspesa, per l'8,9% del consuntivo; la Sicilia, circa 390 milioni di Euro, per il 4,5%; la Calabria, 354 milioni di Euro, per il 9,5%. Riduzioni percentuali significative dovrebbero operare anche il Molise, 9,3% e circa 60 milioni di Euro, la Sardegna, 8,5% e circa 264 milioni di Euro, e la Basilicata, circa 5,8% e 63 milioni di Euro. Il Piemonte dovrebbe correggere del 3,6% che, data l'ampiezza della Regione, equivale a più di 300 milioni di Euro.

Scostamenti percentuali a doppia cifra per la Valle d'Aosta e le due Province Autonome di Bolzano e Trento: circa 21% e 59 milioni per la prima, oltre 27% e quasi 300 milioni per Bolzano, e oltre 16% e 176 milioni per Trento. A livello Paese, se tutte le Regioni avessero condiviso gli *standard* di efficienza, le risorse assorbite nel 2009 sarebbero state inferiori di circa il 5,3%, passando da poco più di 110,8 miliardi di Euro a poco meno di 105 (si sarebbero liberate risorse per circa 5,8 miliardi di Euro).

Per apprezzare appieno il significato delle correzioni di spesa, si sottolinea che, per costruzione, la spesa *standardizzata* è quella che ogni Regione dovrebbe sostenere per offrire in modalità efficiente prestazioni dello stesso livello qualitativo di quelle offerte dalle Regioni *benchmark*.

Tabella 105: Determinazione del fabbisogno *standard* delle Regioni *benchmark*: Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Umbria e Veneto

SPESA SSN LEA (tavola SA.4 Rgsep)				
<i>benchmark</i> = Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Umbria, Veneto				
Regioni	Euro/mille	2009		
		effettiva	standardizzata	delta
Piemonte	8.522.707	8.218.150	-304.557	-3,57%
Valle d'Aosta	284.311	225.064	-59.247	-20,84%
Lombardia	16.960.356	16.945.464	-14.892	-0,09%
P. A. Bolzano	1.109.253	808.688	-300.565	-27,10%
P. A. Trento	1.079.192	902.673	-176.519	-16,36%
Veneto	8.817.601	8.518.764	-298.837	-3,39%
Friuli Venezia Giulia	2.431.381	2.356.571	-74.810	-3,08%
Liguria	3.329.996	3.291.155	-38.841	-1,17%
Emilia Romagna	8.101.115	8.129.969	28.854	0,36%
Toscana	6.938.500	7.024.515	86.015	1,24%
Umbria	1.610.768	1.674.834	64.066	3,98%
Marche	2.837.457	2.900.681	63.224	2,23%
Lazio	11.235.677	9.721.172	-1.514.505	-13,48%
Abruzzo	2.437.813	2.402.098	-35.715	-1,47%
Molise	647.486	587.505	-59.981	-9,26%
Campania	10.476.600	9.013.553	-1.463.047	-13,96%
Puglia	7.362.098	6.709.137	-652.961	-8,87%
Basilicata	1.078.244	1.015.597	-62.647	-5,81%
Calabria	3.728.862	3.374.685	-354.177	-9,50%
Sicilia	8.718.556	8.329.419	-389.137	-4,46%
Sardegna	3.112.487	2.848.337	-264.150	-8,49%
ITALIA	110.820.460	104.998.029	-5.822.431	-5,25%

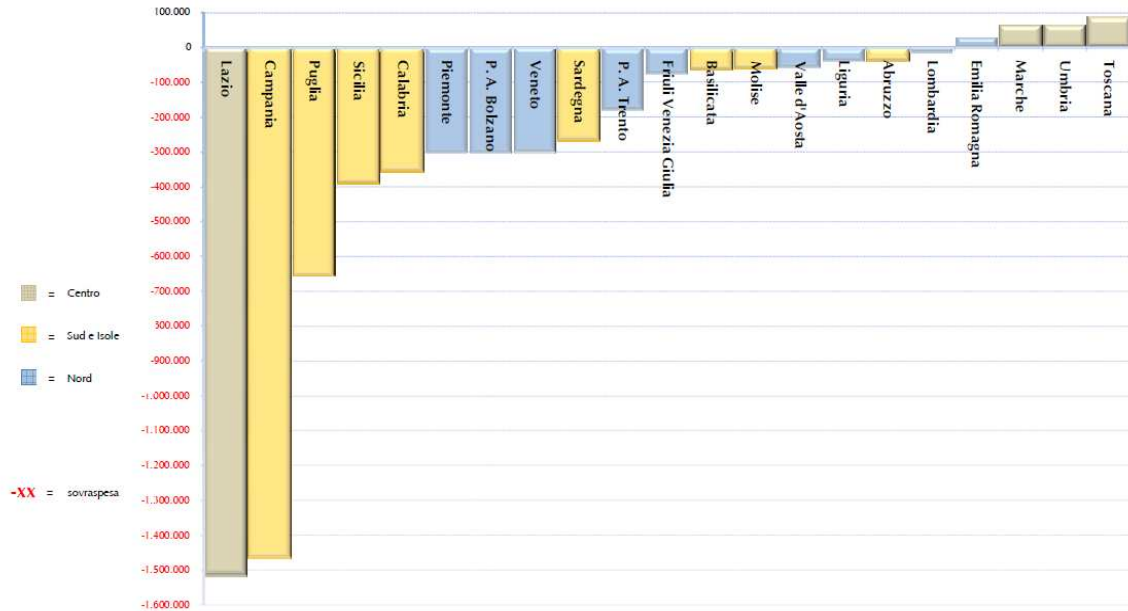
Per le Regioni *benchmark* si segnalano i valori teorici del *benchmarking*, anche se la loro posizione non necessiterebbe, per definizione, di correzioni

I dati sono al netto della mobilità interregionale e della mobilità vs. il Bambin Gesù e lo Smom

fonte: elaborazioni CeRM-2010

■ = Regioni – benchmark

Grafico 12: Scarto della spesa contabile a consuntivo rispetto al valore *standardizzato* (Euro/migliaia; 2009)



Fonte: elaborazioni CeRM -2010

Altri scenari (Tabelle 106 e 107) replicano le simulazioni adottando, come Regioni *benchmark*, non tutte le 5 già utilizzate ma, rispettivamente: Emilia Romagna e Umbria, e Emilia Romagna, Umbria e Lombardia. Restringendo il numero delle Regioni, il *benchmark* diviene più stringente e, corrispondentemente, maggiore la quantificazione dei *gap* di efficienza.

Tabella 106: Determinazione del fabbisogno *standard* delle Regioni *benchmark*: Emilia Romagna e Umbria

SPESA SSN LEA (tavola SA.4 Rgesp)				
<i>benchmark</i> = Emilia Romagna, Lombardia, Umbria				
Regioni	Euro/mille	2009		
		effettiva	standardizzata	delta
Piemonte	8.522.707	8.115.035	-407.672	-4,78%
Valle d'Aosta	284.311	222.368	-61.943	-21,79%
Lombardia	16.960.356	16.748.093	-212.263	-1,25%
P. A. Bolzano	1.109.253	800.060	-309.193	-27,87%
P. A. Trento	1.079.192	892.180	-187.012	-17,33%
Veneto	8.817.601	8.419.152	-398.449	-4,52%
Friuli Venezia Giulia	2.431.381	2.326.641	-104.740	-4,31%
Liguria	3.329.996	3.245.912	-84.084	-2,53%
Emilia Romagna	8.101.115	8.026.057	-75.058	-0,93%
Toscana	6.938.500	6.933.756	-4.744	-0,07%
Umbria	1.610.768	1.653.222	42.454	2,64%
Marche	2.837.457	2.863.727	26.270	0,93%
Lazio	11.235.677	9.608.808	-1.626.869	-14,48%
Abruzzo	2.437.813	2.372.307	-65.506	-2,69%
Molise	647.486	580.047	-67.439	-10,42%
Campania	10.476.600	8.920.722	-1.555.878	-14,85%
Puglia	7.362.098	6.634.532	-727.566	-9,88%
Basilicata	1.078.244	1.003.493	-74.751	-6,93%
Calabria	3.728.862	3.336.035	-392.827	-10,53%
Sicilia	8.718.556	8.235.599	-482.957	-5,54%
Sardegna	3.112.487	2.816.166	-296.321	-9,52%
ITALIA	110.820.460	103.753.913	-7.066.547	-6,38%

Per le Regioni *benchmark* si segnalano i valori teorici del *benchmarking*, anche se la loro posizione non necessiterebbe, per definizione, di correzioni
I dati sono al netto della mobilità interregionale e della mobilità vs. il Bambin Gesù e lo Smom

fonte: elaborazioni CeRM-2010

■ = Regioni - benchmark

Tabella 107: Determinazione del fabbisogno *standard* delle Regioni *benchmark*: Emilia Romagna, Lombardia e Umbria

SPESA SSN LEA (tavola SA.4 Rgesp)				
<i>benchmark</i> = Emilia Romagna, Umbria				
Regioni	Euro/mille	2009		
		effettiva	standardizzata	delta
Piemonte	8.522.707	8.057.347	-465.360	-5,46%
Valle d'Aosta	284.311	220.894	-63.417	-22,31%
Lombardia	16.960.356	16.641.961	-318.395	-1,88%
P. A. Bolzano	1.109.253	795.519	-313.734	-28,28%
P. A. Trento	1.079.192	886.180	-193.012	-17,88%
Veneto	8.817.601	8.364.094	-453.507	-5,14%
Friuli Venezia Giulia	2.431.381	2.308.601	-122.780	-5,05%
Liguria	3.329.996	3.218.565	-111.431	-3,35%
Emilia Romagna	8.101.115	7.964.641	-136.474	-1,68%
Toscana	6.938.500	6.880.608	-57.892	-0,83%
Umbria	1.610.768	1.640.775	30.007	1,86%
Marche	2.837.457	2.842.371	4.914	0,17%
Lazio	11.235.677	9.549.322	-1.686.355	-15,01%
Abruzzo	2.437.813	2.356.047	-81.766	-3,35%
Molise	647.486	575.965	-71.521	-11,05%
Campania	10.476.600	8.877.584	-1.599.016	-15,26%
Puglia	7.362.098	6.597.565	-764.533	-10,38%
Basilicata	1.078.244	997.405	-80.839	-7,50%
Calabria	3.728.862	3.316.670	-412.192	-11,05%
Sicilia	8.718.556	8.188.320	-530.236	-6,08%
Sardegna	3.112.487	2.800.441	-312.046	-10,03%
ITALIA	110.820.460	103.080.877	-7.739.583	-6,98%

Per le Regioni *benchmark* si segnalano i valori teorici del *benchmarking*, anche se la loro posizione non necessiterebbe, per definizione, di correzioni
I dati sono al netto della mobilità interregionale e della mobilità vs. il Bambin Gesù e lo Smom

fonte: elaborazioni CeRM-2010

■ = Regioni - *benchmark*

Si ritiene che approcci alla pesatura che tentino maggiori microfondazioni, chiamando in causa altre variabili diverse dal fabbisogno soddisfatto nelle Regioni *benchmark*, finiscano con lo scontrarsi con problemi che li espongono a opinabilità: è così, per esempio, per le possibili endogenità delle variabili di riferimento; oppure per la scelta del numero delle stesse variabili, che può apparire a seconda dei casi troppo ampia o troppo stretta; o, ancora, per il fatto che

l'impatto di variabili socio-economiche territoriali può arrivare a compensarsi nei confronti tra macroaree, o seguire, in luogo della "canonica" distinzione Nord-Centro-Sud, quella tra aree metropolitane e aree di provincia, oppure tra aree ad elevato e aree a basso costo della vita.

Si preferisce, per quest'ordine di considerazioni, l'applicazione di una regola la più semplice possibile, al riparo da rinegoziazioni, aggiornabile nei valori dei parametri secondo procedure rapide coerenti con i tempi dei documenti di finanza pubblica, e che già ricomprende, comunque, un meccanismo di redistribuzione di risorse che non va sottovalutato. Riconoscere una medesima disponibilità di risorse Lea per ciascun componente ogni fascia di età, in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale, significa perseguire un chiaro obiettivo equitativo.

Piuttosto che tentare di rafforzare questa funzione equitativa complicando la regola di *standardizzazione* e di riparto, appare utile rendere efficaci altri canali di redistribuzione oggi trascurati: un percorso *ad hoc* di perequazione infrastrutturale che alla fine metta nella disponibilità delle Regioni strutture e strumenti omogenei per perseguire i livelli essenziali delle prestazioni sul loro territorio; la valorizzazione delle Regioni come livello di governo che, più vicino ai cittadini, possa declinare le scelte di universalismo selettivo, raffinando la composizione e la destinazione dei flussi redistributivi.

Se dai rapporti tra fabbisogni *pro-capite* per fasce di età delle Regioni *benchmark* può derivare la pesatura da applicare al Fsn nei prossimi anni, i profili assoluti di spesa *pro-capite* delle Regioni *benchmark* possono essere utilizzati per un altro scopo. Applicando questi profili alla struttura demografica delle Regioni, è possibile calcolare la loro spesa *standard* e confrontarla con la spesa contabile a consuntivo. Si ottiene, in questo modo, una misura di quanto ogni Regione si discosti dall'efficienza produttiva. Per apprezzare il significato dei *gap* così calcolati, si deve tener presente che, per costruzione, la spesa *standardizzata* è quella che ogni Regione dovrebbe sostenere per offrire in modalità efficiente prestazioni dello stesso livello qualitativo di quelle offerte dalle Regioni *benchmark*.

Per data programmazione di medio periodo delle risorse dedicate ai Lea sanitari, una regola chiara di ripartizione del Fsn tra le Regioni da un lato e, dall'altro, una cognizione dei *gap* di partenza, sono gli elementi necessari per fissare i termini di discussione sul periodo di transizione e sul funzionamento di un fondo *ad hoc* per la perequazione infrastrutturale, anch'esso parte integrante della transizione.

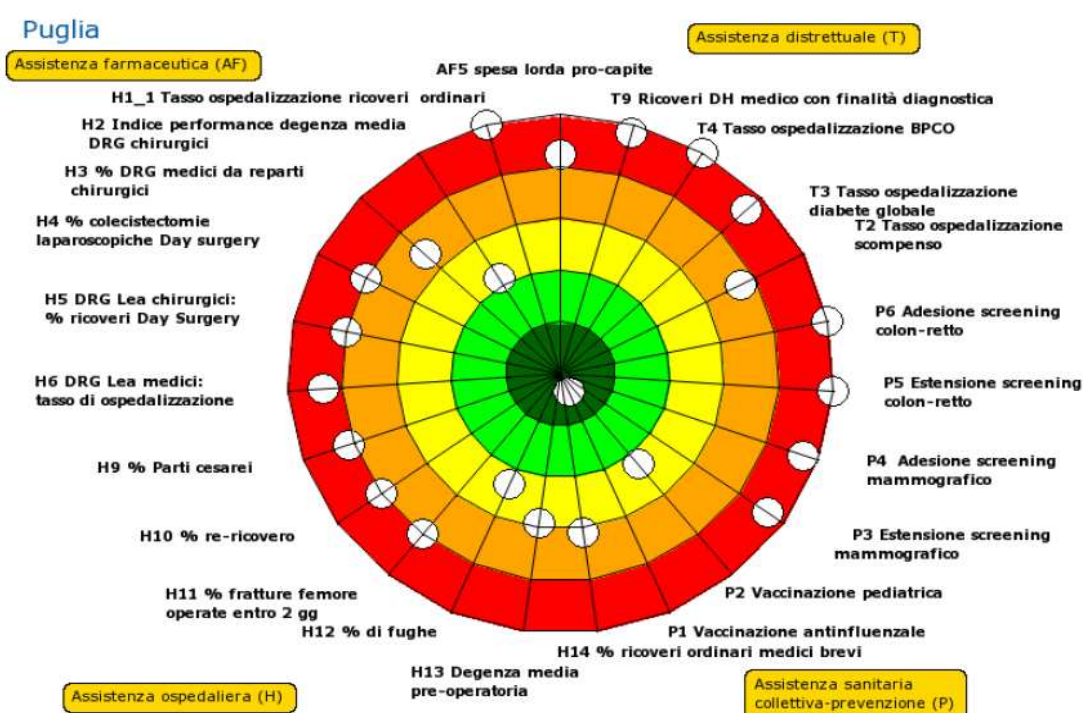
Due snodi, quello della transizione e quello delle infrastrutture, su cui pare necessario concretizzare in tempi stretti dibattito e scelte.

13. Conclusioni

Il servizio sanitario pugliese è in una fase di profonda innovazione, muovendosi sulla necessità di rendere più efficace il sistema dei servizi e contemporaneamente sostenibile sul piano finanziario.

Nel grafico 13, infatti, attraverso il sistema di valutazione delle performance a “bersaglio”, è facile notare che solo per le vaccinazioni antinfluenzale è stato raggiunto un risultato positivo, mentre per tutte le altre attività dei Livelli essenziali la performance è mediamente scarsa.

Grafico 13 :Bersaglio delle performance regione Puglia



Fonte: Ministero e database SDO 2007-2008

La riforma si fonda su diversi atti programmatici: il PSR 2008-10 con i piani di riforma ospedaliera e di riforma dei distretti e il recentissimo Piano di rientro sottoscritto il 30 novembre 2010.

Le prime indicazioni sul distretto sono previste nella legge n. 36/94 sul riordino del Servizio sanitario regionale, in particolare all'art. 26 (distretto socio-sanitario). La norma regionale disciplina il distretto seguendo, in linea di massima, le indicazioni contenute nel PSN 1994-96; afferma il carattere “socio-sanitario” del distretto disegnato come struttura finalizzata alla tutela della salute e all'integrazione dei servizi, centro di responsabilità e di spesa e filtro della domanda sanitaria. Prevede, inoltre, che i distretti comprendano di norma una popolazione di almeno 50.000 abitanti, salvo deroghe per le aree urbane e particolari situazioni di aree montane o rurali. Con il Piano Sanitario Regionale

2008-2010 sono state date indicazioni programmatiche precise sulla rete dei servizi territoriali nella Regione.

Il distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie, nonché il coordinamento delle attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri.

Il distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria nell'ambito delle risorse assegnate, predispone il Programma delle attività territoriali, tenuto conto delle risorse attribuite in relazione agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento.

Spetta ai Direttori generali delle ASL, nell'Atto Aziendale, individuare i Distretti secondo le indicazioni della delibera regionale, valutando e comunicando alla Regione l'eventuale necessità di aggregare diversamente i Comuni.

Il Piano Sanitario Regionale 2008-10 ribadisce che l'assetto organizzativo distrettuale deve essere costituito da strutture caratterizzate da flessibilità operativa e grande capacità di integrazione con i servizi territoriali dipartimentalizzati, con le strutture ospedaliere ed extraospedaliere e con l'ambito socio-assistenziale perseguendo l'integrazione socio-sanitaria.

Il Piano Sanitario Regionale 2008-2010 definisce infine le funzioni strategiche del distretto:

- analisi della domanda e governo dell'offerta sanitaria di sviluppo del benessere sanitario e socio-sanitario, con particolare riguardo alla prevenzione, alla tutela della salute mentale, alla prevenzione e cura delle dipendenze patologiche, alla tutela delle categorie deboli;
- coordinamento, gestione e ottimizzazione delle risorse assegnate nell'ottica del raggiungimento di un sempre più elevato grado di efficienza.

Sul piano gestionale sono attribuite al distretto le seguenti funzioni:

- il coordinamento delle attività relative all'assistenza primaria ivi compresa la continuità assistenziale;
- le azioni di integrazione assistenziale tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi territoriali e strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;
- l'assistenza domiciliare programmata, l'assistenza domiciliare integrata;
- le attività di assistenza sanitaria a rilevanza sociale;
- le attività ad elevata integrazione socio-sanitaria.

Nella attuale fase di sviluppo dei sistemi sanitari regionali, la rete degli ospedali riveste ancora un ruolo dominante, producendo assistenza secondaria ed erogando prestazioni ambulatoriali di pertinenza territoriale. Di fatto, da un lato l'ospedale si pone in una posizione vicariante rispetto alle specifiche competenze delle strutture territoriali, dall'altro alimenta e sostiene la sua posizione dominante, rallentando il processo di emancipazione del territorio.

L'esigenza di superare una tale visione, che individua nel macro-livello ospedaliero la sede pressoché esclusiva della risposta alla malattia, riconducendo in modo appropriato a questo livello la sola gestione delle acuzie, comporta un irrinunciabile ripensamento culturale ed organizzativo-gestionale di tutto il sistema delle cure territoriali, nel quale il Distretto è destinato a rappresentare, in un'ottica dipartimentale, la sede di risposta appropriata e non differita alle

condizioni di cronicità, non autosufficienza e fragilità, in una ottica di reale presa in carico dei bisogni di salute dei cittadini.

Nel modello organizzativo maggiormente sviluppato all'interno delle realtà aziendali della regione Puglia, le responsabilità di risultato e il governo gerarchico dei fattori produttivi sono generalmente attribuiti ad unità organizzative individuate in una logica di tipo funzionale, ovvero per materie e discipline medico specialistiche.

In questo modello il distretto è chiamato ad integrare, secondo processi di tipo orizzontale, le competenze specialistiche rappresentate dai servizi, a cui afferiscono gerarchicamente risorse umane, tecnologiche e logistiche. L'integrazione così realizzata, dovrebbe garantire:

- l'unitarietà dei percorsi e delle modalità di fruizione delle prestazioni per gli utenti
- l'unitarietà dei processi diagnostico-terapeutici interdisciplinari.

In questo modello il focus organizzativo si concentra sul versante della offerta e, conseguentemente, la dimensione tecnico-professionale diviene elemento fondante della qualità diagnostica ed assistenziale.

Nella realtà, la ricomposizione delle prestazioni specialistiche in un processo unico e coordinato ricade inevitabilmente sull'utente che, per ricostruire il percorso, deve passare da un servizio all'altro, spesso costretto ad utilizzare procedure e modalità di fruizione diversificate e non coordinate tra loro.

Tale situazione, sommata alla assenza di risorse sia umane che finanziarie dedicate, ha di fatto impedito nella regione che fosse realmente il distretto a svolgere la funzione di coordinamento di percorsi e di raccordo tra le prestazioni ed i pazienti.

In definitiva, emerge la necessità di attuare un processo riorganizzativo della macrostruttura Distretto perché diventi pienamente il punto di riferimento certo per la presa in carico globale del cittadino rispetto alle sue esigenze di salute, individuandolo come centro di raccordo in cui si confrontino permanentemente tutti i Servizi (Cure Primarie, Ospedale, Dipartimenti) coinvolti nell'assistenza.

Dallo studio dei dati di ospedalizzazione, con un modello di analisi su base clinica della appropriatezza organizzativa dei ricoveri (acronimo MAAP), prodotto in sede regionale, si evidenzia un elevato numero di ricoveri che per patologie trattate e contenuti assistenziali può essere trasferito in *setting* assistenziali meno impegnativi. L'attenzione rivolta dalla Regione nei confronti dei ricoveri dei DRG a rischio di inapproprietezza organizzativa (DPCM 29/11/2001) ha prodotto una notevole riduzione dei ricoveri negli anni 2003-2004. Successivamente la Regione ha aumentato il numero delle patologie e dei DRG sotto osservazione, ed i primi risultati sono evidenti già dall'anno 2009.

Altro aspetto rilevante è la presenza di un elevato numero di ricoveri per patologie croniche, quali ipertensione, scompenso cardiaco, asma e broncopneumopatie croniche, diabete, epatopatie croniche, patologie vascolari croniche, etc... Questo fenomeno rappresenta quanto l'ospedale, per aspetto culturale e per capacità tecnologiche organizzative, sia ancora riferimento primario per la soddisfazione della domanda sanitaria della popolazione pugliese. Queste patologie sono

trasferibili dalla assistenza ospedaliera episodica in acuzie, e quindi dalla intensiva ad alto costo, alla assistenza territoriale, costante nel tempo ma meno impegnativa, anche per i costi associati, di quella ospedaliera.

Esistono in Puglia alcuni stabilimenti ospedalieri di piccole dimensioni, 22 in particolare al di sotto di 100 posti letto.

Questi stabilimenti sono a bassa dotazione specialistica e tecnologica, in grado di gestire solo casistica poco complessa e quindi meno affidabili per il paziente. Ricoverano soprattutto patologie croniche, sono poco efficienti in termini gestionali ed economicamente dispendiosi.

La trasformazione di queste strutture da ospedali per acuti ad ospedali di lungodegenza e riabilitazione, *hospice*, RSA, case della salute, poliambulatori, comporterebbe una significativa riduzione dei posti letto per acuti.

La distribuzione regionale dei posti letto per la varie discipline (quindi l'offerta) è irregolare per la diverse Province, con aree di carenza di offerta per determinate discipline specialistiche.

La Tabella 106 mostra come la domanda di assistenza ospedaliera viene soddisfatta nelle diverse ASL e quindi in Regione. La tabella dimostra come per alcune ASL la percentuale di residenti che si ricoverano nella stessa ASL è elevata e quindi soddisfacente, per altre la migrazione verso strutture ospedaliere di altre ASL regionali o verso altre Regioni è consistente.

Questo fenomeno è un indicatore della capacità di offerta della rete ospedaliera locale, ed indica le aree dove è opportuna una riqualificazione quantitativa e/o qualitativa della offerta ospedaliera (Tabella 108).

Tabella 108: Distribuzione dei ricoveri per ASL di residenza

RIEPILOGO per ASL di residenza		TOTALE ASL		AUTOCONSUMO (RICOVERI NELLA ASL DI RESIDENZA)		MOBILITA' INTRAREGIONALE (RICOVERI IN ASL DELLA REGIONE)	
				TOTALE		TOTALE	
SIGLA	DENOMINAZIONE ASL	RICOVERI TOTALI	T.O. X 1000	NUMERO CASI	PERC.	NUMERO CASI	PERC.
115	FOGGIA	166.793	260,41	144.164	86%	4.509	3%
114	BARI	284.099	226,87	254.428	89,6%	15.923	5,6%
113	BAT	82.584	211,25	49.803	60%	26.040	32%
106	BRINDISI	89.242	221,50	63.089	71%	20.402	23%
116	LECCE	169.433	208,49	148.321	88%	8.786	5%
112	TARANTO	122.253	210,61	83.676	68%	27.609	23%
TOTALE REGIONE		914.404	224,13	743.481	81%	103.269	11%

FONTI: BANCA DATI SDO REGIONE PUGLIA ANNO 2008
BANCA DATI SDO EXTRAREGIONALE ANNO 2008

Per quanto riguarda il sistema dell' HTA pugliese un limite proprio della fase operativa è l'inesistenza di una base di dati disponibile a livello nazionale per eventuali confronti tra le valutazioni effettuate su tutto il territorio Italiano considerando che la possibilità di effettuare confronti permetterebbe il risparmio di tempo e denaro evitando di doppiare stesse valutazioni aumentando inevitabilmente i costi. In Puglia la cultura dell'HTA è agli esordi infatti nella pratica, nonostante i tentativi normativi, si è lontani dall'analisi rigorosa multidisciplinare; l'evidenza empirica mostra che l'aspetto più sviluppato è quello economico, che fa prediligere nella scelta delle alternative tecnologiche il criterio di minimizzazione dei costi rispetto ai molteplici criteri di appropriatezza allocativa. Inoltre dall'analisi del sistema si riscontra la staticità dello stesso (per via di una valutazione vincolante da parte della tecnostruttura regionale HTA) nel senso che poca importanza è dedicata alla flessibilità della valutazione dal livello macro (tecnostruttura regionale) al livello meso (aziende sanitarie). Questo aspetto rappresenta un punto di criticità rispetto al suo sviluppo pratico che invece normativamente mira ad un assetto dinamico e competitivo.

Le risorse finanziarie e umane rappresentano il principale vincolo della programmazione sanitaria. Attualmente le principali criticità sono rappresentate dalla mobilità passiva extra regionale, dai livelli della spesa farmaceutica complessiva (territoriale e ospedaliera), dalla spesa per strutture private accreditate nonché da alcuni incrementi ingiustificati di spesa per beni e servizi.

Tale situazione non può non acuire la conflittualità sui criteri di riparto del FSN tra le regioni che ritengono la vecchiaia unico o massimo determinante del bisogno e della spesa sanitaria e quelle, come la Puglia, che evidenziano i bisogni connessi alle condizioni socio economiche caratterizzate da deprivazione, intesa quale sintesi di povertà, basso livello di istruzione, disabilità ecc.

L'esigenza di stipulare il Piano di rientro triennale del disavanzo ha fortemente influenzato il processo di definizione degli obiettivi (generali, specifici ed operativi) e delle priorità di intervento indicate nel PRS. Infatti, le azioni che il PRS ha inteso promuovere, e cioè:

- il contenimento della spesa farmaceutica
- la riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera, anche mediante la attivazione dei nuovi modelli alternativi di assistenza predisposti a garanzia del miglioramento dei livelli complessivi di appropriatezza del sistema e del conseguente allineamento dei tassi di ospedalizzazione a quelli medi nazionali
- la riconversione dei piccoli ospedali e l'accorpamento di altri in strutture più moderne ed efficienti,

costituiscono i presupposti sui quali è stato sviluppato il Piano di rientro triennale del disavanzo riferito agli anni 2008 – 2010.

La necessità di formulare il PdR è anche l'occasione per delineare alcune grandi strategie direzionali di medio-lungo periodo quali scheletro della visione futura del SSR, di fronte ai temi ben conosciuti delle diseguaglianze presenti nei nostri SSR e dei differenziali di efficienza ed innovazione. La sensazione è che l'urgenza economica e le necessità burocratiche nei rapporti Stato-Regioni abbiano preso il sopravvento, e pur con tutti i distinguo di SSR in cui la leadership politica e tecnica è stata azionata in modo anche profondamente diverso, complessivamente si sia sfruttata al minimo una grande opportunità.

14. Bibliografia

1. Piano sanitario regionale 2002-2004. Atto della giunta regionale 27 dicembre 2001, n.2087.
<http://www.arespuglia.it/include/default.asp?HomePage=Si>
2. Sito internet Ministero della Sanità:
www.sanita.it
3. LEGGE REGIONALE "Piano regionale di salute 2008 – 2010. Atto della giunta regionale 30 luglio e 9 e 10 settembre 2008.
http://www.sanita.puglia.it/pls/portal/ccirs.p_retrieve_media?p_rowid=AAASIAAEAAALXiAAC&p_tname=CCIRS.DOCUMENTI&p_cname=SCHEDA_ESPL_BLOB&p_cname_mime=TIPO_SCHEDA_ESPL_BLOB&p_esito=0
5. Piano Attuativo Locale ASL Lecce, 22 aprile 2009 n. 1376
<http://www.asl.lecce.it/PAL.aspx>
6. Documento di Indirizzo Economico – Funzionale del Servizio Sanitario Regionale di Puglia per l'anno 2010 e per il triennio 2010-2012, dicembre 2010.
http://www.regione.puglia.it/web/files/sanita/DIEF_2010_e_20102012_Regione_rev_17122010_FINALE_con_tabelle.pdf
7. Piano di rientro e di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2010-2012 28 aprile 2010.
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1413_allegato.pdf
8. Allegato al Piano di rientro e di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2010-2012.
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1413_ulterioriallegati_ulteriorioreallegato_0_alleg.pdf
9. F. Pammolli, G. Papa, N.C. Salerno - CERM 2009 : La spesa sanitaria pubblica in Italia: Dentro la "scatola nera" delle differenze regionali. Il modello SaniRegio (2009)
http://www.cermlab.it/documents/argomenti/Quaderno2_09_9_Nov_CERM.pdf
10. Ministero della Salute: Annuario Statistico del SSN (2006): Attività gestionali ed economiche delle ASL e delle Aziende Ospedaliere (2006)
<http://www.ministerosalute.it/servizio/sezSis.jsp?label=ssn&id=94>

11. ISTAT: Indicatori socio- sanitari regionali (pubblicazione: 2009 su elaborazioni ISTAT di dati del 2006)
<http://www.istat.it/sanita/sociosan/>
12. Ministero della Salute: SSN – Elenchi ASL, strutture di ricovero
<http://www.ministerosalute.it/servizio/sezSis.jsp?label=elenchi>
13. Fabio Pammolli, Nicola C. Salerno - CERM 2010 “I numeri del federalismo in sanità: Benchmarking e Standard su profili di spesa per età”.
www.cermlab.it/.../WP_3_2010_finale_F_Pammolli_N_C_Salerno.pdf
14. Corrado Cuccurullo, Francesca Ferrè e Federico Lega, 2010 “I Piani di Rientro della spesa sanitaria: un’analisi comparativa”. CER GAS – Università Bocconi : Rapporto OASI 2010, L’aziendalizzazione della sanità in Italia
http://portale.unibocconi.it/wps/allegatiCTP/Indice_1.pdf
15. Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 177 del 9-11-2009
<http://www.regione.puglia.it/web/files/sanita/sanita.pdf>
16. "Disposizioni regolamentari ed attuative per l'applicazione dell'Art. 5 (Modifica ambiti territoriali delle AUSL) del Titolo II della Legge regionale 28 dicembre 2006, n. 39
<http://www.regione.puglia.it/index.php?anno=xxxviii&page=burp&opz=getfile&file=1.htm&num=52>
17. Documento di Indirizzo Economico Funzionale del Servizio Sanitario Regionale per l’anno 2010 e per il triennio 2010-2012
http://www.regione.puglia.it/web/files/sanita/DIEF_2010_e_20102012_Region_e_rev_17122010_FINALE_con_tabelle.pdf
18. Ministero della Salute, Progetto SiVeAS: Sistema di Valutazione della Performance della Sanita' Italiana. Regione Puglia 2007-2008
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1239_ulterioriallegati_ulterioreallegato_14_alleg.pdf
19. Lo stato di salute della Regione Puglia OER 2006
<http://www.oerpuglia.org/StatodiSalute>
20. Banca dati del Servizio sanitario nazionale. Regione Puglia 2006
<http://www.salute.gov.it/servizio/usldb/regusl.jsp?hname=hvalue®=160>