



**Documento di Indirizzo Economico – Funzionale
del Servizio Sanitario Regionale di Puglia
per l'anno 2010 e per il triennio 2010-2012**

*Assegnazione
alle Aziende Sanitarie Locali,
alle Aziende Ospedaliere,
agli Enti Ecclesiastici ed
agli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
di Puglia
dei limiti di remunerazione a valere
sul Fondo Sanitario Regionale anno 2010*

Dicembre 2010

Sommario

1. Premessa	5
2. Libera Scelta e Diritto alla Salute.....	6
3. Risorse a disposizione del SSR per l'anno 2010.....	7
4. Linee di indirizzo, vincoli ed obiettivi per l'anno 2010 e per il triennio 2010-2012	9
4.1. Priorità attuative strategiche e programmazione sanitaria regionale	9
4.2. Linee di azione prioritarie	10
4.3. Azioni, progetti e funzioni di rilevanza regionale finanziati per l'anno 2010	12
1) Colonia Hanseniana	12
2) Agenzia Regionale Sanitaria (Ares)	12
3) Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale (Arpa).....	12
4) Aziende Ospedaliere – Universitarie e Protocolli d'Intesa	13
5) Contratto di formazione specialistica	13
6) Medicina TrASFusionale – Lavorazione del plasma e produzione di farmaci plasmaderivati	13
7) Associazione Interregionale Trapianti (AIRT) – Coordinamento del Centro Interregionale	14
8) Residenze Socio Sanitarie Assistenziale (R.S.S.A.)	14
9) Distribuzione diretta dei farmaci PHT e Distribuzione farmaci depositi esterni	15
10) Azioni sinergiche in favore dell'IRCCS "Giovanni Paolo II" (Oncologico).....	15
11) Utilizzo fondi strutturali per la rete dei servizi territoriali	16
4.4. Obiettivi già assegnati ai Direttori Generali con gli atti di incarico	16
4.5. Obiettivi già assegnati ai Direttori Generali da norme e disposizioni precedenti.....	16
4.6. Obiettivi generali, specifici e azioni operative per l'anno 2010 e per il triennio 2010-2012	16
1) Riorganizzazione della rete ospedaliera	17
2) Mobilità interregionale	20
3) Mobilità internazionale.....	21
4) Processo di accreditamento al Servizio Sanitario	21
5) Riduzione della spesa per accordi contrattuali con le strutture private accreditate	22
6) Monitoraggio accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies del D.Lgs n.502/92	23
7) Razionalizzazione della spesa farmaceutica	23
8) Atti aziendali e revisione parametri identificazione strutture organizzative	25
9) Personale, dotazioni organiche, risorse contrattuali ed accordi integrativi.....	27
10) Razionalizzazione spesa acquisto prestazioni sanitarie aggiuntive (ex-art.54 e 55 CCNLL).....	30
11) Razionalizzazione spesa per consulenze ed incarichi sanitari e non sanitari	31
12) Attività Libero Professionale.....	31
13) Razionalizzazione spesa per missioni, rimborsi spese e noleggio autovetture	32
14) Razionalizzazione spese per convegni e sponsorizzazioni	33
15) Razionalizzazione di altre spese.....	33
16) Sistemi e servizi di prenotazione ed accesso alle prestazioni sanitarie (CUP).....	33
17) Riduzione dei tempi e delle liste di attesa	34
18) Sistema di Informazione e Comunicazione in Sanità (SICS).....	35
19) Razionalizzazione, qualificazione e riduzione della spesa per acquisto di beni e servizi.....	36
20) Miglioramento della logistica dei magazzini economici e farmaceutici	37
21) Interventi di Monitoraggio degli Acquisti e per la programmazione.....	38
22) Riorganizzazione Dipartimenti Territoriali.....	38
23) Interventi per l'appropriatezza dei ricoveri	41
24) Controllo cartelle cliniche	42
25) Potenziamento sistema di Monitoraggio Contabile	42
26) Attivazione delle procedure per perseguire la certificabilità dei bilanci	44
27) Sanità Elettronica e sviluppo delle ICT	44
28) Flussi informativi ed obblighi informativi	47

29) Potenziamento azioni di recupero e rivalse.....	49
30) Verifiche esenzioni compartecipazione spesa sanitaria (ticket).....	50
31) Produzione di plasma da inviare alla lavorazione industriale.....	50
32) Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	53
33) Assistenza distrettuale.....	55
34) Assistenza termale	60
35) Attività Ispettiva Sanitaria – NIR.....	61
36) Pubblicazione Telematica Atti Deliberativi e Dirigenziali	61
5. Progetti obiettivo ed interventi particolari finanziati per l'anno 2010.....	62
5.1. Accredитamento Organizzativo e Certificazione ISO 9001 Cardiologia.....	62
5.2. Attività di formazione in favore delle Aziende ed Enti del SSR	62
5.3. Attività Tavoli Tecnici.....	64
5.4. Banca del Cordone Ombelicale.....	64
5.5. Banca regionale del sangue congelato e del sangue raro	64
5.6. Campagna Informazione Prevenzione Malattie a Trasmissione Sessuale.....	65
5.7. Campagna Sicurezza ed Emergenza Soccorso in Mare	65
5.8. Centro Interregionale Trapianti - AIRT (AOU Policlinico) [DGR n.640/2009]	65
5.9. Convenzione Guardia di Finanza	66
5.10. Convenzione IMS Health - Monitoraggio spesa farmaceutica.....	66
5.11. Convenzione Università degli Studi e Regione Puglia	67
5.12. Coordinamento Regionale Malattie Rare	67
5.13. Dipartimento Scienze Biologiche - Centro di Medicina dei viaggi e dei viaggiatori.....	68
5.14. Finanziamento Organismo per la Formazione Sanitaria	68
5.15. Fondo Zootecnia e Sicurezza Alimentare.....	68
5.16. Piano Straordinario di Monitoraggio Controllo Diossina	69
5.17. Progetto "Centro Diurno Sperimentale"	69
5.18. Progetto "Diagnosi e gestione della patologia fetale"	69
5.19. Progetto "Emodialisi notturna" e "Dialisi peritoneale"	70
5.20. Progetto "PASSI"	70
5.21. Progetto "Prevenzione obesità in età pediatrica"	71
5.22. Progetto "Registri uremici"	72
5.23. Progetto "Sanità Elettronica"	72
5.24. Progetto "Scompenso Cardiaco Cronico"	72
5.25. Progetto "SEUSA - Promozione Donazione e Trapianto Organi"	73
5.26. Progetto "Trattamento disturbi neuropsichiatrici infanzia e adolescenza"	73
5.27. Progetto GIADA (Diagnosi Precoce e Cura Forme Abuso Infanzia).....	73
5.28. Progetto GIAVA Puglia	74
5.29. Progetto SESIT Puglia	74
5.30. Progetto "Telecardiologia"	74
5.31. Registro regionale Tumori Puglia (RTP).....	75
5.32. Sistema di Informazione e Comunicazione in Sanità (SICS)	75
5.33. Sostengo alla rete laboratoristica "Influnet"	76
5.34. Progetto "La casa della salute"	76
5.35. Progetto "Attivazione modelli assistenza integrata ai soggetti con malattia rara	76
5.36. Progetto "Potenziamento dell'Unità Spinale Unipolare" AOU Policlinico	77
5.37. Progetto "Riabilitazione e reinserimento sociale per persone dimesse dall'OPG"	77
5.38. Progetto "Il movimento come stile di vita" (Guadagnare salute).....	78
5.39. Testo Unico norme in materia di Sanità.....	79
5.40. Assistenza Domiciliare Integrata per pazienti Oncologici	79
5.41. Progetto "Osservatorio regionale dipendenze"	80
5.42. Progetto "Centralizzazione acquisto materiali d'uso dei Servizi Veterinari"	80
5.43. Progetto "Sistema informativo gestione contenzioso"	81

5.44.	Sorveglianza Sanitaria Post Esposizione Amianto.....	81
5.45.	Progetto “Potenziamento attività laboratori analisi ARPA”	81
5.46.	Progetto “Bilancio Sociale” (ASL BR).....	82
5.47.	Progetto “Rischio Clinico”	82
5.48.	Progetto “Start Up Centro Malattie Neurovegetative”	82
6.	Progetti obiettivo ed interventi particolari da finanziare per il triennio 2010 - 2012	82
7.	Riparto anno 2010.....	84
	F.S.R. Parte Economica	84
	Destinazioni specifiche anno 2010.....	85
	Importo non assegnato alle Aziende anno 2010.....	85
	Importo non erogato finanziariamente alle Aziende in attesa della variazione di bilancio regionale.....	86
	Tabella A – Quadro di riconciliazione economico e finanziario delle disponibilità finanziarie anno 2010.....	87
	Tabella B – Determinazione quota base pesata Aziende Sanitarie per Livelli di Assistenza	90
	Tabella C – Riepilogo Assegnazioni anno 2010 alle Aziende Sanitarie.....	91
	Tabella D – Tetti di remunerazione anno 2010 alle ASL, AOU, IRCCS pubblici e privati, Enti Ecclesiastici	92
	Tabella E – Risorse finanziarie assegnate alle Aziende Sanitarie per l’anno 2010	93
	Tabella F – Sbilancio Mobilità.....	94
	Tabella G – Dettaglio obiettivi di piano	95

1. Premessa

Il presente documento intende aggiornare gli obiettivi e gli indirizzi per il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale di Puglia già individuati e contenuti nel Documento di cui alla D.G.R. n.1442 del 4.8.2009 con quanto previsto, in particolare:

- dalla Legge 3 agosto 2009, n.102 di conversione del D.L. 1 luglio 2009, n. 78 recante “Provvedimenti anticrisi, nonché proroga di termini”;
- dal Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 recante “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”;
- dalla Intesa Stato – Regioni rep. n.243/CSR del 3 dicembre 2009 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2010 – 2012;
- dalla Legge 23 dicembre 2009, n. 191 recante “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2010)”;
- dalla Legge Regionale 31 dicembre 2009, n. 34 “Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2010 e bilancio pluriennale 2010 - 2012 della Regione Puglia”;
- dalla Legge Regionale 25 febbraio 2010, n. 4 “Norme urgenti in materia di sanità e servizi sociali”;
- dal Decreto Legge 31 maggio 2010, n.78 «Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica» convertito in con modificazioni dalla legge 30 luglio 2010, n.122;
- dal Decreto Legge 5 agosto 2010, n.125 (Gazzetta Ufficiale - serie generale - n. 182 del 6 agosto 2010) ad oggetto «Misure urgenti per il settore dei trasporti e disposizioni in materia finanziaria» convertito con modificazioni dalla legge 1 ottobre 2010, n.163;
- dalla Legge Regionale 24 settembre 2010, n.11 “Norme per la copertura delle perdite di esercizio degli enti del Servizio sanitario regionale (SSR)”;
- dalla Legge Regionale 24 settembre 2010, n.12 “Piano di rientro 2010-2012. Adempimenti”;
- dalla D.G.R. 30 novembre 2010, n.2624 “Accordo tra il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze e la Regione Puglia per l'approvazione del Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 Approvazione”.

2. Libera Scelta e Diritto alla Salute

La Regione Puglia con provvedimenti di programmazione ed indirizzo in materia di razionalizzazione, qualificazione e potenziamento dell'offerta sanitaria, di razionalizzazione dei costi e loro orientamento al potenziamento dei servizi ai cittadini, di revisione dei criteri per l'acquisto delle prestazioni dagli erogatori privati rivolti oggi alla qualità, al rispetto delle regole, al rispetto della trasparenza degli accordi ha, tra l'altro, definito un quadro di riferimento grazie al quale si intende progressivamente rendere trasparente, certo e confacente alle esigenze della popolazione pugliese l'accesso alle prestazioni sanitarie offerte dalle strutture pubbliche e da quelle private accreditate al Servizio Sanitario Regionale.

L'offerta delle prestazioni deve avvenire, però, all'interno dei limiti delle risorse finanziarie messe a disposizione dal Governo attraverso il riparto del Fondo Sanitario Nazionale.

Questo scenario sta determinando spesso la rivendicazione del diritto alla libera scelta del cittadino nell'accesso alle prestazioni sanitarie collegato al diritto generale alla salute.

Va ricordato, a questo proposito, che già con DGR n.1392/2001 (DIEF anno 2001) nell'ambito della programmazione annuale in materia sanitaria la Regione Puglia ha chiarito che "il diritto alla salute, di cui all'Art.32 della Costituzione, è tutelato non incondizionatamente ma compatibilmente con altre esigenze, prima fra tutte quella relativa alla disponibilità dei mezzi finanziari (Art.81 della Costituzione) come peraltro ripetutamente sentenziato dalla Corte Costituzionale, sicché, proprio per tutelare il primo, giusta DGR 1003/99, è necessario comporre, in un equilibrato rapporto tra strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, il diritto alla libera scelta del Cittadino."

Su tale argomento si è registrato un orientamento costante da parte della Corte Costituzionale: es. Sentenza 24.7.1995 n.416 che, per estratto, recita: *"... come ha avuto occasione di sottolineare questa Corte (sentenza n.356 del 1992), in presenza di limitatezza delle risorse e riduzione delle disponibilità finanziarie accompagnata da esigenze di risanamento del bilancio ... non è pensabile di poter spendere senza limite, avuto riguardo soltanto ai bisogni quale ne sia la gravità e l'urgenza; è viceversa la spesa a dover essere commisurata alle effettive disponibilità finanziarie, le quali condizionano la quantità ed il livello delle prestazioni sanitarie, da determinarsi previa valutazione delle priorità e compatibilità e tenuto ovviamente conto delle fondamentali esigenze connesse alla tutela del diritto alla salute, certamente non compromesse con le misure ora in esame."*

E', quindi, precisato anche secondo un ormai consolidato indirizzo giurisprudenziale, che:

- non esiste un diritto incondizionato alla libera scelta del medico o della struttura sanitaria, potendosi esercitare tale scelta esclusivamente nei limiti oggettivi dell'organizzazione dei servizi sanitari e nei limiti delle risorse a disposizione del Servizio Sanitario Regionale;
- nell'ambito di detta organizzazione, le strutture ed i soggetti privati accreditati possono erogare le prestazioni nell'ambito dei tetti stabili annualmente e solo previa sottoscrizione degli accordi contrattuali;
- le strutture pubbliche devono erogare le prestazioni correlate al fabbisogno nel rispetto degli obiettivi regionali.

In relazione al diritto alla libera scelta da esercitarsi nei limiti delle risorse a disposizione del SSR e considerato che la Regione utilizza tali risorse per l'organizzazione dei servizi necessari per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) nell'ambito delle strutture pubbliche e private accreditate presenti sul territorio regionale, le prestazioni esigibili dai cittadini pugliesi presso le strutture sanitarie di altre regioni italiane devono rientrare nella programmazione regionale del fabbisogno.

3. Risorse a disposizione del SSR per l'anno 2010

Con l'Intesa Stato - Regioni prot. 12/CSR del 29.04.2010 è stata approvata la proposta del Ministro della salute di ripartizione delle disponibilità finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale per l'anno 2010.

Con l'Intesa Stato - Regioni prot. 111/CU del 28.10.2010 è stata approvata la proposta del Ministero della salute di deliberazione CIPE concernente il riparto per l'anno 2010 delle risorse finanziarie trasferite nelle disponibilità del Servizio sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 6 del DPCM 10 aprile 2008, ai fini dell'esercizio delle funzioni sanitarie afferenti alla medicina penitenziaria che prevede il riparto alle Regioni della somma di 167,80 milioni di euro.

Va posto in evidenza che il riparto di cui alle Intese sopra richiamate non tiene ancora conto dei saldi di mobilità sanitaria internazionale, ancorché l'articolo 18, comma 7 del decreto legislativo 50211/992 e successive modificazioni ed integrazioni, come da ultimo ribadito dall'articolo 1, comma 796, lettera d), numero 7, della legge 296/2006 (legge finanziaria per il 2007), preveda che *"sono autorizzate a carico di somme a qualsiasi titolo spettanti, le compensazioni degli importi a credito e a debito di ciascuna regione e provincia autonoma, connessi alla mobilità sanitaria interregionale di cui all'articolo 12, comma 3, lettera b), del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni nonché alla mobilità sanitaria internazionale di cui all'articolo 18, comma 7, dello stesso decreto legislativo n. 502 del 1992. I predetti importi sono definiti dal Ministero della salute di intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano"*; ciò in quanto sono ancora in corso di definizione i lavori del tavolo ristretto interistituzionale (Stato-Regioni) per l'individuazione sia dei saldi di mobilità sanitaria internazionale sia delle procedure da adottare per i relativi conguagli. All'effettiva imputazione degli importi a debito e a credito si provvederà, pertanto, in sede di apposito riparto da formalizzare in una fase successiva.

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, peraltro senza includere le quote per I.Z.S. e per la Medicina Penitenziaria.

Tenuto conto delle Intese Stato – Regioni riferite alle somme di riparto del Fondo Sanitario Nazionale, il presente Documento di Indirizzo Economico – Funzionale considera, pertanto, per l'anno 2010 l'autorizzazione alla elaborazione dei bilanci tenendo conto dei limiti temporaneamente previsti in bilancio, con riserva di adeguarli successivamente.

Con il presente provvedimento si procede, pertanto, alla ripartizione finanziaria della somma effettivamente prevista quale riparto del Fondo Sanitario Nazionale destinato alla Regione Puglia per l'esercizio anno 2010 e pari complessivamente ad Euro 6.602.689.957,00, previo aggiornamento degli obiettivi affidati ai Direttori Generali, di interventi specifici in settori strategici nonché criteri e limiti di remunerazione degli erogatori di prestazioni sanitarie che costituiscono nel loro insieme indirizzi economico funzionali alle Aziende Sanitarie ed agli Enti del Servizio Sanitario Regionale di Puglia.

Questo Documento di indirizzo Economico – Funzionale del Servizio Sanitario Regionale di Puglia per l'anno 2010 è elaborato mentre sono ancora in via di definizione elementi fondamentali di programmazione sanitaria tra cui: la definizione dei nuovi livelli essenziali di assistenza, la definizione delle tariffe massime nazionali per le prestazioni sanitarie ed i nuovi parametri di riferimento per l'individuazione delle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza per le quali effettuare i controlli sulle cartelle cliniche.

Il presente Documento insieme ai collegati provvedimenti relativi agli accordi contrattuali costituiscono, quindi, nel loro insieme indirizzi Economico Funzionali vincolanti per le Aziende Sanitarie ed Istituti del Servizio Sanitario Regionale della Regione Puglia per l'esercizio 2010 con particolare riferimento agli adempimenti ed azioni da porre in essere per il Piano di Rientro della Regione Puglia 2010-2012.

A tal fine, il presente Documento di Indirizzo Economico – Funzionale del Servizio Sanitario Regionale contiene altresì gli elementi di programmazione, indirizzo e coordinamento valevoli per il triennio 2010-2012 vincolanti per le Aziende Sanitarie ed Istituti del Servizio Sanitario Regionale della Regione Puglia con particolare riferimento agli adempimenti ed azioni da porre in essere per il Piano di Rientro della Regione Puglia 2010-2012.

4. Linee di indirizzo, vincoli ed obiettivi per l'anno 2010 e per il triennio 2010-2012

4.1. *Priorità attuative strategiche e programmazione sanitaria regionale*

In coerenza con il Piano Regionale di Salute 2008-2010, con il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2010-2012, con il Programma Operativo FESR 2007-2013 nonché con quanto previsto dalle norme in materia di finanza pubblica e di contenimento dei costi nonché con gli interventi specifici previsti dal "Piano di rientro e di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2010-2012", nell'anno 2010 e nel triennio 2010-2012 dovranno essere sviluppate le seguenti linee strategiche di impegno:

- a) attuazione degli interventi previsti dal Piano di rientro ed in particolare dall'allegato operativo con rispetto dei termini temporali ivi indicati per il raggiungimento degli obiettivi economico-funzionali stabiliti e concordati con il Governo centrale;
- b) contenimento e razionalizzazione della spesa corrente al fine di indirizzare le risorse disponibili verso gli obiettivi definiti con il presente provvedimento mediante interventi sulla organizzazione delle Aziende ed Istituti, sull'impiego delle risorse umane, sulla razionalizzazione degli acquisti, sulla gestione economico – patrimoniale, sull'utilizzo delle tecnologie ICT per il miglioramento organizzativo, l'efficienza e l'efficacia delle attività e delle prestazioni e per il contenimento dei costi;
- c) sviluppo dell'assistenza territoriale sanitaria e sociosanitaria, con particolare riferimento al potenziamento della rete consultoriale e delle Case della Salute, alla realizzazione e alla funzionalizzazione delle strutture ambulatoriali, all'incremento dell'offerta di posti/utente per le strutture e i servizi connessi ai LEA sociosanitari di cui all'Allegato 1C del DM 20.11.2001, così come declinati dal Piano Regionale di Salute, e nel rispetto delle quote di compartecipazione sanitaria;
- d) potenziamento della rete delle cure domiciliari sanitarie, sociosanitarie ed integrate a supporto della riduzione della ospedalizzazione e della istituzionalizzazione di pazienti affetti da patologie croniche e in condizioni di grave e persistente non autosufficienza; sviluppo di progetti tesi a mantenere/migliorare le condizioni di salute delle popolazione, con particolare riferimento alla popolazione anziana, anche mediante lo sviluppo delle forme mature di associazionismo medico;
- e) potenziamento dei programmi di prevenzione e di screening nel rispetto dei limiti temporali previsti;
- f) miglioramento dell'accessibilità dei cittadini alle cure ed alle prestazioni, con l'implementazione della rete dei servizi di accesso e valutazione multidimensionale (P.U.A. e UVM);
- g) qualità, appropriatezza ed adeguatezza delle prestazioni;
- h) organizzazione del sistema di accettazione, urgenza e dell'emergenza urgenza regionale;
- i) sviluppo di progetti specifici volti alla qualificazione della rete di assistenza;
- j) potenziamento dei sistemi e degli strumenti di conoscenza e di accesso al sistema sanitario regionale, di informazione e comunicazione nonché di partecipazione attiva dei cittadini;
- k) investimenti in strutture, tecnologie e servizi sanitari e servizi sanitari territoriali coerenti con gli obiettivi di riordino della rete ospedaliera e di potenziamento dell'offerta sanitaria extraospedaliera negli stessi territori interessati.

L'attuazione di questi importanti obiettivi richiede necessariamente il potenziamento e la qualificazione dell'azione di governo da parte delle Aziende Sanitarie, quale terminale sul territorio delle politiche sanitarie della Regione.

Il raggiungimento degli obiettivi definiti con il presente Documento rientrano nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento alle linee strategiche rivolte alla efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi sanitari.

Gli obiettivi qui indicati rappresentano, pertanto, integrazione ed aggiornamento agli obiettivi già determinati con l'atto di incarico e, pertanto, vanno considerati ai sensi dell'art.3 bis del D.Lgs n.502/92 oggetto per la valutazione dei Direttori delle Aziende Sanitarie sia ai fini della conferma o meno nell'incarico.

Ai sensi di quanto previsto dall'art. 3 del D.Lgs n.502/92, (*comma 1-quater*) il direttore generale è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario i quali (*comma 1-quinquies*) partecipano, unitamente al direttore generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'azienda, ed assumono diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni della direzione generale.

E', quindi, del tutto evidente che gli obiettivi di cui al presente Documento rappresentano base per la valutazione dell'operato delle Direzioni Amministrative e Sanitarie delle Aziende Sanitarie e base per la definizione degli obiettivi ai Dirigenti delle articolazioni organizzative delle medesime ed alla dirigenza delle professioni tecnico - sanitarie.

4.2. Linee di azione prioritarie

Tra le linee di azione innovative e prioritarie già definite dalla programmazione nazionale e regionale sanitaria, si rende indispensabile definire linee di azione prioritarie da porre in essere per l'anno 2010 e per il triennio 2010-2012 da parte di tutte le Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale correlate agli obiettivi già definiti nonché agli obiettivi previsti dal presente Documento:

1. riduzione della spesa corrente e dei costi di produzione dei servizi secondo quanto previsto dal Piano di rientro e dalle altre disposizioni regionali;
2. riorganizzazione della rete dell'offerta sanitaria secondo quanto previsto dal Piano di rientro e dalle altre disposizioni regionali;
3. potenziamento della rete dei servizi territoriali e integrazione dell'offerta ospedale – territorio, attraverso lo studio puntuale dei percorsi per patologie ad alta prevalenza, con il coinvolgimento delle strutture e degli attori e attraverso la programmazione delle risorse da assegnare a ciascun distretto per garantire l'assistenza sociosanitaria a carattere semiresidenziale e residenziale, così come prevista dai LEA sociosanitari e declinata con il Piano Regionale di Salute (l.r. n. 28/2003) e nel rispetto degli obiettivi di servizio già fissati negli atti di programmazione regionale;
4. attivare un livello intermedio tra l'acuzie e la dimissione (processi ospedalieri di continuità ecc.);
5. promuovere la salute e sani stili di vita della popolazione;
6. potenziare l'assistenza a domicilio, con particolare riferimento agli anziani e a disabili gravemente non autosufficienti, con la finalità di utilizzare in modo sempre più appropriato ed efficiente i reparti per acuti;
7. sviluppo di nuove modalità di assistenza domiciliare per pazienti terminali con la necessità di ricevere delle cure palliative e per pazienti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica ed in stato vegetativo persistente;
8. assistenza a domicilio di pazienti affetti da patologie croniche e monitoraggio dei parametri clinici e della patologia stessa, al fine di prevenire una riacutizzazione, attraverso la telemedicina e gli strumenti informatici;

9. consolidamento e messa a regime in ciascuna ASL delle Porte Uniche di Accesso distrettuali e delle Unità di Valutazione Multidimensionali, in collaborazione con gli Ambiti Territoriali sociali, previa definizione di specifici accordi di programma in sede di approvazione dei Piani Sociali di Zona 2009-2011;
10. promozione e potenziamento dei sistemi e delle azioni di verifica, monitoraggio e controllo delle prestazioni sanitarie (ricoveri, specialistica ambulatoriale e farmaceutica) da attuarsi mediante le UVAR/UVARP aziendali secondo le linee – guida approvate dalla Regione e secondo gli indirizzi e le linee operative approvate dal Coordinamento regionale UVAR;
11. promozione e potenziamento dei sistemi e delle azioni per il controllo dei fenomeni distorsivi e degli illeciti compiuti a danno del Servizio Sanitario Regionale;
12. un maggiore equilibrio della spesa sanitaria viene confermato come uno dei punti fondamentali del sistema sanitario nazionale pugliese da conseguirsi con un migliore controllo della spesa farmaceutica da realizzarsi anche con uno specifico piano regionale elaborato dall'Ares Puglia;
13. il miglioramento dell'efficienza nella gestione dei pagamenti ai fornitori e dei relativi tempi;
14. la conclusione del processo di stabilizzazione del personale;
15. l'ottimizzazione degli acquisti e la riduzione dei costi tramite le Unioni di Acquisto, il potenziamento dell'Osservatorio regionale Prezzi, Tecnologie, Dispositivi e Investimenti, la realizzazione di acquisti centralizzati mediante la piattaforma EmPulia e le ulteriori azioni previste dagli artt. 31 e 54 della legge regionale n.4/2010;
16. il completamento delle procedure di gara al fine di superare la fase di incertezza contrattuale soprattutto collegata a servizi esternalizzati;
17. potenziamento ed adeguamento dei sistemi e dei servizi di accesso alle prestazioni sanitarie e di monitoraggio dell'assistenza secondo quanto previsto dalle DD.GG.RR. n.854/2010 e n.2268/2010;
18. miglioramento significativo dei tempi e delle liste di attesa in coerenza con il nuovo Piano Nazionale di Governo dei Tempi di Attesa e delle linee guida regionali per la realizzazione, organizzazione e funzionamento dei servizi e dei sistemi di prenotazione ed accesso alle prestazioni sanitarie secondo quanto previsto dalle DD.GG.RR. n.854/2010 e n.2268/2010.

Dovranno, altresì, proseguire e completarsi le azioni già avviate e relative a:

- I) sviluppo della comunicazione ed informazione sanitaria;
- II) valorizzazione del personale;
- III) formazione del personale;
- IV) miglioramento dei modelli organizzativi;
- V) attuazione del modello di Sanità Elettronica, sviluppo ed evoluzione del nuovo sistema informativo sanitario (Edotto) e delle altre iniziative regionali di Sanità Elettronica (SIST, Portale regionale della Salute, N118, Telecardiologia, e-Cup Puglia, Sesit, Screening, Giava Puglia, ecc...);
- VI) evoluzione del modello di interazione con i cittadini attraverso il potenziamento dei servizi e sistemi di Call Center informativi e prenotativi;
- VII) incremento degli interventi in materia di sicurezza alimentare;
- VIII) attuazione dei piani straordinari di monitoraggio sanitario e veterinario nei territori maggiormente esposti a rischi di inquinamento ambientale;
- IX) revisione e maggior monitoraggio dell'attività di prevenzione;
- X) semplificazione, sia per l'accesso alle cure che per gli aspetti più strettamente amministrativi, in maniera da facilitare il rapporto con i cittadini e le imprese;

- XI) rilancio delle reti di patologia;
- XII) ammodernamento della rete ospedaliera, sia in senso strutturale che in senso tecnologico;
- XIII) attuazione del Patto per la Salute e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro e dei corrispondenti piani attuativi regionali;
- XIV) rilancio delle politiche regionali per la tutela della salute mentale per il contrasto alle dipendenze patologiche;
- XV) risk management e sistemi di qualità.

4.3. Azioni, progetti e funzioni di rilevanza regionale finanziati per l'anno 2010

Nell'ambito dei livelli di assistenza attualmente definiti e delle relative attività e servizi finalizzati a garantirli sono individuati i seguenti settori di intervento e progetti di particolare rilievo per l'intero Sistema Sanitario regionale e le relative risorse destinate per l'anno 2010.

Senza richiamare in questa sede i progetti già approvati e/o la destinazione di somme già contemplate da precedenti e specifici provvedimenti, si ritiene opportuno richiamare la finalizzazione delle risorse prevista per i seguenti interventi o ambiti per i quali i Servizi competenti dell'Assessorato alle Politiche della Salute sono autorizzati a provvedere di conseguenza con propri atti dirigenziali:

1) Colonia Hanseniana

Per l'anno 2010 la remunerazione delle prestazioni di riabilitazione degli hanseniani effettuata dall'Ente Ecclesiastico "Miulli" di Acquaviva delle Fonti è ammessa fino alla concorrenza dell'80% dell'ammontare stabilito per l'anno 2009. La liquidazione avviene solo dietro presentazione, asseverata dall'Azienda Sanitaria Locale di Bari che è responsabile dei controlli e delle verifiche di legge, di idonea rendicontazione. Per l'anno 2010 l'erogazione avverrà solo previa definizione della rendicontazione delle prestazioni erogate a tutto il 31.12.2009, verificate e validate dalla competente ASL BA.

Limitatamente ai costi sostenuti a favore di pazienti residenti in altre regioni, considerata la specificità dell'attività assistenziale da garantire, la tariffa giornaliera da addebitare in mobilità interregionale è quella prevista dalla Deliberazione di G.R. n. 1326/03.

Il Servizio competente dell'Assessorato alle Politiche della Salute è autorizzato a procedere agli addebiti alle altre regioni.

2) Agenzia Regionale Sanitaria (Ares)

Per l'esercizio 2010 è destinato l'importo di € 3.500.000,00 per lo svolgimento dei compiti previsti dalla Legge Regionale n.24/2001 nonché delle ulteriori specifiche attività e progetti affidati con successivi provvedimenti della Giunta Regionale e finalizzati al potenziamento delle attività di supporto tecnico – amministrativo per la programmazione sanitaria regionale, per il controllo di gestione e per il conseguente monitoraggio dell'equilibrio economico del Servizio sanitario regionale (S.S.R.), per la valutazione comparativa dei costi e della qualità dei servizi sanitari. Il finanziamento di cui innanzi non contempla eventuali funzioni svolte dall'Ares e finanziate con specifici finanziamenti finalizzati (screening, attività di comunicazione, prevenzione, ecc..).

3) Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale (Arpa)

Per l'esercizio 2010 è stato previsto con Legge Regionale n.34/2009 (Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2010 e pluriennale 2011-2012) la conferma di € 14.500.000,00 quale finanziamento annuale, di cui cap.721070, destinato all'Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale di Puglia.

4) Aziende Ospedaliero – Universitarie e Protocolli d’Intesa

Per il sostegno delle finalità previste dai vigenti protocolli d’intesa tra la Regione Puglia e le Università di Bari e di Foggia, in attuazione dell’art.1 del D.Lgs.n.517/1999, in particolare per quanto concerne la disciplina dell’integrazione tra attività didattiche, scientifiche ed assistenziali, delle Facoltà di Medicina e Chirurgia, la Regione corrisponderà, direttamente alle Aziende Ospedaliero Universitarie del “Policlinico” di Bari e degli “Ospedali Riuniti” di Foggia, rispettivamente una integrazione pari all’8% della valorizzazione annua dell’attività assistenziale complessiva, una volta che la valorizzazione stessa sia stata decurtata del risparmio corrispondente alla maggiore spesa di personale che avrebbe dovuto sostenere l’Azienda per produrre la stessa attività in carenza dell’apporto della componente universitaria.

Le risorse che la Regione attribuisce alle Aziende OO.UU. per sostenere i maggiori costi sono evidenziate negli atti di bilancio aziendale; nei medesimi atti sono altresì evidenziate le risorse messe a disposizione dall’Università in termini di personale, attrezzature ed immobilizzazioni.

- Azienda Ospedaliero - Universitaria “Policlinico” di Bari € 20.888.705,99
- Azienda Ospedaliero - Universitaria “Ospedali Riuniti” di Foggia € 12.111.294,01

La spesa riveniente dal predetto computo, pari ad € 33.000.000,00 troverà disponibilità sul capitolo 721070 (U.P.B. 5.6.1) del bilancio di previsione 2010 “Aziende ospedaliero-universitarie e protocolli d’intesa Regione/Università”.

5) Contratto di formazione specialistica

In attuazione dell’art. 35 del D.Lgs. 17.08.1999, n.368, comma 1, la Regione delibera di finanziare, per ogni anno accademico, sulla base delle disponibilità di bilancio e del fabbisogno regionale di formazione specialistica dei medici, un determinato numero di contratti di formazione specialistica, aggiuntivi rispetto a quelli finanziati dallo Stato, per la formazione di medici specialisti ammessi in soprannumero alle Scuole di Specializzazione dell’Università degli Studi di Bari e di Foggia.

La spesa relativa ai contratti, già deliberati in favore delle Università degli Studi di Bari e di Foggia, negli anni accademici scorsi, a partire rispettivamente, dal 2005-2006 e dal 2004-2005 per un numero complessivo di 69 (sessantanove) contratti, è quantificata in € 1.800.000,00.

Per quanto sopra, la spesa complessiva prevista quantificata in € 3.000.000,00, comprensiva dell’eventuale assegnazione di nuovi contratti aggiuntivi, a finanziamento regionale, per le Università di Bari e di Foggia, per l’anno accademico 2009-2010, troverà copertura, sul capitolo 721060 (U.P.B. 5.6.1) “Contratti di formazione a finanziamento regionale per medici specializzandi alle Università di Bari e di Foggia art. 35 D.Lgs. 17.08.1999, n. 368”, del bilancio di previsione 2010.

6) Medicina Trasfusionale – Lavorazione del plasma e produzione di farmaci plasmaderivati

Per l’esercizio 2010, tenendo conto dell’adeguamento all’indice ISTAT dei prezzi al consumo nel periodo gennaio dicembre 2009 (cfr. Gazzetta Ufficiale. 22 del 28.01.2010), si propone di destinare l’importo di € 4.189.480,00 per la lavorazione del plasma e la produzione di farmaci plasmaderivati nei termini previsti dalla Deliberazione di G.R. n. 275 del 19 marzo 2002 ed in funzione degli adempimenti rinveniente dalla deliberazione di Giunta Regionale n. 829/06 circa l’estensione della validazione di tutte le unità di sangue e di emocomponenti con tecnica NAT, già stabilita con D.G.R. n. 1607/01, al triplo screening virale HBV DNA, HCV RNA ed HIV RNA.

La movimentazione dei plasmaderivati deve avvenire a titolo gratuito ai sensi della Deliberazione di G.R. n. 598 del 03/03/2010. Ogni Azienda sanitaria matura un credito in termini di farmaci plasmaderivati sulla base dell’indice di produzione plasma (IPP).

L’indice IPP dà la misura della singola Azienda sanitaria rispetto alla produzione regionale di plasma e rappresenta l’indice di accesso preliminare alla disponibilità de plasmaderivati.

L'operatività di tale funzione, in continuità con quanto previsto dalla Deliberazione di G.R. n. 1326/03, è assegnata all'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico che, a tal fine, giusta atto del Direttore Generale n. 65 del 13 Gennaio 2005, ha sottoscritto apposita convenzione con la ditta Kedrion, prorogata ex legge 21/10/2005 n. 219, art. 27, comma 3 e s. m..

Il servizio PAOS è autorizzato al prelievo dal cap. 741090 del bilancio 2010 dell'importo di cui sopra da liquidare a favore dell'Azienda Ospedaliera "Policlinico" di Bari.

7) Associazione Interregionale Trapianti (AIRT) – Coordinamento del Centro Interregionale

La Regione Puglia in forza dell'art. 10 della legge n. 91 del 1 aprile 1999, allo scopo di favorire lo sviluppo e la qualificazione delle attività di prelievo e di trapianto di organi e tessuti, ha sottoscritto, nel 2001, un accordo con le Regioni Emilia Romagna, Piemonte, Toscana, Valle d'Aosta e la Provincia Autonoma di Bolzano (cfr. deliberazione G.R. n.1865/2001) concordando di avvalersi della collaborazione tecnico-scientifica dell'Associazione Interregionale Trapianti (AIRT).

Il Coordinamento interregionale è assicurato, a rotazione triennale, da uno dei Centri Regionali Trapianti, ferma restando la rispettiva autonomia organizzativa nell'ambito del territorio regionale. Per il triennio 1 gennaio 2010 – 31 dicembre 2012, detto coordinamento spetta alla Regione Puglia. Di tanto, la Giunta regionale ha preso atto con deliberazione G. R. n. 640 del 21 aprile 2009 disponendo che le relative attività di coordinamento siano svolte dal Centro Regionale Trapianti Puglia con sede presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Policlinico" di Bari.

La Giunta regionale, conseguentemente, con deliberazione n. 640 del 21 aprile 2009, confermato l'accordo sottoscritto nel 2001, ha assunto il Coordinamento Interregionale stabilendo che le relative attività siano svolte dal Centro Regionale Trapianti Puglia con sede presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Policlinico" di Bari.

A fronte di tanto, al fine di sostenere l'ottimale funzionamento del Centro, si rende opportuno assegnare alla predetta Azienda Ospedaliero-Universitaria "Policlinico" di Bari un finanziamento di € 150.000,00.

Il Servizio PAOS è autorizzato al prelievo della suddetta somma dal capitolo 741090 del bilancio 2010.

8) Residenze Socio Sanitarie Assistenziale (R.S.S.A.)

Con deliberazione n. 279/2010 la Giunta regionale, in ottemperanza dell'art. 32 del Regolamento regionale n. 4/07 e per effetto delle Ordinanze n.264, n.265 e n.266 del 4/12/2009 del TAR Puglia – per l'esecuzione delle Sentenze n.822, n.819 e n.821 del 3/4/2009, avverso il silenzio – inadempimento opposto dalla Regione Puglia all'atto stragiudiziale di diffida e messa in mora volto alla conclusione del procedimento di determinazione delle tariffe spettanti alle Residenze Socio Sanitarie per Anziani – ha approvato le tariffe di riferimento regionale per i servizi residenziali per gli anziani.

In particolare, per le Residenze Socio Sanitarie Assistenziali di cui all'art. 66 del predetto Regolamento regionale, la tariffa è stata fissata in € 92,90 con una riduzione massima di riferimento di almeno il 10% per le strutture con due moduli abitativi ed organizzativi e di almeno il 15% per strutture con tre o più moduli.

Con la medesima deliberazione, la Giunta regionale ha stabilito che la quota sanitaria a carico del Servizio Sanitario Regionale, pari al 50% della retta praticata (cfr. art. 11, legge omnibus n. 4/2010), è applicabile solo per le strutture in possesso dell'autorizzazione definitiva e di tutti i requisiti strutturali e organizzativi di cui al R. R. n. 4/07 e che siano dotate di carta dei servizi.

L'applicazione della tariffa massima di riferimento regionale per i posti letto di RSSA oggetto di convenzione, ovvero di accordo contrattuale con la ASL di riferimento, la quota sanitaria, pari al 50% della retta praticata, sarà applicabile solo successivamente alla approvazione del presente DIEF 2010.

A fronte di tanto, da rilevare che, per l'anno 2010, in virtù dei criteri di applicazione delle tariffe di cui alla D.G.R. n. 279/2010, e della data di approvazione del presente DUEF, non si richiede una maggiore spesa per la copertura finanziaria della quota sanitaria, cui si può far fronte con la dotazione del capitolo 741012 del bilancio regionale pari ad € 33.077.840,00.

Alla luce della trasformazione delle convenzioni in accordi contrattuali disposta dall'art. 10 della L.R. n.4/2010 e al fine di una contestuale riduzione delle procedure burocratiche, i fondi regionali per l'assegnazione della quota di spesa sanitaria di cui all'art. 4, comma 2, lett. B) della L. R. n. 20/95, saranno globalmente assegnati alle Aziende Sanitarie Locali in rate trimestrali nella misura dell'80% della somma corrispondente al totale dei posti letto derivanti dagli accordi contrattuali sottoscritti con le RSSA. Al saldo si provvederà entro il primo trimestre dell'anno successivo sulla base di un'analitica rendicontazione certificata dai Direttori generali delle Aziende Sanitarie Locali ed elaborata sulla scorta delle fatture mensili emesse dalle strutture interessate.

9) Distribuzione diretta dei farmaci PHT e Distribuzione farmaci depositi esterni

Come previsto dai Documenti di Indirizzo relativi agli esercizi precedenti l'ASL BA è incaricata quale ASL capofila per l'attuazione della distribuzione diretta dei farmaci inclusi nel PHT da effettuarsi da parte del Sistema distributivo territoriale per conto del sistema sanitario.

Quanto innanzi fino all'avvenuta attivazione della struttura centralizzata regionale presso l'ARES Puglia che sostituirà e subentrerà all'ASL BA nella gestione del sistema di distribuzione diretta dei farmaci inclusi nel PHT.

Si conferma, pertanto, l'autorizzazione all'ASL BA a procedere agli acquisti per l'intero sistema regionale sostenendone l'onere finanziario fino all'effettivo subentro in tale funzione da parte dell'Ares Puglia.

A tale proposito, è destinata per l'anno 2010:

- a) la somma di € 125.000.000,00 per l'acquisto dei farmaci da erogare tramite farmacie convenzionate come da accordo;
- b) la somma di € 4.500.000,00 per assicurare il servizio di distribuzione dei farmaci presso i depositi esterni e per i costi di gestione.

Gli oneri relativi alla corresponsione di quanto previsto dall'accordo Federfarma - Regione Puglia per il servizio di dispensazione dei farmaci inclusi nell'elenco di cui all'accordo PHT sono a carico delle Aziende Sanitarie Locali territorialmente competenti.

Il competente Servizio è autorizzato al prelievo delle somme da destinare al funzionamento del PHT.

Il Direttore Generale dell'Ares Puglia ed il Direttore Generale ASL BA sono autorizzati ad assumere i necessari provvedimenti volti ad assicurare il subentro dell'Ares nella gestione del PHT e la sua corretta e puntuale gestione.

10) Azioni sinergiche in favore dell'IRCCS "Giovanni Paolo II" (Oncologico)

In relazione all'attività dell'Istituto "Giovanni Paolo II", considerati i vincoli di finanza pubblica e gli impegni assunti dalla Regione Puglia con la sottoscrizione del Piano di Rientro, con particolare riferimento alle procedure di reclutamento del personale e attesa l'esigenza più volte manifestata dalla Direzione strategica dell'IRCCS "Giovanni Paolo II" (Oncologico) di acquisire nuove professionalità e competenza al fine di consentire all'Istituto, trasferitosi presso la nuova sede, di diventare punto di riferimento regionale e nazionale per il trattamento delle malattie oncologiche, l'AOU "Policlinico", l'ASL BA e l'IRCCS "Oncologico" sono impegnate a porre in essere azioni comuni e combinate tese a realizzare, attraverso convenzioni e accordi stipulati anche con riferimento alla D.Lsg n.165/2001 e s.m.i., adeguate sinergie tra l'elevata qualificazione del personale delle rispettive Aziende e l'elevato livello tecnologico e strutturale dell'IRCCS.

11) Utilizzo fondi strutturali per la rete dei servizi territoriali

Il Piano di Rientro 2010-2012 nel definire gli obiettivi di razionalizzazione dei costi da realizzarsi anche attraverso la rivisitazione della rete di offerta sanitaria, pone risalto sull'obiettivo strategico rappresentato dal reale potenziamento e qualificazione della rete dei servizi territoriali.

A tal fine, diviene fondamentale l'obiettivo posto in capo ai Direttori generali delle Aziende Sanitarie ed Enti del Servizio Sanitario Regionale costituito dalla piena utilizzazione dei fondi strutturali messi a disposizione della Puglia e da essa alle singole realtà per realizzare la rete dei servizi territoriali.

A questo proposito l'obiettivo deve essere conseguito da ciascuna Azienda ed Ente impegnando tutta la dirigenza aziendale affinché le risorse di cui alle norme qui di seguito richiamate siano pienamente, correttamente, tempestivamente ed efficacemente utilizzate:

- art. 20 della legge n.67/1988;
- legge n.135/1990;
- legge regionale n.34/1996;
- art. 71 della legge n.448/1998;
- art. 28 della legge n.488/1999;
- D.L. n.450/1998 convertito in legge n.39/1999;
- legge finanziaria nazionale per l'anno 2000;
- art.1 del D.Lgs. n.254/2000;
- legge finanziaria nazionale per l'anno 2001;
- DM 8 giugno 2001;
- DM 28 dicembre 2001;
- legge n.296/2006 (legge finanziaria 2007) (articolo 1, comma 796, lettera n);
- legge n.120/2007;
- fondi comunitari (Fesr, POI, altri accordi).

4.4. Obiettivi già assegnati ai Direttori Generali con gli atti di incarico

Sono obiettivi vincolanti per l'azione dei Direttori delle Aziende Sanitarie ed Istituti pubblici del SSR quelli definiti, ai sensi dell'art. 3 bis del D.Lgs n.502/92, ed indicati negli atti di incarico da parte della Giunta Regionale.

Tali obiettivi si devono intendere qui espressamente richiamati.

4.5. Obiettivi già assegnati ai Direttori Generali da norme e disposizioni precedenti

Sono obiettivi per l'azione dei Direttori delle Aziende Sanitarie ed Istituti pubblici del SSR quelli previsti da pregresse disposizioni regionali e che si ritiene di confermare anche per l'anno 2010 e per il triennio 2010-2012 con i dovuti aggiornamenti temporali e con le modifiche operate dalla programmazione sanitaria (PRS 2008-2010, Piano di Rientro, ecc..) nonché dagli altri provvedimenti settoriali approvati dalla Giunta Regionale e che qui si devono intendere tutti espressamente richiamati.

4.6. Obiettivi generali, specifici e azioni operative per l'anno 2010 e per il triennio 2010-2012

Gli obiettivi già individuati ed assegnati per l'anno 2009 sono modificati ed integrati per l'anno 2010 e per il triennio 2010-2012 con i seguenti obiettivi prioritari e strategici ivi compresi gli obiettivi finalizzati alla realizzazione degli indicatori adottati dal tavolo di verifica della assicurazione dei livelli essenziali di assistenza (ex art. 9 intesa Stato-Regioni 23.3.05) nonché previsti nei programmi di realizzazione degli obiettivi di PSN finanziati ex art.34-34 bis della legge 662/96 nonché con gli interventi e le azioni previste dal Piano di Rientro della Regione Puglia e con gli obiettivi vincolanti previsti dal nuovo Patto per la Salute 2010-2012.

I settori strategici individuati nel nuovo Patto per la Salute in cui operare al fine di qualificare i servizi sanitari regionali e garantire maggiore soddisfacimento dei bisogni dei cittadini ed al tempo stesso un maggior controllo della spesa sono:

- a) riorganizzazione delle reti regionali di assistenza ospedaliera;
- b) assistenza farmaceutica;
- c) governo del personale;
- d) qualificazione dell'assistenza specialistica;
- e) meccanismi di regolazione del mercato e del rapporto pubblico privato;
- f) accordi sulla mobilità interregionale;
- g) assistenza territoriale e post acuta;
- h) potenziamento dei procedimenti amministrativo contabili, ivi compreso il progetto tessera sanitaria;
- i) rilancio delle attività di prevenzione.

Il Piano di Rientro 2010-2012 contiene una serie di interventi, azioni ed obiettivi che evidentemente risultano prioritari e che devono vincolare l'azione delle Aziende Sanitarie e degli Istituti pubblici del Servizio Sanitario Regionale di Puglia e rappresentano, quindi, gli obiettivi essenziali posti a carico dei Direttori Generali e dell'intero management delle Aziende ed Istituti per l'anno 2010 e per gli anni 2001 e 2012.

Va posto in evidenza che l'intero Piano di Rientro si basa su una un'analisi situazionale con il ricorso al metodo SWOT che consente di identificare le principali linee in relazione all'obiettivo complessivo avanzato dal Piano stesso. Il Piano nell'elaborare le linee di intervento tiene conto delle priorità di ordine politico espresse dagli organi di governo regionali 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".

Queste tre priorità dovranno caratterizzare l'azione dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliere – Universitarie e degli IRCCS pubblici del Servizio Sanitario Regionale nel conseguimento degli obiettivi attraverso gli interventi operativi descritti nel Piano di Rientro nonché di quelli previsti dal presente Documento.

Sono, quindi, obiettivi vincolanti per l'azione dei Direttori delle Aziende Sanitarie ed Istituti pubblici del SSR quelli di seguito definiti ai sensi dell'art. 3 bis del D.Lgs n.502/92.

Gli indicatori di verifica e valutazione saranno elaborati dai competenti Uffici e Servizi dell'Assessorato alle Politiche della Salute e saranno formalmente comunicati ai Direttori Generali, non appena validati e disponibili.

1) Riorganizzazione della rete ospedaliera

La Regione Puglia, con Legge Regionale 19 settembre 2008, n. 23, ha approvato il Piano Regionale di Salute 2008-2010 che, con riferimento all'assistenza ospedaliera, determinava uno standard di posti letto pari a 4,5 p.l. per mille abitanti e prevedeva una riorganizzazione della rete ospedaliera per ambiti territoriali (comprensorio; provincia; macro-area) e tipologie assistenziali (ospedali di primo livello o di base; ospedali

di livello intermedio; ospedali di riferimento provinciale e/o regionale), disponendo altresì una riconversione in strutture sanitarie territoriali degli stabilimenti ospedalieri con una dotazione inferiore a 70 posti letto.

L'Intesa Stato-Regioni 3 dicembre 2009 (Patto per la Salute 2010-2012) recepita dalla L. 191/2009 (Finanziaria 2010) è intervenuta in materia di razionalizzazione della rete ospedaliera ed incremento dell'appropriatezza dei ricoveri, al fine di promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale nonché di favorire l'assistenza residenziale e domiciliare. A tal fine, l'art. 6, co. 1 della predetta Intesa ha disposto, con decorrenza 31/12/2010 per le Regioni sottoposte a piano di rientro e 30/6/2011 per tutte le altre Regioni, la riduzione dello standard di posti letto a 4 p.l. per mille abitanti, comprensivi di 0,7 p.l. per mille abitanti per la riabilitazione e lungodegenza post-acuzie, ed il relativo adeguamento delle dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici.

Il Piano di rientro 2010-2012 con l'allegato Programma Operativo, approvato con DGR n. 2624 del 30/11/2010, prevede, tra le iniziative finalizzate al perseguimento dell'equilibrio economico, il riordino della rete ospedaliera regionale, da cui si attendono ricadute economiche associate alla riduzione dei ricoveri, alla riduzione dei posti letto per acuti, alla trasformazione o disattivazione di stabilimenti ospedalieri.

Il riordino della rete ospedaliera introdotto dal Piano di rientro prevede, entro il 31/12/2010, le seguenti azioni:

- disattivazione di 1.411 posti letto, di cui 1.224 per acuti e 187 per post-acuti, come da allegato schema di regolamento;
- chiusura di 15 stabilimenti ospedalieri, come da allegato schema di regolamento;
- riconversione di 3 stabilimenti ospedalieri in strutture sanitarie territoriali, come da allegato schema di regolamento.

Entro il 31/12/2011 è prevista poi la disattivazione di 500 posti letto, di cui 130 negli Enti Ecclesiastici e 370 nelle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale.

Entro il 31/12/2012, infine, è prevista la disattivazione di ulteriori 300 posti letto delle Case di cura private accreditate, previa revisione delle pre-intese approvate con DGR n. 813 del 13/6/2006.

Le azioni programmate per gli anni 2011 e 2012 saranno, comunque, oggetto di successivi provvedimenti regolamentari.

Il riordino della rete ospedaliera della Regione Puglia è realizzato attraverso uno specifico Regolamento, in attuazione dell'art. 6, co. 1 dell'Intesa Stato-Regioni 3 dicembre 2009 – Patto per la Salute 2010-2012 recepita dalla L. 23 dicembre 2009, n. 191, ed è finalizzato al miglioramento della qualità ed appropriatezza dell'offerta ospedaliera ed al contenimento della relativa spesa.

Il miglioramento della qualità ed appropriatezza è perseguito attraverso il trasferimento di ricoveri in setting assistenziali alternativi al ricovero, maggiormente adeguati alle esigenze dei pazienti e con un minor costo per la collettività.

Ai fini della valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri si deve far riferimento al Modello di Analisi dell'Appropriatezza delle Prestazioni (M.A.A.P.), approvato dalla Giunta Regionale con Deliberazione n. 834 del 27/5/2008, successivamente integrata e modificata con Deliberazione di Giunta Regionale n. 1979 del 28/10/2008.

Il contenimento della spesa deve essere perseguito principalmente attraverso la riduzione dei ricoveri e la contestuale riduzione dei costi strutturali sostenuti per l'assistenza ospedaliera secondo le linee stabilite dal Piano di Rientro e cioè:

- a) Riduzione dei posti letto per acuti;

- b) Disattivazione di stabilimenti ospedalieri con un numero di posti letto inferiore a 70 ovvero con meno di tre unità operative per acuti (come da modello HSP 12 all'1/1/2010) ovvero sulla base dei dati complessivi di attività e del grado percentuale di utilizzo della struttura da parte dei cittadini residenti nel comune in cui insiste la struttura;
- c) Riconversione di alcuni degli stabilimenti ospedalieri disattivati di cui alla precedente lett. b) in strutture sanitarie territoriali, sulla base del fabbisogno assistenziale del territorio nonché delle risorse a disposizione e dell'attività prevalente dello stabilimento interessato;
- d) Accorpamenti e disattivazioni di Unità Operative all'interno di stabilimenti ospedalieri non ricompresi nel precedente punto b), tenendo conto di eventuali gravi carenze di organico, del tasso di occupazione medio registrato nell'ultimo triennio, del grado di inappropriatazza delle prestazioni erogate nell'ultimo triennio.

Le principali azioni da intraprendere entro il 31/12/2010 sono le seguenti:

- I. riduzione di circa 1.413 posti letto, che consente un passaggio del numero complessivo di posti letto da 15.833 (fonte HSP-12 dell'1/1/2010) a 14.320; tale riduzione, operata per l'anno 2010 con prevalente riferimento ai posti letto pubblici, consente il pieno rispetto dello standard di 4 posti letto per mille abitanti previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, attestandosi il numero effettivo di posti letto sul valore di 3,53 per mille abitanti;
- II. disattivazione degli stabilimenti ospedalieri, rientranti nella tipologia di cui alla lettera b) precedente;
- III. riconversione in strutture extra-ospedaliere degli stabilimenti ospedalieri di cui alla lettera c) precedente.

I territori interessati dalla disattivazione degli stabilimenti ospedalieri di cui alla lettera b) precedente saranno oggetto di processi di potenziamento e riqualificazione delle attività assistenziali territoriali alternative al ricovero, quali:

- assistenza domiciliare;
- assistenza specialistica ambulatoriale;
- assistenza residenziale e semiresidenziale;
- riorganizzazione della medicina di gruppo.

**Risparmi da realizzarsi nel triennio 2010- 2012
attraverso il riordino della rete ospedaliera**

Risparmio al 2010	Risparmio al 2011	Risparmio al 2012
8,96M€*	55,95M€	68,30M€

Il risparmio previsto per l'anno 2010 va considerato come mera previsione in ragione del ritardo nell'avvio del programma di chiusura dei posti letto dovuto alla mancata sottoscrizione nei termini originariamente previsti del Piano di Rientro.

La valorizzazione del nuovo importo è riconducibile al dato di chiusura di 219 pl dal 1/8/2010 e dalla prevista chiusura dei restanti 1192 a partire dal 1/11/2010.

Pertanto, con riferimento al primo lotto di chiusura (219 pl al 01/08/2010), il risparmio è pari a € 2.819.625,00 $[(206.000€ \times 219 \times 15\%) / 12 \times 5]$; mentre per il secondo lotto (1192 pl al 01/11/2010) un risparmio pari a € 6.138.800,00 $[(206.000€ \times 1192 \times 15\%) / 12 \times 2]$ per un totale complessivo di € 8.958.425,00.

La soppressione delle unità operative sarà operata in coerenza con le azioni operative previste dal Piano di Rientro e, in particolare:

- ✓ Disattivazione degli ospedali secondo quanto definito con il Piano di riordino della rete ospedaliera;
- ✓ Razionalizzazione dell'organizzazione interna, in particolare nei grandi ospedali;
- ✓ Accorpamento di unità operative nell'ambito di Presidi ospedalieri multi stabilimento.

E' obiettivo posto a carico dei Direttori Generali, ai sensi dell'art.3-bis del D.Lgs n.502/92 e successive modificazioni, l'attuazione puntuale e pedissequa degli interventi di riorganizzazione della rete ospedaliera prevista per ciascun territorio.

2) Mobilità interregionale

L'art. 19 del nuovo Patto per la Salute 2010-2012 prevede che per il conseguimento del livello di appropriatezza nella erogazione e nella organizzazione dei servizi di assistenza ospedaliera e specialistica, le Regioni individuano adeguati strumenti di governo della domanda tramite accordi tra Regioni confinanti per disciplinare la mobilità sanitaria al fine di:

- a) evitare fenomeni distorsivi indotti da differenze tariffarie e da differenti gradi di applicazione delle indicazioni di appropriatezza definite a livello nazionale;
- b) favorire collaborazioni interregionali per attività la cui scala ottimale di organizzazione possa risultare superiore all'ambito territoriale regionale.
- c) facilitare percorsi di qualificazione ed appropriatezza dell'attività per le Regioni interessate dai piani di rientro;
- d) individuare meccanismi di controllo dell'insorgere di eventuali comportamenti opportunistici di soggetti del sistema attraverso la definizione di tetti di attività condivisi funzionali al governo complessivo della domanda.

La Giunta Regionale con Deliberazione n.2576 del 23/11/2010 ha approvato l'Accordo di Programma Interregionale in ambito sanitario tra la Regione Puglia e la Regione Basilicata contenente, tra l'altro, interventi in materia di mobilità, ed in particolare a quello della mobilità di confine.

Il Piano di Rientro prevede l'obiettivo della contrazione del fenomeno della mobilità sanitaria passiva extraregionale mediante:

- a) 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),
- b) la valorizzazione delle strutture di eccellenza nel più ampio panorama nazionale.

Considerando il trend decrescente attualmente in essere, **il Piano di Rientro ha fissato l'obiettivo di realizzare un recupero dei saldi di mobilità prudenzialmente quantificabile su base regionale nell'ordine di 3M€ nel 2011 e 4,5M€ nel 2012** tenendo anche conto dell'impatto del processo di riorganizzazione della rete ospedaliera e di contestuale potenziamento dell'offerta territoriale.

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).

E' obiettivo dei Direttori Generali quello di porre in essere tutte le azioni previste dalla programmazione regionale per concorrere al **contenimento della mobilità sanitaria passiva extraregionale** nei termini sopra indicati nonché di porre in essere ulteriori azioni ritenute coerenti al fine di conseguire un abbattimento dei livelli di mobilità passiva su base aziendale.

Le azioni da porre in essere dovranno puntare sulla comunicazione istituzionale delle best practices, dei risultati assistenziali ottenuti, dell'offerta sanitaria assicurata nei diversi territori, dei canali di accesso alle prestazioni specialistiche e di ricovero mediante la valorizzazione del Portale Regionale della Salute, dei siti

istituzionali e degli altri canali di comunicazione ivi compresa l'interazione con le associazioni rappresentative dei cittadini e le Oo.Ss. presenti nei rispetti territori.

3) Mobilità internazionale

A decorrere dal 1° Maggio 2010, sono obbligatorie le disposizioni di cui ai Nuovi Regolamenti comunitari di sicurezza sociale: Reg (CE)883/04 (Regolamento di base) Reg.(CE) 987/09 (Regolamento di attuazione) per le quali si pone l'accento sulla cooperazione tra le istituzioni, al fine di rafforzare i diritti delle persone assicurate. L' art 3 del Regolamento di attuazione 987/09 impone, agli Stati membri, di fornire servizi di facile fruizione (user-friendly), per facilitare l'accessibilità dell'informazione e di garantire ai cittadini le informazioni relative ai nuovi Regolamenti per permettere loro di conoscere e far valere i propri diritti. Una delle principali innovazioni introdotte dalla nuova normativa sancisce l'obbligo per gli Stati Membri di scambiare informazioni di sicurezza sociale esclusivamente per via elettronica, con la contestuale riduzione della tempistica, per cui i crediti che saranno presentati oltre i termini stabiliti non saranno presi in considerazione dallo Stato debitore

I Direttori Generali hanno l'obbligo di porre in essere l'ottimale organizzazione dell'attività, nel senso che:

- hanno l'obbligo di fornire gli strumenti adeguati per l'operatività (internet, scanner e informazioni) ai distretti socio-sanitari insistenti nel proprio territorio, in quanto il non corretto adempimento (trasmissione scannerizzata dell'attestato di diritto), il mancato inserimento di fatture nell'applicativo ASPE UE, produce conguagli in negativo per questa Regione;
- hanno l'obbligo (sulla scorta dell'organizzazione della mobilità interregionale) di reperire tutte le prestazioni sanitarie (prescrizioni comuni a tutti i tracciati record dei flussi informativi, quali ricoveri, day hospital, medicina generale, specialistica ambulatoriale, ecc) fornite ai cittadini europei e dei paesi convenzionati per l'inserimento in ASPE UE (mobilità europea) ed ASPE C (mobilità paesi convenzionati);
- hanno, altresì, l'obbligo di programmare ed organizzare corsi di formazione sulla mobilità internazionale per tutti gli operatori con la raccomandazione di selezionare le specifiche esigenze locali, identificando il fabbisogno formativo prioritario, di identificare il livello formativo più congruo agli obiettivi prefissati (livello di base, intermedio, avanzato), di privilegiare una formazione per gradi, programmando eventuali aggregazioni di proposte formative in moduli successivi che focalizzino progressivamente tematiche specialistiche per specifiche categorie di operatori.

Attesa la complessità della materia, devono privilegiare il trasferimento, anche attraverso docenza ai corsi di formazione, della comprovata esperienza del personale storico "ex Uffici assistenza all'estero" in servizio, prima di disperdere, con il collocamento a riposo, le professionalità acquisite.

I Direttori Generali, ai fini del raggiungimento del presente obiettivo, individuano nel proprio territorio i dirigenti responsabili, ai quali deve essere, tra l'altro, comunicato che *" il rispetto dei termini e della tempistica per la conclusione dei procedimenti rappresenta un elemento di valutazione dei dirigenti; ... di esso si tiene conto, al fine della corresponsione della retribuzione di risultato"* (Legge 18/06/2009 n. 69 – G.U.18/06/2009).

I Direttori Generali devono, altresì, dare attuazione all'art. 10 (Assistenza sanitaria) della Legge regionale 4/12/2009 n. 32 - Norme per l'accoglienza, la convivenza civile e l'integrazione degli immigrati in Puglia - pubblicata sul BURP n. 196 del 7/12/2009, sulla quale la Corte Costituzionale, con Sentenza n. 299 del 22 ottobre 2010, non ha sollevato questione di legittimità costituzionale.

4) Processo di accreditamento al Servizio Sanitario

L'art. 7 del nuovo Patto per la Salute prevede che la revisione della normativa in materia di accreditamento al servizio sanitario nazionale per assicurare che l'integrazione tra erogatori pubblici ed erogatori privati sia ancorata alla prioritaria esigenza di garantire qualità nei processi di diagnosi, cura e riabilitazione. Lo stesso

articolo prevede che con intesa Stato – Regioni vengano definiti gli indirizzi per l'applicazione di principi e norme fondamentali previste dalla vigente legislazione nazionale e regionale in materia di relazioni con le istituzioni sanitarie private, favorendo strategie di coinvolgimento delle medesime negli obiettivi programmatici, nella partecipazione alle politiche di qualità ed appropriatezza, e nel controllo della spesa.

Il comma 100 dell'art. 2 della Legge n.191/2009 (Finanziaria 2010) ha modificato articolo 1, comma 796, lettera t), della legge 27 dicembre 2006, n.296 prevedendo, quindi, che le regioni provvedono ad adottare provvedimenti finalizzati a garantire che dal 1° gennaio 2011 cessino gli accreditamenti provvisori delle strutture private, di cui all'articolo 8-quater, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, non confermati dagli accreditamenti definitivi di cui all'articolo 8-quater, comma 1, del medesimo decreto legislativo n. 502 del 1992.

Resta confermato, invece, quanto previsto dall'articolo 1, comma 796, lettera u), della legge 27 dicembre 2006, n.296 circa l'impossibilità, a decorrere dal 1° gennaio 2008, di concedere nuovi accreditamenti, ai sensi dell'articolo 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, in assenza di un provvedimento regionale di ricognizione e conseguente determinazione, ai sensi del comma 8 del medesimo articolo 8-quater del decreto legislativo n.502 del 1992.

Tenuto conto dell'intervenuta sottoscrizione del Piano di Rientro e della necessità di riorganizzare l'intera offerta sanitaria pubblico – privata con particolare riferimento alla rete ospedaliera, si ritiene di dover provvedere ad adottare o ad aggiornare entro il 30.9.2011, adeguandoli alle esigenze di riduzione strutturale dei disavanzi, i provvedimenti di cui all'articolo 8-quinquies, commi 1 e 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, e successive modificazioni.

Si ritiene, altresì, di avviare il processo di accreditamento di tutte le strutture sanitarie pubbliche ai sensi di quanto previsto dall'art.8-quater del decreto legislativo n.502/92 e successive modificazioni, secondo le linee di indirizzo che saranno impartite.

5) Riduzione della spesa per accordi contrattuali con le strutture private accreditate

Il Piano di Rientro 2010-2012 fissa i seguenti obiettivi di riduzione percentuale della spesa rispetto al fatturato relativo all'anno 2008 per accordi contrattuali ex-art.8-quinquies del D.Lgs n.502/92 e successive modificazioni:

Prestazioni	anno 2010	anno 2011	anno 2012
Ricovero	=	- 5%	- 10%
Medicina di Laboratorio, patologia clinica	- 2%	- 10%	- 10%
Medicina Fisica e Riabilitativa	- 2%	- 20%	- 20%
Diagnostica per immagini	- 2%	- 5%	- 10%
Branche a visita	- 2%	- 5%	- 10%

E' obiettivo vincolante per i Direttori Generali quello di assicurare la riduzione dei costi derivanti dagli accordi contrattuali sottoscritti presso ciascuna ASL per gli anni 2010-2012 secondo quanto previsto dalla tabella sopra riportata.

Inoltre, l'art. 3 della legge regionale n.12/2010, recependo le prescrizioni formulate dal Governo per la sottoscrizione dell'Accordo per l'approvazione del Piano di Rientro 2010-2012, prevede che negli accordi contrattuali stipulati con gli erogatori privati, provvisoriamente e/o istituzionalmente accreditati, deve essere garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture in base al tetto di spesa e ai volumi di attività predeterminati annualmente e che è vietata l'erogazione e la relativa remunerazione con oneri a carico del Servizio sanitario regionale di prestazioni sanitarie effettuate al di fuori dei tetti di spesa massimi stabiliti e contrattualizzati.

Le azioni da porre in essere da parte di ciascuna ASL sono, inoltre, il reale potenziamento delle azioni di verifica dell'appropriatezza delle prestazioni erogate da espletarsi attraverso le Unità di Valutazione dei Ricoveri e delle Prestazioni istituite a livello aziendale e secondo le linee guida stabilite dalla Regione Puglia attraverso il coordinamento regionale UVAR.

I valori economici di riduzione della spesa regionale fissati dal Piano di Rientro 2010-2012 rispetto al fatturato anno 2008 sono, quindi, i seguenti:

Prestazioni	Fatturato Effettivo 2008 (compreso regressione)	anno 2010	anno 2011	anno 2012	Totale triennio 2010-2012
	€	€	€	€	€
Ricovero	302.052.134	- 2.265.390	- 15.102.606	- 30.205.213	- 47.573.210
Medicina di Laboratorio	83.856.429	- 1.677.128	- 8.385.642	- 8.385.642	- 18.448.414
Medicina Fisica e Riabilitativa	31.510.371	- 630.207	- 6.302.074	- 6.302.074	- 13.234.356
Diagnostica per immagini	43.910.733	- 878.214	- 2.195.536	- 4.391.073	- 7.464.825
Branche a visita	17.267.622	- 345.352	- 863.381	- 1.726.762	- 2.935.496
Totale Puglia	478.597.289	- 5.796.293	- 32.849.241	- 51.010.766	- 89.656.301

Tenuto conto dell'intervenuta sottoscrizione del Piano di Rientro e della necessità di riorganizzare l'intera offerta sanitaria pubblico – privata con particolare riferimento alla rete ospedaliera, si ritiene di dover provvedere ad adottare o ad aggiornare entro il 30/09/2011, adeguandoli alle esigenze di riduzione strutturale dei disavanzi, i provvedimenti di cui all'articolo 8-quinquies, commi 1 e 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, e successive modificazioni.

6) Monitoraggio accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies del D.Lgs n.502/92

Al fine di rendere efficaci le azioni previste dal Piano di Rientro e di monitorare costantemente l'andamento delle azioni, è attivato dall'anno 2010 nell'ambito del sistema informativo sanitario regionale il sistema di monitoraggio e controllo degli accordi contrattuali nonché sulla qualità della assistenza e sulla appropriatezza delle prestazioni rese ai sensi dell'art. 8-octies del D.Lgs n.502/92 e ss.mm.ii. .

Per quanto riguarda le Aziende Sanitarie Locali, la definizione degli accordi contrattuali entro i termini stabiliti dalla regione e il rispetto dei programmi di attività previsti per ciascuna struttura rappresenta, ai sensi dell'art.8-octies del D.Lgs n.502/92, elemento di verifica per la conferma degli incarichi al direttore generale, ai direttori di dipartimento e del contratto previsto per i dirigenti responsabili di struttura complessa, nonché per la corresponsione degli incentivi di risultato al personale con funzioni dirigenziali dipendente dalle aziende interessate.

Il monitoraggio degli accordi contrattuali stipulati dalle Aziende Sanitarie con le strutture private accreditate avverrà, altresì, mediante le funzionalità del Sistema Tessera Sanitaria di cui all'art. 50 della Legge n. 326/2003.

A tal fine le ASL sono impegnate a comunicare al Sistema TS anche mediante integrazione con il SISR, i tetti di spesa riferiti ad ogni struttura erogatrice stabiliti annualmente.

7) Razionalizzazione della spesa farmaceutica

Il Piano di Rientro 2010-2012 prevede una serie di interventi finalizzati alla razionalizzazione della spesa farmaceutica e dei consumi di farmaci da parte dei cittadini individuando i seguenti obiettivi qualificanti le politiche del farmaco che la Regione Puglia intende attuare nel triennio:

- a) incremento dell'utilizzo dei farmaci generici, da perseguire anche in relazione ai dati emersi dal raffronto con le altre regioni con riferimento al costo medio delle DDD; a tale proposito si intende avviare un piano di informazione rivolto agli utenti finali, nonché iniziative formative per i medici prescrittori;

- b) potenziamento del programma di farmacovigilanza avviano nell'anno 2010 utilizzando i fondi stanziati per tale progetto dall'AIFA e che deve vedere attivamente impegnati sia i medici specialisti, sia i medici ospedalieri e quelli ambulatoriali oltre che i medici e pediatri di famiglia;
- c) attuazione del programma di appropriatezza prescrittiva che vede in primo luogo coinvolti i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta che rappresentano la parte più consistente dei prescrittori e che partecipano con la strutturazione organizzativa prevista dal vigente accordo regionale integrativo; in questo ambito è prevista la definizione di budget di spesa da assegnare a ciascun medico di medicina generale e pediatra 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;
- d) monitoraggio della spesa farmaceutica rispetto al budget assegnato con il coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta e dei loro organismi distrettuali, con obbligo per il medico di giustificare una eventuale maggiore spesa in relazione alle necessità terapeutiche della popolazione assistita e prevedendo le azioni di censura previste dall'accordo collettivo nazionale della medicina generale in caso di spesa inappropriata e/o ingiustificata;
- e) il potenziamento del sistema di distribuzione dei farmaci inclusi nell'elenco PHT sia in forma diretta che attraverso l'accordo con le farmacie convenzionate al fine di conseguire una significativa riduzione della spesa farmaceutica regionale;
- f) la modifica del sistema di remunerazione per la distribuzione in nome e per conto da parte delle farmacie convenzionate, già entrata in vigore a partire dal secondo semestre del 2010, che 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;
- g) interventi per contenere la spesa per farmaci ad alto costo che risulta in costante incremento e che necessita di un intervento specifico; in questo ambito è attivato un tavolo di lavoro con le società scientifiche per la definizione di indirizzi volti al miglioramento della appropriatezza prescrittiva;
- h) rimodulazione dell'attuale sistema di esenzione del ticket per la farmaceutica - anche attraverso una omogeneizzazione con il sistema di esenzione per le prestazioni specialistiche - 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;
- i) 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€ nei triennio;

Sono, quindi, obiettivi dei Direttori Generali quelli individuati dal Piano di Rientro 2010-2012 per l'attuazione delle azioni in materia di Politiche del Farmaco qui riportate:

SINTESI INTERVENTI IN MATERIA DI RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA

Cod Int	Interventi Operativi	Effetti Economici (in Milioni di Euro)		
		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	-2,5	-14,5	-25,8
B1.4	Rimodulazione del sistema di esenzione dal ticket per fascia di reddito	=	-18	-18
B1.5	Modifica del sistema di remunerazione per la distribuzione in nome e per conto da parte delle farmacie convenzionate	-4	-10	-10
B1.6	Definizione dei compiti di monitoraggio dell'attività prescrittiva a cura dei rappresentanti aziendali e distrettuali della medicina di famiglia	-0,15	-0,15	-0,15
B1.7	Introduzione del ticket di 1 euro per ricetta	-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	-0,10	-1	-1
B1.9	Iniziative su PTOR e linee guida regionali in materia di somministrazione di farmaci ad alto costo	-10	-15	-25

8) Atti aziendali e revisione parametri identificazione strutture organizzative

Il Piano di Rientro 2010-2012 prevede una serie di interventi relativi alla riorganizzazione dell'offerta sanitaria e dell'assetto organizzativo interno alle Aziende Sanitarie ed Enti pubblici del Servizio Sanitario Regionale nonché una revisione profonda dei parametri di identificazione delle strutture organizzative interne.

Sono, quindi, obiettivi fondamentali ed imprescindibili a carico dei Direttori Generali:

- a) nelle more dell'emanazione delle linee guida nazionali, l'adozione, integrazione e/o modifica dell'atto aziendale entro il 31/1/2011 nel rispetto di quanto previsto dall'art. 19 commi 9, 10 e 11 della Legge Regionale 25 febbraio 2010, n.4, adeguando l'articolazione organizzativa aziendale al rispetto dei vincoli previsti dalla normativa nazionale e regionale con particolare riferimento alle norme in materia di finanza, patto di stabilità, spesa sanitaria, costi del personale del SSR e blocco del turn-over nel rispetto comunque dei criteri e dei parametri standard definiti dalla Giunta Regionale per l'individuazione delle strutture semplici, semplici dipartimentali e complesse, delle posizioni organizzative;
- b) inoltre, attraverso gli atti aziendali le Aziende Sanitarie e gli Istituti pubblici del SSR devono procedere ad una attenta razionalizzazione delle proprie articolazioni organizzative interne in coerenza con gli interventi ed obiettivi previsti dal Piano di rientro, dalla riorganizzazione della rete ospedaliera e dagli interventi di potenziamento delle strutture sanitarie territoriali previste dai provvedimenti regionali.

All'interno dell'atto aziendale deve essere necessariamente ed obbligatoriamente essere prevista l'istituzione ed attivazione delle seguenti strutture semplici a valenza dipartimentale:

- a) il Servizio di Ingegneria Clinica (HTA);
- b) il Servizio Informazione e Comunicazione (DGR n.1079/2008);
- c) il Servizio Sistemi Informativi (L.R. 4/2010, art. 39, co. 13);

- d) l'Ufficio Tutela Privacy (L.R. 4/2010, art. 39, co. 14);
- e) l'Ufficio Gestione CUP aziendale (DGR n.854/2010 e DGR n.2268/2010);

In ogni caso gli atti aziendali devono uniformarsi alle direttive regionali relative ai modelli organizzativi di cui alla deliberazione di Giunta Regionale n. 468 del 23.2.2010 ed alle ulteriori direttive che saranno emanate con riferimento alla legge n.133/2008 (art. 78, co. 1, lett. b) che ha previsto, nell'ambito del contenimento dei costi sanitari, che le Regioni provvedano a determinare i parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse. Tale previsione è stata confermata ed ulteriormente esplicitata dalla L. 191/2009 (Legge Finanziaria 2010) che, nel recepire l'Intesa Stato-Regioni del 3/12/2009 (Patto per la Salute 2010-2012), ha previsto all'art. 2, co. 72, che gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, nell'ambito degli indirizzi fissati dalle Regioni, *"fissano parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse, nonché delle posizioni organizzative e di coordinamento, rispettivamente delle aree della dirigenza e del personale del comparto del Servizio Sanitario Nazionale, nel rispetto comunque delle disponibilità dei fondi per il finanziamento della contrattazione integrativa"*. A completamento del processo avviato con la predetta DGR n. 468/2010, occorre provvedere alla determinazione dei parametri standard regionali per l'individuazione delle strutture organizzative della Dirigenza SPTA e del comparto, per arrivare in tempi brevi all'approvazione di Linee Guida regionali per la costituzione di strutture organizzative complesse, semplici, dipartimentali, posizioni organizzative e coordinamenti delle Aziende ed Enti del SSR. Tali Linee guida dovranno essere successivamente recepite dalle Aziende ed Enti del SSR all'interno dei rispettivi atti aziendali e regolamenti di organizzazione.

La Regione Puglia, con Legge Regionale n. 4 del 25/2/2010, ha stabilito, all'art. 19, comma 9, che le previsioni dell'atto aziendale, oltre ad adeguare l'articolazione organizzativa aziendale alla normativa nazionale e regionale ed al rispetto dei criteri e dei parametri standard definiti dalla Giunta Regionale per l'individuazione delle strutture semplici, semplici dipartimentali e complesse, delle posizioni organizzative e di coordinamento, in ottemperanza al disposto dell'art. 12 del Patto per la Salute 2010-2012 successivamente confluito nell'art. 2, co. 71 e 72, della L. 191/2009 (Legge Finanziaria 2010). La L.R. 4/2010 ha altresì previsto, al successivo comma 10, l'approvazione dell'atto aziendale e di ogni sua eventuale modifica o integrazione da parte della Giunta Regionale, onde verificare il rispetto di quanto previsto dal predetto comma 9.

Le Direzioni aziendali favoriscono e convergono sulle seguenti azioni previste dal Piano di Rientro 2010-2012:

- a) ricognizione del numero di strutture complesse, semplici, dipartimentali, posizioni organizzative e coordinamenti effettivamente istituite presso le varie Aziende ed Enti del SSR, disaggregate per disciplina, e del relativo costo, nonché del numero di strutture attualmente vacanti e di quelle i cui titolari raggiungeranno l'età pensionabile nel triennio di vigenza del Piano di rientro (2010-2013), disaggregate per disciplina, e dei relativi costi;
- b) attuazione delle Linee Guida regionali per la costituzione di strutture organizzative delle Aziende ed Enti del SSR che, recependo il disposto della DGR n. 468/2010 per la Dirigenza di Area medico-veterinaria, fissano i parametri standard per l'individuazione delle strutture complesse, semplici, dipartimentali, posizioni organizzative e coordinamento per la Dirigenza SPTA ed il comparto amministrativo e sanitario, e gli eventuali ulteriori parametri volti al ridimensionamento dei costi legati alle strutture organizzative;
- c) adeguamento del sistema informativo sanitario regionale e dei sistemi informativi aziendali al fine di realizzare un monitoraggio costante delle strutture organizzative di Aziende ed Enti SSR, e relativi costi, ai fini dell'omogeneità della rilevazione e per consentire eventuali analisi comparate fra le varie Aziende;
- d) integrazione e modifica della Legge regionale n. 36/1994 e del suo Regolamento attuativo del 5/9/1996, al fine di aggiornare l'individuazione delle strutture complesse di area professionale, tecnica ed amministrativa da istituire nell'ambito delle Aziende ed Enti del SSR.

In relazione a quanto previsto dalla Legge regionale n.25/2006, persistendo i vincoli imposti dal Piano di Rientro, non si darà seguito per tutta la durata del Piano a quanto disposto dall'art. 14, co. 8 della citata L.R. in materia di strutturazione organizzativa delle "Cure primarie" nell'ambito del Distretto Socio-Sanitario.

Le Aziende Sanitarie e gli Istituti pubblici del SSR assicurano la partecipazione al Tavolo permanente di confronto interregionale sulle problematiche inerenti all'organizzazione delle Aziende Sanitarie ed ai costi ad essa collegati, attivato presso l'Assessorato alle Politiche della Salute.

Le iniziative di cui innanzi dovranno peraltro uniformarsi alle risultanze del gruppo di lavoro previsto in relazione agli adempimenti LEA, in materia di determinazione dei criteri strutturali per la qualificazione delle strutture operative (semplici, complesse e organizzative).

La riduzione dei costi fissata dal Piano di Rientro 2010-2012 per le azioni innanzi descritte è:

Obiettivo	anno 2010	anno 2011	anno 2012
Riduzione dei costi per abbattimento degli incarichi di direzione di struttura complessa, semplice, dipartimentale, e di posizioni organizzative e di coordinamento	=	- 6	- 9

9) Personale, dotazioni organiche, risorse contrattuali ed accordi integrativi

Il nuovo Patto per la Salute (art.12) prevede che, ferme restando le finalità di cui all'articolo 1, comma 565, della legge 27 dicembre 2006, n.296, i relativi vincoli per il contenimento della spesa sono prorogati per il periodo 2010-2012.

Le Regioni sono impegnate, in connessione con i processi di riorganizzazione, ivi compresi quelli di razionalizzazione e di efficientamento della rete ospedaliera, all'ulteriore contenimento della spesa di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale, compreso quello operante nelle aziende ospedaliere universitarie a carico anche parziale del SSN, anche attraverso:

a) la definizione di misure di riduzione stabile della consistenza organica del personale in servizio e di conseguente ridimensionamento dei fondi della contrattazione integrativa di cui ai contratti collettivi nazionali del predetto personale;

b) la fissazione di parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse, nonché delle posizioni organizzative e di coordinamento rispettivamente delle aree della dirigenza e del personale del comparto del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto comunque delle disponibilità dei fondi per il finanziamento della contrattazione integrativa così come rideterminati ai sensi di quanto previsto alla lettera a). Il Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 provvede alla verifica della coerenza dei parametri adottati dalle singole Regioni e Province autonome con uno standard di riferimento adottato dal medesimo Comitato entro il 28 febbraio 2010.

I protocolli di intesa Università - Regione recanti disposizioni o indirizzi contrastanti con le indicazioni e i parametri di cui innanzi sono da adeguarsi. In caso di mancato adeguamento eventuali costi eccedenti detti parametri non possono essere posti a carico del Servizio Sanitario Nazionale, bensì, per quanto di rispettiva competenza, a carico del bilancio regionale e dell'Università.

Gli adempimenti di cui sopra sono da realizzarsi per le regioni già sottoposte ai piani di rientro entro il 30 giugno 2010 mentre per le altre regioni entro il 31 dicembre 2010.

Il comma 76 della Legge n.191/2009 (Finanziaria 2010) ha apportato modifiche all'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni nel senso di prevedere per le regioni in squilibrio economico - finanziario il blocco automatico del turn over del personale del servizio sanitario regionale fino al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello in corso, il divieto di effettuare spese

non obbligatorie per il medesimo periodo e nella misura massima prevista dalla vigente normativa regionale sulle attività produttive. Gli atti emanati e i contratti stipulati in violazione del blocco automatico del turn over e del divieto di effettuare spese non obbligatorie sono nulli.

Con l'art.2 della legge regionale 24 settembre 2010, n.12 è stato previsto - anche al fine di adempiere alle prescrizioni collegate al Piano di Rientro - che per gli anni 2010, 2011 e 2012 sussiste il divieto per i direttori generali delle Aziende sanitarie locali, delle Aziende ospedaliero-universitarie e degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici di procedere alla copertura, mediante incarichi a tempo indeterminato e a tempo determinato, dei posti resisi vacanti a partire dalla data di entrata in vigore della medesima legge. E' consentita, ai fini della copertura dei posti vacanti di cui innanzi e nel rispetto dei limiti di spesa previsti dall'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n.191, la mobilità tra le Aziende e gli enti del Servizio sanitario regionale.

In caso di comprovata necessità e urgenza, accertata l'impossibilità di garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza con il personale in servizio anche attraverso le procedure di mobilità di cui al comma 2, la Giunta regionale autorizza il direttore generale, in deroga al blocco del turn-over di cui al comma 1, a procedere alle assunzioni necessarie, nel rispetto dei limiti di spesa previsti dall'articolo 2, comma 71, della l. 191/2009, nonché della programmazione economico-finanziaria prevista nel Piano di rientro ai sensi dell'articolo 2, comma 2, del decreto-legge 5 agosto 2010, n.125 (Misure urgenti per il settore dei trasporti e disposizioni in materia finanziaria).

Al fine di dare organica e compiuta attuazione alle diverse norme intervenute in materia di limitazioni alle assunzioni di personale, di dotazioni organiche e dei relativi costi, è istituita una cabina di regia regionale che dovrà produrre linee guida di indirizzo operative attuative per le Aziende mediante il diretto governo dell'intero sistema organizzativo e del monitoraggio da parte della stessa Regione.

Ciascuna Azienda Sanitaria Locale ed Istituti pubblico del Servizio Sanitario Regionale dovrà rideterminare il limite di spesa per il personale secondo quanto sarà indicato dalla Regione Puglia al fine di rimodulare complessivamente i costi del personale su base regionale attraverso una procedura di compensazione regionale che tenga conto di quanto previsto dal Piano di rientro e dal riordino della rete ospedaliera e dell'offerta sanitaria.

Gli atti riguardanti la determinazione o le modifiche delle dotazioni organiche adottati dai direttori generali acquistano efficacia solo dopo l'approvazione della Giunta Regionale che ne verifica la conformità a quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale vigente, dal Piano di Rientro e dalle ulteriori linee di indirizzo regionali in materia e fermo restando la certificazione ai sensi del DGR n.445/2000, da parte del Direttore Generale della avvenuta attuazione dell'art.3 comma 27 della legge regionale n.40/2007 relativo alla corretta assegnazione al personale di compiti propri del profilo professionale di assunzione.

E' confermato l'obbligo di cui all'art.19 e art.39 della legge regionale n.4/2010 posto a carico delle Aziende Sanitarie ed Istituti pubblici del Servizio Sanitario Regionale di registrazione delle dotazioni organiche e loro modificazioni nonché delle strutture complesse e semplici attivate, nel sistema informatico sanitario regionale.

Il Piano di Rientro 2010-2012 prevede, in particolare, di realizzare una serie di azioni ed interventi finalizzati a conseguire una razionalizzazione della spesa per il personale addetto delle Aziende Sanitarie ed Istituti del Servizio Sanitario Regionale nonché conseguenti economie derivanti dalla riduzione del fabbisogno di risorse contrattuali nonché dalla riduzione dei costi per incarichi di consulenza ed incarichi professionali anche in relazione ai processi di riorganizzazione dell'offerta sanitaria previsti nel Piano medesimo.

Tali azioni ed interventi risultano prioritari e fondamentali e dovranno caratterizzare l'azione prevalente dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ed Istituti pubblici del Servizio Sanitario Regionale insieme al potenziamento del sistema dei controlli e delle verifiche interne affinché siano intercettati e perseguiti atteggiamenti discorsivi da parte dei pubblici dipendenti.

Sono, quindi, obiettivi vincolanti per i Direttori Generali quelli stabiliti dal Piano di Rientro 2010-2012 in materia di personale, con particolare riferimento:

- a) all'attuazione delle Linee guida regionali che saranno emanate per lo svolgimento della contrattazione integrativa aziendale, al fine di uniformare la contrattazione aziendale sulle materie individuate, con particolare riferimento all'attivazione di meccanismi di premialità collegati al processo di valutazione della efficacia e della efficienza dell'attività svolta;
- b) alla realizzazione dei sistemi di valutazione delle performance sulla base dei criteri stabiliti dalla Regione ed utilizzando il sistema di indicatori di efficienza/efficacia approvato;
- c) alimentare il sistemi regionale di monitoraggio degli accordi integrativi aziendali finalizzato alla verifica della conformità delle azioni e dei risultati rispetto alle Linee guida regionali, con particolare attenzione all'utilizzo dei fondi ed alla relativa spesa;
- d) attuazione delle direttive per l'applicazione dell'articolo 9, comma 2 bis del Decreto Legge 78/2010, convertito in legge con modificazioni dalla legge n. 122/2010 (entro il 31/12/2010) nonché delle norme di settore emanate dalla Regione Puglia;
- e) rideterminazione delle dotazioni organiche da parte delle Aziende ed Enti pubblici SSR coerentemente con le direttive regionali;
- f) realizzazione di un piano dettagliato di rientro della spesa del personale entro i limiti di cui al combinato disposto dell'articolo 1, comma 565, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato – Legge finanziaria 2007), dell'articolo 2, commi 71 e 73, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato – Legge finanziaria 2010) e nel rispetto della sentenza n.333 del 15/11/2010 della Corte Costituzionale e dell'art.9 del Decreto Legge 31 maggio 2010, n. 78 (Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica), convertito nella legge 30 luglio 2010, n. 122, da realizzarsi nel periodo di vigenza del Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo I, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 della Regione Puglia approvato con Accordo tra il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze e la Regione Puglia sottoscritto in data 29/11/2010 salvaguardando comunque il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) come stabiliti dalle disposizioni vigenti.

E', inoltre, obiettivo posto a carico dei Direttori Generali quello di realizzare per tutte le sedi e strutture di ciascuna ASL, AOU e IRCCS pubblico i sistemi automatizzati di rilevazione delle presenze da parte di tutto il personale operante all'interno delle rispettive Aziende ed Istituti con conseguente definizione della regolamentazione interna della registrazione delle presenze in coerenza con l'organizzazione del lavoro definita. Fatte salve le responsabilità correlate alle verifiche e controlli dovute da parte della Dirigenza del Servizio Sanitario in ordine alle risorse umane assegnate, le Aziende ed Istituti pubblici del SSR attivano sistemi di verifica diretta presso i luoghi di lavoro nonché verifiche incrociate al fine di evitare fenomeni di illecita attestazione delle presenze che, ove rilevate ed accertate, devono essere perseguite ai sensi e nei modi previsti dalle norme e contratti vigenti.

Considerando il totale dei fondi aziendali (al netto del fondo del trattamento accessorio) quantificati in circa € 280.000.000, su una dotazione organica di circa 48.000 unità, considerando anche le azioni correlate alla ristrutturazione della rete ospedaliera nonché l'attuale numerosità del personale effettivamente in servizio, il Piano di Rientro 2010-2012 individua quale obiettivo economico delle azioni di cui innanzi una riduzione dei costi.

Considerato, altresì, il blocco delle procedure contrattuali e negoziali relative al triennio 2010-2012 previste dall'art. 9, co. 17 D.L. 78/2010, anche in presenza di eventuali interventi di controllo e monitoraggio, la spesa per il personale tenderà a consolidarsi, fatta salva l'erogazione dell'indennità di vacanza contrattuale nella misura prevista a decorrere dall'anno 2010, in applicazione dell'art. 2, co. 35 L. 203/2008.

Il Piano di Rientro 2010-2012 prevede, infatti, una serie di azioni finalizzate alla omogeneizzazione degli istituti integrativi fra le Aziende, con un contributo, seppure minimo, alla riduzione dei costi riferibile ad un allineamento degli istituti contrattuali integrativi fra le diverse aziende del settore sanitario, anche a

seguito dei processi di fusione che hanno interessato le Aziende Sanitarie pugliesi. Detta riduzione della spesa è altresì prevista dall'art. 2, comma 71 e 72 della L. 191/2009.

Il Piano prevede, altresì, una riduzione della spesa effettiva relativa alle cessazioni dal servizio ed al blocco del turn over di cui alla l.r. n.12/2010 e ss.mm.ii. 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.

In sintesi, l'obiettivo economico da Piano di Rientro in materia di personale ed istituti contrattuali:

	anno 2010	anno 2011	anno 2012
Riduzione costi del personale	=	- 6	- 12
Razionalizzazione istituti contrattuali	=	- 4	- 8
	- 19,7 *	- 64,73 **	- 86,12 ***
Totale	- 19,7	- 74,73	- 106,12

(dati in milioni di euro)

* La valorizzazione del personale cessato nel 2010 tiene conto del personale cessato nel corso del 2010. Il risparmio è stato calcolato sommando la minore spesa effettivamente sostenuta per le singole unità di personale cessate e non sostituite nel periodo considerato. Detta valorizzazione (19,07M€) ingloba anche gli effetti del disposto della L.R. n.27/2009, nonché gli effetti sospensivi determinati dall'entrata in vigore della LR n. 12/2010.

** La valorizzazione per l'anno 2011 è pari a 64,73M€ e rinviene dal seguente conteggio (20.059.877,00/2)+ (54.695.274,00). Tale calcolo è basato sull'intero risparmio 2010, che ridonda sul 2011, sommato prudenzialmente alla metà delle cessazioni effettive del 2011, atteso una distribuzione media delle cessazioni durante l'anno.

*** La valorizzazione per l'anno 2012 è pari a 86,12M€ e rinviene dal seguente conteggio (22.738.358,00/2)+ (54.695.274,00+20.059.877,00). Tale calcolo è basato sull'intero risparmio 2010, che ridonda sul 2011 e sul 2012, sull'intero risparmio 2011, che ridonda sul 2012, sommato prudenzialmente alla metà delle cessazioni effettive del 2012, atteso una distribuzione media delle cessazioni durante l'anno.

La spesa per il personale derivante da contratti di formazione lavoro, da altri rapporti formativi, dalla somministrazione di lavoro, nonché dal lavoro accessorio di cui all'articolo 70, comma 1, lettera d) del decreto legislativo 10 settembre 2003, n. 276, e successive modificazioni ed integrazioni, non può essere superiore al 50 per cento di quella sostenuta per le rispettive finalità nell'anno 2009.

10)Razionalizzazione spesa acquisto prestazioni sanitarie aggiuntive (ex-art.54 e 55 CCNLL)

Dai modelli CE inviati dalle Aziende sanitarie è possibile desumere la spesa per prestazioni aggiuntive, per l'anno 2009, che ammonta ad € 37.807.000. Il Piano di Rientro 2010-2012 ha previsto come obiettivo fondamentale quello della riduzione progressiva dei costi derivanti da tali prestazioni nel triennio di vigenza del Piano anche in ragione della riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale, e della più efficiente allocazione del personale che ne conseguirà.

In particolare le Aziende ed Enti del SSR dovranno:

- a) rispettare i criteri di abbattimento di tali prestazioni secondo la disciplina che sarà predisposta dalla Regione;
- a) vigilare sull'utilizzo del fondo relativo al lavoro straordinario, anche attraverso le azioni previste in relazione al monitoraggio dei fondi contrattuali all'interno delle Aziende, e sulla correlazione fra l'utilizzo dello straordinario e quello delle prestazioni aggiuntive;

Il Piano prevede una serie di azioni operative, tra cui:

- I) l'adozione di provvedimenti regionali per il progressivo abbattimento delle prestazioni aggiuntive;
- II) la realizzazione di incontri sindacali per l'applicazione dei nuovi contratti in materia di prestazioni aggiuntive (identificazione delle tipologie di prestazioni e dei relativi quantitativi);

III) l'attivazione di un sistema di monitoraggio semestrale relativo al rispetto delle norme e disposizioni in materia di prestazioni aggiuntive da parte delle Aziende ed Enti SSR.

L'obiettivo individuato dal Piano è correlato al progressivo abbattimento della spesa storica, così come desumibile dai CE, applicando percentuali di abbattimento pari al 30% per l'anno 2010 (disposizione attuativa già in vigore), del 50% per l'anno 2011, e dell'80% per l'anno 2012.

	anno 2010	anno 2011	anno 2012
Riduzione costi prestazioni sanitarie	- 7	- 18,9	- 30,2

(dati in milioni di euro)

11) Razionalizzazione spesa per consulenze ed incarichi sanitari e non sanitari

Il Piano di Rientro 2010-2012 nel ribadire l'obiettivo già contenuto nel DIF anno 2009 - contenimento di almeno il 20% rispetto all'anno 2008 della spesa per consulenze – ha rafforzato per il periodo 2010-2012 questo obiettivo prevedendo anche un intervento normativo regionale sulla materia in coerenza con quanto previsto dal D.Lgs, n.502/92, dalla Legge n.191/2010 e dal D.L. n.78/2010 convertito con modificazioni in legge n.122/2010.

Fermo restando quanto attualmente previsto dal comma 26 della L.R. n.40/2007 e successive modifiche, le Aziende Sanitarie e gli Istituti pubblici del SSR riducono la spesa per consulenze ed incarichi sanitari e non sanitari (ex-art.15 septies D.Lgs. n.502/92) secondo quanto di seguito riportato al fine anche di valorizzare adeguatamente le professionalità interne:

	anno 2010	anno 2011	anno 2012
Riduzione costi per consulenze sanitarie	- 20 %	- 20 %	- 20 %
Riduzione costi per consulenze non sanitarie	- 20 %	- 30 %	- 40 %

(rispetto all'anno precedente)

L'obiettivo dovrà essere conseguito dai Direttori Generali che, mediante una attenta valutazione, dovranno effettuare una razionalizzazione delle consulenze sanitarie e non sanitarie affinché le stesse siano indispensabili ed inderogabili rispetto all'erogazione dei LEA ovvero rispetto a carenze effettive ed accertate di professionalità interne all'Amministrazione.

L'affidamento di incarichi in assenza dei presupposti di cui alle norme vigenti ed ai seguenti indirizzi costituisce illecito disciplinare e determina responsabilità erariale.

Le Aziende Sanitarie e gli Enti pubblici del SSR sono obbligati ad alimentare puntualmente il sistema di monitoraggio degli incarichi di consulenza attivato dalla Regione Puglia.

12) Attività Libero Professionale

Il Piano di Rientro 2010-2012 individua alcune azioni che la Regione deve porre in essere e che riguardano:

- la fissazione, con provvedimento di Giunta Regionale, dei termini perentori, a pena di decadenza dei Direttori generali, per l'introduzione della contabilità separata per l'ALPI da parte delle Aziende ed Enti SSR;
- l'approvazione di una legge regionale che stabilisca il blocco delle tariffe ALPI aziendali concordate al 30/6/2010 per il periodo di vigenza del Piano di rientro;
- l'approvazione di una legge regionale che preveda l'aumento della quota percentuale delle tariffe a favore dell'Azienda per la copertura dei costi di gestione al 30% (IRAP inclusa), diminuendo di una pari percentuale la quota destinata al personale coinvolto nell'ALPI;

- d) la modifica dell'art. 29 della Legge Regionale n.1/2005, con la fissazione della percentuale della partecipazione regionale alla spesa per prestazioni libero-professionali in regime di ricovero dal 70% al 50%;
- e) l'avvio di un sistema di monitoraggio semestrale sulla effettiva attuazione da parte delle Aziende ed Enti del SSR degli adempimenti in materia di ALPI, con particolare riferimento ai maggiori utili aziendali.

Il Piano di Rientro 2010-2012 individua anche gli obiettivi di maggior gettito previsti a seguito degli interventi da assumersi in ambito ALPI nel periodo di vigenza del Piano stesso:

	anno 2010	anno 2011	anno 2012
Maggior gettito per Aziende ed Enti del SSR	=	+ 4,5	+ 4,5

(dati in milioni di euro)

I Direttori Generali delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale sono tenuti alla messa in atto di tutti gli interventi ed azioni previste in materia di libera professione da parte della Regione ivi comprese le azioni già espressamente contenute nelle DD.GG.RR. n. 616/2002, n.1200/2006, n.68/2007, n.854/2010, n.2268/2010 e degli adempimenti previsti dalla legge n.120/2007 e dal Piano nazionale per il Governo dei Tempi di Attesa.

I Direttori Generali sono tenuti ad attuare ulteriori azioni volte a potenziare e rendere efficaci i sistemi di controlli e verifica interni relativi a modalità di svolgimento, tariffe, prenotazione e accesso, rendicontazione e contabilità delle attività libero professionali svolte nell'ambito di ciascuna Azienda o Istituto pubblico del SSR.

13) Razionalizzazione spesa per missioni, rimborsi spese e noleggio autovetture

Il Decreto Legge 31/5/2010, n.78, convertito con legge 30 luglio 2010, n.22 recente "Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica" ha previsto una serie di misure miranti ad ottenere significativi risparmi della spesa pubblica.

Tra le azioni previste e vincolanti anche per le Aziende Sanitarie e gli Istituti pubblici del SSR, devono essere ricomprese anche quelle relative alle missioni, anche all'estero, che – in ciascuna Azienda e Istituto – non possono essere di importo superiore al 50% di quelle sostenute nel 2009. Tale limite di spesa può essere superato in casi eccezionali, previa adozione di un motivato provvedimento del Direttore Generale.

L'utilizzo del mezzo proprio da parte dei dipendenti delle Aziende Sanitarie ed Istituti pubblici del Servizio Sanitario Regionale deve essere limitato ai soli casi eccezionali, previa autorizzazione, congruamente motivata ed in assenza di comprovata disponibilità degli automezzi aziendali.

In particolare, il rimborso delle spese di missione e di percorrenza con utilizzazione del mezzo proprio potrà avvenire nei casi di particolare economicità dei costi per numero dei fruitori e/o di difficoltà nel raggiungere con mezzi di trasporto pubblico la sede della missione. In tali casi verrà riconosciuto un rimborso forfettario per le spese di trasporto pari a venticinque centesimi di euro per chilometro, assumendo a base di calcolo la distanza chilometrica tra la sede di servizio e quella della missione.

Al fine di scongiurare possibili ripercussioni sull'erogazione dei servizi di assistenza e nelle attività di controllo, l'impiego degli automezzi aziendali deve essere razionalizzato mediante appositi regolamenti da adottarsi in ciascuna Azienda ed Istituto pubblico del SSR entro il 31/1/2011 e nei quali dovranno sempre essere previste forme di registrazione automatizzata degli spostamenti con i mezzi aziendali.

I Direttori Generali sono impegnati ad attivare idonei ed efficaci sistemi di verifica incrociata anche utilizzando le basi dati disponibili (rifornimento, manutenzioni, ecc..)

L'impiego degli automezzi aziendali deve essere riservato alle sole ed esclusive finalità istituzionali con riferimento a:

- a) attività della Direzione aziendale;
- b) attività di vigilanza ed ispezione;
- c) attività di assistenza domiciliare (integrata, riabilitativa, ecc..)
- d) trasporto di sangue, emocomponenti, vaccini, sieri, medicinali, ecc...
- e) trasporto della corrispondenza (ove non esternalizzata), consegna diretta di pratiche, plichi e documenti (ove non diversamente effettuabile);
- f) trasporto pazienti.

14) Razionalizzazione spese per convegni e sponsorizzazioni

Il Decreto Legge 31/5/2010, n.78, convertito con legge 30 luglio 2010, n.22 recente "Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica" ha previsto una serie di misure miranti ad ottenere significativi risparmi della spesa pubblica.

Tra le azioni previste e vincolanti anche per le Aziende Sanitarie e gli Istituti pubblici del SSR, devono essere ricomprese anche quelle per relazioni pubbliche, convegni, mostre, pubblicità e rappresentanza che devono essere ridotte al 20% rispetto a quelle sostenute nel 2009.

Non possono essere sostenute spese per sponsorizzazioni, fatte salve diverse determinazioni previste da leggi regionali.

15) Razionalizzazione di altre spese

In linea con quanto previsto dal Decreto Legge 31/5/2010, n.78, convertito con legge 30 luglio 2010, n.22 recente "Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica" e dal Piano di Rientro 2010-2012 i Direttori Generali devono porre in essere ogni ulteriore azione idonea ed efficace per il contenimento reale della spesa corrente per il funzionamento degli organismi, delle strutture e dei servizi.

In particolare, i Direttori Generali assicurano che tutti i processi di acquisto siano gestiti mediante i sistemi informativi aziendali secondo quanto previsto dalle norme e disposizioni vigenti in materia di contabilità e di sanità elettronica e che la gestione dei magazzini interni avvenga informaticamente con idonei sistemi di verifica e di governo del fabbisogno.

I Direttori Generali assicurano, inoltre, gli idonei interventi di razionalizzazione della spesa per telefonia fissa e mobile secondo quanto previsto dalle norme e direttive vigenti anche mediante idonea regolamentazione interna ed adeguati sistemi di controllo.

16) Sistemi e servizi di prenotazione ed accesso alle prestazioni sanitarie (CUP)

Il Piano di Rientro 2010-2012 assume quali obiettivi quelli già individuati dai provvedimenti regionali in materia di organizzazione, potenziamento ed integrazione dei sistemi di prenotazione ed accesso alle prestazioni sanitarie (CUP) e dei correlati servizi.

I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ed Enti pubblici del Servizio Sanitario Regionale devono quindi porre in essere le azioni dettagliatamente indicate nelle DD.GG.RR. n.1494/2008 (in tema di accordi contrattuali e gestione delle agende di prenotazione delle strutture private accreditate), n.2264/2010 (in materia di prenotazione delle prestazioni acquisite dalle strutture private accreditate esclusivamente mediante il sistema Cup dell'ASL, di riorganizzazione delle agende di prenotazione e di attivazione delle

penalità in caso di mancata disdetta), n.1200/2006 e n.68/2007 (Piano Regionale Contenimento Tempi di Attesa), n.854/2010 (Standard di organizzazione e funzionamento dei sistemi e dei servizi di prenotazione ed accesso alle prestazioni sanitarie e recepimento nuovo Piano Nazionale Governo Tempi di Attesa) e devono realizzare, ai sensi dell'art.3 bis del D.Lgs. n.502/92 e s.m.i., gli obiettivi ivi indicati nonché quelli integrativi eventualmente indicati con atti successivi dalla Giunta Regionale, nella materia.

Va posta particolare attenzione al conseguimento degli obiettivi organizzativi contenuti nelle sopra richiamate disposizioni affinché ciascuna Azienda Sanitaria ed Ente del SSR consolidi effettivamente capacità di governo efficace delle problematiche connesse alla offerta sanitaria, alla domanda di servizi ed alla organizzazione delle agende di prenotazione delle prestazioni.

Le azioni da porre in essere a livello di ciascuna Azienda ed Ente del SSR dovranno consentire e favorire la realizzazione del sistema regionale di monitoraggio ed accesso alle prestazioni sanitarie (e-Cup Puglia) di cui alle DD.GG.RR. n-1502/2009, n.1953/2009 e n.854/2010 mediante la integrazione dei sistemi Cup aziendali al sistema regionale.

17) Riduzione dei tempi e delle liste di attesa

Le azioni previste in materia di organizzazione e potenziamento dei sistemi e dei servizi di prenotazione ed accesso alle prestazioni sanitarie e di governo interno del sistema dell'offerta sanitaria rappresentano solo una parte degli aspetti che ciascuna Azienda Sanitarie ed Ente dovrà porre in essere al fine di realizzare effettivamente l'obiettivo della riduzione dei tempi e delle liste di attesa.

Le azioni specifiche da porre in essere per il governo dei tempi di attesa sono quelle previste dal recente Piano Nazionale per il Governo dei Tempi di Attesa (PNGTA), approvato con Intesa Stato Regioni il 28.10.2010 e che sarà recepito con un proprio Piano dalla Regione Puglia entro 60 giorni dall'emanazione delle linee guida per la certificazione degli adempimenti regionali da parte del Comitato LEA, nonché le azioni previste dalla DGR n.2264/2010.

In particolare sono obiettivi prioritari posti a carico dei Direttori Generali quelli di:

- a) Adottare il Piano Aziendale di Governo dei Tempi d'Attesa entro 60 giorni dall'emanazione di quello Regionale di cui al periodo precedente, recependo i tempi massimi regionali per le prestazioni di cui al punto 3 del PNGTA;
- b) Specificare le strutture nell'ambito delle quali i tempi massimi di attesa per le prestazioni di cui al punto 3 del PNGTA sono garantiti almeno al 90 % dei cittadini richiedenti e assicurare la diffusione e l'accesso a tali informazioni utilizzando gli strumenti di comunicazione disponibili (tra i quali i siti web aziendali), nonché prevedendone la disponibilità anche presso le strutture di abituale accesso dei cittadini (farmacie, ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di famiglia);
- c) Assicurare le modalità alternative di accesso alla prestazione, nel caso in cui a livello aziendale non vengano garantite le prestazioni nei tempi massimi di attesa, senza oneri aggiuntivi a carico degli assistiti, se non quelli dovuti come eventuale quota per la partecipazione alla spesa (ticket);
- d) Garantire l'informazione e la comunicazione sulle liste d'attesa, promuovendo la valorizzazione della partecipazione di utenti e di associazioni di tutela e di volontariato, per favorire sia un'adeguata conoscenza delle attività che delle modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni, attraverso sezioni dedicate e accessibili sui siti web aziendali, campagne informative, Uffici relazioni con il pubblico (URP), Carte dei servizi;
- e) Gestire il governo della domanda di prestazioni, in particolare garantendo un ricorso appropriato alle attività del SSN attraverso diversi strumenti tra i quali l'uso sistematico delle classi di priorità, sia nella fase prescrittiva che di prenotazione;
- f) Mettere in atto procedure di verifica dell'appropriatezza prescrittiva, con particolare riferimento:
 - all'utilizzo delle classi di priorità,

- alla presenza del quesito diagnostico
 - alla corretta identificazione delle prime visite e dei controlli.
- g) Garantire la gestione razionale degli accessi, attraverso l'uso diffuso del sistema CUP, al fine di integrare in modo ottimale il complesso dell'offerta pubblica e privata accreditata con quello della domanda e per supportare la gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici;
- h) Prevedere un'adeguata organizzazione delle attività in libera professione erogate dai professionisti per conto e a carico delle aziende, ai fini del contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni particolarmente critiche; nonché la verifica e il controllo delle prestazioni erogate in libera professione dai professionisti a favore e a carico dell'utente che ne fa richiesta, per le quali devono essere attivati percorsi di prenotazione differenziati rispetto alle prenotazioni in regime istituzionale, attraverso numeri telefonici, sportelli e agende dedicati;
- i) Assicurare:
- la trasmissione sistematica dei flussi informativi di monitoraggio delle liste e dei tempi d'attesa, nel rispetto dei tempi e delle modalità previste;
 - la vigilanza sistematica sulle situazioni di sospensione dell'erogazione delle prestazioni.

18) Sistema di Informazione e Comunicazione in Sanità (SICS)

Nell'insieme delle azioni previste dal Piano di Rientro e volte alla riorganizzazione dell'offerta sanitaria ed alla razionalizzazione dei costi con conseguente riassetto complessivo del Servizio Sanitario Regionale diviene centrale e di grande importanza il ruolo svolto dalle strutture e sistemi dedicati alla informazione rivolta ai cittadini, alla valorizzazione delle forme di collaborazione e coinvolgimento delle associazioni di rappresentanza dei cittadini, agli aspetti relazionali nonché alle azioni di comunicazione volta a valorizzare i risultati dell'attività istituzionale.

Un ulteriore aspetto che ne sottolinea l'importanza, è rappresentato dal fatto che la comunicazione e l'informazione sono fondamentali elementi per:

- a) far conoscere le scelte di politica sanitaria e le azioni di protezione della salute tese a tutelare il comune "bene salute";
- b) garantire equità, in quanto possono consentire l'accesso alle prestazioni sanitarie in modo consapevole e competente a tutti i livelli essenziali di assistenza. A tal proposito, è noto che la deprivazione sociale e culturale e le condizioni di fragilità sono le principali cause di disuguaglianza e di impedimento nell'accesso alle prestazioni;
- c) promuovere la responsabilità sociale verso la necessità di assicurare l'appropriatezza dei comportamenti individuali e collettivi rispetto agli stili di vita salutari e al ricorso alle prestazioni sanitarie;
- d) sviluppare i processi di partecipazione civica, per la valutazione e il miglioramento della qualità dei servizi.

Gli ambiti elencati sono di valenza strategica nel condizionare il grado di conseguimento degli obiettivi istituzionali del Servizio Sanitario Regionale: favorire i processi di condivisione delle comunità, consentire un'adeguata conoscenza delle attività e delle strutture organizzative, orientare la domanda verso livelli maggiori di appropriatezza, rilevare i bisogni per migliorare gli interventi e la soddisfazione, innalzare la qualità complessiva dei servizi.

Un efficiente ed efficace sistema di Comunicazione Istituzionale in Sanità deve, infatti, essere in grado di assortire una vasta gamma di modalità attraverso le quali i cittadini possano soddisfare i propri bisogni di conoscenza, anche facendo ricorso a processi di mediazione, supporto e facilitazione da parte di apposite

strutture organizzative e da parte degli stessi operatori sanitari, secondo modelli di presa in carico dei bisogni complessivi degli utenti, inclusi quelli comunicativi e informativi, per assicurare, appunto, qualità all'organizzazione del servizio sanitario.

Il Documento di indirizzo strategico denominato "Sistema integrato di Comunicazione ed Informazione nella Sanità" di cui alla DGR n.1079/2008 contiene la definizione del modello organizzativo regionale ed aziendale da attuarsi attraverso il potenziamento delle risorse dedicate a tale settore nonché per l'organizzazione e potenziamento del sistema di informazione rivolto ai cittadini ad ogni livello (aziendale e regionale).

E' obiettivo dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ed Enti del SSR attuale le azioni previste da tale Documento in coerenza con il progressivo potenziamento del Sistema regionale costituito dal Portale Regionale della Salute, dal Coordinamento Interistituzionale della Comunicazione in Sanità, dalle Strutture aziendali di Informazione e Comunicazione in Sanità, dagli URP, dai Call Center aziendali, dai punti informativi che a livello periferico dovranno consentire il punto privilegiato di contatto con i cittadini utilizzando la infrastruttura informativa regionale (Portale e siti web aziendali). Il nuovo scenario consente, infatti, una più stretta connessione tra livello regionale e livello aziendale, facilitata dalla disponibilità di strumenti comuni e una base informativa condivisa, il Portale regionale della Salute a supporto dell'attività di informazione e di comunicazione con una definizione del ruolo del Call Center Regionale Sanitario che potrà svolgere, pertanto, una serie di attività di secondo livello, di carattere regionale fortemente integrate con i corrispondenti servizi assicurati a livello delle singole Aziende sanitarie ed Enti del S.S.R..

La realizzazione del progetto di sistema di informazione e comunicazione in Sanità (SICS) e delle collegate in iniziative di Portale Regionale della Salute ed in materia di trasparenza dell'azione amministrativa consentiranno efficacemente di conseguire gli obiettivi di ammodernamento degli Enti del SSR, di migliorare il rapporto tra cittadini, loro rappresentanze ed associazioni e la PA in Sanità, di rendere trasparente l'azione amministrativa, di offrire servizio on line accessibili e sicuri, di alleggerire il peso organizzativo ed i relativi costi per tutta una serie di funzioni ed attività oggi svolte con modalità tradizionali (front office, back office, ecc..). Inoltre, il Portale Regionale offre una visione complessiva dell'offerta sanitaria in Puglia aumentando così la conoscenza e il rapporto di "fiducia" dei cittadini verso il SSR con possibili effetti positivi sulla mobilità sanitaria.

L'avvio del sistema regionale dovrà, altresì, determinare nel lungo periodo una minore spesa rispetto ai livelli attuali di costo sostenuti dagli Enti e delle singole Aziende Sanitarie, valorizzando gli effetti dimensionali, le sinergie di costo ed eliminando le aree di sovrapposizione dei sistemi attuali.

19) Razionalizzazione, qualificazione e riduzione della spesa per acquisto di beni e servizi

Il Consiglio regionale di Puglia ha approvato la istituzione (art. 54 della L.R. n.4/2010) della Centrale di acquisto territoriale della Regione Puglia con l'obiettivo di promuovere e sviluppare un processo di razionalizzazione degli acquisti per beni e servizi delle amministrazioni e degli enti aventi sede nel territorio regionale, basato sull'utilizzo di strumenti telematici, attraverso la Centrale di acquisto territoriale denominata EmPULIA. Le attività di EmPULIA hanno carattere sperimentale sino al 31 dicembre 2012.

EmPULIA svolgerà le funzioni di centrale di committenza di cui all'articolo 33 (Acquisto di beni e servizi) del d.lgs. 163/2006 a favore della Regione, degli enti e delle agenzie regionali e degli enti e delle aziende del SSR, degli enti locali, di loro consorzi o associazioni.

Le Aziende Sanitarie e gli Enti del SSR sono tenuti a operare nell'ambito delle convenzioni quadro di cui al comma 6, in attuazione del comma 449 dell'articolo 1 della legge n.296/2006.

L'utilizzo della piattaforma informatica di EmPULIA, sviluppata nell'ambito dell'accordo di programma quadro "in materia di e-governement e società dell'informazione della Regione Puglia", (sottoscritto in data 4 agosto 2004 tra Regione Puglia, Ministero dell'economia e finanza e Ministero per l'innovazione e

tecnologie) rappresenta un obiettivo fondamentale per la revisione delle politiche di acquisto da parte delle Aziende Sanitarie ed Istituti pubblici del SSR di Puglia.

La realizzazione del progetto di Centralizzazione degli acquisti è uno dei cardini delle nuove politiche di governo del Servizio Sanitario Regionale sostanziato, come già esposto, dall'art.54 della L.R. n.4/2010 che deve trovare piena attuazione nell'ambito del SSR come da crono programma sopra indicato.

Riduzione dei costi per attivazione centralizzazione acquisti e utilizzo piattaforma EmPulia			
	2010	2011	2012
Beni e Servizi	4.400	11.000	18.000

(dati in migliaia di euro)

Inoltre, oltre alla centralizzazione degli acquisti con DGR n.2688/2008 sono state impartite le linee guida per l'attivazione, ai sensi della legge regionale 9/08/2006, n.26 delle "Unioni temporanee di acquisto" da parte delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale.

E', pertanto, obiettivo ulteriore dei Direttori Generali quello di realizzare nel triennio 2010-2012 almeno il 10% degli acquisti complessivi di ciascuna Azienda (volume di spesa annuale per acquisto di beni e servizi) mediante unioni di acquisto tra Aziende Sanitarie e di conseguire una riduzione dei costi di almeno il 2% nel triennio, su tale ammontare.

20) Miglioramento della logistica dei magazzini economici e farmaceutici

In stretto collegamento con la riorganizzazione della rete dei servizi, una delle principali linee d'intervento del Piano di Rientro riguarda la riorganizzazione della logistica dei magazzini, e l'introduzione di forme di centralizzazione degli acquisti.

Allo scopo di uniformare nell'intero Servizio Sanitario Regionale il modello di gestione delle attività dei magazzini economici, ma anche tecnici e farmaceutici, si intende avviare un percorso di che, insieme alle analoghe iniziative di "e-procurement" e/o "e-purchase" possa effettivamente contribuire a razionalizzare la spesa sanitaria, a ridurre gli sprechi e le inefficienze che da questo ambito spesso si riversano in quello vero e proprio dell'assistenza sanitaria (disponibilità di farmaci, approvvigionamento di beni diversi, caratteristiche dei beni e dei farmaci messi a disposizione delle strutture sanitarie, ecc...).

Attraverso un approccio sistemico di centralizzazione delle scorte e concentrazione dei magazzini, attualmente frammentati in depositi dislocati nei territori delle Aziende Sanitarie ed Istituti pubblici del SSR, si intende quindi definire un nuovo modello di organizzazione che consenta di raggiungere risultati significativi attraverso un nuovo approccio nei processi di gestione e nei flussi fisici di farmaci e beni economici, che oggi invece sono improntati secondo logiche molto diverse e caratterizzate da dispersione e frammentazione.

Si concretizza, quindi, l'opportunità di centralizzare i magazzini aziendali con l'obiettivo di realizzare:

- a) Economie di scala attraverso un maggior potere di contrattazione in fase di acquisto (concentrazione ordini) ed un minor immobilizzo di risorse economiche e finanziarie (minori scorte);
- b) Riduzione costi complessivi di gestione attraverso la riduzione dei tempi di transazione delle singole operazioni, la razionalizzazione delle scorte (sia centralizzate che decentrate), la riduzione degli scaduti e la razionalizzazione/qualificazione del personale operativo;
- c) Miglioramento della qualità del servizio e maggiore pianificazione delle attività (riduzione delle urgenze/emergenze) con un miglior controllo della gestione farmaceutica, la riduzione degli errori per la possibilità di impiego dell'automazione, una significativa riduzione del rischio clinico, la completa tracciabilità/rintracciabilità dei prodotti (fino al reparto) ed un controllo adeguato delle modalità di conservazione dei prodotti

In particolare, i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ed Istituti pubblici del SSR devono porre in essere iniziative uno più progetti aziendali volti a conseguire nel triennio gli obiettivi di cui sopra nonché:

- a) la razionalizzazione e riduzione della spesa relativa ai prodotti economici e farmaceutici mediante la riorganizzazione logistica con riduzione del numero di magazzini e, comunque, la completa informatizzazione dei magazzini economici, tecnici e farmaceutici;
- b) la ottimizzazione delle scorte e di riduzione dei costi connessi con la perdita di materiale stoccato (es. farmaci scaduti);
- c) una riduzione complessiva dei costi, al netto degli investimenti, quantificabile a regime nell'ordine del 7-10% delle rimanenze.

Riduzione dei costi per riorganizzazione e centralizzazione magazzini			
	2010	2011	2012
Investimenti tecnico – organizzativi	=	+ 4	=
Risparmio di costi	=	- 8	- 8
Risparmio netto atteso	=	- 4	- 8

(dati in milioni di euro)

21) Interventi di Monitoraggio degli Acquisti e per la programmazione

La realizzazione del progetto di Osservatorio regionale dei Prezzi, delle Tecnologie e dei Dispositivi Medici e Protesici e degli Investimenti in Sanità sarà la base per migliorare nel triennio 2010-2012 le politiche di governo dei processi di acquisto da parte delle Aziende ed Enti del SSR e, per la Regione, di monitoraggio dei fenomeni, di introduzione di elementi correttivi/migliorativi, di contenimento dei costi per l'acquisto di beni e servizi.

Attraverso tale attività si stima di poter prevedere un contenimento dei costi di circa 5.000.000 di Euro a partire dall'anno 2012 derivante dalla razionalizzazione degli investimenti e degli acquisti, dall'aumento del potere contrattuale del SSR di Puglia e delle capacità di negoziazione dei prezzi e, conseguentemente, dal contenimento dei costi di acquisto di beni, servizi e tecnologie.

E' obiettivo dei Direttori Generali quello di favorire la realizzazione dell'Osservatorio regionale sulla base delle linee di indirizzo che saranno emanate dalla Regione Puglia anche assicurando la puntuale alimentazione dei flussi informativi stabiliti ai sensi dell'art.39 della Legge Regionale n.4/2010.

22) Riorganizzazione Dipartimenti Territoriali

Il Piano di Rientro 2010-2012 prevede una serie di azioni, ivi meglio dettagliate, che rappresentano il quadro strategico di riferimento per tutte le Aziende Sanitarie per le azioni da attuarsi ed il raggiungimento dell'obiettivo fondamentale rappresentato dal reale potenziamento della rete delle strutture territoriali (Dipartimenti territoriali, Distretti Socio Sanitari, ecc..).

Qui sono riportate, in modo sintetico, le azioni e/o gli obiettivi fondamentali posti a carico dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali.

a) Dipartimento di Prevenzione (DiPrev)

- realizzazione del sistema informativo dei Dipartimenti di Prevenzione ed assolvimento degli obblighi informativi determinanti anche ai fini degli adempimenti LEA;
- revisione della "mission" da orientarsi verso quella di promuovere azioni rivolte allo studio, alla individuazione ed alla rimozione delle cause di nocività e di malattia di origine ambientale, umana

ed animale; di agire per garantire la tutela dello stato di benessere e della salute collettiva e di dare una risposta unitaria ed efficace alla domanda, anche inespressa, di salute della popolazione;

- fornire alle comunità locali ed alla Regione servizi di vigilanza e controllo efficaci, di elevata professionalità e corrispondenti a standard qualitativi riconosciuti, specie su problemi quali l'igiene e la sicurezza sul lavoro, la sicurezza alimentare, l'erogazione delle prestazioni sanitarie, l'igiene pubblica;
- assicurare il reale coordinamento e la comunicazione tra le diverse articolazioni funzionali interne del Dipartimento di Prevenzione e con gli altri attori istituzionali che operano nel settore, nonché alla razionalizzazione dei compiti sia sul piano dell'efficacia degli interventi sia sul piano del governo delle attività,

b) Dipartimento delle Dipendenze Patologiche (DDP)

- revisione organizzativa interna in coerenza con il Regolamento Regionale che la Regione dovrà emanare per l'adozione tempestiva di un modello organizzativo e funzionale unico per tutto il territorio regionale nel quale siano definiti compiti e funzioni del Dipartimento nonché delle singole articolazioni strutturali;
- integrazione fra gli interventi del DDP e quelli offerti dalle altre strutture sanitarie, anche per evitare sprechi di risorse per interventi simili;
- integrazione del privato sociale accreditato, secondo il Regolamento che la Regione dovrà emanare, del volontariato e delle cooperative sociali, nell'ambito di una organizzazione dipartimentale, che consenta di organizzare offerte di servizio (residenzialità, semiresidenzialità, specifici moduli organizzativi, gruppi progetto/lavoro nonché unità di strada ed eventuali altri moduli) che si rendessero necessari e utili a rispondere a bisogni territoriali che tengano conto delle risorse e dei bisogni emergenti nel territorio per meglio rispondere alle esigenze di prevenzione primaria, cura e riabilitazione della popolazione in generale e, in particolare, di gruppi di popolazione specifica e ridurre la mobilità passiva extra regionale;

c) Dipartimento di Salute Mentale (DSM)

- rafforzamento dell'assistenza territoriale con apertura h12 e potenziamento dei Centri di Salute Mentale (CSM) con un obiettivo regionale fissato: bisogna pervenire all'apertura h12 dei 2/3 dei CSM pugliesi con il potenziamento di tutte le attività ad essi assegnati dalla normativa per tutto l'arco delle 12 ore, attraverso la definizione di uno standard minimo di personale e la ridefinizione della rete regionali dei Centri;
- miglioramento della qualità dell'assistenza nei Servizi Psichiatrici ospedalieri di Diagnostica e Cura (SPDC) attraverso la definizione di procedure e strumenti innovativi quali l'uso quotidiano del registro di monitoraggio, la discussione giornaliera sui casi da parte dell'equipe, la realizzazione di attività socioriabilitative nell'ambito del Servizio Ospedaliero, l'accreditamento tra pari che favorisca il confronto e la diffusione di buone pratiche e modelli di eccellenza presenti nei Servizi;
- gestione integrata delle emergenze / urgenze psichiatriche che coinvolga i diversi attori chiamati in causa in causa (Comuni, Polizia Municipale, Pronto Soccorso Ospedaliero, 118, DSM, SPDC, Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Tribunale per i Minorenni, Polizia di Stato, Carabinieri, Vigili del Fuoco) ed individui procedure condivise per la corretta realizzazione dell'intervento sanitario;
- favorire l'inserimento lavorativo di persone con problemi psichici in carico ai DSM attraverso una serie di azioni (indicate nel Piano);

- rafforzamento dell’assistenza psichiatrica negli Istituti di pena e delle misure alternative all’OPG da realizzarsi attraverso i CSM che devono assumere la piena responsabilità dell’assistenza psichiatrica e della tutela della salute mentale nelle carceri, con una reale e complessiva presa in carico dei detenuti con problemi psichici anche mediante idonei protocolli di collaborazione con la Magistratura competente come previsto dalle “Linee di indirizzo sulle misure di sicurezza alternative alla detenzione per i pazienti psichiatrici autori di reato”, approvate dal Gruppo Tecnico Interregionale Salute Mentale della Commissione Salute il 15/7/2009;
- potenziamento della Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza (NPIA);
- potenziamento della riabilitazione territoriale e riduzione della residenzialità mediante l’incremento delle attività riabilitative territoriali e domiciliari e del ricorso alla semiresidenzialità o residenzialità “leggera” (gruppi appartamento, comunità alloggio, centri diurni), con contestuale riduzione della residenzialità h 24;
- potenziamento della integrazione dei percorsi di accoglienza sociosanitaria territoriale con i percorsi riabilitativi, per i pazienti psichiatrici stabilizzati e i disabili psichici senza il necessario supporto familiare (“dopo di noi” e “durante noi”), con la definizione di protocolli operativi per la presa in carico territoriale in strutture residenziali sociosanitarie di bassa e media intensità assistenziale, quali le case per la vita introdotte con l’art. 9 della l.r. n. 26/2009 e disciplinare con l’art. 70 del Reg. R. n. 4/2007 e s.m.i., e l’attivazione di procedure per la definizione di specifici accordi contrattuali con la rete delle strutture autorizzate al funzionamento nel territorio di riferimento, limitatamente al budget assegnato a questo LEA e promuovendo percorsi virtuosi di reinvestimento dei risparmi derivanti dalla maggiore appropriatezza dei percorsi riabilitativi.

d) Distretti Socio Sanitari (DSS)

L’azione di pianificazione e programmazione della Regione Puglia ha portato, in questi ultimi anni, l’Assessorato alle Politiche della Salute e l’Assessorato al Welfare a generare un ampio corredo di norme, direttive, linee, piani programmatici, ecc.; tanto che si è resa necessaria una riflessione complessiva sul loro livello di coerenza e di applicabilità a tutto il sistema del welfare formale e informale.

Il Distretto a seguito della Legge Regionale n. 25 del 3 agosto 2006 e delle indicazioni del Piano Regionale di Salute è oggetto di un’importante riorganizzazione che prevede anche l’istituzione di nuove funzioni e un nuovo modello organizzativo, sancito a breve con il Regolamento del Distretto Socio Sanitario, per assicurare al meglio i livelli essenziali di assistenza (LEA).

Recentemente la nostra Regione è impegnata, in un complesso processo di strutturazione delle attività distrettuali attraverso la definizione di un apposito regolamento regionale di Organizzazione del Distretto e lo sviluppo sistemico e sistematico di procedure e protocolli, con lo scopo di definire un sistema integrato di protezione sanitaria e socio-sanitaria a rete.

Soprattutto, attraverso il regolamento del distretto si intende definire:

- un modello organizzativo e funzionale tale da garantire l’omogeneità ed equità dell’assistenza sul territorio regionale;
- l’unicità del ruolo del Distretto nel “governo della domanda di salute”;
- i rapporti strutturali e funzionali tra la Direzione del Distretto e le Cure Primarie, ma anche i rapporti funzionali tra il Distretto, i Dipartimenti e le Strutture Sovradistrettuali territoriali.

Il disegno di Distretto che prende forma in Puglia è quello di una Macrostruttura chiamata a garantire il coordinamento e l’integrazione di tutte le attività sanitarie e sociosanitarie a livello territoriale; capace di esprimere una funzione propulsiva nella ricerca, promozione e realizzazione di opportune sinergie tra tutti i sottosistemi di offerta territoriale (Dipartimenti e Strutture Sovradistrettuali) e fungere da

collegamento tra questi e le Cure Primarie (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Continuità Assistenziale).

Al Distretto è assegnato il compito specifico e delicato di curare e attivare la rete formale e informale di protezione sanitaria e sociale attraverso l'integrazione e il coordinamento delle azioni dei diversi protagonisti coinvolti per garantire e assicurare la presa in carico globale della persona e la continuità delle cure.

A garanzia di questa missione sono stati posti due strumenti strategici:

- la Porta Unica di Accesso (PUA);
- l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).

Entrambi chiamati a sostenere i due principi cardine di tutto il sistema alternativo alla funzione ospedaliera.

L'obiettivo è la costituzione di un sistema, nella rete, di Porte Uniche di Accesso e di Unità di Valutazione Multidimensionale, collegate tra loro, e consolidate attraverso l'adozione di specifici atti aziendali di organizzazione e di programmazione delle risorse umane e tecnologiche e implementazione di strumenti di valutazione multidimensionale, già definiti per la non autosufficienza degli anziani (SVAMA) e in corso di definizione per le persone con disabilità (SVAMA.Di.).

Si tratta di perseguire il miglioramento dei livelli di efficienza e di efficacia del setting assistenziale e l'appropriatezza della continuità delle cure.

La sfida proposta è legata alla capacità del sistema di mutare approccio rispetto alla "lettura" della domanda di salute e alle coerente "costruzione" di un corredo di risposte variegata e specifiche rispetto alla Persona in stato di bisogno.

23) Interventi per l'appropriatezza dei ricoveri

Il nuovo Patto per la Salute 2010-2012 ha previsto all'art. 6 comma 5 che in vista dell'adozione del provvedimento di revisione straordinaria del DPCM di definizione dei livelli essenziali di assistenza, secondo quanto previsto dal punto 2.4 del Patto per la salute del 28 settembre 2006, la lista dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriata, di cui all'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001, è integrata dalle Regioni in base alla lista contenuta negli elenchi A e B allegati dello stesso Patto.

Le Regioni devono assicurare l'erogazione delle prestazioni già rese in regime di ricovero ordinario, in regime di ricovero diurno ovvero in regime ambulatoriale.

Nel caso di ricorso al regime ambulatoriale, le Regioni devono definire per le singole prestazioni o per pacchetti di prestazioni, in via provvisoria, adeguati importi tariffari e adeguate forme di partecipazione alla spesa, determinati in maniera da assicurare minori oneri a carico del Servizio sanitario nazionale rispetto alla erogazione in regime ospedaliero.

Oltre alle azioni complessivamente previste nel Piano di Rientro e volte a deospedalizzare l'assistenza in favore dell'offerta integrata territoriale, è necessario comunque rafforzare il sistema di valutazione e controllo dell'appropriatezza dei ricoveri.

Tale obiettivo è fondamentale e deve essere perseguito da ciascuna Azienda Sanitaria Locale affinché sia realizzato un reale potenziamento delle Unità di Valutazione della Appropriata dei Ricoveri (UVAR) e delle Prestazioni (UVARP) che devono assicurare soprattutto per incrementare il livello e la qualità dei controlli delle attività degli erogatori privati accreditati e non sulla base delle linee guida, degli indirizzi e degli obiettivi annuali che il coordinamento UVAR regionale individua. La normativa regionale prevede attualmente che i controlli interessino almeno il 15% dei ricoveri annualmente effettuati in ciascun ambito territoriale.

Al fine di supportare le Aziende Sanitarie nella fondamentale fase di analisi e verifica della appropriatezza organizzativa dei ricoveri ospedalieri per elenchi normativi di procedure è stato realizzato dall'Ares Puglia un modello denominato "MAAP" capace di "leggere" il contenuto dei singoli ricoveri e di stabilire in relazione alle patologie, alle caratteristiche cliniche del paziente e soprattutto procedure effettuate nel corso del ricovero, quale modalità assistenziale è appropriata per ogni singolo ricovero; inoltre, poiché associa ad ogni procedura ICD 9 CM un setting assistenziale di riferimento, il MAAP costituisce un'utile guida per i clinici, proprio nella fase di predisposizione organizzativa dell'assistenza.

L'obiettivo complessivo regionale fissato dal Piano di Rientro 2010-2012 considera, quindi, un forte potenziamento da parte delle ASL e della Regione del sistema delle verifiche sull'appropriatezza dei ricoveri e delle prestazioni erogate ed in modo specifico sul versante organizzativo con un effetto di riduzione dei costi per la remunerazione delle prestazioni "inappropriate" che, nel triennio, è fissata al 5% dei valori 2009.

Ai fini della stima delle riduzioni di costo il Piano stima di ottenere una riduzione di ½ punto percentuale nel 2011, e di un punto percentuale nel 2012, quantificabile (per difetto) in:

	2010	2011	2012
Riduzione costi da verifiche su appropriatezza	=	- 4	- 6

(dati in milioni di euro)

24) Controllo cartelle cliniche

I Direttori Generali sono tenuti ad assicurare che per ciascun erogatore di prestazioni sanitarie sia realizzato un controllo analitico del totale delle cartelle cliniche e delle corrispondenti schede di dimissione ospedaliera, in conformità agli specifici protocolli di valutazione approvati dalla Regione Puglia ed ai parametri relativi all'inappropriatezza clinica ed all'inappropriatezza organizzativa mediante i quali le regioni, ai sensi dell'art. 88, comma 2 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, così come sostituito dall'art. 79, comma 1 septies, del decreto legge n. 112 del 2008 e convertito, con modificazioni, dalla legge 133 del 2008 devono assicurare un livello minimo di verifica, così determinato:

	2010	2011	2012
Controllo cartelle cliniche per ciascun erogatore	20%	30%	40%

(rispetto al totale delle cartelle cliniche di ciascun erogatore)

I Direttori Generali rendicontano analiticamente e semestralmente circa il raggiungimento dell'obiettivo sopra indicato evidenziando gli effetti in termini di riduzione dei costi e delle correlate azioni intraprese.

25) Potenziamento sistema di Monitoraggio Contabile

Al fine di rispettare quanto previsto dall'art.11 del nuovo Patto per la Salute 2010-2012 che prevede che le Regioni sottoposte ai piani di rientro dai disavanzi sanitari, per tutta la durata dei piani intensificano le verifiche periodiche delle procedure amministrativo contabili, ai fini della certificazione annuale dei bilanci delle aziende e del bilancio sanitario consolidato regionale, è obbligo informativo ai sensi e per gli effetti di cui all'art.39 della legge regionale n.4/2010 e di cui all'art.8-octies del D.Lgs n.502/92 e ss.mm.ii. la puntuale e corretta implementazione del sistema di monitoraggio contabile realizzato attraverso il sistema informativo sanitario regionale (SISR) ed ulteriormente potenziato nell'ambito del nuovo sistema Edotto.

Il rispetto dei programmi di attività e degli obblighi previsti per ciascuna struttura in tema di alimentazione puntuale del sistema di monitoraggio contabile oltre a rappresentare obiettivo prioritario costituisce anche elemento di verifica per la conferma degli incarichi al direttore generale, ai direttori amministrativi ed ai

direttori di dipartimento nonché del contratto previsto per i dirigenti responsabili di struttura complessa e per la corresponsione degli incentivi di risultato al personale con funzioni dirigenziali dipendente dalle aziende interessate.

Le Aziende Sanitarie e gli Istituti del SSR devono assicurare, anche nelle more che si completi la realizzazione dei nuovi sistemi informativi aziendali e si realizzi la nuova area “Monitoraggio Contabile” del Sistema Edotto, sia puntualmente alimentato il sistema di Monitoraggio Contabile SISR che rappresenta lo strumento di monitoraggio e verifica costante degli andamenti economico – finanziari, degli andamenti di spesa (con il massimo livello di dettaglio), dello stato dei pagamenti effettuati a fronte degli ordinativi (informatizzati).

Per giungere a tale obiettivo fondamentale per il reale governo della spesa sanitaria, la Regione ha anche attivato un progetto denominato “spending review” al fine di evitare i ritardi dei pagamenti, anche alla luce della recente evoluzione normativa (art. 9 del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, convertito, con modificazioni, in legge 3 agosto 2009, n. 102, in tema di tempestività dei pagamenti delle Pubbliche Amministrazioni).

La Regione ha, quindi, elaborato ed approvato linee guida volte a definire procedure amministrative e informatiche omogenee a livello regionale per tutte le Aziende sanitarie che consentano un’azione di controllo maggiormente efficace tesa ad accertare preventivamente che i programmi di spesa siano compatibili con le risorse finanziarie disponibili in bilancio e tesa a garantire il tempestivo pagamento delle somme dovute per somministrazioni, forniture ed appalti in presenza di disponibilità di cassa

Tali linee guida sono state elaborate sulla base di quanto disposto dall’art. 33 della L.R. n.4/2010 che prevede che “con provvedimenti della Giunta regionale, su proposta dell’Assessore alle politiche della salute, sono stabilite le modalità per l’effettuazione del controllo dei bilanci delle aziende sanitarie ed enti pubblici del SSR”, considerato che la definizione di procedure amministrative omogenee consentirebbe una maggiore efficacia di azione nella comprensione dei fatti amministrativi da parte degli organi di controllo esterni. Si tratta di un documento contenente indicazioni relativamente alle procedure amministrative contabili connesse alla gestione del ciclo passivo e del budget finanziario, cui dovranno uniformarsi le Aziende sanitarie e gli IRCCS pubblici della Regione Puglia e le società fornitrici dei software di contabilità. Tale documento va ad integrare le linee guida relative alla contabilità analitica emanate dalla Regione nell’anno 2005 con deliberazione n. 129 dell’Agenzia Regionale Sanitaria.

Le linee guida di cui innanzi contengono anche la definizione del processo di gestione del ciclo passivo (compreso ordini, fatture, liquidazioni, mandati, ecc.).

Sono stati costituiti, inoltre, Gruppi di Lavoro tematici Regione-Aziende in materia di Controllo di Gestione e di Monitoraggio Contabile che stanno elaborando analisi propedeutiche alla definizione di azioni ed obiettivi utili al progressivo consolidamento di procedure, interventi correttivi e di miglioramento del governo del SSR.

Tutte le misure saranno rese coerenti con il sistema della tessera sanitaria art. 50 L 326/2003, nonché con il decreto interministeriale in materia di certificazione dei bilanci.

Inoltre, il Piano di Rientro 2010-2012 pone come obiettivo quello di creare un luogo dedicato al confronto e alla discussione delle problematiche fiscali e contabili di interesse comune per tutte le aziende sanitarie regionali al fine di individuare soluzioni comuni e diffondere Best Practice attraverso l’attivazione di uno specifico Gruppo di Lavoro Regionale, l’attivazione di moduli di contabilità separata per la gestione delle attività commerciali nell’ambito dei sistemi informativi di contabilità al fine di consentire di ricalcolare la base imponibile IRAP considerando i costi sostenuti dalle aziende direttamente imputabili a tali attività (Enel, Pulizia, Vigilanza, etc..) con conseguente riduzione della voce di spesa per IRAP.

26) Attivazione delle procedure per perseguire la certificabilità dei bilanci

L'art. 11 del nuovo Patto per la Salute 2010-2012 prevede che le regioni effettuino una valutazione straordinaria dello stato delle procedure amministrativo contabili, con conseguente certificazione della qualità dei dati contabili delle aziende e del consolidato regionale relativi all'anno 2008; a tale adempimento provvedono le regioni sottoposte ai Piani di rientro entro il 31 ottobre 2010 e le altre regioni entro il 30 giugno 2011.

Le regioni, per l'implementazione e la messa a regime delle conseguenti attività regionali, ivi comprese le attività eventualmente necessarie per pervenire alla certificabilità dei bilanci, possono fare ricorso alle risorse di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67.

E', quindi, obiettivo dei Direttori Generali quello di pervenire alla certificazione dei bilanci secondo quanto stabilito con separato provvedimento dalla Giunta Regionale da adottarsi entro il prossimo 30 giugno 2011.

Per favorire questo processo, il Piano di Rientro ha previsto azioni tendenti all'obiettivo di migliorare il grado di affidabilità dei conti delle aziende sanitarie pubbliche regionali ed incrementare il livello di trasparenza dell'azione di controllo da parte degli organi preposti (Regione e Collegi Sindacali) attraverso il coinvolgimento dei differenti attori impegnati nei processi di rendicontazione e controllo contabile.

Attraverso la definizione di linee guida regionali, procedure di controllo e strumenti di rilevazione comuni, redazione e la rendicontazione uniformi a livello regionale si deve conseguire la semplificazione delle procedure e l'incremento della capacità di lettura uniforme e l'affidabilità dei risultati dell'azione amministrativa.

Le iniziative che saranno attivate dalla Regione Puglia dovranno trovare piena adesione da parte delle Aziende Sanitarie e gli Istituti pubblici del SSR che con proprie azioni dovranno favorire e condividere i risultati attesi:

- attivazione di un Gruppo di Lavoro Regionale con il coinvolgimento dei membri dei Collegi Sindacali;
- definizione di linee guida regionali per l'attività di controllo dei Bilanci (art. 33 LR 04/10)
- definizione di una nota integrativa standard per tutte le AA.SS.
- definizione di linee guida applicative dei principi contabili definiti dall'O.I.C. per le aziende sanitarie del SSR.

Tutte le misure saranno coerenti con quanto previsto dal decreto interministeriale in materia di certificazione dei bilanci.

27) Sanità Elettronica e sviluppo delle ICT

Le Aziende Sanitarie e gli Istituti del SSR devono sottoporre preliminarmente, come previsto dal Regolamento Regionale n.19/2007, al TSE Puglia i propri progetti ed iniziative di informatizzazione nonché le notizie circa lo stato di avanzamento dei progetti approvati e delle relative procedure di gara al fine di consentire un monitoraggio costante delle iniziative volte ad attuare la programmazione regionale in materia di sviluppo della Società dell'Informazione, dell'e-Gov in Sanità contenute nel Piano per la Sanità Elettronica di Puglia di cui alla D.G.R. n.2005/2006.

La particolare interdipendenza tra le azioni poste a carico delle Aziende ed i progetti regionali di Sanità Elettronica rendono assolutamente necessario che gli interventi siano realizzati in tempi e modalità coerenti e compatibili al fine di non determinare conseguenze sulla realizzazione degli obiettivi previsti dal Piano per la Sanità Elettronica, sul corretto adempimento degli obblighi informativi infraregionali e verso i Ministeri nonché sul processo di innovazione complessivo programmato ed avviato nella Regione Puglia.

Con direttive assessorili e del TSE Puglia stati indicati dettagliatamente gli interventi che ciascuna Azienda o Istituto del SSR deve assicurare in relazione anche al nuovo modello organizzativo di Sanità Elettronica.

I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ed Istituti del SSR devono conseguire gli obiettivi previsti dal Piano per la Sanità Elettronica e ribaditi dal Piano di Rientro 2010-2012 in quanto funzionali alla compiuta realizzazione di sistemi informativi maturi, innovativi ed interoperabili al fine di potenziare e qualificare il governo complessivo del Servizio Sanitario Regionale, di rafforzare le capacità di analisi, monitoraggio e verifica in tempo reale dei fenomeni consentendo di porre in essere eventuali azioni correttive.

Tutta la progettazione di Sanità Elettronica in Puglia assume i contenuti progettuali, il modello organizzativo e le soluzioni tecnologiche previste dalle iniziative in essere a livello centrale da parte del Ministero dell'Economia e delle Finanze, da parte del Ministero della Salute e da parte del Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione (progetto Tessera Sanitaria, Fascicolo Sanitario Elettronico, SPC, certificazioni e ricette on line, NSIS, Invalidità Civili, ecc...).

L'obiettivo è, infatti, quello di rendere coerenti le iniziative a carattere regionale (e aziendali) con il disegno complessivo di innovazione sviluppato dall'amministrazione centrale valorizzando gli elementi di cooperazione applicativa tra il SAC (Sistema di Accoglienza Centrale delle informazioni) ed il SAR (Sistema di Accoglienza Regionale delle informazioni) di Puglia.

In particolare, i Direttori dovranno assicurare:

- 1) l'attuazione degli interventi previsti dal Piano della Sanità Elettronica di Puglia di cui alla DGR n. 2005/2006 e successive direttive, con particolare riferimento alla predisposizione dei progetti aziendali di informatizzazione delle attività e di potenziamento delle infrastrutture ICT (Information Communication Technology) e di e-Health;
- 2) quanto previsto dall'art. 9 del R.R. n. 19/2007 "Tavolo permanente per la Sanità Elettronica della Puglia - TSE Puglia";
- 3) la definizione del piano o progetto aziendale di Sanità Elettronica con consenta di organizzare, razionalizzare, omogeneizzare e potenziare i sistemi informativi aziendali in coerenza con i progetti regionali; tale piano o le sue modifiche ed evoluzioni deve essere presentato al TSE Puglia ai sensi dell'art. 3 del R.R. n.19/2007;
- 4) conferire i dati e le informazioni necessarie per il funzionamento dei sistemi informativi regionali di cui alla deliberazione della Giunta regionale 22 dicembre 2006, n.2005 (Piano per la sanità elettronica della Regione Puglia), secondo le specifiche tecniche e le modalità stabilite dalla Regione (art. 39 comma 3 L.R. n. 4/2010);
- 5) la realizzazione degli interventi volti ad assicurare la realizzazione e gestione delle reti di connettività interne (intranet) e delle opere per la connettività locale nelle sedi e strutture interne (LAN, ecc..) quale fondamentale infrastruttura per l'utilizzo diffuso e compiuto dei sistemi informativi nei processi amministrativi e sanitari;
- 6) l'attivazione dei servizi previsti dalla RUPAR-SPC di Puglia nei tempi fissati dalla Regione Puglia;
- 7) attivare o completare le procedure di gara relative ai sistemi informativi aziendali, alla connettività aziendale ed alla connettività RUPAR-SPC secondo le norme e disposizioni nazionali e regionali;
- 8) l'adesione alle iniziative regionali volte allo sviluppo delle ICT e sostanziate da Accordi ed Intese tra Ministeri, Enti, Istituzioni, Società e la Regione Puglia ed applicabili ai progetti di Sanità Elettronica ed alle iniziative aziendali.

Cronoprogramma regionale di Sanità Elettronica

Progetto regionale	Data avvio prevista
Edotto (il Nuovo Sistema Informativo Sanitario Regionale)	2011
Sistema Informativo Sanitario Territoriale (SIST) (messa in rete dei MMG con realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e realizzazione SAR ai fini adempimenti ricetta on line)	2011
Portale Regionale della Salute	2010
Nuovo Sistema Informativo di Telecardiologia	2010
Nuovo Sistema Informativo dell'Emergenza Urgenza Sanitaria Territoriale (N118)	2012
Evoluzione della Rupar di Puglia nel Sistema Pubblico di Connettività (RUPAR-SPC)	2010
e-Cup Puglia	2011
Nuovo Sistema Informativo Dipendenze Patologiche (N-SESIT Puglia)	2012
Sistema Informativo Amministrativo – Contabile regionale	2012
Sistema informativo regionale screening (unico per tutte le attività di screening)	2011
Sistema informativo anatomia patologica	2011
Sistema informativo Salute Mentale	2012
Sistema informativo Consultoriale	2011
Sistema informativo Dipartimenti di Prevenzione	2011

La realizzazione delle iniziative regionali di Sanità Elettronica, le attività del TSE Puglia e le azioni poste a carico delle Aziende Sanitarie ed Istituti del SSR consentiranno alla Puglia di realizzare un processo di forte innovazione tecnologica e di cambiamento organizzativo nell'intero Sistema Sanitario Regionale realizzando strumenti efficaci di programmazione, di governo, di monitoraggio e di gestione con l'obiettivo di aumentare l'efficienza del Servizio Sanitario nonché di rendere disponibili servizi accessibili on – line da parte di operatori e professionisti sanitari e soprattutto dei cittadini.

I sistemi informativi regionali e quelli aziendali dovranno, comunque, essere obbligatoriamente adeguati affinché si realizzi un sistema di monitoraggio regionale dei fattori di spesa in linea con quanto previsto dall'art. 2 del nuovo Patto per la Salute 2010-2012 circa la costruzione di indicatori di efficienza ed appropriatezza allocativa delle risorse rapportati agli indicatori previsti negli allegati al nuovo Patto per la Salute e correlati a valutazioni sull'erogazione dei LEA.

I settori strategici individuati nel nuovo Patto per la Salute in cui operare al fine di qualificare i servizi sanitari regionali e garantire maggiore soddisfacimento dei bisogni dei cittadini ed al tempo stesso un maggior controllo della spesa sono:

- a) riorganizzazione delle reti regionali di assistenza ospedaliera;
- b) assistenza farmaceutica;
- c) governo del personale;
- d) qualificazione dell'assistenza specialistica;
- e) meccanismi di regolazione del mercato e del rapporto pubblico privato;
- f) accordi sulla mobilità interregionale;
- g) assistenza territoriale e post acuta;
- h) potenziamento dei procedimenti amministrativo contabili, ivi compreso il progetto tessera sanitaria;
- i) rilancio delle attività di prevenzione.

Costituiscono indicatori di efficienza ed appropriatezza le grandezze stabilite dal nuovo Patto per la Salute:

- a) indicatori del rispetto della programmazione nazionale (allegato 1 al Patto);
- b) indicatori sui costi medi (allegato 2 al Patto);

- c) standard dei posti letto ospedalieri, come definito dalla vigente legislazione e dal Patto;
- d) standard del tasso di ospedalizzazione;
- e) standard del costo del personale: si considera anomala una spesa di personale, con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale (e quindi inclusiva degli oneri del personale a tempo indeterminato, con forme di lavoro flessibile e del personale interinale), di valore medio pro-capite (calcolato sulle unità di personale), superiore al valore medio delle regioni in equilibrio economico e che garantiscano l'erogazione dei LEA con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza;
- f) standard della numerosità del personale:
 - con riferimento agli ospedali pubblici (aziende e presidi a gestione diretta), si considera anomala la presenza di un numero medio di unità di personale per posto letto superiore al numero medio registrato dalle regioni in equilibrio economico e che garantiscano l'erogazione dei LEA con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza;
 - con riferimento alle aziende sanitarie si considera anomala la presenza di un numero medio di unità di personale per unità di popolazione assistita superiore al numero medio, corretto per il rapporto tra erogatori pubblici e privati accreditati, registrato dalle regioni in equilibrio economico e che garantiscano l'erogazione dei LEA con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza;
- g) standard di struttura: si considera anomala la presenza sul territorio di ospedali pubblici con numero medio di posti letto inferiore al numero medio registrato dalle regioni in equilibrio economico e che garantiscano l'erogazione dei LEA con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza;
- h) standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza (Allegato 3 al Patto).

Costituiscono, inoltre, indicatori quelli stabiliti nell'ambito del sistema di monitoraggio della spesa sanitaria di cui al progetto Tessera Sanitaria.

Tali interventi così come le iniziative nazionali consentiranno di realizzare un contenimento indiretto dei costi grazie alle possibilità offerte per monitorare, analizzare e correggere i fenomeni che si determinano nell'intero SSR nonché una razionalizzazione della spesa derivante dalle risorse liberabili con il ricorso alle nuove tecnologie ICT (es. condivisione di tecnologie, condivisione di basi dati, dematerializzazione, abbattimento tempi disponibilità ed accesso ai dati, miglioramento della informazione e della comunicazione, interoperabilità, conoscenza dell'offerta sanitaria e dei servizi, riduzione della mobilità, ecc..).

28) Flussi informativi ed obblighi informativi

Sono confermati per il 2010 gli obiettivi prioritari posti a carico dei Direttori Generali e relative responsabilità circa la corretta e puntuale alimentazione dei flussi informativi previsti dalle norme europee, nazionali e regionali, nonché dalle successive direttive e provvedimenti regionali dei Servizi e degli Uffici della Regione Puglia e che qui si intendono espressamente richiamati.

In particolare si richiama quanto previsto dall'art. 39 della L.R. n. 4/2010:

“3. E' fatto obbligo alle aziende sanitarie, istituti ed enti pubblici, privati accreditati o soggetti convenzionati del SSR di conferire i dati e le informazioni necessarie per il funzionamento dei sistemi informativi regionali di cui alla deliberazione della Giunta regionale 22 dicembre 2006, n.2005 (Piano per la sanità elettronica della Regione Puglia), secondo le specifiche tecniche e le modalità stabilite dalla Regione [...]

6. Sono fatti salvi comunque i contenuti di norme, decreti e altri provvedimenti a carattere nazionale e regionali contenenti obblighi e adempimenti a carico delle aziende ed enti del SSR in materia di flussi e obblighi informativi.”

Le Aziende ed Istituti sono tenuti al conferimento dei dati e delle informazioni mediante i flussi informativi definiti e secondo le scadenze già previste dalle norme nonché quelle che sono definite con provvedimento della Giunta Regionale, ai sensi del comma 4 dell’art.39 della L.R. n.4/2010, con cui è stabilito “lo scadenziario per il conferimento dei dati e delle informazioni da parte delle aziende sanitarie, istituti ed enti del SSR ai sistemi informativi regionali” e sono “stabilite forme di penalizzazione a carico delle aziende sanitarie, istituti ed enti del SSR in caso di mancato rispetto degli obblighi informativi”.

Con regolamento regionale sono individuati, inoltre, gli adempimenti a carico delle aziende sanitarie, istituti ed enti del SSR, previsti dalle norme vigenti, che sono assolti mediante il conferimento dei dati e delle informazioni ai sistemi informativi regionali nel rispetto di quanto previsto dal richiamato articolo 39 della L.R. n.4/2010.

Fermo restando quanto innanzi indicato e quanto già espressamente richiamato nella DGR 1442 del 04.08.2009, sono individuati per il 2010 i seguenti obiettivi specifici, posti a carico dei Direttori Generali e le relative responsabilità in materia di sistemi informativi sanitari e sanità elettronica, previsti dalla normativa europea, nazionale e regionale, nonché dai successivi provvedimenti e direttive regionali della Regione Puglia:

- a) assicurare i flussi informativi riguardanti i dati delle prescrizioni farmaceutiche, diagnostiche, specialistiche ed ospedaliere, gestiti con sistemi informatici in attuazione di quanto previsto dall’art. 87 della L. n. 388/2000 e s.m.i., nonché dall’art. 50 del D.L. 30/09/2003 n. 269 convertito con modificazioni dalla L.n. 326/2003; a seguito di accordo in conferenza Stato Regioni i flussi informativi riguardano anche i dispositivi medici;
- b) assicurare l’invio, secondo i tempi previsti al Ministero dell’Economia e delle Finanze ed in accordo allo specifico calendario pubblicato sul portale www.sistemats.it, dei dati riferiti al monitoraggio della spesa sanitaria ai sensi dell’art. 50 del D.L. 30/09/2003, n. 269, convertito con modificazioni dalla Legge n. 326/03 e dei successivi decreti attuativi. L’avvio della fase a regime di cui Decreto Ministero dell’Economia e delle Finanze 21/12/2007 comporta la piena cogenza del regime sanzionatorio stabilito dai commi 8 bis, 8 ter e 8 quater, secondo le modalità definite dalla circolare emanata del MEF prot.n. (RGS) 77524 del 7.06.2007 e reperibile sul portale www.sistemats.it – sezione normativa. Nel ribadire che il mancato rispetto agli obblighi informativi definiti dal progetto Tessera Sanitaria si configura come inadempimento regionale ai fini dell’accesso per il SSR all’incremento delle risorse finanziarie a carico del bilancio dello Stato, si richiama al rispetto di tutti gli obblighi informativi, ed in particolare a:
 - costante ed efficace attività di aggiornamento delle basi dati ed anagrafi di competenza, anche ai fini dell’attuazione di quanto previsto dal DPCM 26/03/2008, del D.M. 11/12/2009 e del D.M. 26/02/2010;
 - invio puntuale dei dati delle ricette, in termini temporali e qualitativi, relativamente alle prestazioni di specialistica pubblica;
 - costante aggiornamento dell’assegnazione dei ricettari al medico prescrittore (invio telematico del nome, cognome e codice fiscale dei medici ai quali è effettuata la consegna dei ricettari come previsto dal comma 4 dell’art. 50 del D.L. 269/2003, convertito con modificazioni dalla L. n. 326/2003);
- c) assicurare un costante ed efficace monitoraggio, anche attraverso gli strumenti di controllo forniti dalla Regione, del rispetto degli obblighi ex art.50 Legge n.326/03 da parte delle farmacie nonché delle strutture private accreditate, per le quali il mancato adempimento dell’invio dei dati attinenti l’art.50 della L.n. 326/2003 comporta la sospensione della liquidazione delle prestazioni rese sino alla dichiarazione dell’avvenuto adempimento ed alla relativa verifica come innanzi specificato

- d) assicurare l'invio informatico trimestrale alla Regione, al Ministero dell'Economia e delle Finanze ed al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali della certificazione di accompagnamento del Conto Economico trimestrale in ordine alla coerenza dei risultati con gli obiettivi assegnati alla Regione ai sensi dell'intesa stato regioni del 23 marzo 2005;
- e) assicurare il corretto e tempestivo invio telematico attraverso il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) dei modelli di rilevazione delle attività gestionali delle Aziende Sanitarie, così come aggiornati dal Decreto Ministeriale del 5 Dicembre 2006;
- f) assicurare il corretto e tempestivo invio telematico attraverso il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) dei modelli di rilevazione economico-finanziari (CE, CP, SP e LA) delle Aziende Sanitarie;
- g) garantire, in ogni caso, tutti i flussi informativi ed obblighi informativi previsti dalle norme di legge in vigore nonché dalle intese/accordi Stato-Regioni con particolare riferimento a quanto ritenuto necessario all'elaborazione degli indicatori del sistema di garanzia di cui al DM 12/12/2001 s.m.i. e utili per il monitoraggio dei livelli di assistenza, così come richiesti dal Comitato per la verifica dei livelli essenziali di assistenza ex intesa Stato/Regioni del 23 marzo 2005;
- h) assicurare i flussi informativi con l'Osservatorio Epidemiologico Regionale riguardanti le vaccinazioni, il SIMI ed N-SIS, il SEIEVA, il RENCAM, la sorveglianza HIV, la sorveglianza TBC, al sorveglianza Meningiti batteriche e delle infezioni HIV;
- i) conferire i dati e le informazioni necessarie per il funzionamento dei sistemi informativi regionali di cui alla deliberazione della Giunta regionale 22 dicembre 2006, n.2005 (Piano per la sanità elettronica della Regione Puglia), secondo le specifiche tecniche e le modalità stabilite dalla Regione (art. 39 comma 3 L.R. n. 4/2010).

29)Potenziamento azioni di recupero e rivalse

In relazione ai provvedimenti della Giunta Regionale relativi alla compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini (ticket) ed alla penalità introdotte in caso di mancata disdetta delle prenotazioni effettuate in caso di mancato accesso alle prestazioni da parte dei cittadini, si pone preminente l'obiettivo, previsto dal Piano di Rientro 2010-2012, relativo alla riorganizzazione ed al potenziamento dei sistemi di recupero di ticket non riscossi nell'ambito di più generali azioni legate alle problematiche concernenti i controlli sui pagamenti ed il recupero crediti anche perché si ravvisa la necessità di riordinare le attività di recupero crediti concernenti le prestazioni sanitarie erogate agli utenti atteso che si è riscontrato che negli ultimi anni diverse funzioni amministrative aziendali non hanno avuto un adeguato coordinamento.

L'obiettivo dei Direttori Generali è quello di potenziare le azioni tendenti in via generale al recupero dei crediti non pagati ed al controllo a campione sulle esenzioni dal ticket nonché alla presa in carico e gestione dei verbali di Pronto Soccorso, al controllo sui ticket non pagati e sui referti non ritirati dagli utenti, alla rivalse delle spese sanitarie ex art. 1916 c.c., dell'avvenuta applicazione delle penali di cui alla D.G.R. n.2268/2010.

La riorganizzazione, quale obiettivo posto anche dal Piano di Rientro, deve avvenire in modo uniforme in tutto il SSR di Puglia le attività di recupero credito e successivo eventuale contenzioso con particolare riferimento alle seguenti attività:

- addebito e recupero tickets non pagati per prestazioni di Pronto Soccorso;
- addebiti e recupero dei tickets non pagati presso i vari servizi sanitari;
- addebiti e recupero dei costi relativi al mancato ritiro referti giacenti presso il CUP;
- addebiti e recupero dei costi relativi al mancato ritiro referti giacenti presso i reparti; a questo proposito è necessaria una disamina di quali siano questi servizi ed attivare un adeguato sistema di consegna referti;

- addebiti per mancata disdetta delle prenotazioni;
- controlli sulle esenzioni ticket
- rivalse delle spese sanitarie derivanti da responsabilità civile di terzi.

Il progetto dovrà essere realizzato grazie alle iniziative di Sanità Elettronica avviate in Puglia e dalle integrazioni progettate ed in via di realizzazione tra i diversi sistemi informativi regionali e regionali con aziendali nonché attraverso la riorganizzazione interna delle funzioni di controllo interno prevista dal D.Lgs. n.150/2009.

Le attività da svolgere includono quindi una fase di analisi della situazione esistente, una fase di riorganizzazione delle strutture interne ed una fase di affidamento di tutto o parte delle attività di recupero a soggetti interno o esterni al SSR.

Il Piano di Rientro 2010-2012 fissa il seguente obiettivo economico derivante dalle azioni sopra indicate:

	2010	2011	2012
Organizzazione e potenziamento sistema recuperi e rivalse	=	- 0,5	- 4

(in milioni di euro)

30) Verifiche esenzioni compartecipazione spesa sanitaria (ticket)

Il Piano di Rientro 2010-2012 ribadisce l'obiettivo, già previsto da altre norme e decreti, relativo alla implementazione di un sistema stabile di controllo delle esenzioni sanitarie per reddito per le prestazioni di specialistica ambulatoriale (decreto interministeriale 11/12/2009, attuativo dell'articolo 79, comma 1-sexies, lettere a) e b) della Legge n. 133/2008, concernente il controllo previste dall'articolo 8, comma 16 della legge n. 527 del 1993, tramite il supporto del Sistema Tessera Sanitaria di cui all'articolo 50 della legge n. 326/2003) nonché delle esenzioni previste per le prestazioni di assistenza farmaceutica.

31) Produzione di plasma da inviare alla lavorazione industriale

La Giunta Regionale con atto n. 598 del 03/03/2010 ha stabilito nuove modalità di movimentazione degli emoderivati.

La raccolta del sangue e del plasma è di alto valore strategico per l'intero servizio sanitario regionale, per cui si rende necessario assegnare ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali nelle quali insistono i servizi e sezioni trasfusionali e alle Aziende Sanitarie Ospedaliere gli obiettivi da raggiungere annualmente ai fini della verifica dei risultati ai sensi dell'art. 3 bis del Decreto Legislativo 502/92, ovvero alla raccolta del sangue e del plasma necessaria al raggiungimento dell'autosufficienza disposta dalle norme nazionali (legge 21 ottobre 2005, n. 219, art. 14).

Per la maggiore produzione del plasma da parte del servizio o sezione trasfusionale, che si traduce in un maggior quantitativo di emoderivati da utilizzare e, quindi, in un notevole risparmio per l'amministrazione, è stata prevista dalla predetta deliberazione G. R. n. 598/2010 una maggiorazione del peso da attribuire all'indennità di posizione variabile per il personale dirigenziale medico e sanitario, nonché all'indennità di risultato individuale per tutto il personale a tale attività deputato, nel rispetto dei limiti finanziari dei relativi fondi aziendali.

Il plasma conferito all'industria deputata alla lavorazione del plasma per la produzione dei plasmaderivati, risulta essere, nell'anno 2009, pari a 33.506,98 Kg (plasma A = Kg 7.448,91; plasma B + C = Kg 26.058,069)

che, rapportato alla popolazione della Regione Puglia, è pari a 8,21 Kg/1000 abitanti rispetto ai 12 Kg/1000 previsti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

A fronte di tanto, si ritiene opportuno incrementare la produzione sia del plasma da scomposizione, sia del plasma da aferesi, sulla base del programma autosufficienza nazionale e regionale.

Per garantire l'autosufficienza emazie nell'anno 2010, si rende necessario, in ossequio all'art. 14 della Legge 21 ottobre 2005 n. 219, un incremento della raccolta di sangue dell'1,5% rispetto all'anno 2009. Il plasma da scomposizione, in termini di produzione, dovrebbe, pertanto, avere lo stesso incremento da avviare alla lavorazione industriale.

Per quanto attiene il plasma da aferesi, si ritiene congruo fissare come obiettivo un incremento del 2% da cedere all'industria rispetto al 2009.

Le strutture trasfusionali che nel 2009 non hanno conferito o hanno conferito una quantità minima di plasma da aferesi all'industria, devono conseguire, come obiettivo, la cessione di almeno un minimo di 50 kg plasma da aferesi. Complessivamente, quindi, dovranno essere conferiti all'industria nell'anno 2010, quale totale raccolta regionale, non meno di 34.500 Kg di plasma.

Quanto sopra, così come previsto dalla Deliberazione di G. R. n. 598 del 3 marzo 2010, è un obiettivo che la Regione Puglia assegna ai Direttori Generali delle Aziende sanitarie. Pertanto, in caso di mancato raggiungimento dell'obiettivo indicato, ai Direttori Generali verrà applicato quanto disposto dal comma n. 6 dell'art 3 bis del D.Lgs. 502/92.

L'inadempimento deve essere oggetto di valutazione negativa in sede di verifica del personale dirigenziale medico e sanitario, ai sensi dell'art. 25 del C.C.N.L. 3 novembre 2005, determinando gli effetti di cui ai successivi artt. 29 e 30. Inoltre al personale dirigenziale medico e sanitario non verrà attribuita la maggiorazione dell'indennità di posizione variabile e a tutto il personale a tale attività deputato (dirigenziale e non) la maggiorazione dell'indennità di risultato individuale.

Gli obiettivi relativi al conferimento plasma nel 2010, risultano così determinati:

AZIENDA	PLASMA CONFERITO ALL'INDUSTRIA ANNO 2009			OBIETTIVO 2010			
	PLASMA A (Kg)	PLASMA B+C (Kg)	TOTALE	PLASMA A (Kg)	PLASMA B+C (Kg)	TOTALE (Kg)	
ASL BT	BARLETTA	505,89	1.131,59	1.637,48	518,18	1.147,00	1.665,18
	TRANI	48,89	476,30	525,19	50,57	485,19	535,75
	ANDRIA	143,34	1.113,53	1.256,87	146,54	1.127,89	1.274,44
	TOTALE			3.419,54			3.475,37

AZIENDA	PLASMA CONFERITO ALL'INDUSTRIA ANNO 2009			OBIETTIVO 2010			
	PLASMA A (Kg)	PLASMA B+C (Kg)	TOTALE	PLASMA A (Kg)	PLASMA B+C (Kg)	TOTALE (Kg)	
ASL FG	SAN SEVERO	0,00	251,10	251,10	50,00	257,60	307,60
	FOGGIA	96,79	2.225,65	2.322,44	99,29	2.257,08	2.356,36
	CERIGNOLA	0,00	775,46	775,46	50,00	781,97	831,97
	TOTALE			3.349,00			3.495,93

AZIENDA	PLASMA CONFERITO ALL'INDUSTRIA ANNO 2009			OBIETTIVO 2010			
	PLASMA A (Kg)	PLASMA B+C (Kg)	TOTALE	PLASMA A (Kg)	PLASMA B+C (Kg)	TOTALE (Kg)	
ASL LE	COPERTINO	0,00	648,05	648,05	50,00	657,91	707,91
	CASARANO	37,89	925,16	963,05	50,00	938,35	988,35
	GALLIPOLI	938,06	1.346,51	2.284,57	960,26	1.332,44	2.292,70
	GALATINA	100,81	928,72	1.029,53	103,20	943,66	1.046,86
	LECCE	13,74	2.259,66	2.273,40	50,00	2.299,81	2.349,81
	TOTALE			7.198,60			7.385,63

AZIENDA		PLASMA CONFERITO ALL'INDUSTRIA ANNO 2009			OBIETTIVO 2010		
		PLASMA A (Kg)	PLASMA B+C (Kg)	TOTALE	PLASMA A (Kg)	PLASMA B+C (Kg)	TOTALE (Kg)
ASL BA	CARBONARA	46,25	1.497,59	1.543,84	50,00	1.522,81	1.572,81
	BARI S.PAOLO	172,27	1.417,55	1.589,82	175,74	1.437,54	1.613,28
	MONOPOLI	423,39	911,61	1.335,00	433,12	923,88	1.357,00
	PUTIGNANO	368,99	810,31	1.179,30	378,41	821,38	1.199,78
	MOLFETTA	3.945,23	1.882,98	5.828,21	3.991,74	1.908,87	5.900,61
	TOTALE			11.476,17			11.643,49

AZIENDA		PLASMA CONFERITO ALL'INDUSTRIA ANNO 2009			OBIETTIVO 2010		
		PLASMA A (Kg)	PLASMA B+C (Kg)	TOTALE	PLASMA A (Kg)	PLASMA B+C (Kg)	TOTALE (Kg)
ASL BR	BRINDISI	102,84	2.201,92	2.304,76	105,76	2.241,71	2.347,48

AZIENDA		PLASMA CONFERITO ALL'INDUSTRIA ANNO 2009			OBIETTIVO 2010		
		PLASMA A (Kg)	PLASMA B+C (Kg)	TOTALE	PLASMA A (Kg)	PLASMA B+C (Kg)	TOTALE (Kg)
ASL TA	TARANTO	161,85	2.039,86	2.201,71	165,09	2.098,39	2.263,48

AZIENDA		PLASMA CONFERITO ALL'INDUSTRIA ANNO 2009			OBIETTIVO 2010		
		PLASMA A (Kg)	PLASMA B+C (Kg)	TOTALE	PLASMA A (Kg)	PLASMA B+C (Kg)	TOTALE (Kg)
	BARI POLICLINICO	197,22	1.077,23	1.274,45	201,16	1.098,77	1.299,94

AZIENDA		PLASMA CONFERITO ALL'INDUSTRIA ANNO 2009			OBIETTIVO 2010-11		
		PLASMA A (Kg)	PLASMA B+C (Kg)	TOTALE	PLASMA A (Kg)	PLASMA B+C (Kg)	TOTALE (Kg)
	S.G.ROTONDO	148,63	2.418,08	2.566,71	152,73	2.456,93	2.609,66

AZIENDA		PLASMA CONFERITO ALL'INDUSTRIA ANNO 2009			OBIETTIVO 2010		
		PLASMA A (Kg)	PLASMA B+C (Kg)	TOTALE	PLASMA A (Kg)	PLASMA B+C (Kg)	TOTALE (Kg)
E.E.	TRICASE	252,53	1.016,48	1.269,01	258,19	1.029,20	1.287,40

AZIENDA		PLASMA CONFERITO ALL'INDUSTRIA ANNO 2009			OBIETTIVO 2010		
		PLASMA A (Kg)	PLASMA B+C (Kg)	TOTALE	PLASMA A (Kg)	PLASMA B+C (Kg)	TOTALE (Kg)
E.E.	ACQUAVIVA	0,00	911,07	911,07	50,00	926,64	976,64

Leggenda: Plasma A = *plasma da aferesi*; Plasma B (plasma da scomposizione delle unità di sangue intero effettuata entro 6 ore dalla raccolta)+C (plasma da scomposizione delle unità di sangue intero effettuata tra 6 e 72 ore dalla raccolta) = *plasma da scomposizione*.

I SIMT di Foggia, Gallipoli, Policlinico – Bari, Taranto e Molfetta sono stati individuati per il conferimento all'industria di plasma destinato alla produzione di plasmasafe (plasma per uso clinico dopo trattamento di sterilizzazione). Tali strutture nel 2009 hanno ceduto all'industria un totale di 2.426,24 Kg di plasma a tale scopo destinato, con conseguente riduzione del plasma di tipo A e B conferito all'industria. Pertanto relativamente a questi SIMT si fissa un obiettivo complessivo di plasma da cedere all'industria, distinto, come per le altre strutture trasfusionali, in plasma A e plasma B+C e contestualmente, si autorizza il Coordinamento Regionale delle Attività Trasfusionali (CRAT) a definire per l'anno 2010 la quota di plasma che le succitate strutture trasfusionali devono destinare alla produzione di plasmasafe.

I Direttori Generali devono provvedere al potenziamento e al funzionamento del Comitato del Buon Uso del Sangue (COBUS), il quale si adopererà, fra l'altro, per l'adozione di linee guida per la trasfusione del plasma per uso clinico, per l'organizzazione del lavoro ai fini di diminuire l'eventuale produzione di plasma di tipo C e per il monitoraggio del corretto utilizzo degli emoderivati e degli emocomponenti.

Il COBUS deve riunirsi almeno quattro volte l'anno in ciascuna Azienda Sanitaria.

32) Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

Si confermano gli obiettivi già posti a carico dei Direttori Generali, per questa macro area di assistenza, nei DIEF precedenti come qui integrati:

- a) **Profilassi delle malattie infettive e parassitarie**
 - riduzione dell'incidenza, prevalenza e mortalità per patologie infettive;
- a) **Tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali**
 - potenziamento delle attività di monitoraggio degli effetti della salute degli inquinanti ambientali;
- b) **Tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro**
 - potenziamento delle attività di vigilanza e controllo svolte dagli SPESAL, anche incrementando, ove consentito, il numero degli operatori per la realizzazione degli obiettivi del Patto per la Salute e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro e dei corrispondenti piani attuativi regionali;
 - incremento del costo pro-capite per l'assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro con riduzione di quello relativo all'assistenza ospedaliera;
- c) **Sanità pubblica veterinaria**
 - Profilassi del randagismo (art. 2 della L.R. 26/06) per il rafforzamento delle attività di sterilizzazione da parte delle ASL. L'attività di sterilizzazione chirurgica prevista dall'art. 2 della L.R. 26/06 dovrà prevedere l'impegno soprattutto del personale di ruolo dei Servizi veterinari delle AASSLL territorialmente competenti. Solo in caso di carenza di personale e/o indisponibilità di strutture idonee alla suddetta attività ci si dovrà rivolgere in primis alla disponibilità dei servizi veterinari delle ASL limitrofe ai quali sarà riconosciuta il costo previsto del Tariffario regionale (DGR 829/2002) o in subordine ricorrendo al convenzionamento con strutture veterinarie private insistenti sul territorio;
 - alimentare puntualmente l'anagrafe canina regionale di cui alla Dgr n.828/2008;
 - conseguimento degli obiettivi prefissati dall'O.M. 14/11/2006 (tubercolosi e leucosi dei bovini, brucellosi dei bovini e degli ovicapri);
 - attuazione dei piani di profilassi delle malattie infettive del bestiame, con il supporto dell'IZS di Puglia e Basilicata, con particolare riferimento alla profilassi della "blue tongue", influenza aviaria e "west nile disease": con controllo della movimentazione, sorveglianza epidemiologica, eventuale vaccinazione dei capi di bestiame;
 - rinnovo della classificazione delle acque destinate alla molluschicoltura, avvalendosi dell'Istituto Zooprofilattico di Puglia e Basilicata;
- d) **Tutela igienico sanitaria degli alimenti; sorveglianza e prevenzione nutrizionale**
 - conseguimento degli obiettivi previsti dal D.Lgs n.123/05 per la protezione dei soggetti malati di celiachia;
 - conseguimento degli obiettivi fissati dal progetto "linee operative per la prevenzione dell'obesità" di cui alla delibera di G.R. n.157/06;
 - conseguimento degli obiettivi regionali del Piano Nazionale Integrato dei Controlli in materia di sicurezza alimentare anni 2009-2011 (Controllo ufficiale sui residui di prodotti fitosanitari negli

alimenti di origine vegetale in adempimento D.M. 23.12.1992 e s.m.i.; Piano di commercio e impiego prodotti fitosanitari;; "Piano Regionale di controllo ufficiale sugli OGM"di cui alla delibera di G.R. n.1923 del 21/10/2008 "; Piani Regionali di monitoraggio per la ricerca di residui e contaminanti negli alimenti e mangimi (PRR e PRAA); Piano monitoraggio delle acque destinate al consumo umano di cui al D.Lgs, n. 31/2001 e s.m.i., ecc.);

- miglioramento delle attività di controllo ufficiale in materia di sicurezza alimentare ed igiene dei mangimi, destinando i proventi derivanti dall'applicazione del D.Lgs 194/08 per la formazione in materia di analisi del rischio ed audit dei dirigenti medici e veterinari nonché del personale del comparto addetto ai controlli, afferenti ai Servizi Dipartimentali SIAN , SIAV B e SIAV C. Gli stessi proventi dovranno inoltre coprire i costi relativi alla dotazione strumentale nonché di materiale di consumo necessarie per lo svolgimento e miglioramento delle attività previste dal Piano Regionale dei controlli;
- dotazione strumentale e adozione di procedure idonee ed uniformi per la gestione dei casi di non conformità o che richiedono l'attivazione del sistema di allerta o l'attivazione del Piano di Emergenza di cui alla Delibera di G.R. n. 634 del 21/4/09;

e) Attività di prevenzione rivolte alla persona

- incremento della copertura vaccinale come previsto e finanziato nell'ambito del piano della prevenzione;
- dare attuazione alla Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente "Strategia per l'offerta attiva del vaccino contro l'infezione da HPV in Italia";
- aumento del numero di soggetti sottoposti a pratiche di igiene orale;
- riduzione di nuovi casi di menomazione permanente (cecità, amputazione degli arti) in diabetici residenti;
- incremento delle attività di prevenzione in favore dei pazienti ad alto rischio per l'ictus cerebrale;
- programmi di diagnosi precoce;
- dare piena attuazione alle azioni previste dal piano regionale per la prevenzione.

In un'ottica di integrazione socio – sanitaria e di decisa valorizzazione delle attività territoriali, sono obiettivi dei Direttori Generali:

- f) assicurare nell'anno 2010 l'attivazione o il potenziamento di adeguati programmi di assistenza domiciliare integrata aumentando, con riferimento all'obiettivo di servizio per il triennio (3,5 ogni 100 anziani) il numero di assistiti inclusi in programmi di ADI;
- g) assicurare nell'anno 2010 l'attivazione o il potenziamento di adeguati programmi di assistenza residenziale aumentando il numero di assistiti inclusi in programmi di assistenza residenziale;
- h) assicurare nell'anno 2010 l'attivazione o il potenziamento di adeguati programmi di assistenza semiresidenziale extra ospedaliera aumentando il numero di assistiti inclusi in programmi di assistenza semiresidenziale;
- i) aumento della percentuale di anziani e disabili gravemente non autosufficienti trattati in ADI con miglioramento degli indicatori di valutazione prevista dal Comitato di verifica dei LEA;
- j) riduzione della degenza media negli istituti di riabilitazione (ricoveri residenziali e non residenziali) con economie destinate all'ADI per la quota sanitaria;

- k) riduzione della degenza media nelle strutture riabilitative psichiatriche residenziali h24, con incremento dell'assistenza riabilitativa h12, a fasce orarie e diurna con miglioramento qualità e riduzione dei costi;
- l) aumento dei posti letto attivi in hospice (costi compensati dalla riduzione del tasso di ospedalizzazione);
- m) aumento dei pazienti oncologici assistiti a domicilio con oneri finanziati dai progetti di P.S.N.;
- n) aumento dei pazienti inseriti in programmi di assistenza riabilitativa domiciliare con costi compensati dalla riduzione della residenzialità;
- o) aumento del numero di pazienti assistiti in ospedale di comunità con costi compensati dalla riduzione del tasso di ospedalizzazione;
- p) aumento del numero dei pazienti affetti da fibrosi cistica assistiti a domicilio con oneri finanziati dai progetti di P.S.N. ex art. 1 c.34-34 bis L.662/96;
- q) assicurare adeguati programmi di assistenza domiciliare integrata, assistenza residenziale e semiresidenziale extraospedaliera, in un'ottica di integrazione socio sanitaria e valorizzazione delle attività territoriali.

33) Assistenza distrettuale

Il Distretto sociosanitario è la Macrostruttura che garantisce il coordinamento e l'integrazione di tutte le attività sanitarie e sociosanitarie a livello territoriale. Svolge la propria attività nell'ambito degli indirizzi impartiti dalla direzione strategica della ASL, coerentemente con la programmazione regionale, per garantire il soddisfacimento dei bisogni sanitari e sociosanitari individuati dal Programma delle Attività Territoriali (PAT). Ricerca, promuove e realizza, inoltre, opportune sinergie tra tutti i sistemi di offerta territoriale (Dipartimenti e Strutture Sovradistrettuali) e funge da strumento di coordinamento per il sistema delle cure primarie (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Continuità Assistenziale).

Il Distretto è il centro di riferimento per il governo clinico e per il governo istituzionale del territoriale di competenza. Esso tutela e presidia lo stato di salute della popolazione di ambito, attraverso l'organizzazione e la gestione delle cure primarie e intermedie, ove si realizza la sintesi tra la funzione di produzione, esercitata dalla Struttura Cure Primarie, e la funzione di committenza specificamente attribuita alla Struttura Direzione di Distretto.

Garantisce, inoltre, attraverso la Porta Unica di Accesso (PUA), la presa in carico globale della persona al fine di perseguire il miglioramento dei livelli di efficienza e di efficacia del setting assistenziale e l'appropriatezza della continuità delle cure. Promuove, cura e attiva la rete formale e informale di protezione sanitaria, sociosanitaria e sociale, nel rispetto dei LEA e degli obiettivi di servizio riconosciuti dalla normativa nazionale e regionale di riferimento, integrando e coordinando le azioni dei diversi attori coinvolti.

In un'ottica di integrazione socio - sanitaria e di decisa valorizzazione delle attività territoriali, sono obiettivi dei Direttori Generali:

a) Le cure primarie e intermedie

- assicurare nell'anno 2010 l'attivazione o il potenziamento di adeguati programmi di assistenza domiciliare integrata aumentando, con riferimento all'obiettivo di servizio per il triennio (3,5 ogni 100 anziani) il numero di assistiti inclusi in programmi di ADI.

Dal confronto delle varie esperienze rilevate, l'assistenza domiciliare risulta disomogenea dal punto di vista organizzativo e dal punto di vista delle dotazioni organiche

Alla disomogeneità si aggiunge la confusione relativa al diverso uso delle sigle che definiscono i vari tipi di assistenza domiciliare (ADI, ADA, ADS, ADO) nonché le unità valutative (U.V.G., U.V.S.T., U.V.M.) e le unità operative (U.O.D., U.O.S.).

È necessario, pertanto, omogeneizzare il linguaggio attraverso una revisione complessiva della materia e l'adozione di protocolli e procedure condivisi; rendere più efficace il servizio, incrementando il personale infermieristico, disponibile a seguito della prevista riconversione delle strutture ospedaliere; stimolare un maggiore coinvolgimento dei MMG/PLS nelle Cure Domiciliari, per una riduzione effettiva dei ricoveri ospedalieri inappropriati.

L'aumento della percentuale di anziani e disabili gravemente non autosufficienti trattati in ADI deve essere verificabile attraverso il miglioramento degli indicatori di valutazione prevista dal Comitato di verifica dei LEA;

- assicurare l'attivazione o il potenziamento di adeguati programmi di assistenza residenziale aumentando il numero di assistiti inclusi in programmi di assistenza residenziale;
- assicurare l'attivazione o il potenziamento di adeguati programmi di assistenza semiresidenziale extra ospedaliera aumentando il numero di assistiti inclusi in programmi di assistenza semiresidenziale;
- riduzione della degenza media nelle strutture riabilitative psichiatriche residenziali h24, con incremento dell'assistenza riabilitativa h12, a fasce orarie e diurna con miglioramento qualità e riduzione dei costi. Per l'assistenza domiciliare psichiatrica è stata rilevata una disomogeneità organizzativa su tutto il territorio, di qui la necessità di incrementarla e di garantire la presenza del DSM nell'unità valutativa distrettuale.

Entro il triennio, inoltre, devono essere incrementate/attivate, soprattutto nei territori oggetto della riconversione delle strutture ospedaliere, forme alternative all'ospedalizzazione:

- Residenze Protette, Hospice, RSA e UDT (costi compensati dalla riduzione del tasso di ospedalizzazione);
- Sperimentazione di forme residenziali o semiresidenziali "deistituzionalizzanti" per soggetti disabili attraverso anche la compartecipazione dei Comuni per le attività di sostegno sociale;
- aumento dei pazienti oncologici assistiti a domicilio con oneri finanziati dai progetti di P.S.N.;
- aumento dei pazienti inseriti in programmi di assistenza riabilitativa domiciliare con costi compensati dalla riduzione della residenzialità;
- aumento del numero di pazienti assistiti in ospedale di comunità con costi compensati dalla riduzione del tasso di ospedalizzazione;
- aumento del numero dei pazienti affetti da fibrosi cistica assistiti a domicilio con oneri finanziati dai progetti di P.S.N. ex art. 1 c.34-34 bis L.662/96;

b) Le Dimissioni Protette

È necessario assicurare adeguati programmi di assistenza domiciliare integrata, assistenza residenziale e semiresidenziale extraospedaliera, in un'ottica di integrazione socio sanitaria e di integrazione Ospedale-Territorio.

Le maggiori criticità si rilevano al momento della dimissione dalle strutture ospedaliere dei pazienti cosiddetti "fragili", la cui gestione non può essere affidata esclusivamente alla famiglia o alla comunità.

Passando da un'assistenza ospedaliera 24 ore su 24 ad un'assenza totale di prestazioni sanitarie e sociali domiciliari, troppo spesso, le dimissioni vengono vissute come un'interruzione delle cure da parte dell'assistito e dei familiari.

La soluzione di questa criticità passa attraverso la presa in carico globale dell'assistito secondo un concetto più volte espresso nei documenti di programmazione.

Il percorso assistenziale integrato tra ospedale e territorio trova la sua massima espressione nell'attivazione della "Dimissione Protetta" che è un graduale passaggio in cura tra strutture che esprimono funzioni contigue.

Il domicilio resta il luogo privilegiato dove la persona può curarsi e recuperare in modo totale o parziale l'autosufficienza. Qualora però la domiciliarità delle cure non è perseguibile, per via del quadro clinico del paziente e/o per le condizioni socio-abitative del nucleo familiare d'appartenenza, è possibile attivare, in alternativa, la dimissione protetta in struttura residenziale sanitaria (RSA, Hospice) o sociosanitaria (RSSA).

Anche nei casi in cui la malattia provoca una cronicizzazione e la perdita completa dell'autonomia, le cure domiciliari rappresentano un forte stimolo e sostegno per il superamento del periodo più critico e consentono, sovente, il massimo recupero delle potenzialità residue.

Per mettere a sistema questa modalità di dimissione la AA.SS.LL. devono attuare le seguenti azioni:

- Istituzione di una rete informativa fra le Strutture ospedaliere, i Distretti, i MMG e Servizi Sociali;
- Analisi del profilo del paziente che necessita delle Dimissioni Protette;
- Analisi del supporto delle famiglie nella procedura;
- Analisi delle reti di supporto sociale e del volontariato;
- Incremento delle forme di assistenza alternativa al ricovero.

c) **La Riabilitazione**

Attraverso una rigorosa valutazione dei piani di cura è necessario monitorare la degenza media negli istituti di riabilitazione (ricoveri residenziali e non residenziali). Le economie liberate dalla riduzione dell'inappropriatezza sono destinate all'ADI per la quota sanitaria.

Il potenziamento dei servizi territoriali vede impegnate le AA.SS.LL. nella riorganizzazione dei Servizi di Riabilitazione che deve assicurare la fase degli interventi valutativi e terapeutici intensivi nonché la Riabilitazione di tipo neurologico ed ortopedico nelle diverse fasce di età e le prestazioni legate all'adempimento di quanto attiene il settore dell'integrazione scolastica dei soggetti in condizione di handicap.

In questo ambito specifico, pertanto, è necessario:

- omogeneizzare ed adottare protocolli e percorsi diagnostico-terapeutici condivisi, riequilibrare il personale in relazione ai bisogni dell'utenza in modo da garantire una presa in carico globale del paziente, in relazione alla domanda di Psicomotricità, Kinesiterapia, Logopedia e Terapia Occupazionale;
- integrare le azioni con i Servizi di Cure Domiciliari;
- assicurare il ricovero dei pazienti nelle strutture aziendali per evitare il ricorso alle strutture accreditate.

d) **Assistenza specialistica territoriale**

L'obiettivo strategico per il triennio è di:

- qualificare l'offerta dei servizi;
- sviluppare il sistema della continuità clinico-assistenziale, adottando soluzioni organizzative e gestionali che permettano la presa in carico dell'assistito, anche attraverso una logica improntata alla gestione per processi;
- razionalizzare il sistema dell'offerta per migliorare l'efficienza dei processi produttivi e di erogazione, così da utilizzare in modo ottimale le risorse.

La riorganizzazione dei Servizi di Specialistica Ambulatoriale non può prescindere dall'ammmodernamento delle strutture, delle apparecchiature sanitarie e degli arredi.

L'attuale assetto delle strutture poliambulatoriali esistenti nei vari ambiti territoriali distrettuali e nei singoli Comuni presenta realtà diversificate per tipologia e per branche specialistiche, con dotazioni strumentali per molti aspetti obsolete.

Si rende necessario, in questa fase di riordino dell'offerta e dei Servizi, uniformare i livelli di assistenza, tenendo conto dell'esistenza o meno di strutture ospedaliere con le quali vanno integrate le attività, in modo da creare sinergie d'intervento ed un vero raccordo operativo-funzionale.

Per le stesse ragioni è necessario tenere conto della rete delle strutture accreditate che operano sul territorio.

Per riprogrammare l'Assistenza Specialistica Territoriale, secondo la tipologia standardizzata dal Piano Regionale di Salute, è necessaria una rilevazione puntuale dell'esistente in ognuno dei 49 Distretti presenti in ambito regionale, soprattutto con la specifica del personale assegnato.

e) Assistenza Consultoriale

Per la riorganizzazione e riqualificazione dei Consultori Familiari (CF) si sono individuati, secondo quanto disposto dal Piano Regionale di Salute i seguenti obiettivi specifici.

I) Ottimale dislocazione territoriale e accessibilità;

II) Razionalizzazione dei costi: si tenderà ad allocare i CF nelle strutture territoriali di assistenza a seguito della riconversione delle strutture ospedaliere già pianificata per il prossimo triennio;

III) Fruibilità delle prestazioni consultoriali:

- Visibilità dei CF: le sedi dei CF devono essere opportunamente segnalate (attualmente poche sedi sono segnalate opportunamente).
- Orari di apertura: attualmente, salvo poche eccezioni, tutti i CF sono aperti la mattina dal Lunedì al Venerdì e il pomeriggio 1 o 2 volte la settimana. Sarà necessario garantire l'apertura dei servizi anche il Sabato e i pomeriggi dal Lunedì al Venerdì.

IV) Collegamento con i MMG e i PLS all'interno delle Cure Primarie:

- i CF I dovranno avere collegamenti stabili con i MMG e con i PLS, formali e informarli su tutte le attività in corso e avvalersi della loro collaborazione;

V) Campagne Informative:

- i CF dovranno avviare una campagna di informazione a tappeto della popolazione sulle attività consultoriali, soprattutto per i progetti in offerta attiva, avvalendosi della collaborazione dei servizi URP e di eventuali iniziative regionali mirate;

VI) Collegamenti telematici :

- tutti i CF devono essere dotati di idonee apparecchiature informatiche (PC) e di collegamento alla rete aziendale ed extra aziendale in modo da entrare nel sistema SISR con l'adozione della cartella clinica consultoriale informatizzata.

VII) Adeguamento delle attrezzature:

- adeguamento delle dotazioni strutturali ad uno standard che possa assicurare tutti gli interventi di prevenzione previsti dal Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI).

VIII) Adeguamento delle dotazioni di Personale:

- attraverso la ricollocazione del personale disponibile a seguito della trasformazione delle strutture a carattere di ricovero e cura, un migliore dislocazione, sul territorio distrettuale, delle figure

professionali coinvolte e la razionalizzazione delle ore impegnate in ogni singolo consultorio in rapporto a quanto contenuto nel piano regionale di riorganizzazione dei consultori.

IX) Riorganizzazione delle attività:

- è necessario che tutti i CF progressivamente si allineino sulla modalità dell'Offerta Attiva. Tale modalità è già in essere per il progetto di Screening del cervico-carcinoma e deve essere ampliata a tutte le altre attività consultoriali in quanto espressamente prevista dal POMI e dal PRS.

f) **L'assistenza sociosanitaria**

In un'ottica di integrazione socio – sanitaria e di decisa valorizzazione delle attività territoriali, sono obiettivi assegnati ai Direttori Generali per il triennio 2010-2012 e priorità per la programmazione delle attività aziendali e distrettuali i seguenti:

- I) assicurare l'attivazione o il potenziamento di adeguati programmi di assistenza domiciliare integrata per anziani non autosufficienti, incrementando, con riferimento all'obiettivo di servizio per il triennio (3,5 anziani in ADI ogni 100 anziani residenti) il numero di assistiti inclusi in programmi di ADI e l'integrazione professionale per le prestazioni erogate, con miglioramento degli indicatori di valutazione prevista dal Comitato di verifica dei LEA;
- II) assicurare l'attivazione o il potenziamento di adeguati programmi di assistenza residenziale per gli anziani non autosufficienti e le persone con disabilità, aumentando il numero di assistiti rispetto alla popolazione target e il grado di appropriatezza dei ricoveri e della rispettiva durata, con specifico riferimento alla residenzialità sociosanitaria a carattere continuativo (RSSA per disabili e per anziani, rispettivamente artt. 57-58 e 66 del Reg. R. n. 4/2007 e s.m.i.);
- III) assicurare l'implementazione di percorsi innovativi e sperimentali, in collaborazione con gli ambiti territoriali sociali, per la deistituzionalizzazione ("rientro a casa") da strutture residenziali extra-ospedaliere ad alta intensità e riabilitative, in favore di persone non autosufficienti e anziani affetti da patologie croniche che possano essere assistiti a domicilio, anche mediante l'attivazione di ricoveri temporanei di sollievo nelle strutture di cui al punto precedente;
- IV) assicurare l'attivazione o il potenziamento di adeguati programmi di assistenza semiresidenziale a ciclo diurno con obiettivi socio-educativi e riabilitativi, incrementando il numero di assistiti disabili e di anziani affetti da demenze senili accolti in centri diurni di cui agli artt. 60 e 60-ter del Reg. R. n. 4/2007 e s.m.i., con riferimento all'obiettivo di servizio per il triennio (1 centro diurno/30 posti utente ogni 50.000 abitanti residenti) ;
- V) riduzione della degenza media nelle strutture di riabilitazione (ricoveri residenziali e non residenziali ex art. 26 della l. n. 833/1978) con economie destinate all'ADI e alle strutture sociosanitarie LEA di cui ai punti precedenti per la quota sanitaria;
- VI) riduzione della degenza media nelle strutture riabilitative psichiatriche residenziali h24, con incremento dell'assistenza riabilitativa h12, a fasce orarie e diurna con miglioramento qualità e riduzione dei costi, e con economie destinate al potenziamento dell'assistenza sociosanitaria territoriale anche a carattere residenziale per la quota sanitaria.

Al fine di assicurare la compartecipazione al costo delle prestazioni connesse alla presa in carico in strutture socio-sanitarie a ciclo diurno (centri socio - educativi e riabilitativi) e a ciclo residenziale (comunità socio – riabilitative per disabili, case per la vita per la salute mentale, altre strutture "dopo di noi" per disabili), nel rispetto della quota sanitaria già fissata per i LEA di cui all'Allegato 1C del DM 29.11.2001, così come dettagliati dalla l.r. n. 23/2008, in relazione al livello di gravità dei casi, considerando i risparmi connessi ai margini di recupero di appropriatezza e di risparmio connessi alla riduzione della permanenza dei medesimi soggetti in strutture terapeutico – riabilitative (ex R. Reg. n.7/2002) e in strutture riabilitative (ex art. 26 della l. n. 833/1978), i Direttori Generali, d'intesa con i direttori dei distretti, provvedono annualmente:

- alla programmazione delle risorse finanziarie assegnate dalla Regione per Azienda e per livelli di assistenza alla “Altra territoriale” , in modo da dichiarare la disponibilità di risorse per ciascun LEA sociosanitaria e l’obiettivo di copertura del fabbisogno conseguibile per la stessa annualità;
- alla attivazione di procedure per la individuazione dei soggetti pubblici e privati gestori delle strutture interessate e fornitori delle prestazioni de quo, sulla base dei requisiti di autorizzazione al funzionamento, delle migliori condizioni economiche praticate rispetto alle tariffe regionali di riferimento (ove definite), oltre che di maggiore qualità dei servizi medesimi;
- definizione degli accordi contrattuali di durata almeno triennale, secondo modalità e termini in analogia con quanto già definito dall’art. 10 comma 2 della l.r. n. 4/2010 in materia di residenze sociosanitarie assistenziali.

34) Assistenza termale

In ossequio a quanto previsto ai punti XI e XII del paragrafo B) Parte economica dell’accordo per le cure termali 2008-2009 sancito in Conferenza Stato Regioni nella seduta del 29 ottobre 2009 ovvero in effetto della sottoscrizione dell’accordo tra il Ministro della Salute, il Ministro delle Finanze e la Regione Puglia ai sensi dell’art. 1, comma 180 della legge 311/2004 e nelle more dell’attivazione del tavolo di monitoraggio e confronto, a livello nazionale, al fine di verificare l’andamento della spesa e di definire eventuali nuove tariffe applicabili per l’anno 2010, vengono così determinati i tetti di spesa per ciascuna ASL:

ASL FG – stabilimento termale di Castelnuovo della Daunia: € 1.048.948

ASL BT – stabilimento termale di Margherita di Savoia: € 2.997.634

ASL BR – stabilimento termale di Torre Canne: € 2.742.757

ASL LE – stabilimento termale di Santa Cesarea: € 2.334.261

Detti tetti di spesa, sentita la Sezione pugliese della Federterme, sono determinati – come da sottostante tabella - dalla media dei tetti di spesa del Servizio Sanitario Nazionale per gli anni 2008 e 2009 incrementati con le risorse di cui al riparto fondo DL 248/07 e delle risorse a carico delle Regioni (cfr. allegato 3 all’accordo sancito in Conferenza Stato – Regioni del 29.X.2009) ed assegnati ad ogni singola ASL in proporzione alla media delle erogazioni/fatturazioni degli anni 2008 -2009 così come formalmente monitorate:

EROGAZIONE CURE TERMALI	TETTO SPESA S.S.N. ANNO 2008	TETTO DI SPESA S.S.N. ANNO 2009	MEDIA 2008 2009		
REGIONE PUGLIA	€ 9.103.100	9.144.100	€ 9.123.600		
AZIENDE SANITARIE LOCALI	SPESA NETTO TIKET ANNO 2008	IMPORTO NETTO TIKET ANNO 2009	MEDIA ANNO 2008/2009	incidenza %	importo redistribuito TETTO DI SPESA 2010
ASL BT	€ 3.200.944	€ 3.007.013	€ 3.103.978	33%	€ 2.997.634
ASL LE	€ 2.585.149	€ 2.248.995	€ 2.417.072	26%	€ 2.334.261
ASL FG	€ 1.268.360	€ 903.962	€ 1.086.161	11%	€ 1.048.948
ASL BR	€ 3.276.177	€ 2.403.943	€ 2.840.060	30%	€ 2.742.757
TOTALE	€ 10.330.630	€ 8.563.912	€ 9.447.271	100%	€ 9.123.600

I Direttori generali delle predette ASL sono incaricati di comunicare ad ogni stabilimento termale insistente sul proprio territorio la determinazione del rispettivo tetto di spesa da intendersi:

- omnicomprensivo delle prestazioni erogate ai residenti regionali ed extraregionali;

- assolutamente invalicabile non potendo la Regione disporre di risorse autonome aggiuntive rispetto a quelle erogate dal Governo nazionale;
- con riserva di eventuali modificazioni a seguito della stipula dell'accordo nazionale 2010-2011.

35) Attività Ispettiva Sanitaria – NIR

Considerato che l'attività ispettiva espletata dai componenti del N.I.R. costituisce un fondamentale strumento di governo del sistema sanitario regionale e che il Servizio ispettivo è funzionalmente dipendente dell'Assessorato alle politiche della salute, al fine di rafforzarne il ruolo e migliorare lo svolgimento dell'attività si individua il seguente obiettivo vincolante per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere Universitarie e degli IRCCS pubblici: "I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliere Universitarie e degli IRCCS pubblici ed i legali responsabili degli enti oggetto di ispezione devono fornire le controdeduzioni e/o relazionare in merito alle azioni intraprese a seguito delle risultanze dell'attività ispettiva al competente ufficio regionale entro trenta giorni dalla ricezione della relazione ispettiva" (ex art. 8 RR 01/05 smi).

36) Pubblicazione Telematica Atti Deliberativi e Dirigenziali

I Direttori Generali delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale, nel rispetto della normativa in materia di trasparenza dell'azione amministrativa ed in applicazione della DGR n. 725 del 15/3/2010, sono tenuti a garantire la pubblicazione integrale sul sito web aziendale delle deliberazioni del Direttore generale e delle determinazioni dirigenziali delle Aziende ed Enti del SSR (comprehensive di tutti gli eventuali allegati) per un periodo di almeno 15 giorni, contestualmente alla loro pubblicazione all'Albo pretorio; la pubblicazione sul sito web aziendale degli atti aziendali o atti di organizzazione e funzionamento, dei piani attuativi locali e territoriali e dei regolamenti approvati da ciascuna Azienda o Istituto, per l'intero periodo di validità degli stessi; la pubblicazione sul sito web aziendale e sul Portale della Regione Puglia, senza limiti temporali ed ai fini della costituzione di un archivio, consultabile tanto per data e numero di delibera/determina quanto per parola-chiave, di tutti gli avvisi e bandi di gara, avvisi e bandi di concorso, incarichi professionali e di consulenza, contributi, sovvenzioni, crediti, sussidi e benefici di natura economica, ivi compreso ogni singolo atto della sequenza procedimentale finalizzata rispettivamente all'aggiudicazione, all'assunzione, all'affidamento o alla liquidazione degli stessi.

Tale pubblicazione dovrà avvenire con l'esclusione dei soli atti o documenti che ricadono nei limiti tassativi all'accesso previsti dall'art. 24 della L. 241/1990 s.m.i e dall'art. 10 del Regolamento Regionale 20/2009 e nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

5. Progetti obiettivo ed interventi particolari finanziati per l'anno 2010

Oltre ai progetti ed alle azioni esposti ai punti precedenti, è vincolante per l'anno 2010 la realizzazione delle azioni contenute nei progetti obiettivo ed interventi particolari regionali di seguito indicati volti al miglioramento complessivo del Servizio Sanitario Regionale e che sono collegati anche alla realizzazione degli indicatori adottati dal tavolo di verifica della assicurazione dei livelli essenziali di assistenza ex art. 9 intesa Stato-Regioni 23.3.05 nonché previsti nei programmi di realizzazione degli obiettivi di PSN finanziati ex art.34-34 bis della legge 662/96 e di cui all'art.1 comma 7 dell'Intesa Stato Regioni Rep. n.243/CS del 3.12.2009 (Nuovo Patto per la Salute 2010-2012).

A tal fine, nell'ambito delle risorse del Fondo Sanitario Regionale e nell'ambito dei limiti di cui all'art.10 della legge regionale n.38/1994 e ss.mm.ii., sono finanziati, ai sensi dell'art.9 della medesima legge regionale ed ai sensi dell'art.1 comma 7 dell'Intesa Stato Regioni Rep. n.243/CS del 3.12.2009, per l'anno 2010 i seguenti progetti obiettivo per i quali – ove applicabile – dovrà essere prodotta specifica relazione sui risultati conseguiti ed effettuate idonee verifiche da parte dei competenti Servizi/Agenzie:

5.1. Accreditemento Organizzativo e Certificazione ISO 9001 Cardiologia

Sulla scorta dell'esperienza condotta in Toscana, l'ANMCO nazionale, d'intesa con l'AReS Puglia, ha già condotto in sette U.O.C. pugliesi un progetto di miglioramento e sviluppo organizzativo delle Cardiologie, secondo i dettami della Clinical Governance e della Gestione dei rischi, in un'ottica di Certificazione di Qualità e di Accreditemento Regionale. Alla luce dei significativi risultati di tale esperienza, l'AReS, onde incrementare efficienza, appropriatezza e sicurezza delle prestazioni in un settore strategico quale quello delle Cardiologie, anche nell'ottica di sviluppare sinergie con la realizzazione in corso d'opera della Rete Regionale per l'IMA-SCA, intende estendere ad altre dieci U.O.C. di Cardiologia pugliesi il percorso di accreditemento organizzativo sempre in team con la società scientifica ANMCO.

Si autorizza, pertanto, il Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria al prelievo della somma di Euro 450.000,00 dal capitolo 741090 del bilancio anno 2010 per il finanziamento delle suddette attività da liquidarsi previa rendicontazione delle attività e dei risultati.

5.2. Attività di formazione in favore delle Aziende ed Enti del SSR

Per l'anno 2010, in conformità ai contenuti espressi dal Piano di Formazione regionale "Laboratorio di Formazione 2009 – 2011", adottato con DGR n.2411 del 4 dicembre 2009, è previsto il finanziamento per i progetti formativi legati agli obiettivi del Piano Regionale della Salute 2008 – 2010, agli obiettivi previsto dal Piano di Rientro 2010-2012 e dagli altri provvedimenti di programmazione regionale nonché dai Piani proposti dalle Aziende Sanitarie, dalle Università e dalle Facoltà di Medicina e Chirurgia, dagli Ordini, dai Collegi e dalle Associazioni Professionali della Regione sulla base delle seguenti macro-aree di intervento:

- a) Modello di accreditemento regionale dei progetti e degli eventi e avvio dell'accréditemento regionale dei provider residenziali, dei provider di formazione a distanza (FAD) e dei provider di formazione sul campo (FSC).
- b) Progetti formativi specifici di interesse regionali legati agli obiettivi del Piano della Salute 2008-2010 e del Piano di Rientro e di Riqualificazione 2010-2012.
- c) Formazione manageriale rivolta al top e middle management delle aziende sanitarie regionali: direttori sanitari, direttori amministrativi e direttori di struttura complessa.
- d) Razionalizzazione della spesa farmaceutica, attraverso la definizione e l'implementazione di percorsi formativi articolati sui seguenti obiettivi:

- appropriatezza prescrittiva (Medici di Medicina Generale e Pediatri di libera Scelta);
 - promozione di linee guida sull'utilizzo dei farmaci ad alto costo;
 - sviluppo e diffusione di procedure relative alla gestione e all'utilizzo del farmaco (es. centralizzazione dei magazzini, riduzione delle scorte, somministrazione diretta ecc.)
- e) Razionalizzazione della rete dei servizi, in una visione di sostenibilità del sistema di cura, attraverso la definizione e l'implementazione di percorsi formativi relativi a:
- sperimentazione di modelli organizzativi-gestionali che favoriscano l'assistenza territoriale rispetto a quella ospedaliera;
 - promozione di percorsi assistenziali per intensità di cura che producano massa critica per tipologia di setting assistenziale;
 - aggiornamento delle competenze del personale delle strutture oggetto di riconversione.
- f) Promozione di funzioni organizzative finalizzate ad un miglioramento dei servizi assistenziali, in termini di efficacia, efficienza e appropriatezza:
- governo clinico;
 - rischio clinico (riduzione mortalità intraospedaliera e degli eventi avversi, prevenzione dei rischi degli interventi chirurgici, ecc.);
 - valutazione delle tecnologie sanitarie (HTA), relative, in particolare, alla valutazione delle richieste di infungibilità;
 - Information Communication Technology – ICT – (adozione di tecnologie ICT su larga scala nelle aziende pubbliche ed informatizzazione dei processi e dei documenti all'interno delle aziende teso alla semplificazione amministrativa e alla migliore trasparenza degli atti).
- g) Definizione ed implementazione di percorsi formativi rivolti alle figure amministrative, sia delle aziende sanitarie sia dell'apparato regionale operante in ambito sanitario, finalizzati a:
- diffusione di procedure amministrative-gestionali e miglioramento delle competenze tecniche, relativamente alle gare di appalto, all'impostazione dei capitolati, alle procedure di acquisto di beni e servizi, agli accordi contrattuali, agli ottenimenti di finanziamenti nazionali ed europei ecc.;
 - promozione delle best practice.
- h) Promozione di politiche e di programmi di Prevenzione, attraverso l'integrazione tra le 'reti sanitarie', le altre reti istituzionali e la partecipazione diretta dei cittadini, relativi a:
- obesità e disturbi del comportamento alimentare, in particolare lo sviluppo, insieme ai MMG e ai PLS e alla scuola, di programmi per bambini sulla corretta alimentazione, sull'educazione al gusto e sulla promozione dell'attività motoria;
 - diabete mellito;
 - programmi di screening oncologici, in particolare del cancro della cervice uterina;
- i) Progetti definiti da istituzioni pubbliche presenti nella Commissione e nella Consulta relativi alla educazione alla salute dei cittadini, promossi all'interno della mission della Health Promotion, che prevede la partecipazione del paziente/cittadino al nuovo percorso, alle nuove abitudini, al fatto che deve prevedere un 'tempo' da dedicare alla propria salute, affinché esso stesso ne diventi auto produttore.
- j) Promozione ed implementazione del progetto formativo 'Manovre di disostruzione delle vie aeree in età pediatrica', organizzato in collaborazione con la Croce Rossa Italiana e co-finanziato dalla

Comunità Europea, rivolto a tutte le scuole materne, elementari e medie inferiori della Regione Puglia

- k) Promozione ed implementazione del convegno nazionale dell'IMID Association (Associazione Nazionale Pazienti Infiammatori cronici ed Immunopatici) sulla correlazione tra ambiente e le patologie da immunopatia.
- l) Promozione di iniziative di interesse regionale come corsi di perfezionamento, master, seminari, convegni e l'annuale conferenza sullo stato dell'arte della formazione in ambito sanitario nella Regione Puglia.

Si autorizza per l'anno 2010, il Servizio PAOS al prelievo della somma prevista in € 200.000 dal capitolo 741090 del bilancio 2010 per il finanziamento delle suddette attività e da destinare all'Azienda Ospedaliera Universitaria "Policlinico" di Bari, in quanto attualmente sede operativa dell'Organismo regionale per la Formazione in Sanità.

5.3. Attività Tavoli Tecnici

Per l'anno 2010 è confermato il finanziamento già previsto dai precedenti DIF delle attività (gettoni, rimborsi, missioni, altri compensi, ecc...) relativi ai Tavoli Tecnici attivati presso la Commissione Salute della Conferenza Stato – Regioni, della Segreteria Tecnica della medesima Commissione, delle attività di verifica, valutazione, vigilanza e monitoraggio previste dalla vigente normativa nazionale e regionale nonché delle attività di supporto tecnico, amministrativo e/o professionale da attuarsi attraverso Commissioni, Nuclei, Gruppi di Lavoro, Organismi, Comitati, Coordinamenti e Commissioni all'uopo individuati dalla Giunta Regionale.

Si autorizza, pertanto, il Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria al prelievo della somma prevista in € 300.000,00 dal capitolo 741090 del bilancio anno 2010 per il finanziamento delle attività di cui innanzi.

5.4. Banca del Cordone Ombelicale

Per il funzionamento nel corso del 2010 della Banca del Cordone Ombelicale di Puglia, la cui istituzione presso l'Ente Ecclesiastico Casa Sollievo della Sofferenza di S. Giovanni Rotondo (FG) è stata autorizzata dalla Giunta regionale con la deliberazione n.1400/07 (DIF 2007), si propone la conferma di finanziamento annuale massimo di € 1.200.000,00 da assegnare a seguito di specifica e dettagliata rendicontazione circa i costi effettivamente sostenuti.

Il Servizio Assistenza Ospedaliera e Specialistica dell'Assessorato alle Politiche della Salute è autorizzato al relativo prelievo dal capitolo 741090 del bilancio 2010 da liquidarsi previa rendicontazione delle attività e dei risultati da parte dell'E.E. e verifica da parte dello stesso Servizio PAOS.

5.5. Banca regionale del sangue congelato e del sangue raro

L'emergenza sangue nei mesi estivi registra notevoli criticità. Si rende, pertanto, necessario, nel contesto del raggiungimento dell'autosufficienza regionale, garantire la disponibilità di emazie in periodi nei quali si registra una perdurante carenza.

Con deliberazione n.95/08 (DIF 2008), per sanare detta criticità, su proposta del CRAT (Coordinamento regionale attività trasfusionali), la Giunta regionale ha autorizzato l'attivazione, presso Azienda Ospedaliera Universitaria "Policlinico" di Bari, della Banca regionale del sangue congelato e del sangue raro in attuazione di quanto previsto dall'art. 12, comma e, lettera c) della L.R. n.24 del 3 agosto 2006. Per l'avvio dell'attività la stessa Giunta regionale, sempre con la predetta deliberazione n. 95/08, ha disposto l'assegnazione di uno specifico finanziamento.

Per l'anno 2010 si propone di assegnare per le spese di gestione all'Azienda Ospedaliera Universitaria "Policlinico" di Bari anche una somma pari ad € 80.000,00 sulla base della specifica rendicontazione

delle spese effettivamente sostenute unitamente ad una relazione sulle attività svolte e dei risultati raggiunti e previa verifica da parte del Servizio PAOS e da parte del CRAT.

Si autorizza, pertanto, il Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica al prelievo della predetta somma dal capitolo 741090 del bilancio anno 2010.

5.6. Campagna Informazione Prevenzione Malattie a Trasmissione Sessuale

Per l'anno 2010 è previsto il finanziamento del progetto regionale promosso dall'Ares Puglia per la realizzazione di una campagna di informazione e di prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale da realizzarsi congiuntamente alle competenti strutture delle Aziende Sanitarie Locali.

Tale progetto Ares Puglia intende avviare, attraverso l'AIECS (Associazione Italiana Educazione Contraccettiva e Sessuale - Consultorio senza fini di lucro, come da riconoscimento regionale del 10.07.1992), una Campagna di informazione e prevenzione delle Malattie a Trasmissione Sessuale (MTS) e delle gravidanze in età precoce nelle Scuole e nell'Università aprendo sportelli d'ascolto e promuovendo in particolare corsi di educazione alla salute sui temi delle MTS indirizzati a ragazzi, genitori e docenti, finalizzati al primo aiuto all'adolescente in crisi per problematiche sociali, psicologiche o sanitarie, informazione e formazione sui metodi di contraccezione allo scopo di diminuire il rischio di gravidanze indesiderate, consulenze individuali psicologiche ed opportuna assistenza ginecologica, un numero telefonico per consulenze fruibile per l'immediata gestione delle situazioni d'emergenza o ritenute tali, incontri collettivi per i ragazzi sulle tematiche specifiche con esperti.

Si autorizza, pertanto, il Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria al prelievo della somma prevista in € 100.000,00 dal capitolo 741090 del bilancio anno 2010 per il finanziamento delle attività di cui innanzi da liquidarsi previa rendicontazione delle attività e dei risultati da parte dell'AIECS e verifica da parte di Ares.

5.7. Campagna Sicurezza ed Emergenza Soccorso in Mare

Per l'anno 2010 è prevista la conferma al finanziamento dei costi relativi alla fase di start-up del progetto denominato "Sistema di Emergenza e Soccorso Sanitario in Mare regionale" promosso dall'Ares Puglia e dal Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione per la strutturazione di tale Sistema avviando un percorso sperimentale di potenziamento del soccorso in mare nei territori delle Aziende Sanitarie Locali più interessati dall'afflusso turistico della fascia costiera pugliese ed ove sono già disponibili le infrastrutture portuali e di attracco a mare ove allocare i mezzi di soccorso.

Si autorizza, pertanto, il Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione al prelievo della somma prevista in € 100.000,00 dal capitolo 741090 del bilancio anno 2010 per il finanziamento delle attività di cui innanzi.

5.8. Centro Interregionale Trapianti - AIRT (AOU Policlinico) [DGR n.640/2009]

La Regione Puglia, allo scopo di favorire lo sviluppo e la qualificazione delle attività di prelievo e di trapianto di organi, con deliberazione G. R. n. 1865 del 11 dicembre 2001, in forza dell'art. 10 della legge n. 91 del 1 aprile 1999, allo scopo di favorire lo sviluppo e la qualificazione delle attività di prelievo e di trapianto, ha approvato un accordo di collaborazione con le Regioni Emilia Romagna, Piemonte, Toscana, Valle d'Aosta e la Provincia Autonoma di Bolzano per il coordinamento delle attività di prelievo e di trapianto di organi e tessuti.

Per la concreta attuazione degli impegni assunti, le Regioni firmatarie dell'accordo hanno concordato di avvalersi della collaborazione tecnico-scientifica dell'Associazione Interregionale Trapianti (AIRT), che riunisce gli operatori dei servizi e delle strutture interessate a programmi di prelievo e di trapianto di organi e tessuti provenienti dai propri territori.

Il Coordinamento interregionale è assicurato, a rotazione triennale, da uno dei Centri Regionali Trapianti, ferma restando la rispettiva autonomia organizzativa nell'ambito del territorio regionale. Nel corso degli anni, le Regioni Toscana e Piemonte hanno già provveduto al coordinamento interregionale, mentre, attualmente e sino al 31/12/2009, esso è affidato alla Regione Emilia Romagna.

Per il periodo 1 gennaio 2010 – 31 dicembre 2012, il predetto coordinamento spetta alla Regione Puglia.

La Giunta regionale, conseguentemente, con deliberazione n. 640 del 21 aprile 2009, confermato l'accordo sottoscritto nel 2001, ha assunto il Coordinamento Interregionale stabilendo che le relative attività siano svolte dal Centro Regionale Trapianti Puglia con sede presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Conсорziale Policlinico" di Bari.

Atteso che la stessa Giunta regionale si è riservata l'adozione di altri atti necessari per l'ottimale funzionamento del Centro in questione, si rende opportuno assegnare alla predetta Azienda Ospedaliero - Universitaria "Conсорziale Policlinico" di Bari un finanziamento di € 150.000,00 da utilizzarsi per la predisposizione di quanto utile all'avvio dell'attività di che trattasi.

Il Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica è autorizzato al relativo prelievo dal capitolo 741090 del bilancio 2010.

5.9. Convenzione Guardia di Finanza

Con Delibera di Giunta n.1764/2007 è stata prorogata la scadenza della Convenzione 23 luglio 2003 sottoscritta tra Regione Puglia e Comando Regionale della Guardia di Finanza come integrata e modificata con DGR n.416/2007 finalizzata al potenziamento degli interventi finalizzati al controllo della spesa sanitaria, al contrasto agli illeciti caratterizzata da più rilevanti profili economico – finanziari a carico del Servizio Sanitario Regionale.

La nuova scadenza della Convenzione come aggiornata ed integrata con atto Rep. n.9652 del 30.10.2008 è fissata al 31.12.2010 e prevede un potenziamento ulteriore degli interventi da realizzarsi da parte della Guardia di Finanza sul territorio regionale in materia di contrasto agli illeciti nell'ambito delle attività del Servizio Sanitario Regionale sulla base della pianificazione condivisa in sede di Cabina di Regia anche mediante la costituzione dei gruppi di lavoro tematici misti al fine di potenziare un sistema di verifiche uniforme ed efficace sull'intero territorio regionale.

Tenuto conto dei positivi risultati conseguiti nell'anno 2009 e di quelli in via di conseguimento nel 2010, considerate le esigenze manifestate dal Comando Regionale della Guardia di Finanza in termini di potenziamento dei mezzi a disposizione, si ritiene che la prosecuzione del rapporto convenzionale possa coprire l'arco temporale coerente con le azioni di contenimento della spesa sanitaria previste dal Piano di Rientro 2010-2012 anche mediante azioni di verifica mirate ed incisive da realizzarsi nel periodo 2010-2012 sulla base delle priorità stabile dalla Cabina di Regia e considerando che l'accertamento di eventuali reati patrimoniali contro la Pubblica Amministrazione e la conseguente quantificazione economica potrà essere oggetto delle iniziative di recupero da parte della Regione Puglia con opportuna evidenza nell'ambito del Bilancio regionale.

Dovendosi prendere atto di tale esigenza economico – finanziaria per gli anni 2010-2012, si autorizza il Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria al prelievo della somma di € 290.000,00 dal capitolo 741090 del bilancio 2010 ed alle conseguenti formalizzazioni con il Comando Regionale della Guardia di Finanza.

5.10. Convenzione IMS Health - Monitoraggio spesa farmaceutica

Con Deliberazione n.1585 del 23.10.2006 è stata approvata la Convenzione tra Regione Puglia e la Società IMS Health finalizzata alla raccolta, elaborazione, convalida ed analisi dei dati relativi al consumo di farmaci a livello di singola Azienda Sanitaria, Azienda Ospedaliero – Universitaria, di centro di costo.

Al fine di far evolvere il progetto di pari passo con lo sviluppo delle iniziative di Sanità Elettronica della Regione Puglia, tra cui il Nuovo Sistema Informativo Sanitario Regionale, la Giunta Regionale con provvedimento n.2375 del 1/12/2009 ha previsto un intervento triennale consulenziale e di affiancamento volto a supportare la Regione nel controllo tempestivo della spesa farmaceutica per un periodo minimo di anni due.

Tale rapporto dovrà essere finalizzato nel periodo 2010-2012 a fornire supporto consulenziale specifico in favore della struttura regionale deputata alla gestione del Piano di Rientro soprattutto per le azioni inerenti l'assistenza farmaceutica nonché per la fase di start-up del Sistema Edotto per le funzionalità di analisi e direzionali.

Il Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione è, pertanto, autorizzato al prelievo della somma annuale di € 36.000,00 da capitolo 741090 del bilancio anno 2010 da liquidarsi previa rendicontazione delle attività e dei risultati da parte della Società e verifica da parte dello stesso Servizio PATP.

5.11. Convenzione Università degli Studi e Regione Puglia

Con Deliberazione n.1287 del 31.07.2007 è stato approvato lo schema di convenzione tra Regione Puglia ed Università agli Studi di Bari finalizzato all'avvio di uno studio per l'implementazione delle attività nel campo dell'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro e dell'assistenza distrettuale, per evidenziare eventuali aspetti critici o non adeguate corrispondenze ai bisogni diffusi dei cittadini e degli stessi operatori e strutture della rete, anche ai fini della razionalizzazione della spesa, del rafforzamento delle attività di prevenzione, dell'individuazione e dell'eliminazione delle attività obsolete e non suffragate da evidenze di efficienza ed efficacia, del raccordo con le attività di prevenzione sul territorio promosse dal Ministero della Salute ed in particolare dal Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie.

E' necessario, pertanto, assicurare la copertura finanziaria alle attività di cui al provvedimento sopra indicato autorizzando il Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria al prelievo della somma di € 60.000,00 dal capitolo 741090 del bilancio 2010 da liquidarsi previa rendicontazione delle attività e dei risultati da parte dell'Università e verifica da parte dello stesso Servizio PGS.

5.12. Coordinamento Regionale Malattie Rare

Con deliberazione n. 2485 del 15.12.09, in attuazione della L. R. 19 settembre 2008, n. 23 (Piano regionale della salute), del D. M. n. 279/01 e delle direttive sancite nell'accordo Stato-Regioni del 10 maggio 2007 (Rep. n. 103/CSR), già recepito con D.R.G. n. 588/08, è stato istituito in Puglia, presso l'Azienda Ospedaliero - Universitaria "Policlinico" di Bari un Centro di assistenza e ricerca sovraziendale per le malattie rare affiancato e sostenuto da un Coordinamento regionale delle malattie rare (CRMR) con sede presso l'A.Re.S. cui è stato affidato il compito di supporto amministrativo.

Nell'espletamento delle sue funzioni, il Coordinamento Regionale potrà avvalersi del Sistema Edotto e delle iniziative ad esso connesse nonché della collaborazione di altri Registri delle Malattie Rare, individuati fra quelli che hanno maturato una solida esperienza, mediante convenzioni da stabilire con appositi atti.

Si conferma che la Responsabilità del Coordinamento Regionale Malattie Rare è affidato alla dott.ssa Giuseppina Annicchiarico – Medico Pediatra convenzionato.

Si rende necessario sostenere il predetto Coordinamento con un finanziamento, da erogare a favore dell'A.Re.S., di € 50.000,00.

Il Servizio PAOS è autorizzato al prelievo della suddetta somma dal capitolo 741090 del bilancio 2010.

5.13. Dipartimento Scienze Biologiche - Centro di Medicina dei viaggi e dei viaggiatori

Per l'anno 2010 è confermato il finanziamento al progetto promosso dal Sezione di Igiene del Dipartimento di Scienze Biomediche ed Oncologia Umana dell'Università degli Studi di Bari e finalizzato all'elaborazione di strategie di intervento per migliorare la qualità dei servizi offerti alle persone (viaggiatori ed immigrati), con particolare attenzione allo sviluppo di processi di prevenzione delle malattie infettive e rimozione dei comportamenti a rischio e per rispondere ad un bisogno di salute della popolazione residente e immigrata con l'obiettivo di avviare la realizzazione della rete regionale dei centri di medicina dei viaggi e del viaggiatore, previa convenzione con la Sezione del Dipartimento di Scienze Biomediche ed Oncologia Umana.

Il Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione è, pertanto, autorizzato al prelievo della somma di € 250.000,00 dal capitolo 741090 del bilancio 2010 da destinare alle attività del Centro di Medicina dei Viaggi e delle Migrazioni e da liquidarsi previa dettagliata rendicontazione delle attività effettivamente svolte e dei risultati raggiunti.

5.14. Finanziamento Organismo per la Formazione Sanitaria

Nel Piano della Salute 2008 – 2010 della Regione Puglia, approvato con Legge regionale del 19 settembre 2008 n. 23, la formazione assume il ruolo di promozione della "centralità dell'uomo nell'organizzazione socio – sanitaria attraverso la formazione sanitaria che utilizzi modelli e paradigmi culturali innovativi, per gestire e generare nuove competenze". Il Piano della Salute ha previsto la costituzione di un apposito Organismo per la Formazione Sanitaria che si pone l'obiettivo di coordinare le attività di formazione, compresa l'organizzazione della formazione E.C.M., al fine di garantire l'adeguatezza dei processi formativi alla tipologia degli individui da formare e attivare un processo culturale con modelli formativi innovativi che favoriscano la conoscenza di metodi, tecniche di management e di promuovere nella società valori importanti, intesi in termini ampi e multidimensionali, di benessere e qualità della vita.

La Regione Puglia, con deliberazione di Giunta Regionale n. 93 del 3 febbraio 2009, ha istituito l'Organismo per la Formazione Regionale in Sanità che si avvale della Commissione Regionale per l'Educazione Continua in Medicina (ECM) e della Consulta Regionale per la Formazione in Sanità.

L'Organismo ha avviato nell'anno 2009 le attività ed ha predisposto un Piano Formativo triennale che sarà attuato con le risorse specificatamente destinate allo sviluppo delle attività formative. E' stato, altresì, avviato il percorso formativo manageriale previsto dalla L.R. n.4/2010 per i selezionati aspiranti Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ed Istituti del SSR.

Gli oneri per i costi di funzionamento dell'Organismo Regionale per la Formazione in Sanità, sono previsti per l'anno 2010 nella misura di € 200.000,00. Tali oneri sono comprensivi gli emolumenti da corrispondere al Direttore della struttura e alle altre figure professionali e le spese generali da corrispondere alla stessa Struttura.

Il competente Servizio è autorizzato al prelievo delle somme di cui innanzi dal capitolo 741090 del bilancio 2010.

5.15. Fondo Zootecnia e Sicurezza Alimentare

In relazione agli effetti derivanti dal potenziamento e specializzazione del sistema dei controlli in materia di igiene degli alimenti, di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, di sicurezza alimentare nell'ambito del territorio regionale, con particolare riferimento ai territori interessati dalla più alta concentrazione di insediamenti ad alto rischio ambientale, si rende opportuno finalizzare la destinazione di risorse specifiche da utilizzarsi per tali attività e per il riconoscimento di eventuali indennità e/o risarcimenti ai soggetti interessati. Tali somme potranno essere trasferite alle Aziende

Sanitarie Locali di competenza previa rendicontazione dei risultati ottenuti e verifica da parte del competente Servizio.

Il Servizio PATP è autorizzato al prelievo della somma di € 200.000 dal capitolo 741090 del bilancio 2010 da destinarsi alle attività di che trattasi e da liquidarsi previa rendicontazione delle attività e dei risultati e verifica da parte dello stesso Servizio PATP.

5.16. Piano Straordinario di Monitoraggio Controllo Diossina

Con Deliberazione n.1321 del 15.7.2008 la Giunta Regionale ha approvato un "Intervento straordinario a seguito di contaminazione da diossina in allevamenti della provincia di Taranto" predisposto dal Dipartimento di Prevenzione dell'ASL di Taranto.

Tenuto conto degli esiti di tale intervento straordinario e della necessità di estendere tale tipologia di controlli e di sostenere le azioni proposte dalla citata ASL di Taranto e vagliate dal Tavolo tecnico regionale finalizzate a fornire stabilità al sistema di controlli attraverso il consolidamento di un gruppo operativo specializzato nelle attività mirate al controllo della presenza di diossina negli ambienti, nel territorio, nella popolazione animale, nelle aziende zootecniche ed agricole e nei prodotti derivati al fine di qualificare ulteriormente e potenziare le verifiche, il campionamento delle matrici alimentari e l'analisi dei risultati ottenuti al fine di supportare adeguatamente le conseguenti valutazioni e, quindi, di aumentare gli interventi in favore della sicurezza alimentare dei cittadini, si prevede per l'anno 2010 uno stanziamento di € 300.000,00 da destinare quale sostegno finanziario alla prosecuzione degli interventi finalizzati al controllo della presenza di diossina.

Il Servizio PATP è autorizzato al prelievo delle somme di cui innanzi dal capitolo 741090 del bilancio 2010 da destinarsi alle attività di che trattasi e da liquidarsi previa rendicontazione delle attività e dei risultati da parte dell'ASL TA e verifica da parte dello stesso Servizio PATP.

5.17. Progetto "Centro Diurno Sperimentale"

Nell'ambito del processo di riorganizzazione e qualificazione della rete delle strutture per la salute mentale, il Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione ha inteso promuovere un progetto nell'ambito del Centro Diurno Sperimentale gestito dal CSM di Mesagne congiuntamente all'Associazione "180 Amici Puglia", ed il Centro Studi e Ricerche sulla Salute Mentale di Comunità presso il Centro Polifunzionale "Marco Cavallo" di Latiano nell'ambito del Dipartimento di Salute Mentale della ASL di Brindisi.

Il competente Servizio PATP è, quindi, autorizzato al prelievo delle somme di € 220.000,00 dal capitolo 741090 del Bilancio 2010 da destinarsi alle attività di che trattasi e da liquidarsi previa rendicontazione delle attività e dei risultati e verifica da parte dello stesso Servizio PATP.

5.18. Progetto "Diagnosi e gestione della patologia fetale"

Con DGR n.2122 del 5.12.2007 è stato modificato ed integrato il DIF anno 2007 di cui alla DGR n.1400/2007 ed è stato, tra l'altro, contemplato il progetto denominato "Diagnosi e gestione della patologia fetale" promosso dall'ASL di Bari finalizzato alla realizzazione di screening e di interventi mirati alla riduzione del rischio effettivo di Aneuploidia Fetale.

Per l'anno 2010 è previsto il finanziamento della terza annualità per un ammontare di € 500.000,00 da destinarsi all'ASL di Bari.

Il competente Servizio PAOS è autorizzato al prelievo delle somme di cui innanzi dal capitolo 741090 del bilancio 2010 da destinarsi alle attività di che trattasi e da liquidarsi previa rendicontazione delle attività e dei risultati da parte della ASL BA e previo parere favorevole dell'apposita Commissione di verifica.

5.19. Progetto "Emodialisi notturna" e "Dialisi peritoneale"

Per implementare le azioni previste nel settore della dialisi dalla L. R. n. 23/2008 (Piano della Salute) e le attività programmate con la DGR n. 2019/2009 (Programmazione della Rete dialitica), bisogna attivare processi orientati a favorire le alternative al trattamento emodialitico tradizionale e consentire ai pazienti di avvalersi di modalità di terapia umanizzanti e più consone alle proprie esigenze; ad incrementare la capacità d'offerta delle Strutture pubbliche di Nefrologia e dialisi.

I Servizi di dialisi delle Aziende sanitarie, pertanto, devono avviare e/o potenziare, i programmi di trattamento sostitutivo dell'insufficienza renale, rappresentati dall'emodialisi notturna, a vantaggio, in particolare, dei pazienti con problematiche di instabilità cardiovascolare, e la dialisi peritoneale (CAPD e APD) sia in forma domiciliare, in favore di quei pazienti che vogliano optare per tale modalità di trattamento, sia in forma istituzionale (APD presso strutture ospedaliere o residenziali territoriali quali le R.S.A. e le R.S.S.A.) a vantaggio, soprattutto, dei pazienti anziani non autosufficienti.

Il progetto "Emodialisi notturna", che consente di incrementare la potenzialità erogativa di prestazioni emodialitiche della Rete dialitica pubblica, sarà attuato assegnando, per il 2010, a ciascuna ASL e alle AOU Policlinico di Bari e OO.RR. di Foggia somme da destinare prioritariamente al potenziamento degli organici del personale di assistenza. Per l'AOU "OO.RR." di Foggia l'assegnazione è raddoppiata avendo già avviato il progetto nel 2009.

Le ASL individueranno, nell'ambito territoriale di competenza, le strutture dialitiche idonee a gestire tale modalità di trattamento.

Il relativo finanziamento sarà erogato, sulla base di effettive e documentate prestazioni effettuate, a seguito di certificata rendicontazione delle spese sostenute.

Al progetto "Dialisi peritoneale", che deve consentire l'avvio, ovvero il potenziamento di tale attività presso le UU.OO. di Nefrologia e Dialisi per tendere allo standard minimo fissato dalla programmazione regionale, pari al 10% dei pazienti trattati con tale metodica, sono destinati anche per l'anno 2010 i finanziamenti necessari.

Detto finanziamento sarà utilizzato in base ad uno specifico piano attuativo predisposto dall'A.Re.S. che si avvarrà dell'apporto del Comitato Scientifico dell'uremia di cui alla deliberazione G. R. n. 68/2010.

I fondi eventualmente non rendicontati per il progetto "Emodialisi notturna" potranno essere utilizzati per il progetto "Dialisi peritoneale" a condizione che le ASL dimostrino di aver utilizzato quote di finanziamento aggiuntive rispetto a quelle assegnate a seguito dell'approvazione da parte della Giunta regionale del piano attuativo di cui innanzi e che abbiano effettivamente incrementato la prevalenza di pazienti trattati con tale metodica rispetto al 2009.

Il Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica, per l'attuazione dei due progetti, è autorizzato al prelievo totale di € 500.000,00 dal capitolo 741090 del bilancio anno 2010 da destinarsi alle attività di che trattasi e da liquidarsi previa rendicontazione delle attività e dei risultati da parte delle rispettive Aziende Sanitarie e verifica da parte dello stesso Servizio PAOS/ARES.

5.20. Progetto "PASSI"

Il sistema di sorveglianza PASSI prevede la raccolta continua, durante tutto l'arco dell'anno, attraverso interviste telefoniche effettuate da operatori sanitari specificatamente formati, di dati sui principali fattori di rischio comportamentali per la salute e sull'adozione di misure di prevenzione da parte della popolazione adulta tra 18 e 69 anni.

Gli ambiti indagati rientrano l'attività fisica, il fumo, l'alimentazione, il consumo di alcol, la sicurezza stradale, l'ipertensione e ipercolesterolemia, lo screening del cancro della mammella, del collo dell'utero e del colon retto.

L'indagine, coordinata a livello dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale, viene realizzata su un campione di persone di età compresa tra 18 e 64 anni da un gruppo di intervistatori, individuati tra il personale afferente ai Dipartimenti di Prevenzione e le Unità di Statistica ed Epidemiologia delle ASL.

E' necessario sostenere il progetto che costituisce debito informativo obbligatorio.

Si autorizza, per il sostegno al sistema di Sorveglianza PASSI, il Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione al prelievo della somma prevista in € 130.000,00 dal capitolo 741090 del bilancio anno 2010 per il finanziamento delle attività di cui innanzi e da liquidarsi previa rendicontazione delle attività e dei risultati e previa verifica da parte dello stesso Servizio PATP.

5.21. Progetto "Prevenzione obesità in età pediatrica"

Molteplici studi sono stati dedicati al ruolo dell'alimentazione dei primi due anni di vita nel contrasto alla malnutrizione per difetto. Di conseguenza società scientifiche internazionali ed OMS hanno pubblicato raccomandazioni e linee guida per migliorare l'alimentazione dei primi due anni soprattutto nei Paesi in via di sviluppo .

Fino ad oggi poche delle informazioni disponibili sull'alimentazione nei primi due anni di vita sono state accettate, condivise ed avallate dalle Società scientifiche internazionali e dalla OMS nel campo della prevenzione dell'obesità e delle altre malattie non trasmissibili, che sono, tuttavia, le prime cause di morte nel mondo occidentale. Il problema comunque non è solo ad appannaggio dei Paesi sviluppati, poiché l'obesità sta nel contempo diventando un problema di sanità pubblica anche nei Paesi in via di sviluppo. In questi ultimi le carenze economiche e le limitate strutture sanitarie renderanno ancora più difficile affrontare questa patologia e, inoltre, l'associazione fra malnutrizione in età fetale e nel primo anno di vita ed obesità nell'età seguente rende in questi Paesi, più frequenti e gravi le complicazioni dell'obesità stessa in età pediatrica ed in età adulta.

La Puglia, ed in particolare la ASL Brindisi, in questo scenario occupa un posto privilegiato. L'alta prevalenza di sovrappeso e contemporaneamente la presenza di una unità operativa da sempre attiva nella cura, ma soprattutto nella prevenzione dell'obesità in età pediatrica, rende possibili progetti pilota che possano essere utili in primis alla popolazione locale, ma possono rappresentare una buona pratica da proporre in un contesto regionale, nazionale ed internazionale.

Il progetto presentato dall'ASL BR – Unità Operativa Igiene della Nutrizione del Dipartimento di Prevenzione prevede una prima fase, della durata di un anno, con l'obiettivo di identificare le principali linee di intervento sulla popolazione.

Gli obiettivi specifici della prima annualità del progetto sono :

- a) condurre rassegne sistematiche della letteratura sull'alimentazione complementare e identificare i vuoti di conoscenza;
- b) valutare i dati sulle abitudini alimentari nei primi due anni di vita a livello locale, nazionale ed internazionale;
- c) descrivere il ruolo degli alimenti industriali rispetto a quelli di produzione domestica attraverso l'analisi della letteratura e studi ad hoc;
- d) proporre revisioni delle linee guida per l'alimentazione dei bambini da 6 a 24 mesi;
- e) analizzare i problemi relativi alla composizione e le modalità di uso proposte per gli alimenti complementari prodotti a livello industriale.

La seconda fase del progetto, che verrà descritta e sviluppata in seguito, prevede la realizzazione di un intervento di sanità pubblica per la prevenzione dell'obesità e delle malattie croniche attraverso azioni sull'alimentazione dei bambini nei primi due anni di vita da realizzarsi attraverso la rete delle UU.OO. dedicate a questa materia nell'ambito dei Dipartimenti di Prevenzione delle AA.SS.LL. di Puglia ed in raccordo con gli interventi e gli obiettivi previsti dal Piano Nazionale e Regionale di Prevenzione.

Il progetto sarà realizzato secondo il dettaglio indicato nel progetto agli atti del Servizio PATP valorizzando anche il ruolo importante che può essere ricoperto dall'Assessorato regionale all'Agricoltura (da stabilire in termini di specifici compiti), ma certamente da considerare nell'ambito della diffusione dell'uso di prodotti locali e di educazione alla sana alimentazione familiare. Ciò anche in relazione alle indicazioni europee di collaborazione fra il settore dell'agricoltura e quello della sanità pubblica con lo scopo di inserire la salute in tutte le politiche.

Gli obiettivi del progetto saranno conseguiti grazie anche al supporto della Organizzazione Mondiale della Sanità che contribuirà ad irrobustire la validità del progetto ed supportare eticamente la struttura dello stesso riconoscendo alla ASL Brindisi ed alla Regione Puglia un ruolo primario nella lotta all'obesità a livello nazionale ed internazionale sia nello sviluppo di grammatiche preventive che di attuazione pratica proseguendo le già positive collaborazioni instaurate con la U.O. Igiene della Nutrizione della ASL Brindisi e con la collaborazione di un gruppo di pediatri convenzionati della regione Puglia.

Si autorizza, pertanto, il Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione al prelievo della somma per la prima annualità prevista in € 130.000,00 dal capitolo 741090 del bilancio anno 2010 per il finanziamento delle attività di cui innanzi.

5.22. Progetto "Registri uremici"

Con atto n. 38 del 26 gennaio 2010, la Giunta regionale ha istituito, presso il CRT (Centro di Riferimento Con atto n. 38 del 26 gennaio 2010, la Giunta regionale ha istituito, presso il CRT (Centro di Riferimento Regionale per i Trapianti d'organi), il Registro regionale informatizzato di nefrologia, dialisi e trapianto della Regione Puglia con i compiti e le funzioni ivi indicati.

Al Direttore del Centro, tra l'altro, è stata affidata la responsabilità, facendo riferimento all'Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER), della raccolta, su supporto informatico, dei dati e della loro elaborazione ed analisi con produzione di un report annuale.

In ossequio alla predetta deliberazione, con determinazione dirigenziale n. 125/2010, è stato costituito il Comitato Scientifico per l'Uremia.

La stessa Giunta regionale, per l'attivazione ed il mantenimento del registro si è riservata, al punto 9 della parte dispositiva del citato suo atto n. 38/2010, di provvedere al finanziamento nel contesto dell'approvazione del DIF 2010.

A fronte di tanto, si propone di finanziare il "Registro uremici" con la somma di € 80.000,00 autorizzando il Servizio Assistenza Ospedaliera e Specialistica al suo prelievo dal capitolo 741090 del bilancio anno 2010.

5.23. Progetto "Sanità Elettronica"

Con il protocollo di intesa del 03/08/2009 e s.m.i. tra Regione Puglia ed ARPA è stata disposta l'assegnazione temporanea di personale della Agenzia alla Regione per la durata di 24 mesi, con decorrenza giuridica ed economica dal 1/9/2009, per la realizzazione del progetto "Piano della Sanità Elettronica".

Al fine di consentire la prosecuzione di tale progetto, per le altre esigenze relative al funzionamento del TSE Puglia nonché per azioni di start-up, potenziamento o adeguamento dei progetti di Sanità Elettronica, il competente Servizio PGS è autorizzato al prelievo dal capitolo 741090 del bilancio anno 2010 della somma di € 183.947,00.

5.24. Progetto "Scompenso Cardiaco Cronico"

Considerato che lo scompenso cardiaco è una delle patologie più diffuse, con un'incidenza e prevalenza crescenti, dovuto principalmente all'invecchiamento della popolazione con una elevata incidenza delle

riammissioni ospedaliere ed elevata incidenza della spesa sanitaria per le ospedalizzazioni determinate da tale patologia e tenuto conto che tale patologia fa registrare un notevole incremento della mortalità e che, alla luce dei dati epidemiologici esaminati, occorre prevedere la gestione a lungo termine dei pazienti con scompenso cardiaco, attraverso la combinazione tra le terapie più efficaci e programmi di follow-up con l'adozione di modelli assistenziali integrati, la ASL Lecce ha presentato un progetto sperimentale "di gestione dello scompenso cardiaco cronico" da realizzarsi nel territorio dei Distretti Socio Sanitari di Gagliano e di Poggiardo sulla base di un modello integrato di diagnosi e cura che preveda l'interazione tra i MMG di tali Distretti, i reparti di Cardiologia e Medicina insistenti nei territori dei Distretti di Gagliano e Poggiardo, lo specialista cardiologo ambulatoriale e l'infermiere care manager. Il progetto si svilupperà in via sperimentale nei citati Distretti nell'arco di un anno, per poi essere esteso agli altri Distretti S.S. dell'Azienda e della Regione, secondo le linee strategiche, gli obiettivi e le fasi organizzative definiti dal progetto presentato.

Da rilevare ancora che il progetto proposto integra, con l'assistenza specialistica e le cure domiciliari, il progetto "Leonardo" promosso dall'Ares Puglia che è stato già sperimentato nell'ASL LE ed esteso a tutto il territorio regionale.

Al tal fine, il competente Servizio PAOS è autorizzato al prelievo dal capitolo 741090 del bilancio anno 2010 della somma di € 150.000,00 da destinarsi per l'avvio del progetto sperimentale e da liquidarsi all'ASL LE previa rendicontazione delle attività e dei risultati raggiunti e previa verifica da parte dello stesso Servizio PAOS e dell'Ares.

5.25. Progetto "SEUSA - Promozione Donazione e Trapianto Organi"

Nell'ambito del DIF anno 2008 di cui alla DGR n.95/2008 è stato previsto il finanziamento del progetto denominato "promozione donazione e trapianto organi", a valenza triennale.

Per l'anno 2010 è, quindi, da finanziare la terza annualità per un costo complessivo previsto di Euro 815.000,00.

Il Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica è autorizzato al prelievo delle somme di cui innanzi dal capitolo 741090 del bilancio 2010 da destinarsi per le attività di cui innanzi e da liquidarsi previa rendicontazione delle attività e dei risultati raggiunti e previo parere favorevole dell'apposta Commissione di verifica.

5.26. Progetto "Trattamento disturbi neuropsichiatrici infanzia e adolescenza"

Con DGR n.2122/2007 di modifica ed integrazione della DGR n.1400/2007 (DIF 2007) e con DGR n.1442/2009 (DIF 2009) è stata assicurata la prosecuzione dei progetti operativi aziendali finalizzati all'assistenza neuro psichiatrica all'infanzia ed all'adolescenza di cui alla DGR n.1627/04, a salvaguardia dei livelli assistenziali conseguiti e delle esperienze acquisite.

Per l'anno 2010 si intende, quindi, assicurare il finanziamento al progetto, complementare ai progetti destinati alle strutture territoriali e finanziati con gli obiettivi di piano anno 2010, relativo al potenziamento della struttura ospedaliera dell'A.O.U. "Policlinico" di Bari per il trattamento dei disturbi neuropsichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza per un ammontare di € 600.000,00 annui.

Il competente Servizio PATP è autorizzato al prelievo delle somme di cui innanzi dal capitolo 741090 del bilancio 2010 da destinarsi per le attività di cui innanzi e da liquidarsi previa rendicontazione delle attività e dei risultati raggiunti da parte dell'AOU e previa verifica da parte dello stesso Servizio e dell'Ares.

5.27. Progetto GIADA (Diagnosi Precoce e Cura Forme Abuso Infanzia)

Con DGR n.1400/2007 (DIF 2007) è stato finanziato il "Progetto per la diagnosi precoce e la cura delle forme di abuso all'infanzia" (GIADA) presentato dall'A.O.U. "Policlinico" (Pediatria) il cui finanziamento è stato confermato negli anni 2008 (DGR n.95/2008 DIF) e 2009 (DGR n.1442/2009 DIF).

Al fine di permettere il completamento progettuale, è destinato per l'anno 2010 un finanziamento di € 350.000,00 da destinare all'A.O.U. "Policlinico" (Pediatico).

Il competente Servizio è autorizzato al prelievo delle somme di cui innanzi dal capitolo 741090 del bilancio 2010 da destinarsi per le attività di cui innanzi e da liquidarsi previa rendicontazione delle attività e dei risultati raggiunti da parte dell'AOU e previa verifica da parte dello stesso Servizio e dell'Ares.

5.28. Progetto GIAVA Puglia

Con Deliberazione n.286/2007 ad oggetto "Piano regionale della Prevenzione. Deliberazione di Giunta regionale n. 824/2005 e successive integrazioni. Modifica" la Giunta Regionale ha disposto di assicurare la continuità al sistema informativo di Gestione Informatizzata delle Attività Vaccinali (GIAVA) realizzato dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale nelle more della realizzazione del Sistema Edotto (Nuovo Sistema Informativo Sanitario Regionale) ove troveranno allocazione tali funzionalità.

Al fine di assicurare continuità alla conduzione, gestione, aggiornamento e manutenzione della base dati del sistema informativo di gestione delle attività vaccinali e dell'anagrafe dei soggetti vaccinati, è destinata una somma pari ad € 20.000,00 per l'anno 2010.

Il competente Servizio PATP è autorizzato al prelievo delle somme di cui innanzi dal capitolo 741090 del bilancio 2010 da destinarsi per le attività di cui innanzi e da liquidarsi previa rendicontazione delle attività e dei risultati raggiunti da parte dell'OER e previa verifica da parte dello stesso Servizio e del TSE Puglia.

5.29. Progetto SESIT Puglia

La Regione Puglia ha avviato con DGR n.686 del 16.5.2003 un progetto di informatizzazione delle attività dei servizi e delle strutture dei Dipartimenti Dipendenze Patologiche delle Aziende Sanitarie Locali, denominato "SESI Puglia", di cui al Contratto Rep. n.6829/2005 di affidamento del servizio.

Atteso che, nelle more della predisposizione di un nuovo progetto di informatizzazione, che possa evolvere l'esperienza positiva sin qui realizzata, anche considerando il nuovo scenario delle competenze afferite ai Dipartimenti Dipendenze Patologiche, nonché le esigenze di integrazione del progetto SESIT Puglia con le iniziative e progetti di Sanità Elettronica di cui alla DGR n.2005/2006, si rende necessario assicurare la continuità del servizio informatico e delle relative attività di gestione, assistenza e manutenzione.

E', pertanto, destinata una somma pari ad € 200.000,00 per l'anno 2010 per il rinnovo dei servizi in questione da assicurarsi nelle more della predisposizione del nuovo progetto da parte di InnovaPuglia Spa e dell'espletamento della relativa procedura di gara.

Il competente Servizio PATP è autorizzato al prelievo delle somme di cui innanzi dal capitolo 741090 del bilancio 2010 da destinarsi per le attività di cui innanzi.

5.30. Progetto "Telecardiologia"

Con deliberazione di giunta regionale n. 483 del 31/3/ 2008 l'Ares è stata incaricata di predisporre bando di gara per l'espletamento del servizio di progettazione, realizzazione, manutenzione e gestione di un sistema integrato di servizi di telecardiologia funzionale al sistema di emergenza urgenza della Regione Puglia.

A seguito dell'espletamento della procedura di gara il servizio è stato reso operativo e, pertanto, necessita sostenerne la realizzazione ivi comprese le sue evoluzioni (integrazioni con sistema Edotto e sistema 118, progetto Carpe Diem AOU Policlinico, ecc.).

E', pertanto, destinata una somma pari ad € 700.000,00 per l'anno 2010 per la realizzazione del progetto di Telecardiologia Puglia.

Il competente Servizio PATP è autorizzato al prelievo delle somme di cui innanzi dal capitolo 741090 del bilancio 2010 da destinarsi per le attività di cui innanzi e da liquidarsi all'Ares previa rendicontazione delle attività e dei risultati raggiunti e previa verifica da parte dello stesso Servizio e del TSE Puglia.

5.31. Registro regionale Tumori Puglia (RTP)

Con Deliberazione n.1500 del 1.8.2008 la Giunta Regionale ha istituito il "Registro Regionale Tumori della Regione Puglia" ed ha approvato lo schema di protocollo d'intesa tra l'Assessorato alle Politiche della Salute, l'Assessore all'Ecologia, l'IRCCS Giovanni Paolo II, l'A.Re.S., l'ARPA e le ASL della Regione Puglia ed ha, altresì, costituito il Comitato tecnico-scientifico del Registro Tumori della Regione Puglia di cui all'art. 6 del protocollo con sede presso l'IRCCS Ospedale Oncologico di Bari.

Al fine di sostenere la fase di start-up del Registro Tumori della Puglia (RTP) secondo le direttive Assessoriali, il finanziamento annuale già destinato dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale in favore dell'Università agli Studi di Bari per le attività del Registro Tumori Jonico – Salentino, è destinato, a partire dall'anno 2010, all'IRCCS "Giovanni Paolo II" (Oncologico) per le attività del Registro Tumori regionale di Puglia per la realizzazione delle attività e priorità stabilite dal Piano annuale approvato dal Comitato Tecnico Scientifico e dall'Assessorato alle Politiche della Salute ed a condizione che la realizzazione a regime del Registro Tumori informatizzato della Puglia avvenga nell'ambito del progetto Edotto (nuovo sistema informativo sanitario regionale) secondo quanto previsto dalla pianificazione e dalla progettazione esecutiva di progetto approvate.

Al tal fine, è destinata per l'anno 2010 la somma di € 50.000,00 da finalizzarsi alle attività di cui innanzi e da e da liquidarsi all'IRCCS "Giovanni Paolo II" e alle ASL previa rendicontazione delle attività e dei risultati raggiunti e previa verifica da parte del Servizio PATP, del TSE Puglia e del RIP Edotto per gli aspetti di rispettiva competenza.

Il competente Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione è autorizzato al prelievo delle somme di cui innanzi dal capitolo 741090 del bilancio 2010 da destinarsi all'IRCCS "Giovanni Paolo II" (Oncologico) quale sede del Coordinamento Tecnico Scientifico del Registro di cui alla DGR n.1500/2008.

5.32. Sistema di Informazione e Comunicazione in Sanità (SICS)

Con Deliberazione n. 1079 del 26/06/2008 la Giunta Regionale ha approvato il Documento di Indirizzo contenente la definizione del nuovo modello di "Sistema di Informazione e Comunicazione in Sanità" e le azioni da porre in essere per la sua realizzazione.

Con DGR n. 2679/2009 e successivo provvedimento di modifica ed integrazione (DGR n.709/2010) la Giunta Regionale ha stabilito di affidare in continuità con quanto previsto dalla DGR n. 116/2009 alla società in-house InnovaPuglia le attività di gestione e conduzione dell'infrastruttura telematica del Call Center Informativo Regionale fino alla realizzazione degli interventi e l'avvio del Portale Regionale della Salute di cui alla DGR n. 1079/2008 e comunque fino al 30/06/2010, nonché le attività di supporto-tecnico operativo alla redazione regionale del Portale regionale della Salute, il monitoraggio delle attività delle redazioni ed il servizio di front-office telefonico (progetto "Sistema di Informazione e Comunicazione in Sanità").

Con il medesimo provvedimento la Giunta Regionale ha autorizzato, per il finanziamento delle suddette attività, la spesa per il 2010 di € 1.708.600,00 sul capitolo 741090 (U.P.B. 5.5.2) del bilancio 2010.

La suddetta somma è stata impegnata con D.D. n. 115/2010 del Dirigente del Servizio PGS.

5.33. Sostegno alla rete laboratoristica "Influnet"

La Sindrome Influenzale rappresenta la terza causa di morte in Italia per patologia infettiva dopo TBC e AIDS oltre ad essere un frequente motivo di assenza dalle attività lavorative, di consultazione medica e di ricovero ospedaliero. La rete Influnet, costituita per approfondire l'andamento epidemiologico dell'influenza nella nostra Regione, è basata su una rete di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, "medici sentinella", che segnalano settimanalmente i casi di influenza osservati tra i loro assistiti e collaborano alla raccolta dei campioni biologici per l'identificazione dei virus circolanti. L'attività di monitoraggio viene effettuata tra la 42° settimana dell'anno in corso e la 17° dell'anno successivo. Il sistema è coordinato dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

Allo scopo di sostenere le spese della rete laboratoristica, è destinata anche per l'anno 2010 la somma di € 60.000,00 ai laboratori della Sezione di Igiene, Dipartimento di Scienze Biomediche ed Oncologia Umana dell'Università degli studi di Bari, ed al Laboratorio del Dipartimento di Scienze e Tecnologie Biologiche ed Ambientali (Disteba) dell'Università degli studi del Salento, individuati dall'Istituto Superiore di Sanità, quali laboratori di riferimento per lo svolgimento delle indagini di biologia molecolare per la individuazione dei ceppi virali.

Il Servizio PATP è, pertanto, autorizzato al prelievo dal capitolo 741090 del bilancio 2010 della suddetta somma da destinarsi per le attività di cui innanzi e da liquidarsi previa rendicontazione delle attività e dei risultati raggiunti dalle rispettive strutture e previa verifica da parte dello stesso Servizio PATP.

5.34. Progetto "La casa della salute"

La istituzione della Casa della Salute è uno degli obiettivi principali previsti dal processo di riorganizzazione della rete dell'offerta sanitaria ribadito nell'ambito del Piano di Rientro 2010-2012 ed ha come principale obiettivo quello di favorire, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, la unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie, principi fondamentali, affermati esplicitamente dalla legge n. 229/99 e dalla legge n. 328/2000, ma finora scarsamente applicati. La realizzazione della Casa della Salute è ovviamente possibile laddove le condizioni geografiche di non eccessiva dispersione territoriale consentano l'aggregazione dei servizi e non comportino una difficoltà di accesso per i cittadini. Per tali motivi la Casa della Salute deve intendersi come un presidio delle aree sub distrettuali corrispondenti all'incirca ad un bacino di 5-10.000 persone.

Con il presente progetto promosso dall'Ares e dall'ASL BA si intende sostenere la sperimentazione della Casa della Salute presso la ASL Bari, così come indicato nella proposta di PAL (Piano Attuativo Locale) estendendo la sperimentazione, già iniziata nel corso dell'anno 2009, del modello assistenziale Casa della Salute.

E', pertanto, destinata una somma pari ad € 70.000,00 per l'anno 2010 per tali finalità.

Il competente Servizio PATP è autorizzato al prelievo delle somme di cui innanzi dal capitolo 741090 del bilancio 2010 da destinarsi per le attività di cui innanzi e da liquidarsi previa rendicontazione delle attività e dei risultati raggiunti dall'ASL BA e previa verifica da parte dello stesso Servizio PATP e dell'Ares.

5.35. Progetto "Attivazione modelli assistenza integrata ai soggetti con malattia rara"

Le attività inerenti le Malattie Rare in Puglia hanno impulso con la DGR n. 2485 del 15/12/2009, che ha visto l'istituzione ed attivazione del Coordinamento Regionale Malattie Rare investito di funzioni sia programmatiche che assistenziali; quest'ultima assolta attraverso la individuazione di un Centro di Assistenza Sovraziendale.

Al fine di favorire “Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali” e garantire modelli assistenziali di eccellenza, l’Ares Puglia e lo stesso Coordinamento promuovono uno specifico progetto finalizzato all’attivazione di modelli di assistenza integrata a soggetti affetti da malattia rara.

E’ necessario, quindi, contribuire finanziariamente alla realizzazione dei risultati di questo progetto destinando una somma pari ad € 50.000,00 per l’anno 2010.

Il competente Servizio PAOS è autorizzato al prelievo delle somme di cui innanzi dal capitolo 741090 del bilancio 2010 da destinarsi per le attività di cui innanzi e da liquidarsi previa rendicontazione delle attività e dei risultati raggiunti da parte del Coordinamento e previa verifica da parte dello stesso Servizio e dell’Ares.

5.36. Progetto “Potenziamento dell’Unità Spinale Unipolare” AOU Policlinico

Le cause più frequenti delle lesioni midollari in Italia, come in altri paesi, sono legate a fattori traumatici; in particolare, gli incidenti stradali e quelli sportivi costituiscono il 60% di tutte le lesioni midollari con proporzione quasi identica tra paraplegie e tetraplegie. Altre cause frequenti di lesione midollare sono gli infortuni sul lavoro e gli episodi di violenza contro la persona. L’età dei traumatizzati dimostra due picchi di frequenza a 20 e 59 anni. Il rapporto maschi – femmine risulta essere di 4:1.

Alla luce di questi dati e considerando la popolazione della Regione Puglia pari a 4 milioni di abitanti, una stima attendibile di prevalenza è di 80 nuovi casi di mielolesione traumatica l’anno, a cui vanno aggiunti circa 24 casi non traumatici che corrispondono al 30% circa di quelli traumatici.

Bisogna inoltre considerare che la prevalenza di PLM è stimata a 1:900 il che fa presupporre che nella nostra Regione ci siano attualmente 4400 persone con lesione midollare. L’attuale situazione regionale determina due componenti principali:

- l’avvio di questi pazienti lungo un percorso clinico non appropriato
- l’incremento dei flussi di mobilità passiva extra-regionale ed extra-nazionale

Il progetto promosso dall’Ares e dall’AOU “Policlinico” di Bari è finalizzato allo sviluppo della funzione di eccellenza della Struttura Complessa di Medicina Fisica e Riabilitativa dell’AO Policlinico di Bari ed in particolare al rafforzamento della funzione di eccellenza di Medicina Fisica e Riabilitativa con particolare riferimento a quella relativa all’assistenza in Unità Spinale, già esistente, anche per ciò che riguarda l’assetto organizzativo ed alla condivisione di percorsi assistenziali integrati con le strutture riabilitative di 1° e 2° livello.

Obiettivi sono, quindi, l’acquisizione di specifiche competenze di elevata specializzazione e l’attivazione di percorsi integrati tra diverse discipline e tra diversi livelli assistenziali avrà come effetto un innalzamento complessivo della qualità dell’assistenza nelle attività riabilitative.

Infine, dalla piena operatività di uno specifico modello assistenziale per soggetti mielolesi ci si attende sia l’ottimizzazione dell’outcome e quindi il massimo recupero delle funzioni residue, che la prevenzione dell’aggravamento delle sequele.

E’ necessario, quindi, contribuire finanziariamente alla realizzazione dei risultati di questo progetto destinando una somma pari ad € 332.453,00 per l’anno 2010.

Il competente Servizio PAOS è autorizzato al prelievo delle somme di cui innanzi dal capitolo 741090 del bilancio 2010 da destinarsi per le attività di cui innanzi e da liquidarsi previa rendicontazione delle attività e dei risultati raggiunti da parte dell’AOU Policlinico e previa verifica da parte dello stesso Servizio e dell’Ares.

5.37. Progetto “Riabilitazione e reinserimento sociale per persone dimesse dall’OPG”

Dal 2002 non è più automatico l’internamento in ospedale psichiatrico giudiziario, oggi queste strutture sono sotto la gestione delle ASL e non più solo del Ministero della Giustizia, pertanto è necessario un

lavoro integrato tra l'O.P.G., le Case di Cura e Custodia (CCC) ed i servizi di salute mentale delle zone di origine delle persone internate. Ove non vi sia pericolosità sociale accertata, deve essere privilegiato l'itinerario terapeutico e di reinserimento sociale rispetto alla permanenza in O.P.G.

Il progetto promosso dall'Ares Puglia e dal Servizio PATP intende sostenere l'implementazione di un "sistema strutturale regionale", capace di:

- monitorare la presenza di internati residenti nella regione;
- garantire una rete permanente di contatti tra i DSM degli internati e l'equipe sanitaria dell'ASL che opera all'interno degli OPG;
- evitare il protrarsi della misura di sicurezza, quando si creino le condizioni per una dimissione e presa in carico da parte dei servizi anche con misure non detentive (vedi le sentenze 253/03 e 367/04);
- intervenire fin dalla fase di primo invio in carcere nel caso di utenti psichiatrici autori di reato per evitare, quando possibile, il ricorso all'OPG.

L'attività della struttura deve essere finalizzata alla predisposizione di piani di trattamento concordati, per il reinserimento degli internati nel territorio di provenienza. Inoltre tra la Regione titolare della competenza gestionale dell'OPG e le regioni limitrofe e/o viciniere devono essere predisposti programmi di cura, di riabilitazione e di recupero sociale di ciascuno degli internati prevedendo rapporti tra i diversi servizi sociali e sanitari utili e necessari per realizzare il programma di ulteriore decentramento nelle Regioni di provenienza.

Il progetto è legato al reinserimento dei pazienti dimessi dagli OPG, affinché il contatto con la società esterna non si trasformi in una ulteriore fonte di esasperazione della malattia psichiatrica e, di conseguenza, del rischio di commettere nuovi reati e ciò attraverso la:

- predisposizione di uscite dall'OPG per avviare, già a partire dagli ultimi mesi di permanenza in tale struttura, un programma di sperimentazione "esterna", al fine di "stemperare" la tensione emotiva causata dall'internamento e per valutare il progressivo riadattamento comportamentale del paziente alla vita esterna, attraverso uscite programmate per partecipare a gruppi di riabilitazione esterni;
- risposta al bisogno urgente della richiesta di un alloggio da parte dei pazienti dimessi da OPG, per i quali non è possibile un ricongiungimento familiare;
- attività di formazione e di inserimento lavorativo ideati unitamente al progetto personalizzato che l'équipe multidisciplinare dispone, in collaborazione con soggetti esterni, per ogni paziente dimesso;

L'obiettivo generale del Progetto è, quindi, il raggiungimento di miglioramenti significativi nel reinserimento dei pazienti dimessi dagli OPG nel contesto sociale di riferimento, affinché il contatto con la società esterna non si trasformi in una ulteriore fonte di esasperazione della malattia psichiatrica e, di conseguenza, del rischio di commettere nuovi reati.

E' necessario, quindi, contribuire finanziariamente alla realizzazione dei risultati di questo progetto destinando una somma pari ad € 70.000,00 per l'anno 2010.

Il competente Servizio PATP è autorizzato al prelievo delle somme di cui innanzi dal capitolo 741090 del bilancio 2010 da destinarsi per le attività di cui innanzi e da liquidarsi previa rendicontazione delle attività e dei risultati raggiunti e previa verifica da parte dello stesso Servizio e dell'Ares.

5.38. Progetto "Il movimento come stile di vita" (Guadagnare salute)

L'attività fisica regolare viene riconosciuta, sulla base di sempre più numerose evidenze scientifiche, come fattore determinante per il mantenimento e miglioramento della salute e rappresenta un importante fattore di promozione attiva della salute non soltanto nei soggetti giovani, nell'ottica della

prevenzione delle malattie croniche (in particolare di quelle cardiovascolari e dismetaboliche nelle quali la sedentarietà con il conseguente aumento del peso corporeo costituisce un importante fattore di rischio), ma ancor più negli anziani, soprattutto se malati e fragili.

In questo contesto e al fine di contrastare il progressivo decadimento funzionale, purtroppo percepito dai più come ineluttabile, si stanno sviluppando nel nostro paese un numero crescente di iniziative volte ad incentivare, in particolare nella popolazione anziana (over 65), nuovi stili di vita.

Il progetto promosso dall'Ares e dal Servizio PATP prevede il coinvolgimento dei Distretti Socio Sanitari e dei Servizi Sociali dei comuni di residenza dei soggetti - target di popolazione rappresentati da un campione di residenti in quartieri degradati e con alto indice di deprivazione socio-economica delle aree urbane (dove la grave carenza di servizi sociali e sanitari costituisce un fattore determinante di peggioramento delle condizioni di vita e di salute), in particolare anziani over 65, soprattutto se disabili o con abilità residue, con l'obiettivo di integrare queste attività fisiche all'interno di un progetto complessivo di miglioramento della qualità di vita.

Obiettivo è, quindi, quello di validare un modello di promozione della attività fisica al fine di favorire lo sviluppo di nuovi stili di vita nella popolazione pugliese, in particolare di quella anziana (over 65) residente in aree urbane degradate, attraverso il coinvolgimento del Distretto sociosanitario, dei Medici di medicina generale (MMG) e dei servizi sociali dei comuni selezionati da ogni ASL.

E' necessario, quindi, contribuire finanziariamente alla realizzazione dei risultati di questo progetto destinando una somma pari ad € 50.000,00 per l'anno 2010.

Il competente Servizio PATP è autorizzato al prelievo delle somme di cui innanzi dal capitolo 741090 del bilancio 2010 da destinarsi per le attività di cui innanzi e da liquidarsi previa rendicontazione delle attività e dei risultati raggiunti e previa verifica da parte dello stesso Servizio e dell'Ares.

5.39. Testo Unico norme in materia di Sanità

L'art.15 della Legge Regionale n.25/2006 ha previsto che *"la Giunta regionale, entro e non oltre diciotto mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, è tenuta a predisporre e approvare apposito disegno di legge avente per oggetto "Testo unico delle norme sanitarie della Regione Puglia"*.

Attesa la complessità della materia ed al fine di osservare il disposto normativo è necessario avviare un progetto con l'obiettivo di realizzare sollecitamente una riorganizzazione della normativa e delle disposizioni e regolamenti regionali in materia sanitaria.

Pertanto, per l'anno 2010 è destinato un finanziamento di € 50.000,00 per la realizzazione di quanto innanzi coinvolgendo l'Avvocatura Regionale, i Servizi, gli Uffici e gli Organismi dell'Assessorato alle Politiche della Salute, l'Ares Puglia nonché alcuni professionisti esterni dotate di comprovate professionalità tecnico – scientifiche e giuridiche.

Il competente Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria è autorizzato, quindi, al prelievo delle somme di cui innanzi dal capitolo 741090 del bilancio 2010.

5.40. Assistenza Domiciliare Integrata per pazienti Oncologici

L'art.23 della legge regionale n.34/2009 (Bilancio 2010) ha previsto che *"per l'esercizio finanziario 2010 il riparto del fondo sanitario regionale (FSR) deve comprendere la somma di euro 5 milioni da destinare esclusivamente all'assistenza domiciliare integrata per pazienti oncologici"*.

Al fine di dare seguito a quanto normativamente previsto e di sostenere la progettualità in materia realizzati in diverse Aziende Sanitarie di Puglia, è destinato un finanziamento pari ad € 5.000.000,00.

Il competente Servizio è autorizzato al prelievo delle somme di cui innanzi dal capitolo 741090 del bilancio 2010 da destinarsi per le attività di cui innanzi e da liquidarsi previa rendicontazione delle attività e dei risultati raggiunti da parte di ciascuna ASL e previa verifica da parte dello stesso Servizio e dell'Ares.

5.41. Progetto "Osservatorio regionale dipendenze"

Il Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione ha l'esigenza di avvalersi dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale per realizzare, nell'anno 2010, una serie di specifiche attività che non sono ricomprese tra quelle previste nella programmazione quinquennale già concordata tra Regione Puglia e Università degli Studi di Bari.

Si riportano di seguito le specifiche aree di intervento:

- Valutazione della qualità dei Servizi Territoriali ed Ospedalieri dei Dipartimenti di Salute Mentale;
- Monitoraggio delle attività espletate dai Consulenti familiari;
- Realizzazione, in attuazione dell' art. 6 della L.R. n. 26/2006, dell'Osservatorio regionale delle Dipendenze a cui afferisce il sistema di rilevazione dati informatizzato "SESIT" della Regione Puglia.

Pertanto, per l'anno 2010 è destinato un finanziamento di € 100.000,00 per la realizzazione di quanto innanzi da parte dell'OER Puglia.

Il competente Servizio PATP è autorizzato al prelievo delle somme di cui innanzi dal capitolo 741090 del bilancio 2010 da destinarsi per le attività di cui innanzi e da liquidarsi previa rendicontazione delle attività e dei risultati raggiunti da parte dell'OER e previa verifica da parte dello stesso Servizio.

5.42. Progetto "Centralizzazione acquisto materiali d'uso dei Servizi Veterinari"

Con DGR n.1288/2009 è stata prevista l'attivazione delle Unioni temporanee di acquisto da parte delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale così come disciplinato dalla L.R. 9 Agosto 2006, n.26.

Inoltre, con l'art. 54 (Centrale di acquisto territoriale della Regione Puglia) della Legge Regionale n.4/2010 ha previsto (comma 1) che *"La Regione Puglia promuove e sviluppa un processo di razionalizzazione degli acquisti per beni e servizi delle amministrazioni e degli enti aventi sede nel territorio regionale, basato sull'utilizzo di strumenti telematici, attraverso la Centrale di acquisto territoriale denominata EmpULIA"* e che (comma 5) *"EmpULIA svolge le funzioni di centrale di committenza di cui all'articolo 33 (Acquisto di beni e servizi) del d.lgs. 163/2006 a favore: a) della Regione, degli enti e delle agenzie regionali e degli enti e delle aziende del SSR; b) degli enti locali, di loro consorzi o associazioni"*.

EmpULIA provvede, tra l'altro, ad aggiudicare appalti di beni e servizi destinati a uno o più soggetti di cui al comma 5; a stipulare convenzioni quadro di cui all'articolo 26 (Acquisto di beni e servizi) della legge 23 dicembre 1999, n. 488 in cui le imprese aggiudicatrici si obbligano ad accettare, sino a concorrenza della quantità massima stabilita da ciascuna convenzione, ai prezzi e alle altre condizioni ivi previsti, ordinativi di fornitura emessi dai soggetti di cui al comma 5; a concludere accordi quadro ai sensi dell'articolo 59 del d.lgs. 163/2006 e istituire sistemi dinamici di acquisizione, ai sensi dell'articolo 60 del d.lgs. 163/2006, destinati ai soggetti di cui al comma 5; gestire l'albo dei fornitori on-line come da regolamento regionale 11 novembre 2008, n. 22.

Tenuto conto che l'art. 10 del Regolamento Regionale 30 giugno 2009 n.13 *"Organizzazione del Dipartimento di Prevenzione"* ha previsto la Consulta Regionale dei Direttori di Dipartimento di Prevenzione ed il funzionamento e i compiti della medesima. La Consulta, nell'ambito della programmazione delle attività dei Dipartimenti di Prevenzione, ha condiviso una agenda sulle differenti tematiche della prevenzione finalizzata alla realizzazione di importanti azioni per il governo complessivo nel medio-lungo-termine del "sistema prevenzione". Uno specifico gruppo tecnico, interno alla Consulta, denominato "Gruppo V - Procedure d'appalto regionali per materiali d'uso dei SIAV" ha formulato un elenco del materiale d'uso dei Servizi veterinari delle ASL, con i presunti quantitativi annuali occorrenti, necessario all'espletamento dei compiti istituzionali del SIAV "A"- "B"- "C".

L'obiettivo consiste nell'uniformare i prezzi d'acquisto in tutto il territorio regionale, spuntando condizioni più vantaggiose con un'unica procedura di gara, assicurando semplificazione delle modalità operative e risparmio economico.

Considerata, quindi, la convergenza dell'iniziativa promossa dalla Consulta con il quadro normativo e di indirizzo nella materia, si intende promuovere una procedura di acquisto unificata che dovrà essere realizzata mediante la piattaforma EmPuglia con il supporto tecnico della ASL di Brindisi individuata quale "capofila" nella procedura di acquisto di che trattasi a cui dovranno aderire tutti i Servizi Veterinari dei Dipartimenti di Prevenzione delle AA.SS.LL. di Puglia.

Allo scopo di sostenere i costi presunti di tale iniziativa, è destinata per l'anno 2010 una somma di € 15.000,00 che il Servizio PATP è autorizzato a prelevare dal capitolo 741090 del bilancio 2010.

5.43. Progetto "Sistema informativo gestione contenzioso"

Tra le azioni volte al contenimento dei costi ed al governo della spesa soprattutto per quanto riguarda i possibili "imprevisti" derivanti da contenziosi attivati da terzi nei confronti delle Aziende Sanitarie, Istituti pubblici e direttamente nei confronti della Regione Puglia per aspetti relativi al funzionamento del Servizio Sanitario Regionale, risulta indispensabile dare avvio al progetto di informatizzazione delle strutture deputate alle attività legali e di gestione del contenzioso in modo da uniformare le procedure, rilevare puntualmente e costantemente i dati con particolare riferimento a quelli di natura economica e mettere in rete tutte le strutture aziendali e regionali coinvolte dal contenzioso.

Per questo motivo il Servizio PGS, il TSE Puglia con il supporto di InnovaPuglia Spa ha verificato la fattibilità di estendere il sistema informativo in uso alla Regione Puglia – Avvocatura regionale anche alle strutture del Servizio Sanitario Regionale atteso in particolare l'assenza di soluzioni informatiche dedicate ed attive presso le strutture legali e contenzioso delle Aziende Sanitarie ed Istituti e presso l'Assessorato alle Politiche della Salute.

Il competente Servizio PGS è, quindi, autorizzato al prelievo della somma di € 130.000,00 dal capitolo 741090 del bilancio 2010 da destinarsi per le attività di cui innanzi, previa la formalizzazione contrattuale da effettuarsi da parte del competente Servizio Affari Generali.

5.44. Sorveglianza Sanitaria Post Esposizione Amianto

L'Ares ed il Servizio PATP intendono dare concreto avvio e monitorarne i risultati del progetto triennale denominato "Sorveglianza sanitaria post esposizione ad amianto" realizzato in collaborazione tra l'U.O.C. Medicina del Lavoro del Policlinico e gli SPESAL della Regione Puglia per la cui realizzazione è destinata la somma di € 100.000,00.

Il competente Servizio PAT è autorizzato al prelievo delle somme di cui innanzi dal capitolo 741090 del bilancio 2010 da destinarsi per le attività di cui innanzi e da liquidarsi previa rendicontazione delle attività e dei risultati raggiunti e previa verifica da parte dello stesso Servizio e dell'Ares.

5.45. Progetto "Potenziamento attività laboratori analisi ARPA"

Al fine di consentire il potenziamento del sistema dei controlli posti a carico delle strutture del Servizio Sanitario Regionale, in particolare Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali, risulta indispensabile realizzare il correlato potenziamento delle attività di analisi degli alimenti svolte dai laboratori di analisi dell'ARPA Puglia, con particolare riferimento ai territori di Bari e di Brindisi.

Il competente Servizio PATP è autorizzato, quindi, al prelievo della somma di € 1.400.000,00 dal capitolo 741090 del bilancio 2010 da destinarsi per le attività di cui innanzi e da liquidarsi previa rendicontazione analitica delle voci di costo, delle attività e dei risultati raggiunti da parte di ARPA Puglia e previa verifica da parte dello stesso Servizio e degli organismi regionali competenti.

5.46. Progetto “Bilancio Sociale” (ASL BR)

Al fine di sostenere le attività avviate dall'ASL di Brindisi in relazione alla elaborazione del Bilancio Sociale annuale, così come previsto dalla Direttiva sulla rendicontazione sociale nelle amministrazioni pubbliche – Linee Guida del Ministero per la Funzione Pubblica del 16/3/2006, e di favorire la stesura del documento completo di attestato di certificazione, risulta indispensabile destinare una somma di € 15.000,00 alla realizzazione di tale “best practice” di riferimento regionale utile anche alla sua progressiva estensione ed adozione diffusa nelle Aziende Sanitarie ed Istituti del SSR.

Il competente Servizio PGS è autorizzato, quindi, al prelievo della somma di € 15.000,00 dal capitolo 741090 del bilancio 2010 da destinarsi per le attività di cui innanzi e da liquidarsi previa rendicontazione da parte dell'ASL BR.

5.47. Progetto “Rischio Clinico”

Al fine di sostenere le azioni finalizzate al potenziamento della struttura di coordinamento regionale, delle attività in materia di gestione del rischio clinico nonché quelle relative al sistema informativo SIMES da parte delle Aziende ed Istituti pubblici del SSR, è indispensabile assicurare un finanziamento per l'anno 2010 alle attività di cui innanzi.

Il competente Servizio PGS è autorizzato, quindi, al prelievo della somma di € 54.000,00 dal capitolo 741090 del bilancio 2010 da destinarsi per le attività di cui innanzi e da liquidarsi previa rendicontazione da parte del Coordinatore regionale del progetto.

5.48. Progetto “Start Up Centro Malattie Neurovegetative”

La regione puglia individua nelle malattie neurodegenerative una delle emergenze mediche dei prossimi anni visti gli attuali trend demografici.

Si configura, quindi, la necessità di avviare un progetto regionale finalizzato alla realizzazione di una struttura con approccio multidisciplinare sia punto di riferimento per la diagnosi, la cura ed il management dei pazienti affetti. Tale struttura dovrà operare per la gestione di interventi sanitari per pazienti con sclerosi laterale amiotrofica in fase avanzata.

Al fine di favorire lo start – up del progetto pluriennale di cui innanzi è destinata una somma di € 200.000,00.

Il competente Servizio PAOS è autorizzato, quindi, al prelievo della somma di cui innanzi dal capitolo 741090 del bilancio 2010 da destinarsi per le attività di cui innanzi e da liquidarsi all'E.E. “Panico” previa rendicontazione e dei risultati raggiunti e previa verifica da parte dello stesso Servizio e dell'Ares.

6. Progetti obiettivo ed interventi particolari da finanziare per il triennio 2010 - 2012

Considerati i tempi e le modalità a cui si è giunti alla predisposizione del Documento di Indirizzo Economico Funzionale per l'anno 2010 ed il forte condizionamento derivato dall'incertezza della sottoscrizione dell'Accordo per l'approvazione del “Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell' equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311”, poi avvenuta in data 29/11/2010 tra il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze e la Regione Puglia, non si è potuto dar luogo ad un'analisi della corposa ed interessante progettualità pervenuta da parte di Aziende Sanitarie, Istituti ed Enti pubblici e privati del Servizio Sanitario Regionale nonché da parte di singoli professionisti o associazioni.

Si ritiene, quindi, di dover delegare l'Ares Puglia ad effettuare congiuntamente ai Servizi ed Organismi dell'Assessorato alle Politiche della Salute un esame attento della progettualità pervenuta al fine di dare sostegno a quegli interventi che siano in grado di coniugare obiettivi di:

- a) innalzamento ulteriore della qualità dell'assistenza erogata;
- b) razionalizzazione delle risorse impiegate;
- c) qualificazione e potenziamento delle politiche di prevenzione;
- d) potenziamento delle attività di studio e ricerca nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale;
- e) introduzione nel SSR di elementi innovativi legati alle tecnologie, alla gestione dei processi organizzativi, clinico – assistenziali, diagnostico – terapeutici, alle prevenzione primaria e secondaria.

Gli interventi da sostenere dovranno in qualche modo contribuire alla fase di riorganizzazione dell'offerta sanitaria, di razionalizzazione e riduzione dei costi complessivi del SSR, di eliminazione degli sprechi e delle distorsioni, di "efficientamento" complessivo del Sistema.

Tra questi, risulterà prioritario il sostegno, tra l'altro, delle seguenti linee progettuali:

- razionalizzazione della spesa, sistemi di monitoraggio e controllo della spesa
- nuovi modelli assistenziali
- telemedicina (tele diabetologia, tele radiologia, tele cardiologia, teleassistenza, ecc...)
- qualificazione dell'assistenza
- potenziamento della rete dei servizi territoriali
- potenziamento delle attività di sorveglianza, vigilanza, verifica

I progetti dovranno essere, ove possibile, collegati anche alla realizzazione degli indicatori adottati dal tavolo di verifica della assicurazione dei livelli essenziali di assistenza ex art. 9 intesa Stato-Regioni 23.3.05 nonché alle azioni previsti nei programmi di realizzazione degli obiettivi di PSN finanziati ex art.34-34 bis della legge 662/96 e di cui all'art.1 comma 7 dell'Intesa Stato Regioni Rep. n.243/CS del 3.12.2009 (Nuovo Patto per la Salute 2010-2012).

Tali progetti insieme alla continuazione di quelli già finanziati nel presente Documento o nelle annualità precedenti costituiranno l'insieme della progettualità che sarà ammessa a finanziamento con il DIF anno 2011 da approvarsi entro il mese di Febbraio prossimo.

7. Riparto anno 2010

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 I.Z.S. e per la Medicina Penitenziaria.

Si riassumono pertanto i relativi valori come di seguito esposto:

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

I risultati derivanti dall'applicazione dei criteri adottati sono esposti dettagliatamente nelle tabelle A, B, C, D, E, F, che risultano allegate al presente Documento, facendone parte integrante.

F.S.R. Parte Economica

Con il presente provvedimento, 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 esposti nel presente Documento.

Quota capitaria pesata (€ 5.876.357.092)

L'importo di € 5.876.357.092 rappresenta la base delle risorse assegnate alle Aziende Sanitarie per garantire la tutela dei Livelli essenziali di assistenza individuati dal Piano sanitario regionale.

In particolare:

Livelli Essenziali di Assistenza	Collettiva	4,4	€ 258.559.712
	Territoriale	48,4	€ 2.844.156.833
	Ospedaliera	47,2	€ 2.773.640.547
	Totale	100	€ 5.876.357.092

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

Livelli Essenziali di Assistenza	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		

Destinazioni specifiche anno 2010

Riequilibrio art. 10 c.1 a)	€ 337.134.000
Fondo programma riconversione [ex DCR 380/99 e succ. mod.] [DGR n.1400/2007]	€ 71.540.000
Protocollo d'intesa Regione – Università di Bari e Foggia per attività didattica, ecc.	€ 33.000.000
Spesa personale convenzionato (medici di medicina generale e pediatrica di libera scelta).	€ 16.000.000
Emergenze e funzioni non tariffate AO - IRCCS pubblici	€ 69.000.000
Emergenza ed altre funzioni IRCCS privati - EE (Compresa Colonia Hans.)	€ 35.510.000
Totale	€ 562.184.000

La quota di riequilibrio pari al 5% della assegnazione annua del FSR 2010, (€ 337.134.000) è stata ripartita tenendo conto delle assegnazioni storiche, dei risultati di esercizio del terzo trimestre 2010 e per una percentuale pari allo 0,5% della assegnazione annua del FSR 2010 quale quota di premiale determinata sull'incremento medio dei costi di produzione al terzo trimestre 2010 sul costo di produzione del 2009 rapportato alla media regionale capitaria.

In particolare, essa è stata così suddivisa:

- € 235.141.906 a garanzia della assegnazione 2009;
- € 65.000.000 in proporzione ai risultati di esercizio del terzo trimestre 2010;
- € 36.992.094 quale quota premiale determinata sull'incremento medio dei costi di produzione al terzo trimestre 2010 sul costo di produzione del 2009 rapportato alla media regionale capitaria.

Importo non assegnato alle Aziende anno 2010

Destinazione	Riferimento	Importo
Imprevisti	art.10 c.1 lett. b) L.R. n.38/94	€ 28.500.000
Obiettivi di piano	art.10 c.1 lett. c) L.R. n.38/94	€ 18.000.000
Altre disponibilità non assegnate	L.R. n.38/94	€ 133.689.480
Totale		€ 180.189.480

Tra gli accantonamenti contemplati dalla L.R. 38/94, nei costi imprevisti di cui all'art. 10 c. 1 lett. b) trovano copertura gli eventuali costi per transazioni, per contenziosi, per l'eventuale incremento di risorse per sostenere le azioni di prevenzione, per emergenze sanitarie, per costi derivanti da eventuali maggiori oneri per somme non coperte da finanziamento degli accordi di programma o non assorbite da economie per riduzioni in aggiudicazione, per eventuali maggiori costi derivanti da sottoscrizione di nuovi accordi Regione – Università, per sostegno ad interventi infrastrutturali urgenti ed indifferibili nonché altri costi non previsti o prevedibili con particolare riferimento allo start – up di iniziative clinico – assistenziali delle Aziende Ospedaliere – Universitarie e degli IRCCS pubblici nonché ad emergenze rivenienti dall'interruzione di finanziamenti nel Settore Socio - Sanitario.

Importo non erogato finanziariamente alle Aziende in attesa della variazione di bilancio regionale

I valori economici assegnati alle Aziende Sanitarie secondo i criteri prima illustrati devono intendersi al lordo della mobilità sanitaria attiva e passiva, regionale ed interregionale, che tali Aziende rileveranno nel corso dell'esercizio 2010.

Per rispondere all'esigenza di controllo delle risorse, coerentemente con quanto previsto nei DIEF relativi agli esercizi precedenti, i valori in questione sono stati determinati in base agli ultimi dati disponibili alla data di redazione del presente provvedimento. In particolare, i dati di mobilità utilizzati ai fini del presente riparto si riferiscono all'esercizio 2008 integrati con stime e con le disposizioni di cui alla L.R. 40/2007, della L.R. n.10/2009, della L.R. n.34/2009 e della L.R. n.4/2010.

Si segnala che i predetti valori saranno sostituiti con quelli riguardanti il 2009 non appena i dati riferiti a tale esercizio saranno resi disponibili e definitivi.

Ciò consentirà alle Aziende di ridurre il gap temporale esistente tra la data di effettiva erogazione o acquisizione delle prestazioni di mobilità e la loro rappresentazione economica nel bilancio di esercizio e, quindi, di correlare i ricavi ai costi, rappresentando in modo più fedele il loro quadro economico e finanziario.

Tabella A – Quadro di riconciliazione economico e finanziario delle disponibilità finanziarie anno 2010

Quadro di riconciliazione economico e finanziario delle disponibilità finanziarie 2010

Tabella "A"

Disponibilità Lorde		6.856.022.310,0
Entrate proprie (stima)	(113.350.898,0)	
Sbilancio Mobilità Extra Reg.le	(175.088.962,0)	
Mobilità stimata per ricerca e reperimento cellule staminali	(754.483,0)	
Conguagli anni precedenti	35.861.990,0	
	0,0	
		(253.332.353,0)
F.S.R. Netto [non comprese quote per IZS e Penitenziaria]		6.602.689.957,0
Disponibilità di cassa in attesa di Delibera CIPE		6.567.399.023,94
Importo non stanziato in bilancio regionale		35.290.933,06
		ok

RIPARTO ex L.R. 38/94

Disponibilità Lorde		6.856.022.310,0
Entrate proprie		(113.350.898,0)
DISPONIBILITA' AL NETTO ENTRATE PROPRIE		6.742.671.412,0
Accantonamenti L.R. 38/94:		
Riequilibrio art. 10 c.1 a)	5%	(337.134.000,0)
Imprevisti art. 10 c.1 b)		(28.500.000,0)
Obiettivi di piano art. 10 c.1 c)		(18.000.000,0) ok
Totale accantonamenti L.R. 38/94		(383.634.000,0)

Fondo programma riconversione [ex DCR 380/99 e succ. mod.] [DGR n.1400/	(71.540.000,0)	Cap. 741090 - PGS
Medicina trasfusionale [DGR n.275/2002 e successive]	(4.189.480,0)	Cap. 741090 - AOS
Emergenze e funzioni non tariffate AO - IRCCS pubblici	(69.000.000,0)	Cap. 741090 - PGS
Emergenza ed altre funzioni IRCCS privati - EE (Compresa Colonia Hans.)	(35.510.000,0)	Cap. 741090 - PGS
Farmaci PHT - Distribuzione diretta	(125.000.000,0)	Cap. 741090 - ATP
Servizio distribuzione farmaci depositi esterni	(4.500.000,0)	Cap. 741090 - ATP

Da capitoli di bilancio

Spese per il funzionamento del sistema integrato di telecardiologia. dgr n. 482 del 31/03/2008	(1.600.000,0)	Cap. 711022 - ATP
Spese per l'espletamento di concorsi per l'assegnazione delle sedi farmaceutiche vacanti e/o di nuova istituzione. (l.r. n. 40 del 31/12/2007)	(100.000,0)	Cap. 711023 - ATP
Trasferimento alle aa.ss.lla. per il potenziamento delle attività dei centri di igiene mentale. (art. 9 l.r. 23/2008)	(2.200.000,0)	Cap. 711033 - ATP
Spese per le attività di programmazione e sorveglianza a tutela della salute umana. piano regionale per l'offerta di vaccino hpv in puglia. (conferenza stato regioni del 20/12/2007)	(2.500.000,0)	Cap. 711034 - ATP
Trasferimento alle aa.ss.lla. e alle università e agli enti e organismi interessati delle risorse finanziarie per la tutela sanitaria dell'attività agonistica. (d.m. 18/02/1982)	(3.000,0)	Cap. 711035 - ATP
Rimborso alle asi indennità statale spettante ai cittadini colpiti da tbc non assistiti dall'Inps. l. 88/77. ex art. 3 comma 1 l. 549/95.	(300.000,0)	Cap. 712039 - ATP
Spese per contributi agli invalidi civili ex art. 27 l. 104/92. ex art. 3 comma 1 l. 549/95.	(70.000,0)	Cap. 712041 - AOS
Trasferimenti alle a.u.s.l. ed enti pubblici per interventi in materia di tutela degli animali di affezione e prevenzione dal randagismo. l.281/91. ex art. 3 comma 1 l. 549/95.	(124.000,0)	Cap. 712042 - ATP
Contributi per la tutela del patrimonio zootecnico - art.16 l.r. 12/95	(90.000,0)	Cap. 712043 - ATP
Contributi ai cittadini pugliesi che si avvalgono del metodo aba. art. 9 l.r. 45/2008	(400.000,0)	Cap. 712047 - ATP
Compensi e rimborsi spese componenti di commissioni e nuclei ispettivi regionali per attività di verifica, valutazione e vigilanza sulle aziende del servizio sanitario regionale....	(130.000,0)	Cap. 712050 - AOS
Trasferimenti all'arpa per le spese di funzionamento del p.m.p.	(14.500.000,0)	Cap. 712070 - PGS
Contributo ai cittadini pugliesi portatori di disabilità psicofisica che applicano il metodo doman o volta o fay. art. 40 l.r. 26/06.	(150.000,0)	Cap. 721028 - AOS
Contratti di formazione a finanziamento regionale per medici specializzandi alle università di bari e foggia art. 35 d.lgs 17/08/1999 n. 368	(3.000.000,0)	Cap. 721060 - AOS
Stabilizzazione personale l.r. n. 16/87.	(17.000.000,0)	Cap. 721064 - AOS
Protocollo d'intesa regione-università di bari e foggia per la disciplina dell'integrazione tra attività didattica scientifica ed assistenziale artt. 1 e 2 del d.lgs. 21/12/1999 n. 517.	(33.000.000,0)	Cap. 721070 - AOS
Spese per prestazioni sanitarie in favore di cittadini extracomunitari nell'ambito di iniziative umanitarie. (art. 21 l.r. 25/2007)	(800.000,0)	Cap. 721075 - AOS
Spese per compensi ai componenti commissione di medicina generale ex art. 24 acn del 23/03/2005 e di pediatria libera scelta ex art. 24 acn del 15/12/05.	(40.000,0)	Cap. 721090 - ATP
Spese per elaborazione dati - legge 833/78 f.s.r.	(23.500.000,0)	Cap. 741010 - PGS
Assegnazione alle ausl delle quote di spesa per l'assistenza a rilievo sanitario fornita alle persone non autosufficienti ospitate nelle strutture res. protette. (art.4, punto b, l.r. 20/95)	(33.077.840,0)	Cap. 741012 - AOS
Spese per l'osservatorio epidemiologico veterinario regionale e anagrafi animali - l.r. 24/96.	(550.000,0)	Cap. 741015 - ATP
Spese per elaborazione dati per contabilizzazione ricette farmaceutiche e il loro acquisto - legge 833/78 f.s.r.	(9.000.000,0)	Cap. 741016 - ATP
Piano regionale prevenzione 2005-2007 in attuazione dell'intesa stato, regioni e province autonome	(10.000.000,0)	Cap. 741093 - ATP
Spesa personale convenzionato (medici di medicina generale e pediatrica di libera scelta).	(16.000.000,0)	Cap. 741095 - ATP
Spese di funzionamento dell'ares. (art. 12, l.r. n. 24/2001).	(3.500.000,0)	Cap. 742005 - PGS
Spesa per assistenza ospedaliera indiretta.	(6.000,0)	Cap. 742050 - AOS
Assegnazioni all'istituto zooprofilattico statale di foggia per potenziamento attività correlate a malattie infettive e diffuse degli animali - art. 11 l.r. 21/2000.	(600.000,0)	Cap. 751009 - ATP
Spese per l'osservatorio epidemiologico art. 7 l.r. 14/85	(400.000,0)	Cap. 751050 - ATP
Prestazioni integrative di cui ai commi 3 e 4 dell'art. 57 l. 833/78. art. 25 l.r. 9/2000.	(300.000,0)	Cap. 783050 - AOS
Totale altri accantonamenti		(482.680.320)

SOMME DA RIPARTIRE PER QUOTA CAPITARIA PESATA

5.876.357.092,0

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%	
Pediatria	1%		58.763.571
Med. medicina generale	6%		352.581.426
Farmaceutica	14%		822.689.993
Altra territoriale	27,4%		1.610.121.843
Assistenza ospedaliera		47,2%	2.773.640.547
Totale		100,0%	5.876.357.092

ok

Disponibilità assegnate alle Aziende nel DIEF e non ripartito per q.ta capitaria pesata

Riequilibrio art. 10 c.1 a)	337.134.000	
Fondo programma riconversione [ex DCR 380/99 e succ. mod.] [DGR n.1400/	71.540.000	
Protocollo d'intesa regione-universita' di bari e foggia per attivita' didattica...	33.000.000	
Spesa personale convenzionato (medici di medicina generale e pediatria di lit	16.000.000	
Emergenze e funzioni non tariffate AO - IRCCS pubblici	69.000.000	
Emergenza ed altre funzioni IRCCS privati - EE (Compresa Colonia Hans.)	35.510.000	
Totale		562.184.000

Disponibilità non assegnate alle Aziende nel DIEF

Imprevisti art. 10 c.1 b)	28.500.000	
Obiettivi di piano art. 10 c.1 c)	18.000.000	
Medicina trasfusionale [DGR n.275/2002 e successive]	4.189.480	
Farmaci PHT - Distribuzione diretta	125.000.000	
Servizio distribuzione farmaci depositi esterni	4.500.000	
Spese per il funzionamento del sistema integrato di telecardiologia. dgr n. 482 del 31/03/2008.	1.600.000	
Spese per l'espletamento di concorsi per l'assegnazione delle sedi farmaceutiche vacanti e/o di nuova istituzione. (l.r. n. 40 del 31/12/2007)	100.000	
Trasferimento alle aa.ss.II. per il potenziamento delle attivita' dei centri di igiene mentale. (art. 9 l.r. 23/2008)	2.200.000	
Spese per le attivita' di programmazione e sorveglianza a tutela della salute umana. piano regionale per l'offerta di vaccino hpv in puglia. (conferenza stato regioni del 20/12/2007)	2.500.000	
Trasferimento alle aa.ss.II. e alle universita' e agli enti e organismi interessati delle risorse finanziarie per la tutela sanitaria dell'attivita' agonistica. (d.m. 18/02/1982)	3.000	
Spese per il piano nazionale di preparazione e risposta per una pandemia influenzale - accordo stato-regioni sancito ai sensi dell'art.4 d.lgs 28/08/97 n. 281 provvedimento del 9/2/2006.	0	
Rimborso alle asi indennita' statale spettante ai cittadini colpiti da tbc non assistiti dall'Inps. l. 88/77. ex art. 3 comma 1 l. 549/95.	300.000	
Spese per contributi agli invalidi civili ex art. 27 l. 104/92. ex art. 3 comma 1 l. 549/95.	70.000	
Trasferimenti alle a.u.s.l. ed enti pubblici per interventi in materia di tutela degli animali di affezione e prevenzione dal randagismo. l.281/91. ex art. 3 comma 1 l. 549/95.	124.000	
Contributi per la tutela del patrimonio zootecnico - art.16 l.r. 12/95	90.000	
Contributi ai cittadini pugliesi che si avvalgono del metodo aba. art. 9 l.r. 45/2008	400.000	
Potenziamento dei servizi territoriali di n.p.i.a. -l.r. 23/08 punto 1.3.2 e 2.4.10	0	
Compensi e rimborsi spese componenti di commissioni e nuclei ispettivi regionali per attivita' di verifica, valutazione e vigilanza sulle aziende del servizio sanitario regionale....	130.000	
Trasferimenti all'arpa per le spese di funzionamento dei p.m.p.	14.500.000	
Contributo ai cittadini pugliesi portatori di disabilità psicosofica che applicano il metodo doman o vojta o fay. art. 40 l.r. 26/06.	150.000	
Contratti di formazione a finanziamento regionale per medici specializzandi alle universita' di bari e foggia art. 35 d.lgs 17/08/1999 n. 368	3.000.000	
Stabilizzazione personale l.r. n. 16/87.	17.000.000	
Spese per prestazioni sanitarie in favore di cittadini extracomunitari nell'ambito di iniziative umanitarie. (art. 21 l.r. 25/2007)	800.000	
Spese per compensi ai componenti commissione di medicina generale ex art. 24 acn del 23/03/2005 e di pediatria libera scelta ex art. 24 acn del 15/12/05.	40.000	
Spese per elaborazione dati - legge 833/78 f.s.r.	23.500.000	
Assegnazione alle ausi delle quote di spesa per l'assistenza a rilievo sanitario fornita alle persone non autosufficienti ospitate nelle strutture residenziali protette. (art.4, punto b, l.r. 20/95)	33.077.840	
Spese per l'osservatorio epidemiologico veterinario regionale e anagrafi animali - l.r. 24/96.	550.000	
Spese per elaborazione dati per contabilizzazione ricette farmaceutiche e il loro acquisto - legge 833/78 f.s.r.	9.000.000	
Piano regionale prevenzione 2005-2007 in attuazione dell'intesa stato, regioni e province autonome	10.000.000	
Spese di funzionamento dell'ares. (art. 12, l.r. n. 24/2001).	3.500.000	
Spesa per assistenza ospedaliera indiretta.	6.000	
Assegnazioni all'istituto zooprofilattico statale di foggia per potenziamento attività correlate a malattie infettive e diffuse degli animali - art. 11 l.r. 21/2000.	600.000	
Spese per l'osservatorio epidemiologico art. 7 l.r. 14/85	400.000	
Prestazioni integrative di cui ai commi 3 e 4 dell'art. 57 l. 833/78. art. 25 l.r. 9/2000.	300.000	
Totale		304.130.320
TOTALE GENERALE		866.314.320

Riconciliazione economica

Quota Capitaria Pesata	5.876.357.092	
Altre assegnazioni	562.184.000	
Importi da assegnare successivamente	304.130.320	
Totale FSR 2009		6.742.671.412

ok

Riconciliazione finanziaria con il bilancio regionale

FSR al netto entrate proprie	6.742.671.412	
Sbilancio mobilità extra-regionale	(175.088.962)	
Mobilità stimata per ricerca e reperimento cellule staminali	(754.483)	
Conguagli anni precedenti	35.861.990	
Netto cassa		6.602.689.957
Erogazioni finanziarie con il DIEF		
FSR netto assegnato alle Aziende USL	(5.239.339.553)	
FSR netto assegnato alle Aziende Ospedaliere, IRCCS ed EE	(919.649.075)	
TOTALE		(6.158.988.628)

Erogazioni finanziarie da effettuare successivamente

Saldo Prestazioni AO- IRCCS -EE non erogate	(90.571.009)	
Imprevisti art. 10 c.1 b)	(28.500.000)	
Obiettivi di piano art. 10 c.1 c)	(18.000.000)	
Universita' di bari e foggia d.lgs. 21/12/1999 n. 517.	(33.000.000,0)	
Spesa personale convenzionato (MMG PLS).	(16.000.000,0)	
Medicina trasfusionale [DGR n.275/2002 e successive]	(4.189.480)	
Farmaci PHT - Distribuzione diretta	(125.000.000)	
Servizio distribuzione farmaci depositi esterni	(4.500.000)	
Spese per il funzionamento del sistema integrato di telecardiologia. dgr n. 482	(1.600.000)	
Spese per l'espletamento di concorsi per l'assegnazione delle sedi farmaceuti	(100.000)	
Trasferimento alle aa.ss.II. per il potenziamento delle attivita' dei centri di igiene	(2.200.000)	
Spese per le attivita' di programmazione e sorveglianza a tutela della salute un	(2.500.000)	
Trasferimento alle aa.ss.II. e alle universita' e agli enti e organismi interessati d	(3.000)	
Rimborso alle asl indennita' statale spettante ai cittadini colpiti da tbc non assis	(300.000)	
Spese per contributi agli invalidi civili ex art. 27 l. 104/92. ex art. 3 comma 1 l. 5	(70.000)	
Trasferimenti alle a.u.s.l. ed enti pubblici per interventi in materia di tutela degli	(124.000)	
Contributi per la tutela del patrimonio zootecnico - art.16 l.r. 12/95	(90.000)	
Contributi ai cittadini pugliesi che si avvalgono del metodo aba. art. 9 l.r. 45/200	(400.000)	
Compensi e rimborsi spese componenti di commissioni e nuclei ispettivi regioi	(130.000)	
Trasferimenti all'arpa per le spese di funzionamento dei p.m.p.	(14.500.000)	
Contributo ai cittadini pugliesi portatori di disabilità psicofisica che applicano il r	(150.000)	
Contratti di formazione a finanziamento regionale per medici specializzandi all	(3.000.000)	
Stabilizzazione personale l.r. n. 16/87.	(17.000.000)	
Spese per prestazioni sanitarie in favore di cittadini extracomunitari nell'ambito	(800.000)	
Spese per compensi ai componenti commissione di medicina generale ex art.	(40.000)	
Spese per elaborazione dati - legge 833/78 f.s.r.	(23.500.000)	
Assegnazione alle ausl delle quote di spesa per l'assistenza a rilievo sanitario t	(33.077.840)	
Spese per l'osservatorio epidemiologico veterinario regionale e anagrafi animal	(550.000)	
Spese per elaborazione dati per contabilizzazione ricette farmaceutiche e il lor	(9.000.000)	
Piano regionale prevenzione 2005-2007 in attuazione dell'intesa stato, regioni €	(10.000.000)	
Spese di funzionamento dell'ares. (art. 12, l.r. n. 24/2001).	(3.500.000)	
Spesa per assistenza ospedaliera indiretta.	(6.000)	
Assegnazioni all'istituto zooprofilattico statale di foggia per potenziamento attivi	(600.000)	
Spese per l'osservatorio epidemiologico art. 7 l.r. 14/85	(400.000)	
Prestazioni integrative di cui ai commi 3 e 4 dell'art. 57 l. 833/78. art. 25 l.r. 9/20	(300.000)	
Totale		(443.701.329)
Totale disponibilità finanziarie		0,0

Tabella B – Determinazione quota base pesata Aziende Sanitarie per Livelli di Assistenza

DETERMINAZIONE QUOTA BASE PESATA AZIENDE USL PER LIVELLI DI ASSISTENZA

Tabella "B"

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	
		4,4%	1,0%	6%	14%	27,4%	8,0%	39,2%	100%
BARI	1.254.461	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

Tabella C – Riepilogo Assegnazioni anno 2010 alle Aziende Sanitarie

RIEPILOGO ASSEGNAZIONI 2010 AZIENDE USL

Tabella "C"

Azienda Sanitaria	Popolazione al 1.1.2010	A	B	C	D	G=A+B+C+D	H	L = G + H
		Quota base pesata	Fondo per il programma di riconversione ex DCR 380/99, DGR 1870/02 e L.R. 31/7/03	Spesa personale convenzionato MMG e PLS [Cap. 741095]	Riequilibrio	Totale assegnazioni indistinte FSR 2010	Sbilancio mobilità regionale ed extra-regionale	Disponibilità finanziarie nette 2010
BARI	1.254.461	1.797.224.606		4.914.596	80.471.655	1.882.610.857	-351.433.975	1.531.176.882
BAT	391.506	552.555.000	44.100.000	1.533.801	27.343.163	625.531.964	-89.768.736	535.763.228
BRINDISI	403.096	583.790.434		1.579.207	33.014.497	618.384.138	-59.036.952	559.347.186
FOGGIA	640.891	920.774.273	27.440.000	2.510.815	83.118.428	1.033.843.516	-344.172.919	689.670.597
LECCE	813.556	1.186.476.619		3.187.264	63.171.638	1.252.835.521	-106.634.442	1.146.201.079
TARANTO	580.525	835.536.160		2.274.317	50.014.618	887.825.095	-94.644.515	793.180.580
Totale	4.084.035	5.876.357.092	71.540.000	16.000.000	337.134.000	6.301.031.092	-1.045.691.539	5.255.339.553

Tabella D – Tetti di remunerazione anno 2010 alle ASL, AOU, IRCCS pubblici e privati, Enti Ecclesiastici

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.

Tabella E – Risorse finanziarie assegnate alle Aziende Sanitarie per l'anno 2010

RISORSE FINANZIARIE ASSEGNATE ALLE AZIENDE SANITARIE

Tabella "E"

AZIENDA SANITARIA	A		E = A+C		Somme erogabili al netto della riduzione	Riclassifiche Assegnazioni IRCCS privati ed Enti Eccles.	Valori finanziari netti	
	Risorse economiche nette assegnate	[Cap. 741095] da erogare a parte	Totale				Risorse finanziarie nette assegnate	Erogazioni mensili arrotondate
BARI *	1.531.176.882	-4.914.596	1.526.262.286	1.526.262.286	1.526.262.286	127.813.726	1.654.076.012	137.839.668
BAT	535.763.228	-1.533.801	534.229.427	534.229.427	534.229.427	0	534.229.427	44.519.119
BRINDISI **	559.347.186	-1.579.207	557.767.979	557.767.979	557.767.979	2.457.216	560.225.195	46.685.433
FOGGIA ***	689.670.597	-2.510.815	687.159.782	687.159.782	687.159.782	209.812.000	896.971.782	74.747.649
LECCE ****	1.146.201.079	-3.187.264	1.143.013.815	1.143.013.815	1.143.013.815	66.198.600	1.209.212.415	100.767.701
TARANTO	793.180.580	-2.274.317	790.906.263	790.906.263	790.906.263	0	790.906.263	65.908.855
TOTALE AUSL	5.255.339.553	-16.000.000	5.239.339.553	5.239.339.553	5.239.339.553	406.281.542	5.645.621.095	470.468.425

	A		B		C		E = A+B+C		Somme erogabili al netto della riduzione	Riclassifiche Assegnazioni IRCCS privati ed Enti Eccles.	Valori finanziari netti	
	Tetto massimo prestazioni regionali + Somm. Farmaci + Ricavi Prestazioni Extraregionali	-10% Tetto prestazioni AO/EE/IRCCS	Altre Assegnazioni [al netto dei costi universitari da erogarsi successivamente]	Totale			Risorse finanziarie nette assegnate	Erogazioni mensili arrotondate				
Policlinico	287.875.373	-28.787.537	47.000.000	306.087.836	306.087.836	0	306.087.836	25.507.320				
Ospedali Riuniti	155.606.780	-15.560.678	13.000.000	153.046.102	153.046.102	0	153.046.102	12.753.842				
I.R.C.C.S. De Bellis	17.307.346	-1.730.735	5.000.000	20.576.611	20.576.611	0	20.576.611	1.714.718				
I.R.C.C.S. Oncologico	32.952.205	-3.295.221	4.000.000	33.656.984	33.656.984	0	33.656.984	2.804.749				
I.R.C.C.S. Cassano	20.994.140	-2.099.414	0	18.894.726	18.894.726	-18.894.726	0	0				
I.R.C.C.S. S.Giovanni R.	208.680.000	-20.868.000	22.000.000	209.812.000	209.812.000	-209.812.000	0	0				
I.R.C.C.S. Medea	2.730.240	-273.024	0	2.457.216	2.457.216	-2.457.216	0	0				
E.E. Miulli	110.910.000	-11.091.000	9.100.000	108.919.000	108.919.000	-108.919.000	0	0				
E.E. Panico	68.654.000	-6.865.400	4.410.000	66.198.600	66.198.600	-66.198.600	0	0				
TOTALE AO EE IRCCS	905.710.084	-90.571.009	104.510.000	919.649.075	919.649.075	-406.281.542	513.367.533	42.780.629				
Totale	6.161.049.637	-106.571.009	104.510.000	6.158.988.628	6.158.988.628	0	6.158.988.628	513.249.054				

* Comprensive delle risorse finanziarie degli EE,EE, Miulli ed IRCCS privato Cassano

** Comprensive delle risorse finanziarie dell'IRCCS privato Medea

*** Comprensive delle risorse finanziarie dell'IRCCS privato S. Giovanni Rotondo

**** Comprensive delle risorse finanziarie dell'EE, Panico

Tabella F – Sbilancio Mobilità

COMPOSIZIONE DELLO SBILANCIO DI MOBILITA'

Tabella "F"

AZIENDA SANITARIA	Prestazioni sanitarie ricevute da Aziende della Regione Puglia Mobilità passiva regionale (a)	Prestazioni sanitarie ricevute da Aziende di Altre Regioni Mobilità passiva extra-regionale (c)	Prestazioni sanitarie erogate nei confronti di assistiti della Puglia Mobilità sanitaria attiva regionale (d)	Prestazioni sanitarie erogate nei confronti di assistiti di Altre Regioni Mobilità sanitaria attiva extra-regionale (e)	Sbilancio mobilità f=(a+c+d+e)
BARI	(400.195.806)	(49.544.000)	81.926.459	16.379.372	(351.433.975)
BAT	(97.848.777)	(22.395.884)	27.809.914	2.666.011	(89.768.736)
BRINDISI	(75.557.891)	(22.428.514)	35.790.320	3.159.133	(59.036.952)
FOGGIA	(290.410.314)	(65.054.280)	8.145.945	3.145.730	(344.172.919)
LECCE	(100.169.059)	(44.881.050)	33.589.700	4.825.967	(106.634.442)
TARANTO	(91.724.110)	(38.629.322)	29.245.628	6.463.289	(94.644.515)
Totale	(1.055.905.957) (839.397.991)	(242.933.050) 839.397.991	216.507.966	36.639.502	(1.045.691.539)
AZIENDA SANITARIA	Prestazioni sanitarie ricevute da Aziende della Regione Puglia Mobilità passiva regionale (a1)	Prestazioni sanitarie ricevute da Aziende di Altre Regioni Mobilità passiva extra-regionale (c1)	Prestazioni sanitarie erogate nei confronti di assistiti della Puglia Mobilità sanitaria attiva regionale (d1)	Prestazioni sanitarie erogate nei confronti di assistiti di Altre Regioni Mobilità sanitaria attiva extra-regionale (e1)	Totale f1=(a1+c1+d1+e1)
Policlinico			276.106.000,00	11.769.373,00	287.875.373,00
Ospedali Riuniti			150.000.000,00	5.606.780,00	155.606.780,00
I.R.C.C.S. De Bellis			16.986.541,00	320.805,00	17.307.346,00
I.R.C.C.S. Oncologico			31.306.070,00	1.646.135,00	32.952.205,00
Totale	0	0	474.398.611,00	19.343.093,00	493.741.704,00
E.E. Miulli			104.410.000,00	6.500.000,00	110.910.000,00
I.R.C.C.S. Cassano			19.987.140,00	1.007.000,00	20.994.140,00
I.R.C.C.S. S.Giovanni R.			170.680.000,00	38.000.000,00	208.680.000,00
E.E. Panico			67.454.000,00	1.200.000,00	68.654.000,00
I.R.C.C.S. Medea			2.468.240,00	262.000,00	2.730.240,00
Totale	0	0	364.999.380,00	46.969.000,00	411.968.380,00
Totale	0,00	0,00	839.397.991,00	66.312.093,00	905.710.084,00
Totale Generale	(1.055.905.957,00) a2=(a+a1)	(242.933.050,00) c2=(c+c1)	1.055.905.957,00 d2=(d+d1)	102.951.595,00 e2=(e+e1)	(139.981.455,00) f2=(a2+b2+c2+d2+e2)

Tabella G - Dettaglio obiettivi di piano

Tabella "G"

Dettaglio obiettivi di piano		
Accreditamento Organizzativo e Certificazione ISO 9001 Cardiologia	(450.000)	PGS/ARES
Attività di Formazione in favore delle Aziende ed Enti del SSR [DGR n.93/2009]	(200.000)	PAOS+Organismo Form
Attività Tavoli Tecnici Commissione Salute, Gruppi di Lavoro, Coordinamenti e Commiss	(300.000)	Tutti
Banca del Cordone Ombelicale (E. E. Casa Sollievo Sofferenza) [DGR n.1400/2007]	(1.200.000)	PAOS
Banca regionale del sangue congelato e del sangue raro [DGR n.95/2008]	(80.000)	PAOS
Campagna Informazione Prevenzione Malattie a Trasmissione Sessuale	(100.000)	PGS/ARES
Campagna Sicurezza ed Emergenza Soccorso in Mare	(100.000)	PATP
Centro Interregionale Trapianti - AIRT (AOU Policlinico) [DGR n.640/2009]	(150.000)	PAOS
Convenzione Guardia di Finanza [DGR n.1764/2007, Contratto Rep.9652/2008]	(290.000)	PGS
Convenzione IMS Health - Monitoraggio spesa farmaceutica [DGR n.1575/2006]	(36.000)	PATP
Convenzione Università degli Studi e Regione Puglia [DGR n.1287/2007]	(60.000)	PGS
Coordinamento Regionale Malattie Rare (Trasferimento ad Ares)	(50.000)	PAOS
Dipartimento Scienze Biologiche - Centro di Medicina dei Viaggi e dei Viaggiatori (Unive	(250.000)	PATP
Finanziamento Organismo per la Formazione Sanitaria [DGR n.93/2009]	(200.000)	PAOS+Organismo Form
Fondo Zootecnia e Sicurezza Alimentare	(200.000)	PATP
Piano Straordinario di Monitoraggio Controllo Diossina (ASL TA) [DGR n.1321/2008]	(300.000)	PATP
Progetto "Centro Diurno Sperimentale"	(220.000)	PATP
Progetto "Diagnosi e gestione della patologia fetale" (ASL BA) [DGR n.1400/2007 e n.21	(500.000)	PAOS
Progetto "Emodialisi notturna" e "Dialisi peritoneale"	(500.000)	PAOS
Progetto "PASSI"	(130.000)	PATP
Progetto "Prevenzione obesità in età pediatrica" (ASL BR)	(130.000)	PATP/ARES
Progetto "Registri uremici" [DGR n.38/2010]	(80.000)	PAOS
Progetto "Sanità Elettronica"	(183.947)	PGS
Progetto "Scompenso Cardiaco Cronico" (ASL LE)	(150.000)	ARES
Progetto "SEUSA - Promozione Donazione e Trapianto Organi" [DGR n.1318/2008][DGF	(815.000)	PAOS
Progetto "Trattamento disturbi neuropsichiatrici infanzia e adolescenza" [DGR n.1627/04	(600.000)	PATP
Progetto GIADA (Diagnosi Precoce e Cura Forme Abuso Infanzia) (AOU Policlinico)	(350.000)	PGS
Progetto GIAVA Puglia [DGR n.286/2007]	(20.000)	PATP
Progetto SESIT [Contratto Rep. n.6829/2005 E RINNOVO]	(200.000)	PATP/PGS
Progetto "Telecardiologia"	(700.000)	PATP/ARES
Registro Regionale Tumori della Regione Puglia [DGR n.1500/2008] (IRCCS Giovanni Pa	(50.000)	PATP
Sistema di Informazione e Comunicazione in Sanità [DGR n.1079/2008]	(1.708.600)	PGS
Sostengo alla rete laboratoristica "Influnet" (AOU Policlinico e Laboratorio Diseba)	(60.000)	PATP
Progetto La casa della salute	(70.000)	ARES
Progetto Attivazione di modelli di assistenza integrata ai soggetti con malattia rara	(50.000)	ARES
Progetto Potenziamento dell'Unità Spinale Unipolare AOU Policlinico	(332.453)	ARES
Progetto Interventi di riabilitazione e reinserimento sociale per persone dimesse dall'opg	(70.000)	ARES
Progetto Il movimento come stile di vita: integrazione tra terapia riabilitativa e continuita'	(50.000)	ARES
Testo Unico norme in materia di Sanità [art.15 L.R. n.25/2006]	(50.000)	PGS
Assistenza Domiciliare Integrata per pazienti Oncologico [L.R. n.34/2009 art.23]	(5.000.000)	PAOS/PGS
Progetto "Osservatorio regionale dipendenze" [art.6 L.R. n.26/2006]	(100.000)	PATP
Progetto "Procedure di appalto regionali per l'acquisto di materiali d'uso dei SIAV"	(15.000)	PATP
Progetto "Sistema Informativo Gestione del Contenzioso"	(130.000)	PGS/TSE
Sorveglianza Sanitaria Post Esposizione Amianto	(100.000)	PATP
Progetto "Potenziamento attività laboratori analisi ARPA"	(1.400.000)	PATP
Progetto "Bilancio Sociale" (ASL BR)	(15.000)	Area
Progetto "Rischio Clinico"	(54.000)	PGS
Progetto "Start Up Centro Malattie Neurovegetative" (E.E. Panico)	(200.000)	PAOS
Art. 10 L.R. 38/94 Obiettivi di Piano		18.000.000