2018.02.27 10:01:27 +01'00'

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE

della Regione Puglia

REGIONE PUGLIA

ANNO XLIX | BARI, 27 FEBBRAIO 2018 | n. 30

Deliberazioni del Consiglio e della Giunta

Il Bollettino Ufficiale della Regione Puglia si pubblica con frequenza infrasettimanale ed è diviso in due parti.

Nella parte I sono pubblicati:

a) sentenze ed ordinanze della Corte Costituzionale riguardanti leggi della Regione Puglia;
b) ricorsi e sentenze di Organi giurisdizionali che prevedono un coinvolgimento della Regione Puglia;
c) leggi e regolamenti regionali;
d) deliberazioni del Consiglio Regionale riguardanti la convalida degli eletti;
e) atti e circolari aventi rilevanza esterna;
f) comunicati ufficiali emanati dal Presidente della Regione e dal Presidente del Consiglio Regionale;
g) atti relativi all'elezione dell'Ufficio di Presidenza dell'Assemblea, della Giunta regionale, delle Commissioni permanenti e loro eventuali dimissioni;
h) deliberazioni, atti e provvedimenti generali attuativi delle direttive ed applicativi dei regolamenti della Comunità Europea;
i) disegni di legge ai sensi dell'art. 8 della L.R. n. 19/97;
j) lo Statuto regionale e le sue modificazioni;
k) richieste di referendum con relativi risultati;
l) piano di sviluppo regionale con aggiornamenti o modifiche.

Nella parte II sono pubblicati:

a) decreti ed ordinanze del Presidente della Giunta regionale;
b) deliberazioni della Giunta regionale;
c) determinazioni dirigenziali;
d) decreti ed ordinanze del Presidente della Giunta regionale in veste di Commissario delegato;
e) atti del Difensore Civico regionale come previsto da norme regionali o su disposizioni del Presidente o della Giunta;
f) atti degli Enti Locali;
g) deliberazioni del Consiglio Regionale;
h) statuti di enti locali;
i) concorsi;
j) avvisi di gara;
k) annunci legali;
l) avvisi;
m) rettifiche;
n) atti di organi non regionali, di altri enti o amministrazioni, aventi particolare rilievo e la cui pubblicazione non è prescritta.

SOMMARIO

"Avviso per i redattori e per gli Enti:
Il Bollettino Ufficiale della Regione Puglia si attiene alle regole della Legge 150/2000 per la semplificazione del linguaggio e per la facilitazione dell'accesso dei cittadini alla comprensione degli atti della Pubblica Amministrazione. Tutti i redattori e gli Enti inserzionisti sono tenuti ad evitare sigle, acronimi, abbreviazioni, almeno nei titoli di testa dei provvedimenti".

PARTE SECONDA

Deliberazioni del Consiglio e della Giunta

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 28 dicembre 2017, n. 2331
Documento di indirizzo "Linee interpretative per l'attuazione del Piano Paesaggistico Territoriale Regionale (PPTR) approvato con DGR 176 del 16/02/2015". Approvazione...... 15296

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 23 gennaio 2018, n. 49
D.G.R. n. 1719 del 22/11/2016 - "Progetto integrato per l'attuazione ed il miglioramento continuo del modello organizzativo ambidestro MAIA - ('MAIA Delivered')" - Convenzione con l'Istituto Pugliese di Ricerche Economiche e Sociali (IPRES). Proroga della Convenzione. 15304

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 31 gennaio 2018, n. 100
Direttive in materia di spese di funzionamento delle Società controllate dalla Regione Puglia - Adempimenti ex art. 19 D.Lgs. 175/2016 - DGR n. 904/2017...... 15308

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 6 febbraio 2018, n. 129
Programma Operativo 2016-2018. Piano delle azioni avviate nel biennio 2016-2017 e delle misure da attuare nel 2018...... 15334

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 6 febbraio 2018, n. 130
LL.RR. n. 31/74 e n. 47/75. Contributi ai Comuni per la redazione di strumenti urbanistici. Esercizio finanziario 2018. Determinazione di criteri ed obiettivi per la concessione dei contributi...... 15593

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 febbraio 2018, n. 148
Art 10, comma 3, legge 24 dicembre 2012, n. 243. Intesa Regionale per l'effettuazione di operazioni di investimento finanziate con il ricorso ad operazioni di indebitamento ovvero mediante l'utilizzo del risultato di amministrazione degli esercizi precedenti. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 21 febbraio 2017, n. 21. Approvazione dell'avviso di avvio dell'iter per l'anno 2018..... 15595

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 20 febbraio 2018, n. 194
Remunerazione delle prestazioni sanitarie - Indicazioni operative per l'adroterapia. 15612

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 20 febbraio 2018, n. 236
Acquedotto Pugliese S.p.A.- Modifica Statuto sociale. 15616

PARTE SECONDA

Deliberazioni del Consiglio e della Giunta

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 28 dicembre 2017, n. 2331

Documento di indirizzo "Linee interpretative per l'attuazione del Piano Paesaggistico Territoriale Regionale (PPTR) approvato con DGR 176 del 16/02/2015". Approvazione.

L'Assessore alla Pianificazione Territoriale, Prof. Alfonsino Pisicchio, sulla base dell'istruttoria espletata dal Servizio Osservatorio e Pianificazione Paesaggistica e confermata dalla dirigente della Sezione Tutela e Valorizzazione del Paesaggio, riferisce quanto segue.

PREMESSO CHE:

- con Deliberazione n. 176 del 16.02.2015 (pubblicata sul BURP n. 40 del 23.03.2015) la Giunta Regionale ha approvato il Piano paesaggistico Territoriale Regionale (PPTR);

- con L.R. n. 19 del 10.04.2015 e L.R. n. 28 del 26.10.2016 sono state apportate alcune modifiche alla L.R. n. 20 del 07.10.2009 in merito alla ripartizione delle competenze paesaggistiche e al funzionamento delle Commissioni locali del paesaggio;

- con Deliberazione n. 1514 del 27.07.2015 la Giunta Regionale ha approvato il Documento di indirizzo *"Prime linee interpretative per l'attuazione del Piano Paesaggistico Territoriale Regionale (PPTR) approvato con DGR176 del 16.02.2015"*;

- con Circolare dell'Assessore alla Pianificazione Territoriale n. 432 del 10.06.2016, sono stati forniti ulteriori chiarimenti al Piano Paesaggistico Territoriale (PPTR) di cui alla DGR 176 del 16.02.2015;

- con DPR n. 31 del 13.02.2017 è stato emanato il *"Regolamento recante individuazione degli interventi esclusi dell'autorizzazione paesaggistica o sottoposti a procedura autorizzatoria semplificata"* ed è stato abrogato il DPR n. 139 del 9.07.2010;

CONSIDERATO CHE:

- in fase di attuazione del PPTR sono giunte alla Sezione Tutela e Valorizzazione del Paesaggio numerose richieste di chiarimento in merito alla corretta interpretazione di alcune disposizioni normative da parte di uffici tecnici comunali, commissioni locali del paesaggio e più in generale operatori e cittadini;

- le principali domande riguardano i seguenti ambiti tematici:
  - applicazione dell'art. 38 comma 5 delle NTA del PPTR;
  - richieste di chiarimenti rispetto a specifiche prescrizioni o misure di salvaguardia e utilizzazione;
  - richieste di chiarimenti rispetto agli Strumenti di controllo preventivo, di cui agli artt. 90 e 91 delle NTA del PPTR;
  - richieste di chiarimenti rispetto ai Pareri di compatibilità paesaggistica di cui all'art. 96 delle NTA del PPTR e coordinamento con la Valutazione Ambientale Strategica;
  - procedimento di Adeguamento al PPTR ex art. 97 delle NTA del PPTR;
  - applicazione della norma transitoria.

RITENUTO OPPORTUNO dare supporto a coloro che sono chiamati ad attuare il PPTR attraverso il rilascio dei provvedimenti autorizzativi previsti dalle NTA del PPTR ed in particolare ai comuni delegati all'esercizio delle

funzioni paesaggistiche ai sensi dell'art. 10 della L.R. 20/2019;

VISTO l'allegato documento di indirizzo *"Linee interpretative per l'attuazione del Piano Paesaggistico Territoriale Regionale (PPTR) approvato con DGR 176 del 16/02/2015"*, predisposto dal Servizio Osservatorio e Pianificazione Paesaggistica, al fine di fornire i chiarimenti richiesti, che costituisce parte integrante e sostanziale della presente (All. A);

Tutto ciò premesso e considerato, si propone alla Giunta l'approvazione del documento di indirizzo *"Linee interpretative per l'attuazione del Piano Paesaggistico Territoriale Regionale (PPTR) approvato con DGR 176 del 16/02/2015"*, allegato al presente provvedimento contenente la risposta alle principali e alle più frequenti domande (FAQ) giunte.

Il presente provvedimento appartiene alla sfera delle competenze della Giunta Regionale così come puntualmente definite dall'art. 4 - comma 4 - lettera d) della L.R. 7/97.

"Copertura Finanziaria di cui alia LR. n° 28/01"

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale

L'Assessore, sulla base delle risultanze istruttorie sopra riportate, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale.

LA GIUNTA

Udita la Relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;

Vista la sottoscrizione posta in calce al presente provvedimento dal Dirigente della Sezione Tutela e Valorizzazione del Paesaggio;

A voti unanimi e palesi espressi nei modi di legge;

DELIBERA

- **DI APPROVARE** la relazione dell'Assessore Regionale alla Pianificazione Territoriale nelle premesse riportata;

- **DI APPROVARE** l'allegato documento di indirizzo *"Linee interpretative per l'attuazione dei Piano Paesaggistico Territoriale Regionale (PPTR) approvato con DGR 176 del 16/02/2015"*, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento (All. A);

- **DI DISPORRE** la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
CARMELA MORETTI

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
MICHELE EMILIANO

IL PRESENTE ALLEGATO
CONSTA DI N. 6 FACCIATE

Allegato A

LINEE INTERPRETATIVE PER L'ATTUAZIONE DEL PIANO PAESAGGISTICO TERRITORIALE REGIONALE (PPTR) APPROVATO CON DGR 176 DEL 16/02/2015

1 - Rif. Art. 38 **Con quali modalità i Comuni precisano, ai sensi dell'art. 38 comma 5 delle NTA del PPTR, d'intesa con il Ministero e la Regione le delimitazioni delle aree di cui al comma 2 dell'art. 142?**

I Comuni inviano al Ministero e alla Regione la proposta di *"precisazione e delimitazione"* delle aree di cui al comma 2 dell'articolo 142 del D.Lgs 42/2004, redatta in scala idonea. Le proposte vengono istruite attraverso l'apertura di tavoli tecnici tra gli Enti interessati che di volta in volta si aggiornano sino al conseguimento dell'intesa definitiva.

2 - Rif. Art. 38 **Quali sono gli elaborati minimi e qual è la documentazione da presentare a supporto della proposta di delimitazione di cui all'art. 38 comma 5 delle NTA del PPTR?**

Gli elaborati minimi da presentare sono:

a) Relazione tecnico descrittiva a supporto della proposta di delimitazione;
b) perimetrazione in formato shape files su carta tecnica regionale (CTR) delle aree oggetto di esclusione;
c) elaborati grafici cartacei alle opportune scale di rappresentazione.

Per quanto riguarda il reperimento delle fonti è necessario allegare:

a) Piani urbanistici comunali approvati e vigenti al 6 settembre 1985;
b) Piani e Programmi Pluriennali di Attuazione approvati e vigenti al 6 settembre 1985, comprensivi di relazione programmatica;
c) Programmi di fabbricazione approvati e vigenti al 6 settembre 1985;
d) cartografia dei "centri edificati" perimetrati ai sensi dell'articolo 18 della legge 22 ottobre 1971, n. 865;
e) cartografie del territorio comunale coeve al 6 settembre 1985;
f) eventuali cartografie accessorie per verifiche necessarie in caso di trasposizione del dato da cartografia originaria e CTR attuale, quali:
    - Cartografia IGM storica;
    - Ortofoto coeve;
    - Cartografia catastale storica e attuale.

3 - Rif. Art. 38 **Ove si riscontrino i criteri di deroga previsti dal comma 2 dell'articolo 142 del D.Lgs n.42/2004, (es. zone territoriali omogenee A e B) la deroga è applicabile ope legis oppure è subordinata alla conclusione dell'iter di delimitazione di cui al comma 5 dell'art. 38 delle NTA del PPTR: ... *"i comuni, d'intesa con il Ministero e la Regione, precisano la delimitazione e rappresentazione in scala idonea delle aree di cui al comma 2 dell'articolo 142 del Codice"*?**

Relativamente alla previsione contenuta all'art. 38 comma 5 delle NTA del PPTR, si evidenzia che l'art. 142, comma 2 del Codice vige a prescindere da quanto previsto dalle NTA del PPTR e che,

pertanto, il Comune (R.U.P., C.P.L.), sulla base degli elementi conoscitivi in proprio possesso e relativi alle condizioni urbanistiche del proprio comune alla data del 6 settembre 1985, come indicato dal Codice, può applicare la norma, qualora l'intervento ricada nelle fattispecie da essa previste.

4 - Rif. Artt. 45 46, 63, 82

In aree interessate da *"Area di rispetto delle componenti culturali e insediative"*, o anche in *"Area di rispetto dei boschi"*, nonché in tutte le aree ove è prevista, in caso di trasformazione di edifici esistenti, secondo il PPTR, la limitazione del 20% per la volumetria aggiuntiva, è ammissibile la realizzazione di interventi con un maggiore aumento di cubatura, avvalendosi ad esempio dell'intervento straordinario di demolizione e ricostruzione di cui all'art. 4 della L.R. 14/2009 e s.m.i. (cd. "PIANO CASA")?

Il limite percentuale dell'ampliamento massimo consentito individuato dalle NTA del PPTR non può essere derogato. In tali casi opera, pertanto, la norma più restrittiva e la volumetria massima aggiuntiva sarà limitata al 20% di quella legittimamente esistente.

5 - Rif. Artt. 78 79, 83

Le linee guida *"4.4.4 - Linee guida per la tutela, il restauro e gli interventi sulle strutture in pietra a secco"* della Puglia per le nuove costruzioni in contesti interessati da costruzioni in pietra a secco forniscono indicazioni sulle stesse che *"devono essere improntate alla massima semplicità, sia nell'impianto planimetrico che nel disegno dei prospetti, limitandone l'altezza ad un solo piano"*. Ove le norme urbanistiche per le zone agricole prevedono altezze massime fino a 7 mt, con possibilità quindi di realizzare due livelli fuori terra, è comunque obbligatorio, nel caso di interventi diretti, limitare l'altezza delle costruzioni ad un solo piano, in applicazione del regime più restrittivo previsto dalle suddette linee guida del PPTR?

Le linee guida 4.4.4, prescrittive per le Aree sottoposte a dichiarazione di interesse pubblico (art. 136 del Codice) e per le aree individuate come UCP – Paesaggi rurali, a norma rispettivamente degli artt. 79 e 83 delle NTA del PPTR, per gli interventi riguardanti nuove costruzioni ammettono la possibilità di nuove costruzioni rurali limitandone l'altezza ad un solo piano e nel rispetto, comunque, della normativa urbanistica comunale vigente. In tali aree gli interventi di nuova costruzione, in contesti interessati da costruzioni in pietra a secco, devono essere improntate alla massima semplicità, sia nell'impianto planimetrico che nel disegno dei prospetti, limitandone l'altezza ad un solo piano; in sede di adeguamento e formazione della strumentazione urbanistica comunale, i Comuni possono individuare i contesti rurali caratterizzati dalla prevalenza di manufatti in pietra a secco. Nelle more di tale più puntuale individuazione, l'analisi e la descrizione del contesto di intervento devono essere parte integrante della Relazione Paesaggistica ai sensi del D.P.C.M 12.12.2005 e della *"Scheda Conoscitiva del manufatto e del contesto rurale"*, di cui all'elaborato *"4.4.6 - Linee guida per il recupero, la manutenzione e il riuso dell'edilizia e dei beni rurali"*.
Nei contesti non interessati da costruzioni in pietra a secco, gli interventi di nuova costruzione sono disciplinati dall'elaborato *"4.4.6 - Linee guida per il recupero, la manutenzione e il riuso dell'edilizia e dei beni rurali"* in cui non sono previste limitazioni dell'altezza massima ad un piano.

6 - Rif. Art. 89

In merito agli interventi di lieve entità riguardanti i beni paesaggistici ex art. 134 del Codice si applicano le norme di semplificazione documentale di cui al DPR 31/2017 e per essi la non obbligatorietà del parere della Commissione locale del paesaggio rientra tra le semplificazioni procedimentali di cui all'art. 11 DPR 31/2017. In merito agli interventi di lieve entità interessati unicamente dagli ulteriori contesti paesaggistici, si applicano le medesime norme di semplificazione documentale e sussiste la non obbligatorietà del parere della Commissione Locale Paesaggio?

Le norme di semplificazione introdotte dal DPR 31/2017 si applicano con le stesse modalità anche agli Ulteriori Contesti del PPTR; infatti, ai sensi dell'art. 89 comma 3 delle NTA del PPTR, *"non sono soggetti ad autorizzazione paesaggistica e ad accertamento di compatibilità paesaggistica gli interventi di cui all'art. 149 del Codice"* e il DPR 31/2017 contiene l'elenco degli interventi paesaggisticamente irrilevanti o di lieve entità non soggetti ad autorizzazione paesaggistica (al

tipologie di interventi elencati nell'Allegato A) ai sensi dell'art. 149 del Codice (rif. Relazione Illustrativa al DPR 31/2017 e Circolare MIBACT-UDCM LEGISLATIVO 11688-11/04/2017).

Per quanto riguarda l'obbligatorietà del parere delle Commissioni Locali per il paesaggio ai sensi del comma 10 dell'art. 11 del DPR 31/2017 *"nel procedimento autorizzatorio semplificato non è obbligatorio il parere delle Commissioni locali per il paesaggio, salvo quanto diversamente disposto dalle leggi regionali"*.

La Legge Regionale n. 20/2009, all'art. 8 comma 1 lettera a) recita:

1. La Commissione locale per il paesaggio esprime, nel termine perentorio di venti giorni dalla richiesta, pareri obbligatori non vincolanti in relazione ai procedimenti:

a) di rilascio di autorizzazioni, accertamenti e pareri delegati a norma dell'articolo 10, per ogni tipologia di intervento di natura pubblica o privata, a eccezione dell'accertamento di compatibilità di cui agli articoli 167 e 181 del d.lgs. n. 42/2004", del parere ex articolo 32 della legge 28 febbraio 1985, n. 47 (Norme in materia di controllo dell'attività urbanistico-edilizia, sanzioni, recupero e sanatoria delle opere edilizie), nonché delle autorizzazioni paesaggistiche per gli interventi di lieve entità, a norma dell'articolo 146, comma 9, del d.lgs. 42/2004, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 settembre 2010, n. 139;

Pertanto, non sussiste il parere obbligatorio delle Commissioni Locali per il Paesaggio per gli interventi di lieve entità di cui al DPR 31/2017.

Infine, si rappresenta che, a norma dell'art. 14 del DPR 31/2017, *"l'esclusione dell'autorizzazione paesaggistica per gli interventi di cui all'Allegato «A» prevale su eventuali disposizioni contrastanti, quanto al regime abilitativo degli interventi, contenute nei piani paesaggistici o negli strumenti di pianificazione ad essi adeguati. Sono fatte salve le specifiche prescrizioni d'uso dei beni paesaggistici dettate ai sensi degli articoli 140, 141 e 143, comma 1, lettere b), c) e d), del Codice."*

7 - Rif. Art. 90 **Le esclusioni di cui all'art. 142 comma 2 del D.Lgs n.42/2004 vigono per tutti i beni paesaggistici e quindi anche nelle aree sottoposte a tutela con decreto di notevole interesse pubblico?**

Preliminarmente si rappresenta che il comma 3 dell'art. 90 delle NTA del PPTR, rimandando esclusivamente alla disciplina statale (non potendo del resto derogarvi) così recita:

"*Si applicano le esclusioni di cui all'art. 142 co. 2 e 3 del Codice*".

Il suddetto comma non richiama i "*Beni paesaggistici*" di cui all'art. 38.2 delle NTA del PPTR, ma rimanda espressamente al D. Lgs n. 42/2004 (Codice Urbani), di cui si riportano i commi 2 e 3 dell'art. 142:

"[...]2. La disposizione di cui al comma 1, lettere a), b), c), d), e), g), h), l), m), non si applica alle aree che alla data del 6 settembre 1985:

a) erano delimitate negli strumenti urbanistici, ai sensi del decreto ministeriale 2 aprile 1968, n. 1444, come zone territoriali omogenee A e B;

b) erano delimitate negli strumenti urbanistici ai sensi del decreto ministeriale 2 aprile 1968, n. 1444, come zone territoriali omogenee diverse dalle zone A e B, limitatamente alle parti di esse ricomprese in piani pluriennali di attuazione, a condizione che le relative previsioni siano state concretamente realizzate;

c) nei comuni sprovvisti di tali strumenti, ricadevano nei centri edificati perimetrati ai sensi dell'articolo 18 della legge 22 ottobre 1971, n. 865.

3. La disposizione del comma 1 non si applica, altresì, ai beni ivi indicati alla lettera c) che la regione abbia ritenuto in tutto o in parte, irrilevanti ai fini paesaggistici includendoli in apposito elenco reso pubblico e comunicato al Ministero. Il Ministero, con provvedimento motivato, può confermare la rilevanza paesaggistica dei suddetti beni. Il provvedimento di conferma è sottoposto alle forme di pubblicità previste dall'articolo 140, comma 4"

Si rappresenta, tra l'altro, che tra le aree di cui al comma 2 dell'art. 142, il D. Lgs n. 42/2004 non include i beni tutelati ai sensi dell'art. 136, né i beni tutelati ai sensi dell'art. 142 comma 1, lettera f) ovvero "*i parchi e le riserve nazionali o regionali, nonché i territori di protezione esterna dei parchi*" e lettera i) ovvero le *"zone umide incluse nell'elenco previsto dal d.P.R. 13 marzo 1976, n. 448"*.

Al comma 4, poi, l'art. 142 fa salva la disciplina derivante dagli atti e dai provvedimenti indicati all'articolo 157.

Ciò premesso, si rappresenta che, ai sensi dell'art. 90.3 della NTA del PPTR, le esclusioni di cui all'art. 142 comma 2 del D. Lgs n. 42/2004 non si applicano ai beni tutelati ai sensi dell'art. 136 del Decreto stesso. Pertanto, in tali aree si applicano le prescrizioni previste dal PPTR all'art. 79 delle NTA, nonché i relativi strumenti di controllo preventivi di cui all'art. 90 del Capo V - Titolo VI delle NTA del PPTR.
Si rappresenta, comunque, che, ai sensi dell'art. 90, comma 6 delle NTA del PPTR, qualora le aree siano interessate da una sovrapposizione di vincoli relativi ai beni paesaggistici, ai sensi dell'articolo 134 del D. Lgs n. 42/2004, si applicano tutte le specifiche discipline di tutela, se compatibili. In caso di contrasto prevale la più restrittiva.
Si segnala, da ultimo, che anche in un'ottica di tutela della specificità del vincolo a carattere provvedimentale, la giurisprudenza ha affermato come "[...] *il regime derogatorio di edificabilità previsto dal D.Lgs. 22 gennaio 2004, n. 42, art. 142, comma 2, non riguarda i vincoli paesaggistici ordinari imposti con provvedimento amministrativo, ma concerne in via esclusiva i vincoli imposti per legge ad intere categorie di beni paesaggisticamente vincolati.*" (Cass. pen. Sez. III, 20-11-2015, n. 13475).

8 - Rif. Art. 96 **Per i Piani urbanistici esecutivi, il parere di compatibilità paesaggistica di cui all'art. 96 comma 1 deve essere rilasciato in sede di consultazione per la verifica di assoggettabilità a VAS?**

Il parere di compatibilità paesaggistica di cui all'art. 96 comma 1 viene rilasciato, su istanza del Comune:

- per i piani assoggettati a procedure di VAS, nella fase delle consultazioni previste dalla normativa vigente in materia;
- per i piani non assoggettati a VAS, tra adozione e approvazione.

Laddove:

- la procedura di assoggettabilità a VAS si concluda con l'assoggettabilità il parere di compatibilità paesaggistica sarà rilasciato nella fase delle consultazioni previste dalla normativa vigente in materia;
- la procedura di assoggettabilità a VAS accerti l'esclusione dalle richiamate procedure di VAS il parere di compatibilità sarà rilasciato sul piano urbanistico esecutivo come eventualmente modificato in adeguamento alle eventuali prescrizioni espresse nel provvedimento di non assoggettabilità e previa apposita istanza.

9 - Rif. Art. 96 **È richiesto il Parere di compatibilità paesaggistica di cui all'art. 96 comma 1 delle NTA del PPTR in caso di Deliberazione motivata del Consiglio comunale che apporta variazioni alle previsioni programmatiche del P.U.G. ai sensi del comma 2 dell'art. 12 della L.R. n. 20/2001? E, inoltre, è richiesto il Parere di compatibilità paesaggistica di cui all'art. 96 comma 1 delle NTA del PPTR in caso di Deliberazione motivata del Consiglio comunale che apporta variazioni agli strumenti urbanistici generali vigenti ai sensi del comma 3 dell'art. 12 della L.R. n. 20/2001?**

Il Parere di compatibilità paesaggistica di cui all'art. 96 comma 1 delle NTA del PPTR è richiesto per l'approvazione delle varianti degli strumenti urbanistici generali sottoposte a verifica di compatibilità regionale e provinciale o ad approvazione regionale.
Poiché la Deliberazione motivata del Consiglio comunale che apporta variazioni alle previsioni programmatiche del P.U.G. ai sensi del comma 2 dell'art. 12 della L.R. n. 20/2001 non è soggetta a verifica di compatibilità regionale e provinciale - di cui alla stessa L.R. n. 20/2001 - la variante non rientra tra le casistiche indicate al comma 1 dell'art. 96 delle NTA del PPTR. Parimenti, poiché la Deliberazione motivata del Consiglio comunale che apporta variazioni agli strumenti urbanistici generali vigenti ai sensi del comma 3 dell'art. 12 della L.R. n. 20/2001 non è soggetta a verifica di compatibilità regionale di cui alla legge regionale 31 maggio 1980, n. 56 (Tutela ed uso del territorio), o a verifica di compatibilità regionale e provinciale - di cui alla stessa L.R. n. 20/2001 - la variante non rientra tra le casistiche indicate al comma 1 dell'art. 96 delle NTA del PPTR.

Pertanto, in entrambi i casi non è richiesto il Parere di compatibilità paesaggistica di cui all'art. 96 comma 1 delle NTA del PPTR.

10 - Rif. Art. 97 **Il procedimento per l'adeguamento al PPTR dei piani urbanistici generali comunali (PUG) di cui all'art. 97 delle NTA del PPTR deve comunque articolarsi nelle procedure di cui ai commi 1-6 dell'art. 11 della LR n. 20/2001 ed in particolare, anche in quelle di cui ai commi 1-3 (adozione di un DPP, sua pubblicazione, raccolta delle eventuali osservazioni) oppure può avere avvio direttamente con l'adozione da parte del Consiglio Comunale della proposta di adeguamento del PUG al PPTR?**

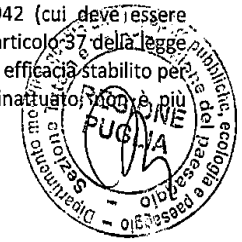
L'adeguamento degli strumenti urbanistici al PPTR deriva da un obbligo di legge – L.R. n. 20/2009 - e interviene in ordine al corretto recepimento del "Sistema delle Tutele" e dello "Scenario Strategico", come fissati nelle NTA del PPTR. Pertanto, l'adeguamento del PUG al PPTR, ai sensi dell'art. 97 delle NTA del PPTR stesso, non comportando modificazioni al vigente PUG in ordine al dimensionamento del Piano, alle zonizzazioni, alle destinazioni d'uso, agli indici ed ai parametri urbanistici, può essere avviato con l'adozione della proposta di adeguamento del PUG al PPTR, prescindendo dalle fasi di cui ai commi 1-3 dell'art. 11 della L.R. n. 20/2001. Resta inteso che all'adozione della proposta di adeguamento dovranno comunque seguire le fasi di deposito, pubblicazione e osservazioni di cui ai successivi commi 4, 5 e 6 del citato art. 11 della L.R. n. 20/2001.

11 - Rif. Art. 106 **Per i Piani urbanistici esecutivi/attuativi approvati entro un anno dalla data di entrata in vigore del PPTR e interamente ricadenti nei "territori costruiti" di cui all'art. 1.03 commi 5 e 6 del PUTT/P, per la cui approvazione non era richiesto il parere di compatibilità di cui all'art. 96.1.d delle NTA del PPTR, gli interventi dagli stessi previsti nonché gli eventuali ulteriori provvedimenti rimangono disciplinati dalle norme del PUTT/P?**

Per i Piani urbanistici esecutivi/attuativi approvati entro un anno dalla data di entrata in vigore del PPTR (termine ultimo di cui all'art. 97 per l'adeguamento dello strumento urbanistico generale al PPTR), per i quali non è stato richiesto e/o rilasciato parere di compatibilità paesaggistica ai sensi dell'art. 96.1.d poiché interamente ricadenti nei "territori costruiti" di cui all'art. 1.03 commi 5 e 6 del PUTT/P, ai sensi del combinato disposto dell'art. 96.1.d e dell'art. 106.1, entro il termine di efficacia dei predetti piani, gli interventi previsti dagli stessi e gli eventuali ulteriori provvedimenti rimangono disciplinati dalle norme del PUTT/P.
Decorso il termine di efficacia dei predetti piani, gli stessi ai sensi dell'art. 106.1 devono acquisire parere di compatibilità paesaggistica a norma dell'art. 96 comma 1 e agli interventi da essi previsti si applicano le disposizioni di cui al Titolo VI delle NTA del PPTR.

12 - Rif. Art. 106 **L'art. 106 delle NTA del PPTR al comma 1 prescrive che *"per i Piani urbanistici esecutivi/attuativi approvati o dotati del parere obbligatorio e vincolante di cui all'art. 5.03 delle NTA del PUTT/P e per gli interventi dagli stessi previsti, gli eventuali ulteriori provvedimenti rimangono disciplinati dalle norme del PUTT/P. Decorso il termine di efficacia dei predetti piani gli stessi devono acquisire parere di compatibilità paesaggistica a norma dell'art. 96 e gli interventi da essi previsti sono autorizzati a norma del presente Piano."* Cosa si intende per "termine di efficacia"?**

(Consiglio di Stato, Sez. VI, n. 5807, del 5 luglio 2013) Conformemente alla previsione di cui al primo comma dell'articolo 17 della legge urbanistica del 1942 - deve ritenersi che il decorso del termine decennale previsto per l'esecuzione del piano particolareggiato (termine, questo, che nel caso di specie risulta certamente spirato) comporta la radicale inefficacia delle previsioni del piano in questione – per la parte rimasta inattuata -, restando fermo soltanto l'obbligo di osservare nella costruzione di nuovi edifici e nella modificazione di quelli esistenti "gli allineamenti e le prescrizioni di zona previsti dal piano stesso". Al riguardo, si ritiene di richiamare il condiviso orientamento in base al quale la disposizione di cui all'articolo 17 della legge 1150 del 1942 (cui deve essere assimilata per la richiamata contiguità di ratio materiae la previsione di cui all'articolo 37 della legge regionale n. 56 del 1980) deve essere intesa nel senso che, scaduto il termine di efficacia stabilito per l'esecuzione del piano particolareggiato, nella parte in cui esso è rimasto inattuato, non è più



possibile eseguire i previsti espropri, preordinati alla realizzazione delle opere pubbliche e delle opere di urbanizzazione primaria, non potendosi, in particolare, procedere all'edificazione residenziale per assenza di tale fondamentale presupposto. Tanto, alla luce del consolidato – e qui condiviso – orientamento secondo cui il termine massimo di dieci anni di validità del piano di lottizzazione, stabilito dall'art. 16 comma 5, l. 17 agosto 1942 n. 1150 per i piani particolareggiati non è suscettibile di deroga neppure sull'accordo delle parti e decorre dalla data di completamento del complesso procedimento di formazione del piano attuativo; ciò in quanto la convenzione è per certo un atto accessorio al piano di lottizzazione, deputato alla regolazione dei rapporti tra il soggetto esecutore delle opere e il Comune con riferimento agli adempimenti derivanti dal Piano medesimo, ma che non può incidere sulla validità massima, prevista in legge, del sovrastante strumento di pianificazione secondaria. (in tal senso, di recente: Cons. Stato, IV, 18 marzo 2013, n. 1574; id., IV, 28 dicembre 2012, n. 6703).

13 - Rif. Art. 106 **Una volta realizzate le opere di urbanizzazione primaria (strade, parcheggi, fognatura, rete idrica, pubblica illuminazione, spazi di verde attrezzato, ecc. ...), ai fini dell'applicazione della lettera b) del co. 2 dell'art. 142 del D.Lgs 42/2004, le previsioni del P.P.A. possono intendersi concretamente realizzate? E ancora, una volta realizzate le opere di urbanizzazione primaria e secondaria dello strumento urbanistico esecutivo/attuativo viene meno la condizione temporale dell'efficacia del piano stesso al fine dell'applicazione della disposizione transitoria prevista dal co. 1 dell'art. 106 delle NTA. del PPTR?**

A chiarimento del rapporto tra deroghe temporali paesaggistiche e norme urbanistiche, la **Sentenza della Cass. Pen. n. 24001 del 15.06.2011** afferma che *"**la decadenza dei piani attuativi** previsti dall'art. 1 legge 17 agosto 1942, n. 1150, **pur consentendo l'edificazione residenziale dopo la perdita di efficacia del piano che sia stato attuato con la realizzazione di opere di urbanizzazione primaria, non determina l'ultrattività dell'esonero dal rispetto dei vincoli paesaggistici** previsti per legge dall'art. 142 D. Lgs. 22 gennaio 2004, n. 42 conseguendone, in assenza di autorizzazione dell'autorità preposta alla tutela del vincolo, l'illiceità penale dell'intervento. (...) Secondo tale norma ([. n. 1150/1942). "**decorso il termine stabilito per la esecuzione** del piano particolareggiato **questo diventa inefficace per la parte in cui non abbia trovato attuazione**".*

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 23 gennaio 2018, n. 49

D.G.R. n. 1719 del 22/11/2016 - "Progetto integrato per l'attuazione ed il miglioramento continuo del modello organizzativo ambidestro MAIA - ('MAIA Delivered')" - Convenzione con l'Istituto Pugliese di Ricerche Economiche e Sociali (IPRES). Proroga della Convenzione.

Il Presidente della Giunta Regionale, Michele Emiliano, sulla base dell'istruttoria espletata dal Dirigente della Sezione Programmazione Unitaria dott. Pasquale Orlando, riferisce quanto segue:

Premesso che:

- Con Decisione della Commissione Europea C(2016)1417 del 03/03/2016 e relativi Allegati I e II è stato approvato il P.O. Puglia FSE 2007/2013 a seguito della adesione (la cui richiesta è stata formalizzata all'Agenzia per la Coesione Territoriale con nota prot. AOO_AdGFSE n. 24593 del 22/12/2015 e riscontrata positivamente dal Gruppo di Azione con nota prot. n. AICT-DPS 11427 del 30/12/2015) al Piano di Azione per la Coesione (per brevità PAC) per un importo complessivo pari ad € 49.200.000,00, mediante la riprogrammazione in diminuzione della dotazione finanziaria complessiva ascritta al P.O. Puglia FSE 2007/2013;
- con Deliberazione n. 1118 del 19/07/2016 la Giunta regionale ha preso atto della suddetta Decisione della Commissione UE C(2016)1417 del 03/03/2016 aderendo quindi al PAC;
- Con il DPGR n. 316 del 25/09/2017, di ratifica della DGR n. 458/2016, sono state istituite le Sezioni della giunta Regionale unitamente alla struttura di progetto Autorità di Gestione PO FSE 2007/2013, parificata a Sezione, con scadenza differita al 31/07/2017;
- Con Determinazione della Sezione Personale e Organizzazione n. 859 dell'08/11/2017 è stata ratificata la richiesta formulata dal Direttore di Dipartimento Sviluppo Economico, innovazione, istruzione, formazione e lavoro con le richiamate note prot.AOO_002/n. 1530 del 25/09/2017 e nota prot. A00_002/n. 1673 del 18/10/2017 assegnando le funzioni della struttura di progetto Autorità di Gestione PO FSE 2007/2013 al Servizio Responsabile Fondo Sociale Europeo, dipendente dalla Sezione Programmazione unitaria.

Considerato che:

- Con Deliberazione n. 1518 del 31/07/2015 e ss.mm.ii, la Giunta regionale ha approvato il nuovo modello organizzativo della Regione Puglia denominato *"Modello Ambidestro per l'Innovazione della macchina Amministrativa regionale MAIA"* —;
- Al fine di accompagnare e supportare sia il completamento e la messa a regime del modello MAIA sia nell'ottica di concludere la prima fase (o fase di dispiegamento del modello organizzativo MAIA) e di progettare la seconda fase relativa alla gestione ed evoluzione continua del modello, la Giunta regionale con deliberazione n. 1719 del 22/11/2016, ha approvato lo schema di convenzione tra la Regione Puglia e all'IPRES - Istituto Pugliese di Ricerche Economico e Sociali, per la realizzazione del *'Progetto integrato per l'attuazione ed il miglioramento continuo del modello organizzativo ambidestro MAIA'* (in sintesi, 'MAIA Delivered') con i seguenti obiettivi specifici;
  - Completare la prima fase ovvero completare l'analisi e la valutazione del primo ciclo della prima fase (ciclo *top-down*) e di realizzare interamente il secondo ciclo della Prima fase (ciclo *bottom-up*);
  - Progettare le attività specifiche della seconda fase attraverso lo studio e l'analisi delle fasi di implementazione delle soluzioni più adeguate a supportare il transito della macchina amministrativa regionale verso un modello di *learning organization*.
  - studiare e progettare un *Decision Support System* in grado di supportare il *management* regionale nei processi decisionali e di abilitare modelli di decisione collaborativa.
- Il costo per la realizzazione del suddetto intervento ammonta a complessivi € 503.965,44, oltre IVA, per un totale complessivo pari ad € 614.837,84 ed è finanziato con risorse a valere sul PAC del P.O. Puglia FSE 2007/2013;
- In data 28/11/2016 è stata sottoscritta la convenzione tra Regione Puglia e l'Istituto Pugliese di Ricerche Economico e Sociali (IPRES).

Rilevato che:

- Il Comitato di Vigilanza per la corretta attuazione della convenzione sopra richiamata, con proprio verbale del 10 Gennaio 2018, nel valutare positivamente gli aspetti operativi, gestionali, istituzionali e tecnici delle attività progettuali svolte dall'IPRES, ha riconosciuto l'importanza e l'utilità del risultati sin qui prodotti attraverso le stesse, in particolare ai fini del percorso di efficientamento organizzativo intrapreso dalla Regione con l'introduzione del modello MAIA;
- Nella stessa seduta è emerso altresì che:
  - dall'avanzamento amministrativo finanziario del progetto, si evince la sussistenza di economie di spesa derivanti da minori costi sostenuti in alcune voci del piano finanziario (costo del personale, attrezzature, eventi, missioni e costi generali) che comportano una rimodulazione del piano finanziario iniziale a *budget* invariato;
  - che in considerazione della complessità delle attività del progetto, sono stati registrati alcuni slittamenti rispetto ai tempi del cronoprogramma progettuale iniziale e che pertanto restano da completare le attività di rilevazione dati presso alcuni Dipartimenti, che si stima possano essere completate entro il 30/06/2018;
  - in base all'aggiornamento presentato e all'informativa sull'andamento delle attività, alla luce delle risultanze dell'attività di monitoraggio, si condivide l'esigenza di riprogrammare le attività con conseguente necessità di prorogare di 5 mesi la Convenzione sino al 30/06/2018, nonché di rimodulare l'utilizzo delle economie presenti al fine di completare le attività previste dal progetto.

Rilevato altresì che:

- L'art. 4 "Durata" della Convenzione stabilisce in mesi 14 la durata della sessa Convenzione, ovvero fino al 31/01/2018;
- Occorre prorogare la durata della convenzione al 30/06/2018 (a *budget* invariato) per consentire il completamento delle attività di rilevazione dati presso alcuni Dipartimenti regionali che, in virtù della loro complessità, sono ancora da perfezionare;
- La rimodulazione del budget assegnato per la realizzazione del progetto è quella di cui all'Allegato A del presente provvedimento che ne costituisce parte integrante.

Per tutto quanto sopra esposto, al fine di consentire il completamento delle attività del progetto *"Progetto integrato per l'attuazione ed il miglioramento continuo del modello organizzativo ambidestro MAIA"* (in sintesi, *'MAIA Delivered'*), occorre procedere alla modifica dell'art. 4 "Durata" della Convenzione sottoscritta in data 28/11/2016 prorogando la durata della convenzione al 30/06/2018 a *budget complessivo* invariato, rimodulato secondo il prospetto di cui all'Allegato A del presente provvedimento che ne costituisce parte integrante.

COPERTURA FINANZIARIA DI CUI AL D. LGS N. 118/2011 E SS.MM.II.

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

Il Presidente della Giunta Regionale, relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale ai sensi dell'art. 4, comma 4, lett. K) della L.R. 4 febbraio 1997, n. 7.

LA GIUNTA

- udita la relazione e la conseguente proposta del Presidente;
- viste le sottoscrizioni in calce al presente provvedimento da parte del Dirìgente della Sezione Programmazione Unitaria e del Direttore del Dipartimento Sviluppo economico, Innovazione, Istruzione, Formazione e Lavoro;

- a voti unanimi espressi nei modi di legge;

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in narrativa che qui si intendono integralmente riportate,

- di prendere atto di quanto indicato in narrativa;
- di fare propria la relazione del dirigente della Sezione Programmazione Unitaria proponente il presente provvedimento che qui si intende integralmente riportata;
- di approvare la rimodulazione del piano finanziario del progetto di cui all'Allegato A) parte integrate del presente provvedimento;
- di modificare l'art 4 "Durata" della Convenzione tra la Regione Puglia e l'Istituto Pugliese di Ricerche Economico e Sociali (IPRES) prorogando al 30 giugno 2018 il termine del completamento delle attività relative al *'Progetto integrato per l'attuazione ed il miglioramento continuo del modello organizzativo ambidestro MAIA'* (in sintesi, *'MAIA Delivered'*) a *budget* invariato;
- di pubblicare il presente provvedimento sul sito istituzionale - sez. *'Amministrazione Trasparente'* - e sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
CARMELA MORETTI

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
MICHELE EMILIANO

Allegato A

Progetto integrato per l'attuazione ed il miglioramento continuo del modello organizzativo ambidestro MAIA - ('MAIA Delivered')" – Convenzione con l'Istituto Pugliese di Ricerche Economiche e Sociali (IPRES)

PIANO FINANZIARIO RIMODUULATO

VOCI DI SPESA	BUDGET INIZIALE	RIMODULAZIONE	SCOSTAMENTI
1) PERSONALE E COLLABORATORI	€ 453.965,44	€ 490.265,44	-€ 36.300,00
2) ATTREZZATURE	€ 5.000,00	€ -	€ 5.000,00
3) EVENTI	€ 10.000,00	€ -	€ 10.000,00
4) MISSIONI	€ 5.000,00	€ 700,00	€ 4.300,00
5) COSTI GENERALI	€ 30.000,00	€ 13.000,00	€ 17.000,00
TOTALE IMPONIBILE	**€ 503.965,44**	**€ 503.965,44**	€ -
IVA 22%	€ 110.872,40	€ 110.872,40	€ -
TOTALE	**€ 614.837,84**	**€ 614.837,84**	€ -

il presente allegato è composto

da n. UNA facciate

IL DIRIGENTE DELLA SEZIONE
Dr. Pasquale ORLANDO

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 31 gennaio 2018, n. 100

Direttive in materia di spese dì funzionamento delle Società controllate dalla Regione Puglia - Adempimenti ex art. 19 D.Lgs. 175/2016 - DGR n. 904/2017.

Assente il Presidente della Giunta Regionale, Dott. Michele Emiliano, sulla base dell'istruttoria espletata dal funzionario istruttore come da relazione tecnica allegata, confermata dal Dirigente vicario della Sezione Raccordo al Sistema Regionale e dal Direttore del Dipartimento Segreteria Generale della Presidenza, riferisce quanto segue il Vice Presidente

Com'è noto la Regione Puglia detiene partecipazioni di controllo nelle seguenti società:

1. PugliaSviluppo S.p.A. società in house (controllata al 100% da Regione Puglia);
2. Innovapuglia S.p.A. società in house (controllata al 100% da Regione Puglia);
3. Acquedotto Pugliese S.p.A (controllata al 100% da Regione Puglia);
4. Aeroporti di Puglia S.p.A. (controllata al 99,414% da Regione Puglia);
5. Puglia Valore Immobiliare società di cartoiarizzazione S.r.I. (controllata al 100% da Regione Puglia);
6. Terme di Santa Cesarea S.p.A. (controllata al 50,4876% da Regione Puglia).

Con deliberazione della Giunta Regionale n. 1473/2017 è stato approvato il Piano operativo di razionalizzazione delle società partecipate (art. 1 c. 612, L.190/2014)-Aggiornamento ex art. 24 del d.lgs. 175/2016, che ha previsto il mantenimento delle partecipazioni suddette ad eccezione della partecipazione nella Società Terme di Santa Cesarea S.p.A., per la quale è stata deliberata la cessione a titolo oneroso mediante asta pubblica, e che risulta pertanto in fase dì dismissione. Il termine per la conclusione della procedura di vendita della partecipazione detenuta dalla Regione Puglia nella Società Terme di Santa Cesarea S.p.A. è stato fissato nel 30 agosto 2018, in linea con le previsioni del d.lgs. 175/2016.

La L.R. n. 26/2013 all'art. 25 ha disposto che la Giunta regionale per le finalità di coordinamento, programmazione e controllo delle società controllate, esercita il proprio di indirizzo emanando istruzioni, regolamenti, linee guida e indicazioni operative.

Con deliberazione n. 1036/2015 la Giunta Regionale ha approvato, ai sensi dell'art. 18 comma 2 bis del d.l. 112/2008, "Direttive per le Agenzie Regionali, gli Enti Strumentali, le Società a partecipazione regionale, diretta e indiretta, totalitaria o di controllo della Regione Puglia in materia di razionalizzazione e contenimento della spesa di personale".

In attuazione dell'art. 16 della legge delega n. 124/2015 c.d. legge Madia è stato emanato il Decreto Legislativo 19 agosto 2016, n.175 recante *"Testo unico in materia di società a partecipazione pubblica"* (di seguito Testo Unico o TUSP) in vigore dal 23 settembre 2016 e recentemente modificato dal d.lgs. n. 100 del 16 giugno 2017, il quale detta fra le altre, specifiche norme da applicarsi alle società in controllo pubblico definendo al contempo alcuni adempimenti in capo alle Amministrazioni controllanti.

Il Testo Unico ha modificato l'art. 18 comma 2 bis del d.l. 112/2008 che nella versione in vigore dal 23/09/2016 riguarda solo le aziende speciali e le istituzioni e non più le società a partecipazione pubblica locale totale o di controllo.

La disciplina in tema di politiche di gestione del personale delle società a controllo pubblico è ora contenuta nell'art. 19 rubricato *"Gestione del Personale"* del citato Testo Unico che al comma 5 statuisce: *"Le amministrazioni pubbliche socie fissano, con propri provvedimenti obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate, anche attraverso il contenimento degli oneri contrattuali e delle assunzioni di personale e tenuto conto di quanto stabilito all'articolo 25, ovvero delle eventuali disposizioni che stabiliscono a loro carico divieti o limitazioni alle assunzioni di personale, tenendo conto del settore in cui ciascun soggetto opera"*.

Lo stesso art. 19 al comma 6 prevede che *"le società a controllo pubblico garantiscono in concreto perseguimento degli obiettivi di cui al comma 5 tramite propri provvedimenti da recepire, ove possibile nel caso di contenimento degli oneri contrattuali, in sede di contrattazione di secondo livello"*.
I provvedimenti e i contratti di cui al commi 5 e 6 dell'art. 19 del TUSP, devono essere pubblicati sul sito istituzionale delle società e delle pubbliche amministrazioni socie, pena l'applicazione degli articoli 22, 46 e 47 del D.lgs. 33/2013 che prevedono il divieto di erogazione di somme da parte delle pubbliche amministrazioni nonché le sanzioni per l'inadempimento.

Il Testo Unico pone, altresì alle società a controllo pubblico delle limitazioni in tema di assunzioni di personale a decorrere dalla data di pubblicazione del Decreto attuativo di cui al comma 1 dell' art. 25 *"Disposizioni transitorie in materia di personale"* e fino al 30 giugno 2018. Ai sensi dell'art. 25 del TUSP entro il 30 settembre 2017, le società dovranno individuare le eccedenze di personale e darne comunicazione alla Regione nel cui territorio ha sede la società, secondo le modalità stabilite dal relativo Decreto attuativo di recente emanazione (Decreto del Ministero del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 9 novembre 2017) pubblicato sulla G.U. in data 23 dicembre 2017. La Regione forma e gestisce l'elenco dei lavoratori dichiarati eccedenti e agevola processi di mobilità in ambito regionale. Decorsi ulteriori sei mesi la Regione trasmette gli elenchi dei lavoratori dichiarati eccedenti e non ricollocati all'Agenzia nazionale per le politiche attive del lavoro, che gestisce l'elenco nazionale.
Fino al 30 giugno 2018 le società non possono procedere a nuove assunzioni a tempo indeterminato se non attingendo da questi elenchi. Le società potranno avviare procedure di assunzione, in deroga al blocco, previa autorizzazione della Regione e dell'Agenzia nazionale per le politiche attive del lavoro.

L'evoluzione del quadro normativo impone per tutte le società controllate limiti, non già di mera riduzione delle spese di personale, ma di contenimento della più ampia categoria delle spese di funzionamento da attuarsi mediante provvedimenti deliberati dall'Amministrazione pubblica controllante.
Le Amministrazioni pubbliche, quindi devono definire gli obiettivi di razionalizzazione e di contenimento dei costi di funzionamento delle società a controllo pubblico, che sono chiamate a loro volta a rispettare le direttive mediante propri provvedimenti da recepire ove possibile anche in sede di contrattazione di secondo livello.

Evidenziata per quanto fin qui esposto, la necessità di provvedere ai sensi di legge alla definizione di obiettivi specifici annuali e pluriennali inerenti il complesso delle spese di funzionamento e, nell'ambito di queste, le spese per il personale delle società controllate dalla Regione Puglia, la Sezione Raccordo al Sistema Regionale, nella relazione tecnica allegata al presente atto, ha effettuato la ricognizione e l'analisi delle spese di funzionamento delle società in oggetto con riferimento agli ultimi tre esercizi desumibili dai bilanci di esercizio approvati, al fine di identificare gli obiettivi e gli indirizzi che, alla luce delle disposizioni vigenti occorre assegnare alle società medesime, dettagliati nelle *"Direttive in materia di spese di funzionamento delle società controllate dalla Regione Puglia"* che Allegato sub 1) al presente documento ne costituisce parte integrante e di cui si propone l'approvazione.

Si ravvisa altresì l'opportunità di evidenziare che le disposizioni oggetto del presente provvedimento si collocano anche nell'ambito delle azioni attuative della Deliberazione della Giunta Regionale n. 904 del 7 giugno 2017 *"Presa d'atto delle risultanze amministrativo-contabili di cui alla D.D. n. 64 del 31/01/2017 del dirigente della Sezione Personale e Organizzazione - Misure conseguenti al mancato rispetto di vincoli finanziari posti alla contrattazione integrativa e all'utilizzo dei relativi fondi."*

Tanto premesso e considerato, ritenuto di dover provvedere, si propone alla Giunta di adottare conseguente atto deliberativo.

Il presente provvedimento viene sottoposto all'esame della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 4 comma 4 lettera a) e g) della LR. n. 7/1997.

Copertura finanziaria ai sensi del D.Lgs 118/2011 e s.m.i.
La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del Bilancio regionale

Il Vice Presidente della Giunta Regionale, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale.

LA GIUNTA

- udita la relazione e la conseguente proposta del Vice Presidente della Giunta Regionale;
- viste le sottoscrizioni poste in calce ai presente provvedimento:
- a voti unanimi espressi nei modi di legge;

DELIBERA

di approvare la relazione del Vice Presidente proponente, che quivi si intende integralmente riportata, e per l'effetto:

1) di approvare, le *"Direttive in materia di spese di funzionamento delle società controllate dalla Regione Puglia"* che Allegato sub 1) alla presente ne costituisce parte integrante;
2) di indirizzare le società controllate destinatarie delle Direttive di cui al punto 1) ad:
   - adottare i provvedimenti per il concreto perseguimento degli obiettivi sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese le spese per il personale fissati con le Direttive medesime;
   - trasmettere i provvedimenti di cui al punto precedente alla Sezione Raccordo al Sistema Regionale, entro il termine massimo di 15 giorni dalla loro adozione;
3) di incaricare la Sezione Raccordo al Sistema Regionale a trasmettere il presente provvedimento alle società controllate dalla Regione Puglia e alle Strutture Regionali competenti *ratione materiae* indicate nell'art. 1 delle Direttive di cui al punto 1);
4) di stabilire che le Direttive di cui al punto 1), si collocano anche nell'ambito delle azioni attuative della Deliberazione della Giunta Regionale n. 904 del 7 giugno 2017 *"Presa d'atto delle risultanze amministrativo-contabili di cui alla D.D. n. 64 del 31/01/2017 del dirigente della Sezione Personale e Organizzazione - Misure conseguenti al mancato rispetto di vincoli finanziari posti alla contrattazione integrativa e all'utilizzo dei relativi fondi*;
5) pubblicare il presente provvedimento sul BURP e sul sito della Regione.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
CARMELA MORETTI

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
ANTONIO NUNZIANTE

REGIONE PUGLIA

SEGRETERIA GENERALE DELLA PRESIDENZA

SEZIONE RACCORDO AL SISTEMA REGIONALE

RELAZIONE TECNICA

Oggetto: **Direttive in materia di spese di funzionamento, delle società controllate dalla Regione Puglia – Adempimenti ex art. 19 D.Lgs. 175/2016**

Con Decreto Legislativo 19 agosto 2016, n.175 è stato introdotto il "Testo unico in materia di società a partecipazione pubblica" (di seguito Testo Unico o TUSP) in vigore dal 23/9/2016 e recentemente modificato dal d.lgs. n. 100 del 16 giugno 2017, il quale detta fra le altre, specifiche norme da applicarsi alle società in controllo pubblico definendo al contempo alcuni adempimenti in capo alle Amministrazioni controllanti ed in particolare, per quanto qui interessa, con riferimento alle spese di funzionamento delle società controllate.

Con deliberazione n. 1036/2015 la Giunta Regionale aveva proceduto, in ottemperanza alla normativa pro tempore vigente (art. 18 comma 2 bis del d.l. 112/2008), all'emanazione di indirizzi in materia di razionalizzazione e contenimento della spesa di personale delle Agenzie Regionali, Enti Strumentali, società a partecipazione regionale, diretta e indiretta, totalitaria e di controllo della Regione Puglia.,

Il Testo Unico ha modificato l'art. 18 comma 2 bis del d.l. 112/2008 che nella versione in vigore dal 23/09/2016 riguarda solo le aziende speciali e le istituzioni e non più le società a partecipazione pubblica locale totale o di controllo.

La nuova normativa, attribuisce alle Amministrazioni pubbliche il compito di fissare con propri provvedimenti, obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento delle società controllate, ivi comprese quelle del personale anche attraverso il contenimento degli oneri contrattuali e delle assunzioni di personale avuto riguardo a quanto contenuto nello stesso decreto all'articolo 25 "Disposizioni transitoria in materia di personale", ovvero delle disposizioni che stabiliscono a loro carico divieti o limitazioni alle assunzioni di personale.
L'articolo 19 del Testo unico D. Lgs 175/2016 prevede al suo comma 6, che il concreto perseguimento degli obiettivi sulle spese di funzionamento stabiliti dall'ente di controllo è garantito dalle società con propri provvedimenti da recepire "ove possibile, nel caso del contenimento degli oneri contrattuali in sede di contrattazione di secondo livello".
Com'è noto la Regione Puglia detiene partecipazioni di controllo nelle seguenti società:

1. PugliaSviluppo S.p.A. società in house (100% Regione Puglia);
2. Innovapuglia S.p.A. società in house (100% Regione Puglia);

SEZIONE RACCORDO AL SISTEMA REGIONALE - REGIONE PUGLIA 1

1

REGIONE PUGLIA

SEGRETERIA GENERALE DELLA PRESIDENZA

SEZIONE RACCORDO AL SISTEMA REGIONALE

3. Acquedotto Pugliese S.p.A. (100% Regione Puglia);
4. Aeroporti di Puglia S.p.A. (99,414% Regione Puglia);
5. Puglia Valore Immobiliare società di cartolarizzazione S.r.l. (100% Regione Puglia);
6. Terme di Santa Cesarea S.p.A. (50,4876% Regione Puglia).

Con deliberazione della Giunta Regionale n. 1473/2017 è stato approvato il Piano operativo di razionalizzazione delle società partecipate (art. 1 c. 612, L.190/2014)-Aggiornamento ex art. 24 del d.lgs. 175/2016, che ha previsto il mantenimento delle partecipazioni suddette ad eccezione della partecipazione nella Società Terme di Santa Cesarea S.p.A., per la quale è stata deliberata la cessione a titolo oneroso mediante asta pubblica. A tal proposito si evidenzia quanto segue: posto che la procedura di vendita della Società Terme di Santa Cesarea S.p.A. dovrà concludersi necessariamente entro il 30 agosto 2018, in linea con le previsioni del d.lgs. 175/2016, la società di cui sopra è esclusa dal campo di applicazione delle Direttive in oggetto che prevedono obiettivi sulle spese di funzionamento a decorrere dall'esercizio 2018.

Premesso che dai bilanci chiusi al 31 dicembre 2016 approvati dalle società controllate sopra richiamate emergono risultati di equilibrio per tutte le realtà considerate, senza alcuna esclusione e dunque non sono ravvisabili perdite di esercizio, si evidenzia per quanto fin qui esposto, la necessità di provvedere ai sensi di legge alla definizione di obiettivi inerenti le spese di funzionamento e, nell'ambito di queste, le spese per il personale delle società sopra elencate, ravvisando l'opportunità di procedere preliminarmente con una analisi delle spese di funzionamento delle società in oggetto, desunte dai bilanci approvati degli ultimi tre esercizi.
Occorre a tal proposito tener conto che la rappresentazione tipica delle spese delle società di capitali risulta dal Conto Economico di cui allo schema di Bilancio CEE art. 2425 del Codice Civile e che in tale ambito sono da ritenersi riferibili al termine **spese di funzionamento** adottato dal Testo unico gli oneri di cui ai punti 6,7,8,9,14 della lettera B del citato schema e che all'interno di detta categoria sono **spese del personale** quelle di cui al punto 9 dello schema di bilancio CEE.

Di seguito si rappresenta l'analisi delle spese di funzionamento delle società controllate dalla Regione Puglia destinatarie delle Direttive in oggetto:

1. **PugliaSviluppo S.p.A.**, è società in house interamente controllata dalla Regione Puglia; ha lo scopo di concorrere, in attuazione dei piani, programmi e indirizzi del socio unico Regione Puglia, allo sviluppo economico e sociale del territorio per conto e su richiesta della Regione attraverso la realizzazione di attività di interesse generale a supporto della stessa. E' affidataria di attività da parte del Socio unico, in qualità di organismo intermedio, nell'attuazione di regimi di aiuto. Alla Società è stata affidata dal Socio unico, la gestione degli strumenti di ingegneria finanziaria nella forma del "Fondo di Controgaranzia", del "Fondo di Tranched Cover", del "Fondo Microcredito d'Impresa della Puglia" e del Fondo per il sostegno

SEZIONE RACCORDO AL SISTEMA REGIONALE - REGIONE PUGLIA

dell'internazionalizzazione delle P.M.I. pugliesi.

Le spese di funzionamento di PugliaSviluppo S.p.A. risultanti dai bilanci approvati degli ultimi tre esercizi sono di seguito rappresentate:

Codifica bilancio CEE	Spese di funzionamento	Saldo 31/12/2014	Saldo 31/12/2015	Saldo 31/12/2016
B-6	Per materiali di consumo e merci	32.168	44.071	30.182
B-7	Per servizi	1.712.034	2.032.006	2.265.694
B-8	Per godimento di beni di terzi	48.880	59.233	58.607
B-9	Per il personale:	4.515.187	4.602.180	5.225.303
b-9-a)	*a) Salari e stipendi*	*3.353.417*	*3.425.144*	*4.135.001*
b-9-b)	*b) Oneri sociali*	*941.566*	*963.304*	*879.378*
b-9-c)	*c) Trattamento fine rapporto*	*220.204*	*213.732*	*210.924*
b-9-d)	*e) Altri costi*			
B-14	Oneri diversi di gestione	156.212	297.369	331.898
	Totale	**6.464.481**	**7.034.859**	**7.911.684**

L'incidenza delle spese di funzionamento sul Valore della Produzione si attesta nei tre esercizi considerati, su un valore ch passa dal 89% del 2014 ad un valore pari al 94% nel 2016.

Le spese di funzionamento e sono costituite principalmente da spese per il personale che rappresentano mediamente il 67% del totale.

Il prospetto evidenzia che le spese di funzionamento hanno registrato negli anni 2015 e 2016 un incremento netto pari complessivamente a euro 1.447.203 di cui euro 710.116 attribuibili ad incremento dei costi per il personale ed euro 553.660 attribuibili ai costi per servizi.

L'incremento dei costi per servizi deriva essenzialmente dall'aumento dei costi per commissioni relative al lavoro interinale e dei costi sostenuti a valere su progetti finanziati dalla Comunità Europea.

In ordine ai costi del personale si rappresentano i seguenti dati:

Categoria	31/12/2014		31/12/2015		31/12/2016	
	Nr.	Costo in migliaia di €	Nr.	Costo in migliaia di €	Nr.	Costo in migliaia di €
Dirigenti	**4**	**712**	**4**	**664**	**5**	**617**
Quadri						
Dipendenti a tempo indeterminato	58		67		66	
Dipendenti a tempo determinato	10					

SEZIONE RACCORDO AL SISTEMA REGIONALE - REGIONE PUGLIA

REGIONE PUGLIA

SEGRETERIA GENERALE DELLA PRESIDENZA

SEZIONE RACCORDO AL SISTEMA REGIONALE

Somministrati (interinali)	9		11		31	
TI e TD e Interinali	**77**	**3.804**	**78**	**3.938**	**97**	**4.609**
Totale	**81**	**4.516**	**82**	**4.602**	**102**	**5.226**

Di seguito si rappresenta il costo del lavoro pro capite per ciascuno degli esercizi considerati:

	Valore al 31/12/2014	Valore al 31/12/2015	Valore al 31/12/2016
Costo del lavoro pro capite	55.743	56.124	51.228

Di seguito si rappresenta il costo dei lavoratori interinali, ricompreso nei costi del personale:

Categoria	31/12/2014		31/12/2015		31/12/2016	
	Nr.	Costo in migliaia di €	Nr.	Costo in migliaia di €	Nr.	Costo in migliaia di €
Somministrati (interinali)	9	454(*)	11	454(*)	31	1.126(*)

Il contratto nazionale di lavoro applicato è quello del settore del credito "per i quadri direttivi e per il personale delle aree professionali dipendenti dalle imprese creditizie, finanziarie e strumentali".

Si evidenzia preliminarmente che il costo del personale comprende i costi per lavoratori interinali. L'incremento de i costi del personale nel triennio considerato è dovuto al trend crescente dei costi sostenuti per i lavori interinali.

Nel corso dell'esercizio 2015 si è proceduto alla trasformazione dei contratti di lavoro a tempo determinato in contratti di lavoro a tempo indeterminato per 9 risorse in servizio che hanno esercitato la prelazione prevista dall'art. 5, comma 4-quarter, del D. Lgs. 368/2001.
L'incremento dei costi del personale rilevato nell'esercizio 2016 è attribuibile agli effetti del rinnovo del contratto collettivo, che comporterà incrementi retributivi graduali fino al 2018 nonché al maggior costo per lavoratori interinali il cui numero è aumento rispetto agli esercizi precedenti in ragione dell'incremento del volume delle attività di interesse generale delegate dal Socio Unico.

2. **Innovapuglia S.p.A.** è società in house a socio unico Regione Puglia, impegnata in attività a supporto della programmazione strategica regionale a sostegno della Innovazione Digitale. La società accompagna la Regione Puglia nella definizione e realizzazione del Sistema Digitale Regionale, attraverso la:
- Gestione di banche dati e sistemi informativi a valenza strategica regionale;
Progettazione, sviluppo e implementazione sistema informativo regionale;

SEZIONE RACCORDO AL SISTEMA REGIONALE - REGIONE PUGLIA

Progettazione, realizzazione e gestione di infrastrutture pubbliche ICT.
A InnovaPuglia sono attribuite anche funzioni di:
- Organismo Intermedio, ai sensi dei regolamenti comunitari vigenti, per la realizzazione di interventi pubblici agevolativi nel campo della ricerca e innovazione digitale.
- Soggetto Aggregatore della regione Puglia ai sensi della L. n.89/2014, con funzioni di Stazione Unica Appaltante e Centrale di Committenza, mediante la gestione del Centro Acquisti Telematico per la Pubblica Amministrazione EmPULIA.

Le spese di funzionamento di Innovapuglia S.p.A. risultanti dai bilanci approvati degli ultimi tre esercizi sono di seguito rappresentate:

Codifica bilancio CEE	Spese di funzionamento	Saldo 31/12/2014	Saldo 31/12/2015	Saldo 31/12/2016
B-6	Per materiali di consumo e merci	2.504.481	3.307.782	6.092.863
B-7	Per servizi	10.313.422	13.249.522	14.614.412
B-8	Per godimento di beni di terzi	183.475	114.647	116.002
B-9	Per il personale:	10.985.072	10.956.910	10.755.786
b-9-a)	*a) Salari e stipendi*	*8.005.760*	*7.965.572*	*7.781.672*
b-9-b)	*b) Oneri sociali*	*2.373.077*	*2.390.469*	*2.369.150*
b-9-c)	*c) Trattamento fine rapporto*	*554.984*	*550.414*	*552.989*
b-9-d)	*e) Altri costi*	*51.250*	*50.455*	*51.975*
B-14	Oneri diversi di gestione	405.773	426.516	375.602
	Totale	**24.392.223**	**28.055.377**	**31.954.665**

L'incidenza delle spese di funzionamento sul Valore della Produzione si attesta nei tre esercizi considerati, su un valore ch passa dal 91% del 2014 ad un valore pari al 96% nel 2016.
Le spese di funzionamento e sono costituite principalmente da spese per il personale che rappresentano mediamente il 39% del totale e da spese per servizi che rappresentano mediamente il 45% del totale.
Il prospetto evidenzia che le spese di funzionamento hanno registrato negli anni 2015 e 2016 un incremento netto pari complessivamente a euro 7.562.442 di cui euro 3.588.382 attribuibili ad incremento dei costi per materiali di consumo e merci ed euro 4.300.990 attribuibili ai costi per servizi. L'incremento delle spese di funzionamento è riconducibile essenzialmente all'incremento delle attività affidate dalla controllante Regione Puglia alla società. Nell'ambito delle spese per servizi si evidenzia l'incremento registrato dai costi per lavoratori interinali e dai costi per le consulenze esterne.

Di seguito si riporta un riepilogo delle unità di lavoratori interinali e dei costi relativi agli ultimi tre esercizi, rilevati dalla società nei costi per servizi:

SEZIONE RACCORDO AL SISTEMA REGIONALE - REGIONE PUGLIA

REGIONE PUGLIA

SEGRETERIA GENERALE DELLA PRESIDENZA

SEZIONE RACCORDO AL SISTEMA REGIONALE

Categoria	31/12/2014		31/12/2015		31/12/2016	
	Nr.	Costo in migliaia di €	Nr.	Costo in migliaia di €	Nr.	Costo in migliaia di €
Somministrati (interinali)	59	1.569	89	3.120	97	3.858

In ordine ai costi del personale si rappresentano i seguenti dati:

Categoria	31/12/2014		31/12/2015		31/12/2016	
	Nr.	Costo in migliaia di €	Nr.	Costo in migliaia di €	Nr.	Costo in migliaia di €
Dirigenti	**3**	**520**	**3**	**512**	**3**	**507**
Quadri	**27**	**2.009**	**26**	**1.951**	**23**	**1.773**
Dipendenti a tempo indeterminato	139	7.999	139	8.035	148	8.360
Dipendenti a tempo determinato	10	457	10	459	0	116 (*)
TI e TD	**149**	**8.456**	**149**	**8.494**	**148**	**8.476**
Totale	**179**	**10.985**	**178**	**10.957**	**174**	**10.756**

(*) trattasi del costo del primo trimestre 2017

Di seguito si rappresenta il costo del lavoro pro capite per ciascuno degli esercizi considerati:

	Valore al 31/12/2014	Valore al 31/12/2015	Valore al 31/12/2016
Costo del lavoro pro capite	61.369	61.556	61.815

Il contratto nazionale di lavoro applicato è quello del settore dell'industria metalmeccanica privata e della installazione di impianti.

Le spese per il personale registrano un trend decrescente, dovuto essenzialmente alla riduzione del numero dei quadri e alla diminuzione del costo connesso.
Occorre evidenziare che parte del personale della Società è distaccato c/o Regione Puglia e presso l'Agenzia ARTI e il relativo costo trova corrispondenza nei ricavi derivanti dai trasferimenti effettuati a tale titolo dagli enti beneficiari dell'assegnazione temporanea di personale.
Di seguito si riporta un riepilogo delle unità in distacco e dei costi relativi agli ultimi tre esercizi:

Categoria	31/12/2014		31/12/2015		31/12/2016	
	Nr.	Costo in migliaia di €	Nr.	Costo in migliaia di €	Nr.	Costo in migliaia di €
Personale distaccato	14	1.018	16	1.118	15	1.113

REGIONE PUGLIA 6 SEZIONE RACCORDO AL SISTEMA REGIONALE

6

REGIONE PUGLIA

SEGRETERIA GENERALE DELLA PRESIDENZA

SEZIONE RACCORDO AL SISTEMA REGIONALE

presso Regione Puglia						
Personale distaccato presso Agenzia ARTI	1	71	1	71	1	76
Totale	**15**	**1.089**	**17**	**1.189**	**16**	**1.189**

3. **Acquedotto Pugliese S.p.A.** è società interamente controllata dalla Regione Puglia gestisce in concessione il Servizio Idrico Integrato (SII) nell' Ambito Territoriale Ottimale Puglia, e il servizio idrico integrato in alcuni comuni della Campania (aderenti al'ATO Calore-Irpino). Fornisce altresì, risorsa idrica in sub-distribuzione ad Acquedotto Lucano S.p.A., gestore del S.I.I. per l'ATO Basilicata. La scadenza della concessione del Servizio Idrico Integrato prevista al 31 dicembre 2018 è stata prorogata al 31 dicembre 2021.

Le spese di funzionamento di Acquedotto Pugliese S.p.A. risultanti dai bilanci approvati degli ultimi tre esercizi sono di seguito rappresentate:

Codifica bilancio CEE	Spese di funzionamento	Saldo 31/12/2014	Saldo 31/12/2015	Saldo 31/12/2016
B-6	Per materiali di consumo e merci	18.563.146	17.150.897	16.468.754
B-7	Per servizi	197.754.622	206.765.539	210.153.262
B-8	Per godimento di beni di terzi	6.541.439	5.855.860	6.643.028
B-9	Per il personale:	94.091.343	98.929.460	105.639.508
b-9-a)	*a) Salari e stipendi*	*68.069.026*	*71.108.308*	*74.562.076*
b-9-b)	*b) Oneri sociali*	*18.825.007*	*20.315.128*	*20.100.550*
b-9-c)	*c) Trattamento fine rapporto*	*4.251.586*	*4.423.617*	*4.377.119*
	d) Trattamento di quiescenza e simili	*730.306*	*765.285*	*4.298.346*
b-9-d)	*e) Altri costi*	*2.215.418*	*2.317.122*	*2.301.417*
B-14	Oneri diversi di gestione	7.701.246	12.837.164	21.460.257
	Totale	**324.651.796**	**341.538.920**	**360.364.809**

L'incidenza delle spese di funzionamento sul Valore della Produzione si attesta nei tre esercizi considerati, su un valore ch passa dal 68% del 2014 ad un valore pari al 66% nel 2015 e nel 2016.

Le spese di funzionamento sono costituite principalmente da spese per servizi che rappresentano mediamente il 60% del totale.

Il prospetto evidenzia che le spese di funzionamento hanno registrato negli anni 2015 e 2016 un incremento netto pari complessivamente a euro 35.713.013 di cui euro 12 milioni circa attribuibili ad incremento dei costi per servizi, euro 11 milioni circa ad incremento del costo del personale ed euro 13,7 milioni circa agli oneri diversi di gestione, di cui 4,2 milioni

SEZIONE RACCORDO AL SISTEMA REGIONALE - REGIONE PUGLIA

circa attribuibili alla riclassifica intervenuta nel 2016 degli oneri straordinari, per effetto dell'intervenuto cambiamento dei prospetti di bilancio.

L'incremento dei costi per servizi deriva essenzialmente dall'aumento degli oneri acqua all'ingrosso e prestazioni di servizi di terzi per gestione potabilizzazione, depurazione, reti, smaltimento rifiuti e fanghi e manutenzioni e dall'aumento dei costi per consulenze. L'incremento degli oneri diversi di gestione è attribuibile principalmente ai maggiori importi rilevati per perdite su crediti e risarcimento danni.

In ordine ai costi del personale si rappresentano i seguenti dati:

Categoria	31/12/2014		31/12/2015		31/12/2016	
	Nr.	Costo in migliaia di €	Nr.	Costo in migliaia di €	Nr.	Costo in migliaia di €
Dirigenti	**32**	**4.796**	**35**	**5.722**	**34**	**5.093**
Quadri	**74**	**5.883**	**71**	**5.996**	**92**	**7.439**
Dipendenti a tempo indeterminato	1.788		1.856		1.843	
Dipendenti a tempo determinato	19		24		24	
TI e TD	**1.807**	**81.225**	**1.880**	**85.456**	**1.867**	**87.037**
Somministrati (interinali)	10	170	13	139	14	155
Totale	**1.923**	**92.074**	**1.999**	**97.313**	**2.007**	**99.724**
Totale da bilancio		**94.091**		**98.929**		**105.639**
Differenza dovuta agli accantonamenti		**2.017**		**1.616**		**5.915**

Di seguito si rappresenta il costo del lavoro pro capite per ciascuno degli esercizi considerati:

	Valore al 31/12/2014	Valore al 31/12/2015	Valore al 31/12/2016
Costo del lavoro pro capite	48.929	49.489	52.636

Il contratto nazionale di lavoro applicato è quello del settore gas e acqua.

Si evidenzia preliminarmente che:

- il costo del personale comprende i costi per lavoratori interinali;
- il costo del personale rappresentato in bilancio comprende: accantonamenti per

SEZIONE RACCORDO AL SISTEMA REGIONALE - REGIONE PUGLIA

contenziosi, accantonamenti per oneri welfare, accantonamenti per incentivi all'esodo, altri accantonamenti del personale.

Il trend dei costi del personale nel triennio considerato risulta crescente per effetto dell'incremento dell'organico, dovuto alle assunzioni effettuate a fine esercizio 2015, agli accantonamenti per contenziosi pari a circa euro 2.342 mila nel 2016 e agli accantonamenti per incentivi all'esodo pari a circa euro 3.187 nel 2016.

4. **Aeroporti di Puglia S.p.A.** è società controllata dalla Regione Puglia che detiene una quota di partecipazione pari al 99,414%; gestisce in concessione gli Aeroporti di Bari, Brindisi, Foggia e Taranto-Grottaglie sulla base della convenzione stipulata con ENAC il 25 gennaio 2002 con scadenza in data 11 febbraio 2043.

Le spese di funzionamento di Aeroporti di Puglia S.p.A. risultanti dai bilanci approvati degli ultimi tre esercizi sono di seguito rappresentate:

Codifica bilancio CEE	Spese di funzionamento	Saldo 31/12/2014	Saldo 31/12/2015	Saldo 31/12/2016
B-6	Per materiali di consumo e merci	713.992	635.687	597.129
B-7	Per servizi	35.365.597	37.710.615	38.724.032
B-8	Per godimento di beni di terzi	3.920.783	4.181.682	4.431.036
B-9	Per il personale:	18.658.036	18.422.799	18.233.192
b-9-a)	*a) Salari e stipendi*	*13.567.008*	*13.514.316*	*13.490.382*
b-9-b)	*b) Oneri sociali*	*4.156.161*	*3.974.745*	*3.804.678*
b-9-c)	*c) Trattamento fine rapporto*	*934.867*	*933.738*	*938.132*
b-9-d)	*e) Altri costi*			
B-14	Oneri diversi di gestione	745.687	1.457.897	1.489.684
	Totale	**59.404.095**	**62.408.680**	**63.475.073**

L'incidenza delle spese di funzionamento sul Valore della Produzione si attesta nei tre esercizi considerati, su un valore che passa dal 73% del 2014 e del 2015 ad un valore pari al 71% nel 2016.

Le spese di funzionamento sono costituite principalmente da spese per servizi che rappresentano mediamente il 60% del totale.

Il prospetto evidenzia che le spese di funzionamento hanno registrato negli anni 2015 e 2016 un incremento netto pari complessivamente a euro 4.070.978 di cui euro 3,4 milioni circa attribuibili ad incremento dei costi per servizi, euro 510 mila circa ad incremento dei costi per godimento beni di terzi.

L'incremento dei costi per servizi deriva essenzialmente dall'incremento delle spese per consulenze e collaborazioni esterne e all'incremento dei costi per lavoro interinale.

Di seguito si riporta un riepilogo delle unità di lavoratori interinali e dei costi relativi agli

SEZIONE RACCORDO AL SISTEMA REGIONALE - REGIONE PUGLIA

ultimi tre esercizi, rilevati nei costi per servizi:

Categoria	31/12/2014		31/12/2015		31/12/2016	
	Nr.	Costo in migliaia di €	Nr.	Costo in migliaia di €	Nr.	Costo in migliaia di €
Somministrati (interinali)	24	710	23	777	30	878

L'incremento del costo del lavoro interinale è dovuto sostanzialmente all'incremento del traffico pax (soprattutto nei mesi estivi) che ha comportato un utilizzo maggiore di unità esterne.

In ordine ai costi del personale si rappresentano i seguenti dati:

Categoria	31/12/2014		31/12/2015		31/12/2016	
	Nr.	Costo in migliaia di €	Nr.	Costo in migliaia di €	Nr.	Costo in migliaia di €
Dirigenti	**7**	**1.729**	**7**	**1.728**	**6**	**1.448**
Quadri	**21**	**1.922**	**22**	**2.070**	**22**	**2.025**
Dipendenti a tempo indeterminato	254	13.189	307	14.624	306	14.760
Dipendenti a tempo determinato	69	1.818				
TI e TD	**323**	**15.006**	**307**	**14.624**	**328**	**14.760**
Totale	**351**	**18.658**	**336**	**18.423**	**356**	**18.233**

Di seguito si rappresenta il costo del lavoro pro capite per ciascuno degli esercizi considerati:

	Valore al 31/12/2014	Valore al 31/12/2015	Valore al 31/12/2016
Costo del lavoro pro capite	53.157	54.830	51.217

Il contratto nazionale di lavoro applicato è quello "per il personale di terra del trasporto aereo e delle attività aeroportuali" – Assaeroporti".

Le spese per il personale registrano un trend decrescente, dovuto essenzialmente alla riduzione delle unità lavorative.

5. **Puglia Valore Immobiliare società di cartolarizzazione S.r.l.,** società interamente controllata dalla Regione Puglia, è una società veicolo che ha per oggetto esclusivo la realizzazione di una o più operazioni di cartolarizzazione, ai sensi dell'art. 84 della Legge 27 dicembre 2002 n. 289 e delle disposizioni ivi richiamate, dei proventi derivanti dalla dismissione del patrimonio immobiliare non strumentale già

SEZIONE RACCORDO AL SISTEMA REGIONALE REGIONE PUGLIA 10

proprietà delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) e delle Aziende Ospedaliere Pugliesi, ai fini del ripianamento del disavanzo sanitario 2006 di cui alla legge regionale n. 16 del 5 giugno 2007.

Le spese di funzionamento di Puglia Valore Immobiliare società di cartolarizzazione S.r.l., risultanti dai bilanci approvati degli ultimi tre esercizi sono di seguito rappresentate:

Codifica bilancio CEE	Spese di funzionamento	Saldo 31/12/2014	Saldo 31/12/2015	Saldo 31/12/2016
B-6	Per materiali di consumo e merci			
B-7	Per servizi	122.587	129.974	130.709
B-8	Per godimento di beni di terzi			
B-9	Per il personale:	15.746	49.628	85.912
b-9-a)	*a) Salari e stipendi*		*29.635*	*57.128*
b-9-b)	*b) Oneri sociali*	*15.746*	*16.168*	*23.486*
b-9-c)	*c) Trattamento fine rapporto*		*2.881*	*3.949*
b-9-d)	*e) Altri costi*		*944*	*1.349*
B-14	Oneri diversi di gestione	1.402	2.738	2.426
	Totale	**139.735**	**182.340**	**219.047**

L'incidenza delle spese di funzionamento sul Valore della Produzione si attesta nei tre esercizi considerati, su un valore che passa dal 93% del 2014 ad un valore pari al 68% nel 2016.
Le spese di funzionamento sono costituite principalmente da spese per servizi che rappresentano mediamente il 68% del totale.

Il prospetto evidenzia che le spese di funzionamento hanno registrato negli anni 2015 e 2016 un incremento netto pari complessivamente a euro 79.312 di cui euro 70 mila circa attribuibili ad incremento dei costi per il personale.

In ordine ai costi del personale si rappresentano i seguenti dati:

Categoria	31/12/2014		31/12/2015		31/12/2016	
	Nr.	Costo in migliaia di €	Nr.	Costo in migliaia di €	Nr.	Costo in migliaia di €
Dipendenti a tempo determinato	0	15.746	2	49.628	2	85.912
Totale	**0**	15.746(*)	**2**	49.628	**2**	85.912

(*)trattasi di oneri relativi a contratti di collaborazione

Di seguito si rappresenta il costo del lavoro pro capite per ciascuno degli esercizi

SEZIONE RACCORDO AL SISTEMA REGIONALE - REGIONE PUGLIA

REGIONE PUGLIA

SEGRETERIA GENERALE DELLA PRESIDENZA

SEZIONE RACCORDO AL SISTEMA REGIONALE

considerati:

	Valore al 31/12/2014	Valore al 31/12/2015	Valore al 31/12/2016
Costo del lavoro pro capite		24.814	42.956

L'incremento dei costi del personale è attribuibile essenzialmente imputabile al rientro di una unità dal periodo di congedo obbligatorio per maternità.

Tanto premesso, dall'analisi complessiva dei dati sopra esposti è possibile trarre le seguenti conclusioni:

1. tutte le società controllate registrano un trend crescente delle spese di funzionamento negli ultimi tre esercizi sulla base dei dati desumibili dai bilanci approvati (2014, 2015 e 2016).Tale incremento risulta generalmente bilanciato da un corrispondente aumento del valore della produzione, fatta eccezione per le due società controllate in house PugliaSviluppo S.p.A. e Innovapuglia S.p.A.;
2. il trend crescente delle spese di funzionamento è dovuto principalmente:
   -per la generalità delle società controllate all'incremento dei costi per servizi e in particolare delle spese sostenute per le consulenze esterne e per i servizi di lavoro interinale e all'incremento delle spese;
   -per la società Acquedotto Pugliese S.p.A. all'incremento delle perdite su crediti e per risarcimento danni, nonché all'incremento del costo del personale dovuto oltre all'aumento dell'organico e agli accantonamenti per contenziosi ed incentivi all'esodo.

Con riferimento alle Società in house si evidenzia che l'art. 192 comma 2 del D.lgs. n. 50/2016 (Codice dei contratti pubblici), prevede che ai fini dell'affidamento in house di un contratto avente ad oggetto servizi disponibili sul mercato in regime di concorrenza, le stazioni appaltanti effettuano preventivamente la valutazione sulla congruita' economica dell'offerta dei soggetti in house. Ne consegue che le spese relative alle attività affidate in house, in conformità al Codice dei contratti pubblici, sono assoggettate ad una preventiva verifica di congruità economica da parte della stazione appaltante.

Valutato che, nell'ambito dell'aggregato spese di funzionamento debba essere prestata particolare attenzione al contenimento di alcune categorie di spesa, occorre stabilire a decorrere dall'esercizio 2018, che le società controllate debbano contenere i costi di funzionamento riducendone il valore rispetto al corrispondente importo consuntivato nell'esercizio precedente, con azioni da modulare nell'ambito della propria autonomia e da perseguire mediante l'adozione di propri provvedimenti che ne garantiscano il concreto perseguimento e tenendo conto in particolare dei seguenti indirizzi:

SEZIONE RACCORDO AL SISTEMA REGIONALE - REGIONE PUGLIA 12

12

REGIONE PUGLIA

SEGRETERIA GENERALE DELLA PRESIDENZA

SEZIONE RACCORDO AL SISTEMA REGIONALE

a) riduzione dell'incidenza percentuale delle spese per il personale rispetto al complesso delle spese di funzionamento;
b) razionalizzazione e snellimento delle strutture organizzative, anche attraverso accorpamenti di uffici con l'obiettivo di ridurre l'incidenza percentuale delle posizioni dirigenziali;
c) contenimento delle dinamiche di crescita della contrattazione aziendale e di secondo livello;
d) contenimento dell'incidenza di voci accessorie, straordinarie e variabili.
e) contenimento della spesa per contratti di lavoro subordinato a tempo determinato, contratti di formazione e lavoro e contratti di somministrazione di lavoro a tempo determinato, e per le altre forme contrattuali flessibili previste dal codice civile e dalle altre leggi vigenti sui rapporti di lavoro nell'impresa, nel limite del 50% della spesa complessiva sostenuta nell'anno 2016 per le stesse finalità;
f) contenimento dei costi per il trattamento variabile, per il personale dirigente e dipendente, che in ciascun esercizio sociale, non può essere complessivamente superiore a quello previsto per l'esercizio 2016;
g) contenimento delle spese per studi, ricerche e incarichi di consulenza (ovvero prestazioni professionali finalizzate alla resa di pareri, valutazioni, espressioni di giudizi, consulenze legali) nel limite massimo dell'80% delle spese consuntivate nell'esercizio 2016.

Con riferimento all'esercizio 2018, si ritiene opportuno che il valore comparativo da considerare debba essere rappresentato dalle spese di funzionamento consuntivate nell'esercizio 2016 in quanto l'ultimo bilancio approvato dalle società controllate, disponibile all'atto dell'approvazione delle Direttive in oggetto è costituito dal bilancio di esercizio chiuso al 31 dicembre 2016.

Tanto si rappresenta ai fini della elaborazione delle Direttive in materia di spese di funzionamento, ivi comprese le spese per il personale, delle Società controllate dalla Regione Puglia ex art. 19 D.Lgs. 175/2016.

Bari, 26 gennaio 2018

Il funzionario Istruttore
dott.ssa Eleonora De Giorgi

Il Dirigente Vicario della Sezione
Nicola Lopane

SEZIONE RACCORDO AL SISTEMA REGIONALE - REGIONE PUGLIA 13

13

Allegato sub 1)

REGIONE PUGLIA

Direttive in materia di spese di funzionamento delle Società controllate dalla Regione Puglia

SEZIONE RACCORDO AL SISTEMA REGIONALE - REGIONE PUGLIA

14

Direttive in materia di spese di funzionamento delle Società controllate dalla Regione Puglia

Sommario

Art. 1 Finalità e campo di applicazione 3
Art. 2 Obiettivi sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese le spese per il personale 3
Art. 3 Direttive relative alle spese per il personale 5
1.Programmazione annuale dei fabbisogni di personale 5
2.Reclutamento del personale 5
3.Trattamento economico 6
Art. 4 Direttive relative alle altre spese di funzionamento 7
1.Incarichi di consulenza, studio e ricerca 7
2.Spese per missioni e trasferte 7
3.Costi organi societari 7
4.Approvvigionamento di beni e servizi 8
Art. 5 Vigilanza e controllo 10

15

Direttive in materia di spese di funzionamento delle Società controllate dalla Regione Puglia

Art. 1 Finalità e campo di applicazione

Alla Regione Puglia competono le azioni di coordinamento, programmazione e controllo delle società controllate, e per tali finalità esercita il proprio ruolo di indirizzo emanando istruzioni, regolamenti, linee guida e indicazioni operative.

Nell'esercizio delle proprie funzioni, con il presente atto di indirizzo sono identificati gli **obiettivi sul complesso delle spese di funzionamento**, ivi comprese le spese per il personale, delle società controllate dalla Regione Puglia, in conformità alle disposizioni di cui al Decreto Legislativo n. 175/2016 (di seguito anche TUSP), **con decorrenza dall'esercizio 2018 fino a nuove diverse disposizioni di legge e/o della Regione Puglia.**
Il presente atto di indirizzo fornisce altresì specifiche direttive relative alle spese per il personale e alle altre spese di funzionamento delle società controllate dalla Regione Puglia, da osservarsi nel quadro degli obiettivi di contenimento del complesso delle spese di funzionamento ivi stabiliti.

Di seguito si rappresenta un quadro riepilogativo delle Società in cui la Regione Puglia detiene un partecipazione di controllo, destinatarie delle presenti direttive, con l'indicazione delle rispettive Strutture regionali competenti *ratione materiae*:

Società controllata	Percentuale di controllo Regione Puglia	Struttura Regionale competente
PugliaSviluppo S.p.A. società in house	100%	Dipartimento sviluppo economico,innovazione, istruzione, formazione e lavoro Pec:areaeconomia@pec.rupar.puglia.it
Innovapuglia S.p.A. società in house	100%	Dipartimento sviluppo economico,innovazione, istruzione, formazione e lavoro Pec:areaeconomia@pec.rupar.puglia.it
Acquedotto Pugliese S.p.A.	100%	Dipartimento agricoltura, sviluppo rurale ed ambientale Pec:direttore.areasvilupporurale.regione@pec.rupar.puglia.it
Aeroporti di Puglia S.p.A.	99,414%	Dipartimento mobilità, qualità urbana, opere pubbliche, ecologia e paesaggio Pec:dipartimento.mobilitaqualurboppubbpaesaggio@pec.rupar.puglia.it
Puglia Valore Immobiliare società di cartolarizzazione S.r.l.	100%	Dipartimento risorse finanziarie e strumentali, personale e organizzazione Pec:dipartimento.finanzeorganizzazione@pec.rupar.puglia.it

La **Struttura Regionale competente per il monitoraggio** ai fini delle presenti direttive, è identificata nella Sezione Raccordo al Sistema Regionale che opera nell'ambito della Segreteria Generale della Presidenza (Pec:sezioneraccordoalsistemaregionale@pec.rupar.puglia.it).

Art. 2 Obiettivi sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese le spese per il personale

La rappresentazione tipica delle spese delle società di capitali risulta dal Conto Economico di cui allo schema di Bilancio ex art. 2425 del Codice Civile; in tale ambito sono da ritenersi riferibili al termine **spese di funzionamento** gli oneri di cui ai punti 6,7,8,9,14 della lettera B del citato schema. All'interno di detta categoria sono **spese del personale** quelle di cui al punto 9 dello schema di

SEZIONE RACCORDO AL SISTEMA REGIONALE REGIONE PUGLIA
16

Direttive in materia di spese di funzionamento delle Società controllate dalla Regione Puglia

bilancio citato.

Tanto premesso, si dispone che le società di cui all'art. 1, siano tenute all'obbligo di **riduzione del complesso delle spese di funzionamento**, ivi comprese le spese per il personale, consuntivate in ciascun esercizio sociale di riferimento, a **decorrete dall'esercizio 2018**, rispetto al corrispondente valore consuntivato nell'esercizio precedente, con azioni da modulare nell'ambito della propria autonomia e da perseguire mediante l'adozione di propri provvedimenti che ne garantiscano la concreta attuazione. **Per l'esercizio 2018, il valore comparativo da considerare ai fini del rispetto dell'obbligo in oggetto, è rappresentato dal totale delle spese di funzionamento consuntivate nell'esercizio 2016.**

Nel caso di spese funzionamento totalmente a carico di fondi comunitari, la società interessata né darà puntuale evidenza nella relazione riepilogativa di cui al successivo art. 5, escludendo i relativi importi dalla determinazione delle spese consuntivate ai fini del raggiungimento dell'obiettivo indicato.

Le spese di funzionamento relative ad attività affidate in house in conformità al codice dei contratti pubblici, D.lgs. n. 50/2016, sono assoggettate ad una preventiva verifica di congruità economica da parte della stazione appaltante ai sensi dell'art. 192 comma 2 dello stesso codice.

Nel caso di potenziamento e/o ampliamento dell'attività svolta dalle società, a consuntivo il complesso delle spese di funzionamento potrà superare il limite sopra indicato, a condizione di mantenere inalterati i livelli di produttività e di efficienza della gestione, non aumentando l'incidenza percentuale del complesso delle spese di funzionamento sul valore della produzione nell'esercizio sociale considerato, rispetto all'analoga incidenza risultante dal bilancio dell'esercizio precedente, dandone puntuale evidenza ed esplicazione, nella relazione riepilogativo di cui al successivo art. 5.

Le società in oggetto, nell'ambito del complesso delle spese di funzionamento, devono attenersi al **principio generale di graduale riduzione e di contenimento della spesa per il personale**, anche attraverso il contenimento degli oneri contrattuali e delle assunzioni di personale, garantendo (con esclusione degli oneri relativi ai rinnovi contrattuali) il contenimento della dinamica retributiva e occupazionale, con azioni da modulare nell'ambito della propria autonomia e rivolte, in termini di principio, ai seguenti ambiti prioritari di intervento:

a) riduzione dell'incidenza percentuale delle spese per il personale rispetto al complesso delle spese di funzionamento;
b) razionalizzazione e snellimento delle strutture organizzative, anche attraverso accorpamenti di uffici con l'obiettivo di ridurre l'incidenza percentuale delle posizioni dirigenziali;
c) contenimento delle dinamiche di crescita della contrattazione aziendale e di secondo livello;
d) contenimento dell'incidenza di voci accessorie, straordinarie e variabili.

Le società di cui all'art. 1 sono tenute a garantire il concreto perseguimento dell'obiettivo di riduzione del complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese le spese per il personale, tramite propri provvedimenti da recepire, ove possibile, nel caso del contenimento degli oneri contrattuali, in sede di contrattazione di secondo livello. Le società in oggetto, pubblicano sui rispettivi siti istituzionali e inviano alla Sezione Raccordo al Sistema regionale e alla competente Struttura regionale identificata nella tabella di cui all'art. 1, entro 15 giorni dall'adozione, i suddetti provvedimenti nonché i contratti collettivi decentrati ed i protocolli d'intesa stipulati con le Organizzazioni sindacali che li recepiscono.

SEZIONE RACCORDO AL SISTEMA REGIONALE - REGIONE PUGLIA

17

Direttive in materia di spese di funzionamento delle Società controllate dalla Regione Puglia

Art. 3 Direttive relative alle spese per il personale

1.Programmazione annuale dei fabbisogni di personale

Le società di cui all'art. 1 definiscono annualmente in sede di predisposizione del budget di previsione un **quadro di fabbisogni di personale**, in relazione alle attività da svolgere e lo sottopongono all'Ente socio.

La **programmazione annuale dei fabbisogni di personale** delle società in oggetto è approvata dalla Giunta regionale.

Al fine di avere tutti gli elementi utili per effettuare l'istruttoria propedeutica all'approvazione della Giunta regionale, la società, prima che ne sia deliberata la relativa approvazione dall'organo di amministrazione, deve inviare alla Struttura regionale competente *ratione materiae* e alla Struttura regionale competente per il monitoraggio, una proposta circostanziata e motivata nella quale siano evidenziati elementi quali:

- l'indicazione dei fabbisogni professionali;
- l'attestazione del rispetto dei vincoli normativi e finanziari, statali e regionali;
- l'attestazione della coerenza con budget preventivo, nonché con il programma pluriennale delle attività.

L'istruttoria propedeutica deve essere conclusa dalla Struttura regionale competente di concerto con la Sezione Raccordo al Sistema Regionale entro trenta giorni dalla ricezione della proposta.

Qualora la Struttura regionale competente, ravvisi la necessità di un ulteriore approfondimento, il termine previsto è interrotto, fino all'acquisizione di tutte le informazioni richieste. Il termine di trenta giorni riprende a decorrere, ex novo, una volta pervenute le informazioni richieste.

Qualora la società ravvisi la necessità, in corso d'anno, di procedere a variazioni della programmazione annuale dei fabbisogni, ne dà tempestiva informazione alla Struttura regionale competente e alla Sezione Raccordo al Sistema Regionale, che effettuerà, entro lo stesso termine, una nuova istruttoria, propedeutica all'approvazione della Giunta Regionale.

2.Reclutamento del personale

Le società di cui all'art. 1 sono tenute, qualora non abbiano già provveduto ad adottare/rimodulare tempestivamente un proprio **Regolamento interno che disciplina criteri e modalità per il reclutamento del personale,** nel rispetto dei principi di cui al comma 3 dell'articolo 35 del d.lgs. 165/2001 e dei principi, anche di derivazione comunitaria, di trasparenza, pubblicità e imparzialità. **Il regolamento deve essere pubblicato sul sito istituzionale della società**.

Le Società sono tenute ad inviare alla competente Struttura regionale e alla Sezione Raccordo al Sistema Regionale, le determinazioni relative all'avvio di procedure di reclutamento di personale di qualsivoglia tipologia contrattuale (ivi compresi i rinnovi di contratti a tempo determinato, consulenze, contratti di somministrazione e lavoro,etc.).

Tanto premesso,le società di cui all'art. 1:

- **non possono ricorrere ad assunzioni di personale a tempo indeterminato** dal **23 dicembre 2017** (data di pubblicazione del Decreto del Ministero del lavoro e delle politiche sociali del 9 novembre 2017, di cui al comma 1 dell'art. 25 del TUSP), e **fino al 30 giugno 2018** se non attingendo dagli elenchi dei lavoratori dichiarati eccedenti di cui ai commi 2 e 3 dell'art. 25 del TUSP. Eventuali deroghe, previste esclusivamente ove sia indispensabile personale con profilo infungibile inerente a specifiche competenze e lo stesso non sia disponibile negli elenchi dei lavoratori dichiarati eccedenti di cui sopra, devono essere preventivamente autorizzate dalla Regione o dall'Agenzia nazionale per le politiche attive del lavoro, secondo

SEZIONE RACCORDO AL SISTEMA REGIONALE - REGIONE PUGLIA

Direttive in materia di spese di funzionamento delle Società controllate dalla Regione Puglia

le modalità previste dal comma 5 dell'art. 25 del TUSP e ss.mm e ii. e dal Decreto ministeriale del 9 novembre 2017;

- procedono ad assumere a tempo indeterminato le quote d'obbligo, di cui alla legge 68/1999; le assunzioni di personale appartenente alle categorie protette, ai fini della copertura delle quote d'obbligo, non alimentano il contingente di spesa;
- il ricorso a contratti di lavoro subordinato a tempo determinato e contratti di somministrazione di lavoro a tempo determinato, nonché alle altre **forme contrattuali flessibili** previste dal codice civile e dalle altre leggi vigenti sui rapporti di lavoro nell'impresa, deve essere motivato da **comprovate esigenze di carattere esclusivamente temporaneo o eccezionale** e nel rispetto delle condizioni e modalità di reclutamento stabilite dall'articolo 35 del d.lgs. n. 165/2001. Non è possibile ricorrere alla somministrazione di lavoro per l'esercizio di funzioni direttive e dirigenziali.
  La spesa complessiva sostenuta in ciascun esercizio per le suddette tipologie contrattuali non può superare il tetto del 50% della spesa complessiva sostenuta nell'anno 2016 per le stesse finalità; da tale limite sono esclusi i contratti di lavoro operati mediante risorse comunitarie.

3.Trattamento economico

Fermo **restando l'obbligo,** per le società di cui all'art. 1, **di attenersi al principio generale di graduale riduzione e di contenimento della spesa per il personale,** con azioni da modulare nell'ambito della propria autonomia e da perseguire mediante l'adozione di propri provvedimenti da recepire, ove possibile, nel caso di contenimento degli oneri contrattuali, in sede di contrattazione di secondo livello, che ne garantiscano il concreto perseguimento, si dispone quanto di seguito:

- il **limite massimo del trattamento economico** per il personale dipendente è quello previsto dall'art. 11 co. 6 del TUSP, pari a euro 240.000 annui al lordo dei contributi previdenziali e assistenziali e degli oneri fiscali a carico del beneficiario, tenuto conto anche dei compensi corrisposti da altre pubbliche amministrazioni o da altre società a controllo pubblico. Nel rispetto del suddetto limite massimo, le società rimoduleranno i compensi in relazione all'emanando Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, collocandosi in una delle cinque fasce definite rispetto agli indicatori dimensionali qualitativi e quantitativi indicati nel Decreto stesso;
- le società di cui all'art. 1 non potranno procedere al riconoscimento degli **incrementi economici individuali** qualora non siano stati preventivamente esplicitati i criteri di erogazione in un regolamento interno, oppure in un atto generale, oppure in un contratto aziendale, al fine di assicurare il rispetto di principi di imparzialità e buon andamento;
- le **progressioni di carriera** del personale sono attuati dalla società previa determinazione con regolamento o altro atto generale di criteri che tengano conto almeno:
  a) delle risultanze della comparazione fra curricula in merito al percorso professionale;
  b) di un periodo minimo di permanenza nella qualifica di appartenenza;
  c) dell'esito delle valutazioni annuali delle prestazioni.
- le società di cui all'art. 1 sono tenute, qualora il personale in servizio percepisca una **quota variabile della retribuzione**, a legare tale ammontare al raggiungimento di obiettivi certi e misurabili.
  La retribuzione di risultato della dirigenza, articolata secondo criteri di dettaglio che ogni società definirà nell'ambito della propria programmazione, deve essere collegata anche al rispetto dei parametri gestionali inerenti il contenimento delle spese complessive di funzionamento delle singole Società, ivi compreso il contenimento degli oneri contrattuali.

REGIONE PUGLIA

Direttive in materia di spese di funzionamento delle Società controllate dalla Regione Puglia

Gli organi societari preposti alla valutazione e determinazione dei riconoscimenti di cui sopra dovranno operare sulla base di criteri oggettivi di selettività e merito che ne permettano la riconduzione alla prestazione effettivamente resa dal singolo lavoratore, tenendo conto del contributo reso.
Tanto premesso, si stabilisce che il **trattamento variabile, per il personale dirigente e dipendente, in ciascun esercizio sociale, in termini di incidenza percentuale sulla RAL, sarà contenuto entro i valori consuntivati per l'esercizio 2016.**

Art. 4 Direttive relative alle altre spese di funzionamento

Fermo restando l'obbligo, per le società di cui all'art. 1, **di perseguire l'obbiettivo di riduzione del complesso delle spese di funzionamento** come definite nell'art. 2, consuntivate in ciascun esercizio sociale di riferimento, a partire dall'esercizio 2018, rispetto al corrispondente valore risultante dal bilancio dell'esercizio precedente, con azioni da modulare nell'ambito della propria autonomia da perseguire mediante l'adozione di propri provvedimenti, si dispone quanto di seguito.

1.Incarichi di consulenza, studio e ricerca
Le società di cui all'art. 1 devono contenere le spese per studi, ricerche e incarichi di consulenza (ovvero prestazioni professionali finalizzate alla resa di pareri, valutazioni, espressioni di giudizi, consulenze legali) **nel limite massimo dell'80% della spesa consuntivata nell'esercizio 2016.**
In analogia con le spese per il personale, sono esclusi dai suddetti limiti le spese per studi, ricerche e incarichi di consulenza a valere sui fondi comunitari.
Si richiamano le disposizioni vigenti in ordine agli obblighi di pubblicazione concernenti incarichi conferiti nelle società a controllo pubblico.

2.Spese per missioni e trasferte
Le società di cui all'art. 1 devono disciplinare in apposito regolamento, le modalità di gestione e di trattamento dei rimborsi delle spese sostenute dai dipendenti per ragioni connesse con lo svolgimento di attività lavorative. In particolare devono essere individuate:

a) le spese oggetto di rimborso;
b) il metodo dir rendicontazione e i necessari giustificativi;
c) i limiti di spesa.

Per le spese per missioni e trasferte del personale, le società in oggetto devono attenersi alle disposizioni previste dal Regolamento regionale approvato con DPGR n. 631/2011, le cui indicazioni per il personale dirigenziale della Regione sono da estendersi agli amministratori delle società. Qualora la società sia dotata di autonomo regolamento in materia, provvederà all'adeguamento dello stesso al Regolamento regionale citato.

3.Costi organi societari
Come previsto dalle disposizioni vigenti in materia, l'organo amministrativo delle società a controllo pubblico è costituito, di norma, da un amministratore unico; l'assemblea, con delibera motivata con riguardo a specifiche ragioni di adeguatezza organizzativa e tenendo conto delle esigenze di contenimento dei costi, può disporre che la società sia amministrata da un consiglio di amministrazione composto da tre o cinque membri, ovvero che sia adottato uno dei sistemi alternativi di amministrazione e controllo previsti dal codice civile.
In ordine ai compensi spettanti, fino all'emanazione di apposito Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze e fermo restando il limite massimo di euro 240.000 annui al lordo dei contributi previdenziali e assistenziali e degli oneri fiscali a carico del beneficiario, tenuto conto anche dei compensi corrisposti da altre pubbliche amministrazioni o da altre società a controllo

ACCESSO AL SISTEMA REGIONALE REGIONE PUGLIA

Direttive in materia di spese di funzionamento delle Società controllate dalla Regione Puglia

pubblico, il costo annuale sostenuto per i compensi degli amministratori di tali società, ivi compresa la remunerazione di quelli investiti di particolari cariche, non può superare l'80 per cento del costo complessivamente sostenuto nell'anno 2013.
Nel rispetto del suddetto limite massimo, le società rimoduleranno i compensi degli organi societari in relazione all'emanando Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze collocandosi in una delle cinque fasce definite rispetto agli indicatori dimensionali qualitativi e quantitativi indicati nel Decreto stesso.

4.Approvvigionamento di beni e servizi

1.Programmazione degli acquisti
Ai sensi del dell'articolo 21, comma 6, del Decreto Legislativo 18 aprile 2016, n. 50, "Codice dei Contratti Pubblici", le Società di cui all'art. 1 segnalano alla Sezione Gestione Integrata Acquisti, che opera nell'ambito della Segreteria Generale della Presidenza:

- entro il 31 dicembre il programma biennale di forniture e servizi, e i relativi aggiornamenti, che contengono gli acquisti di beni e di servizi di importo unitario stimato pari o superiore a 40.000 euro;
- entro il mese di ottobre, l'elenco delle acquisizioni di forniture e servizi d'importo superiore a 1 milione di euro che prevedono di inserire nella programmazione biennale al Tavolo tecnico dei soggetti di cui all'articolo 9, comma 2, del decreto legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, che li utilizza ai fini dello svolgimento dei compiti e delle attività ad esso attribuiti.

Fermo restando quanto previsto dal comma 3 dell'articolo 9 del d.l. 66/2014, convertito, con modificazioni, dalla l. 89/2014, con deliberazione di Giunta regionale da adottarsi entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del bilancio di previsione, sulla base dell'analisi svolta dalla struttura regionale competente e in ragione delle risorse messe a disposizione dal bilancio regionale, sono individuati le categorie di beni e servizi e i lavori che la Regione e i soggetti di cui all'art. 1 acquisiscono in forma aggregata o comunque facendo ricorso alle attività del Soggetto aggregatore regionale nell'anno di riferimento.

2.Modalità di Acquisizione
Ambiti merceologici individuati dal DPCM 24 dicembre 2015
Per l'acquisizione di beni e servizi delle categorie merceologiche e relative soglie individuate dal DPCM del 24/12/2015, le Società di cui all'art. 1 sono tenute a ricorre al Soggetto Aggregatore regionale - InnovaPuglia SpA.

Ambiti merceologici ulteriori rispetto al DPCM 24 dicembre 2015
Per gli acquisti su ambiti merceologici diversi da quelli individuati dal DPCM 24 dicembre 2015, le Società di cui all'art. 1 sono tenute ad approvvigionarsi tramite convenzioni e accordi quadro conclusi da InnovaPuglia o Consip.
Conseguentemente le Società di cui all'art. 1 dovranno verificare che siano disponibili:

a) convenzioni attive di InnovaPuglia e/o Consip (rif. art. 1, comma 449 della Legge 27 dicembre 2006, n. 296). Qualora le Convenzioni InnovaPuglia o Consip non siano attive ma sull'ambito merceologico richiesto sia già stata programmata un'iniziativa da parte di InnovaPuglia, le Società interessate potranno approvvigionarsi autonomamente con un contratto ponte fino alla data di attivazione dell'iniziativa InnovaPuglia, inserendo apposita clausola di risoluzione anticipata vincolata a tale data, di cui all'art. 21, comma 4, della legge regionale 1 agosto 2014, n. 37.

RACCORDO AL SISTEMA REGIONALE REGIONE PUGLIA

Direttive in materia di spese di funzionamento delle Società controllate dalla Regione Puglia

b) In assenza di strumenti di cui al punto 1) le Società di cui all'art. 1 si approvvigioneranno autonomamente, o in forma aggregata, ricorrendo al sistema telematico di negoziazione messo a disposizione dal Soggetto aggregatore regionale.

In particolare, si precisa che per le procedure di gara per l'acquisizione di beni e servizi di valore inferiore alla soglia comunitaria e maggiori di mille euro le Società di cui all'art. 1 sono tenute al sistema telematico di negoziazione (EmPULIA) messo a disposizione dal Soggetto aggregatore regionale (legge di Stabilità 2016) svolgendo un'indagine di mercato o invitando gli operatori economici iscritti nell'Albo dei Fornitori *on line* della Regione Puglia per la tipologia merceologica inerente l'oggetto della gara. Nel caso in cui sul predetto Albo non sia presente la specifica categoria merceologica oggetto dell'affidamento, si procede a selezionare sul libero mercato gli operatori economici da invitare, mediante pubblicazione di Avviso Pubblico sul sito www.empulia.it di InnovaPuglia.
Le Società di cui all'art. 1 saranno libere, invece, di effettuare l'acquisto con modalità elettronica o meno per importi inferiori a mille euro, con l'avvertenza che tale importo dovrà tenere conto del principio di non artificioso frazionamento, pena l'elusione dall'obbligo normativo (Legge di Stabilità 2016).
Resta comunque salva, per importi inferiori alla soglia comunitaria, la possibilità di ricorrere al mercato elettronico della pubblica amministrazione (MePA).
Le Società di cui all'art. 1, che allo stato hanno in uso una piattaforma di *e-procurement* diversa, possono derogare dall'utilizzo del sistema di negoziazione regionale EmPULIA, fermo restando l'obbligo, prima della scadenza del relativo contratto, di valutare la possibilità, anche sotto il profilo della congruità economica, di transitare verso la piattaforma della società *in house* InnovaPuglia.
I Contratti stipulati con gli operatori economici risultati aggiudicatari devono prevedere espressamente la facoltà delle Società di cui all'art. 1, di recedere in qualsiasi tempo dal contratto, previa formale comunicazione all'appaltatore e fermo restando il pagamento delle prestazioni già eseguite, nel caso in cui risulti più conveniente far luogo all'acquisizione della parte residua della fornitura o del servizio aderendo alle convenzioni o agli accordi quadro stipulati dal Soggetto Aggregatore InnovaPuglia. Non si fa luogo al recesso ove l'appaltatore acconsenta alla rinegoziazione del contratto al fine di allinearlo con le condizioni previste dalle convenzioni o dagli accordi quadro stipulati dal Soggetto Aggregatore (Art. 21, comma 5 della L.R. n. 37/2014).
Le Società di cui all'art. 1 contribuiscono al conseguimento degli obiettivi ambientali previsti dal Piano d'azione per la sostenibilità ambientale dei consumi nel settore della pubblica amministrazione attraverso l'inserimento, nella documentazione progettuale e di gara, almeno delle specifiche tecniche e delle clausole contrattuali contenute nei criteri ambientali minimi adottati con decreto del Ministro dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare e conformemente, in riferimento all'acquisto di prodotti e servizi nei settori della ristorazione collettiva e fornitura di derrate alimentari, anche a quanto specificamente previsto nell'articolo 144 del D.Lgs. n. 50/2016.
Le società di cui all'art. 1, nell'espletamento della loro attività contrattuale, per la stipula delle scritture private ovvero dei contratti rogati nella forma pubblico-amministrativa in formato digitale, possono chiedere di farsi assistere dall'Ufficiale Rogante della Regione Puglia, inoltrando la relativa richiesta al responsabile della Struttura in cui è incardinato (Sezione Gestione Integrata Acquisti) a termini dell'art. 2, comma 5, della "disciplina dell'esercizio dell'attività contrattuale dell'amministrazione regionale della Puglia" adottata con D.G.R. n. 2820 del 30 dicembre 2014.

Le società di cui all'art. 1, ai fini della predisposizione del programma biennale degli acquisti di forniture e servizi e dei relativi elenchi annuali e aggiornamenti annuali, consultano, ove disponibili, le pianificazioni delle attività dei soggetti aggregatori e delle centrali di committenza, anche ai fini del rispetto degli obblighi di utilizzo di strumenti di acquisto e di negoziazione previsti dalle vigenti disposizioni in materia di contenimento della spesa.

ACCORDO AL SISTEMA REGIONALE REGIONE PUGLIA

Art. 5 Vigilanza e controllo

Al fine di consentire l'esercizio dei poteri di vigilanza e controllo da parte della Regione Puglia, le società di cui all'art. 1, trasmettono alla **Sezione Raccordo al Sistema Regionale**, **entro 30 giorni dall'approvazione del bilancio di ciascun esercizio**, una **relazione riepilogativa** dei dati economici di riferimento, asseverata dai rispettivi organi di controllo contabile, che attesti il rispetto delle misure stabilite dal presente atto di indirizzo; eventuali scostamenti dagli obiettivi di spesa stabiliti con il presente atto, qualora non riassorbiti mediante azioni correttive nel corso dell'esercizio, devono essere dettagliatamente motivati nella relazione in oggetto.

Il mancato ed ingiustificato raggiungimento degli obiettivi di contenimento della spesa previsto dal presente atto di indirizzo è valutato ai fini della revoca degli incarichi degli organi di direzione, amministrazione e controllo nominati nelle Società.

LA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA
E' COMPOSTA DA N. 23
FACCIATE.

SEZIONE RACCORDO AL SISTEMA REGIONALE
REGIONE PUGLIA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 6 febbraio 2018, n. 129

Programma Operativo 2016-2018. Piano delle azioni avviate nel biennio 2016-2017 e delle misure da attuare nel 2018.

Il Presidente della Regione Puglia, sulla base dell'istruttoria espletata dalla Sezione Amministrazione, Finanza e Controllo, di concerto con le Sezioni Strategia e Governo dell'Offerta, Risorse Strumentali e Tecnologiche, Promozione della Salute e del Benessere e Inclusione Sociale Attiva e Innovazione delle reti sociali, e confermata dal Direttore del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere sociale e dello sport per tutti, riferisce quanto segue:

- Vista l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005;
- Visto l'art. 1 comma 180 della legge 311/2004, richiamato dal comma 97 art. 2 della legge 191/2009;
- Visto il Piano di Rientro 2010-2012 recepito con Delibera dì Giunta Regionale n. 2624 del 30/11/2010 e con Legge Regionale n. 2/2011.
- Visto il Programma Operativo 2013-2015 approvato con Deliberazione di Giunta regionale n. 1403 del 4/7/2014.
- Preso atto che al fine dì ultimare le azioni di riqualificazione del SSR con nota prot. AOO_005/200 del 6 aprile 2016 la Regione Puglia ha formalizzato, al Ministero della Salute ed al Ministero dell'Economia e delle Finanze, l'intenzione di avvalersi della facoltà prevista dall'articolo 15, comma 20, del Decreto Legge n. 95/2012, convertito con modificazioni con Legge n. 135/2012, sulla possibilità di prosecuzione del Piano di rientro attraverso un Programma Operativo per gli anni 2016 - 2018;
- Visto il verbale della Riunione Congiunta del Tavolo tecnico per la Verifica degli Adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la Verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza del 21 marzo 2017, con cui alla Regione Puglia è stata richiesta la trasmissione di una nuova bozza del Piano Operativo sulla scorta di una serie di indicazioni fornite dallo stesso Tavolo;
- Vista la proposta di Piano Operativo 2016 - 2018 trasmessa al Tavolo Tecnico giusto prot. Sistema Documentale Piani di Rientro n. 74 - A del 21/04/2017;
- Visto il verbale della Riunione Congiunta del Tavolo tecnico per la Verifica degli Adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la Verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza del 25 luglio 2017 con cui è stato approvato il Piano Operativo formulato dalla Regione Puglia, con specifiche osservazioni suggerite dal medesimo Tavolo;
- Vista la nota prot. AOO_005/426 del 21 novembre 2017 con cui sono stati forniti chiarimenti in merito alle osservazioni formulate riguardo alla proposta di PO 2016-2018 con riferimento ai vincoli di cui al decreto legge n. 95/2012;
- Visto, infine, il verbale della Riunione Congiunta del Tavolo tecnico per la Verifica degli Adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la Verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza del 23 novembre 2017 con cui, è stato approvato in maniera definitiva il Piano Operativo 2016 - 2018 così come modificato ed integrato sulla base dei suggerimenti di cui al citato verbale della riunione del 25 luglio, che riguardano in particolare gli screening oncologici; la definizione di un provvedimento unico di programmazione della rete ospedaliera che incorpori le reti tempo-dipendenti e le reti cliniche; l'accreditamento istituzionale; la definizione di un provvedimento unico di programmazione dell'assistenza territoriale;
- Preso atto inoltre che in sede di verifica ministeriale si terrà presente che, rispetto al conto economico tendenziale e programmatico giusta proposta inviata il 21 aprile, si procederà alla riclassificazione ed aggiornamento delle quote del FSN di competenza del 2017, tenuto conto delle Intese CSR, all'aggiornamento delle rettifiche degli investimenti con fondi propri, della voce altro payback sulla base dell'aggiornamento delle voci contabili, e degli accantonamenti per il personale dipendente e convenzionato così come comunicato durante la verifica del 23 novembre u.s. secondo quanto disposto dall'articolo 2 del DPCM 27/02/2017;
- Preso atto che, con riferimento alla verifica degli adempimenti LEA, dalle risultanze del sopracitato Tavolo del 23 novembre 2017, è emerso che la Regione Puglia ha ottenuto un netto miglioramento con riferimento

agli indicatori riportati nella griglia di valutazione che hanno consentito di conseguire un punteggio di 169, avanzando di ben 14 punti rispetto al 2015 (da 155 a 169);

- Viste le due note del Dipartimento Salute trasmesse al Tavolo Tecnico Ministeriale attraverso il sistema informativo SIVEAS (protocollo n. 131 del 07/07/2017 e n. 190 del 07/11/2017) ad oggetto "Stato di avanzamento delle attività finalizzate alla realizzazione degli obiettivi prioritari del Programma Operativo 2016 - 2018";
- Considerato che complessivamente il Tavolo ha valutato positivamente le azioni pianificate dalla Regione nella bozza di Programma Operativo e realizzate nel biennio 2016-2017 e che sono stati confermati i positivi risultati in materia di controllo della spesa farmaceutica e di pagamento dei fornitori, oltreché in tema di assistenza ospedaliera;
- Tenuto conto che, dallo stesso verbale, emerge la conferma del superamento di tutti gli adempimenti relativi all'esercizio 2015, con sblocco delle relative spettanze di cassa residue pari a 209,858 mln di euro;
- Tutto ciò considerato, si propone di adottare le azioni in materia di attuazione del Programma Operativo 2016 - 2018 analiticamente riportate nell'allegato A parte integrante alla presente Proposta di Deliberazione di Giunta.

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS.VO n. 118/2011 e ss.mm.ii.

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale, in quanto trattasi di atto di natura programmatoria.
Il Presidente, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del seguente atto finale ai sensi della L. R. n. 7/97, art. 4, lett. k.

LA GIUNTA

- Udita la relazione e la conseguente proposta del Presidente;
- Viste la sottoscrizione posta in calce al presente provvedimento dall'Istruttore Ammnistrativo, dal Dirigente della Sezione Amministrazione Finanza e Controllo, dal Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, dal Dirigente della Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche, dal Dirigente della Sezione Promozione della Salute e del Benessere e dal Dirigente della Sezione Inclusione Sociale attiva e Innovazione delle reti attive, e del Direttore del Dipartimento per la Promozione della Salute, del benessere sociale e dello sport per tutti;
- A voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

- Di approvare tutto quanto esposto in narrativa, che si intende come integralmente riportato;
- Di adottare le azioni in materia di attuazione del Programma Operativo 2016 - 2018 analiticamente riportate nell'allegato A parte integrante del provvedimento;
- di dare mandato ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliero Universitarie e degli IRCCS pubblici del Servizio Sanitario Regionale di garantire una puntuale ed omogenea applicazione delle azioni previste dal Piano Operativo e dagli atti di programmazione e di indirizzo regionali derivanti dalla attuazione dello stesso Piano;
- di dare mandato al Commissario straordinario dell'ARESS Puglia dì assicurare l'attuazione delle azioni di competenza dell'Agenzia rinvenienti dal suddetto Piano Operativo;
- di autorizzare il Direttore del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti, a procedere, con propria Determina, all'eventuale aggiornamento od integrazione del presente Programma Operativo, ove richiesto dal Tavolo di Verifica Adempimenti e Comitato LEA;
- Di pubblicare il presente atto sul BURP.

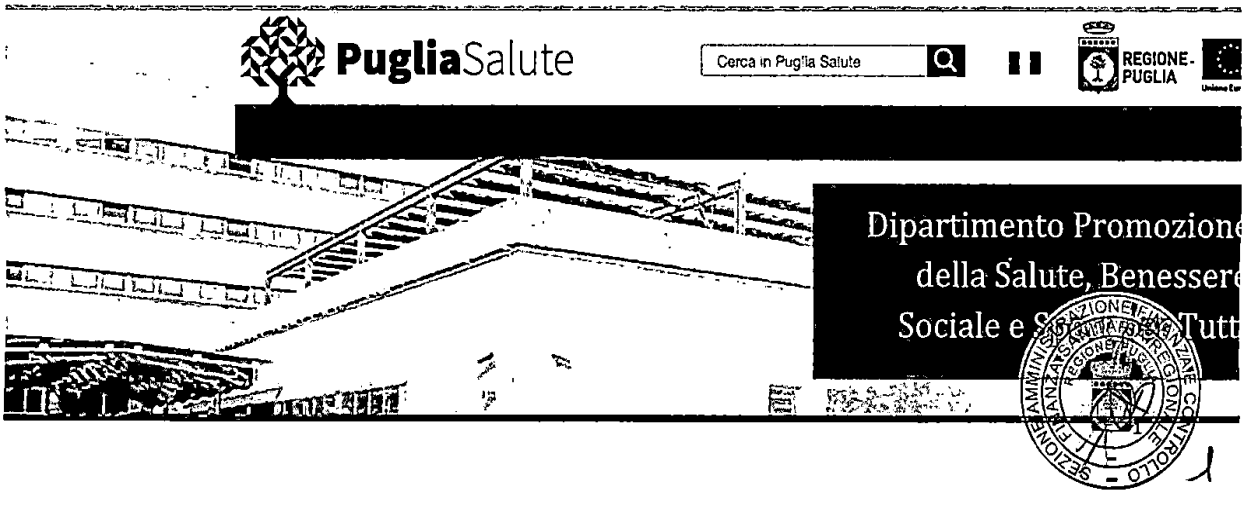
IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
CARMELA MORETTI

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
MICHELE EMILIANO

REGIONE PUGLIA

PROGRAMMA OPERATIVO 2016-2018

Versione 26/01/2018



Sommario

PREMESSA 5
La Puglia e il Piano di Rientro 5
Programma Operativo 2013 - 2015 8
Programma Operativo 2016-2018 9
LA DOMANDA DI SALUTE 12
1.1 IL CONTESTO GEO-DEMOGRAFICO 12
1.2 IL CONTESTO EPIDEMIOLOGICO 16
1.3 LE CRONICITÀ 25
1.4 LE AREE A RISCHIO DI CRISI AMBIENTALE 29
GLI OBIETTIVI E LA STRUTTURA DI PROGRAMMA 37
2.1 NUOVI OBIETTIVI: COMPLETARE TRIENNIO 2013-2015 37
2.2 NUOVI OBIETTIVI: CRITICITÀ DA GRIGLIA LEA 39
2.3 GOVERNANCE E MONITORAGGIO DEL PROGRAMMA OPERATIVO 41
[GOPRO] GOVERNARE LE LEVE DI PROMOZIONE DELLA SALUTE E I PROGRAMMI DI PREVENZIONE DELLE DETERMINANTI DI MALATTIA 44
PROGRAMMA GOPRO SICAM 44
PROGRAMMA GOPRO 01: SCREENING ONCOLOGICI 46
Intervento GOPRO 01.01: Potenziamento Screening Mammografico 50
Intervento GOPRO 01.02: Potenziamento Screening Cervice Uterina 53
Intervento GOPRO 01.03: Potenziamento Screening Colon Retto 56
PROGRAMMA GOPRO 02: COPERTURA VACCINALE 57
Intervento GOPRO 02.01: Estensione copertura vaccinale anti MRP 59
Intervento GOPRO 02.02: Estensione copertura antinfluenzale over 65 61
[GOTER] GOVERNARE LO SVILUPPO DEI PROCESSI DI PROSSIMITÀ E PROATTIVITÀ DEI SERVIZI DI CURA E ASSISTENZA 63
PROGRAMMA GOTER 00: LA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE DI ASSISTENZA TERRITORIALE DELLA REGIONE PUGLIA 63
PROGRAMMA GOTER 01: CARE PUGLIA 3.0 64
PROGRAMMA GOTER 02: RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI 70
Intervento GOTER 02.01: Rete dell'Assistenza Residenziale ExtraOspedaliera a Elevato Impegno Sanitario (RSA R1) 72
Intervento GOTER 02.02: Rete dell'Assistenza Residenziale e Semiresidenziale per Disabili 74
Intervento GOTER 02.03: Rete dell'Assistenza Residenziale Anziani non Autosufficienti 79
Intervento GOTER 02.04: Rete dell'Assistenza Riabilitativa e Socio-riabilitativa Residenziale, Semiresidenziale e Domiciliare per persone con disturbi mentali 2

SEZIONE AMMINISTRAZIONE FINANZA E CONTROLLO - REGIONE PUGLIA - FINANZA SANITARIA REGIONALE

Intervento GOTER 02.05: Rete dei Presidi Territoriali di Assistenza - Definizione protocolli operativi dei PTA – Ospedali di Comunità 86
Intervento GOTER 02.06: Rete Laboratori Patologia clinica- Razionalizzazione laboratori pubblici e definizione dei criteri per la riorganizzazione dell'attività dei laboratori privati 95
Intervento GOTER 02.07: Potenziamento dell'Assistenza Domiciliare 98
Intervento GOTER 02.08: Potenziamento delle Cure Palliative Domiciliari 100
Intervento GOTER 02.09: Implementazione della Rete per i Disturbi dello Spettro Autistico 101
Intervento GOTER 02.10: Monitoraggio adeguamento schemi di accordi contrattuali con gli erogatori privati 102
Intervento GOTER 02.11: Razionalizzazione della spesa per l'assistenza protesica 105
Intervento GOTER 02.12: RETE EUCA (Emergenza, Urgenza e Continuità Assistenziale) 106
Intervento GOTER 02.13: Accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie 108
Intervento GOTER 02.14 Rete dell'Assistenza riabilitativa residenziale, semiresidenziale e territoriale per le Dipendenze Patologiche 111
[GOOSP] IMPLEMENTARE UNA NUOVA RETE OSPEDALIERA IN ADERENZA A STANDARD DI CURA, SICUREZZA, EFFICIENZA E UMANIZZAZIONE 113
PROGRAMMA GOOSP 01: PIANO DI RIORDINO OSPEDALIERO 113
Intervento GOOSP 01.01: Implementazione Rete Ospedaliera 113
Intervento GOOSP 01.02: Implementazione Reti di Patologia 117
Intervento GOOSP 01.03: Implementazione Reti Tempo-Dipendenti 122
Intervento GOOSP 01.04: Investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie 123
Intervento GOOSP 01.05: Protocolli di Intesa Regione - Università 126
PROGRAMMA GOOSP 02: PIANI DI RIENTRO OSPEDALIERI EX L 208/2015 127
Intervento GOOSP 02.01: Piani di Rientro Triennali AOU/IRCCS (2017-2019) 128
Intervento GOOSP 02.02: Piani di Rientro di Preliminari Presidi ASL (2017) 131
Intervento GOOSP 02.03: Piani di Rientro Triennali Presidi ASL (2018-2020) 138
Intervento GOOSP 02.04: Activity Based Funding a Costi Standard 138
Intervento GOOSP 02.05: Miglioramento dell'appropriatezza clinica e organizzativa delle prestazioni sanitarie 139
Intervento GOOSP 02.06: Audit PNE 140
PROGRAMMA GOOSP 03: GOVERNO DELLA MOBILITÀ SANITARIA INTERREGIONALE 141
Intervento GOOSP 03.01: Stipula di accordi interregionali di scambio assistenziale 141
PROGRAMMA GOOSP 04: GESTIONE INTEGRATA DELLA SICUREZZA OSPEDALIERA 142
Intervento GOOSP 04.01: Istituzione Sistema Integrato Gestione Sicurezza 142
[GOFAR] - FARMACI ED ASSISTENZA FARMACEUTICA 145
PROGRAMMA GOFAR 01: DISTRIBUZIONE DIRETTA di FARMACI e CONSUMI OSPEDALIERI
Intervento GOFAR 01.01: Distribuzione diretta di farmaci in fascia A 148

SEZIONE FINANZA E CONTROLLO - REGIONE PUGLIA - AMMINISTRAZIONE REGIONALE SANITARIA

Intervento GOFAR 01.02: Sistema di Logistica Avanzata Centralizzato 150
Intervento GOFAR 01.03: Consumo di farmaci in ambito ospedaliero ed in distribuzione diretta 151
Intervento GOFAR 01.04: Aggregazione e centralizzazione delle gare dei farmaci 156
PROGRAMMA GOFAR 02: SISTEMA DISTRIBUZIONE PER CONTO 158
Intervento GOFAR 02.01: Potenziamento Funzione Regionale PHT 158
Intervento GOFAR 02.02: Revisione Accordo Regionale DPC 159
PROGRAMMA GOFAR 03: APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA E ADERENZA TERAPEUTICA 160
Intervento GOFAR 03.01: Appropriatezza Prescrittiva e Aderenza Terapeutica dei farmaci a maggiore impatto sulla spesa farmaceutica convenzionata. 160
Intervento GOFAR 03.02: Governo Farmaci Innovativi Oncologici 167
PROGRAMMA GOFAR 04: GOVERNANCE FARMACEUTICA REGIONALE 169
Intervento GOFAR 04.01: Commissione e Prontuario Regionale 169
Intervento GOFAR 04.02: Risk Sharing 172
Intervento GOFAR 04.03: Sistema Direzionale Farmaceutico 174
[GOAMM] INNOVARE E GOVERNARE I PROCESSI DI SUPPORTO E COMPLEMENTO TECNICO-AMMINISTRATIVO PER LA SALUTE 178
PROGRAMMA GOAMM 01: CENTRALIZZAZIONE ACQUISTI 178
PROGRAMMA GOAMM 02: ARMONIZZAZIONE E REGOLARITÀ AMM.VO-CONTABILE 184
Intervento GOAMM 02.01: Tempestività Pagamento Fornitori 184
Intervento GOAMM 02.02: Sistemi di Contabilità Analitica 187
Intervento GOAMM 02.03: Miglioramento Organizzativo *Lean* 193
Intervento GOAMM 02.04 – Certificabilità dei bilanci del SSR 194
PIANO ASSUNZIONALE 200
Fabbisogno ed esigenze assunzionali 200
Personale cessato 202
Personale a tempo determinato e con altre forme di lavoro flessibile 203
Prestazioni aggiuntive 204
Spesa Programmatica 2017 e 2018 204
Dotazioni Organiche e fondi aziendali 205
Attività Libero Professionale Intramuraria 205
COSTRUZIONE DEL TENDENZIALE E PROGRAMMATICO 207
MEZZI DI COPERTURA: EQUILIBRIO SSR 215
Allegati Modelli CE e Modelli LA 219
Allegato – Intervento GOFAR.01.01. Potenziamento distribuzione diretta di farmaci 220
Allegato– Specifici interventi per l'area di Taranto 224

SEZIONE AMMINISTRAZIONE FINANZA E CONTROLLO
REGIONE PUGLIA
FINANZA SANITARIA REGIONALE

PREMESSA

La Puglia e il Piano di Rientro

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

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

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

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

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

La legge 191/2009prevedeper le Regioni inadempienti per motivo diverso dal disequilibrio economico-finanziario (come la Puglia) la possibilità di presentare il piano di rientro entro il 30/4/2010, a pena di definitiva perenzione delle trattenute sanitarie degli

SEZIONE AMMINISTRAZIONE FINANZA E CONTROLLO

5

anni precedenti a favore dell'entrata erariale. La norma è formulata con richiamo all'art. 1 comma 180 della legge 311/2004.

Pertanto la Regione Puglia, in ottemperanza di quanto previsto ai sensi delle norme richiamate, in data 28 Aprile 2010 richiedeva la sottoscrizione di un piano di rientro per la riattribuzione dei maggiori finanziamenti (all'epoca ancora trattenuti) relativi alle annualità 2006 e 2008, allegando alla richiesta una proposta di **Piano di Rientro 2010-2012**, che veniva successivamente approvato in data 29/11/2010 all'atto della sottoscrizione dell'**Accordo** con il Ministero della Salute e con il Ministero della Economia e delle Finanze e in seguito recepito con **Delibera di Giunta Regionale n. 2624 del 30/11/2010** e con **Legge Regionale n. 2/2011.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Programma Operativo 2013 - 2015

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

Nel corso della riunione del 9 novembre 2012, in relazione alle criticità in essere e al fine di consolidare e rendere effettivamente strutturali gli interventi previsti nel Piano di rientro, il Tavolo Adempimenti Regionali con il "Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza"(Comitato Verifica LEA per il seguito) ha chiesto alla Regione di redigere ed adottare il Programma operativo per gli anni 2013- 2015 avvalendosi di quanto previsto al comma 20 dell'articolo 15 del Dl 95/2012, convertito, con modificazioni, dalla legge 135/2012.

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

- dotare il SSR di strumenti in grado di garantirne il governo complessivo;
- implementare le azioni "strutturali" nei confronti del SSR, in grado di assicurare nel tempo la sua sostenibilità;
- proseguire il percorso già avviato e relativo allo sviluppo di azioni di efficientamento del sistema, con la finalità di migliorare la qualità dell'assistenza e il percorso di

8

accesso a cure appropriate e adeguate ai bisogni di salute della popolazione, garantendo al contempo meccanismi di razionalizzazione dei costi e dell'uso delle risorse.

La Regione, il 26 aprile 2013, ha trasmesso al Tavolo Adempimenti Regionali la bozza del Programma Operativo 2013- 2015.

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

In data 13 dicembre 2013, in esito alle osservazioni sulla bozza dei PP.OO. evidenziate dal Ministero della Salute nel corso dell'incontro tenutosi in data 27 novembre 2013, la Regione ha trasmesso un aggiornamento sulla proposta di Programma Operativo 2013-2015.

In data 4 aprile 2014 il Tavolo Adempimenti Regionali con il Comitato Verifica LEA ha verificato la nuova bozza del Programma Operativo 2013-2015 trasmessa dalla Regione e, all'esito della riunione, ha disposto che la Regione potesse procedere all'adozione formale del provvedimento, con delibera di Giunta regionale, che recepisse le prescrizioni riportate nel verbale della riunione stessa.

In conformità alle indicazioni del Tavolo e del Comitato, previo recepimento delle prescrizioni riportate nel verbale datato 04/04/2014, con Deliberazione di Giunta regionale n. 1403 del 4/7/2014 si è proceduto all'approvazione definitiva del Programma Operativo 2013-2015.

Programma Operativo 2016-2018

Nella sessione congiunta del 5 novembre 2015 del Tavolo Adempimenti Regionali e del Comitato Verifica LEA è stato rilevato il mancato raggiungimento di alcuni obiettivi del precedente Programma Operativo 2013-2015 e una situazione di strutturale squilibrio economico-finanziario del sistema sanitario regionale, dovuta in massima parte all'incidenza della spesa farmaceutica, accentuata anche dai costi per i farmaci innovativi.

Il risultato 2015 invero ha risentito di diverse variabili:

- L'introduzione in Italia di un nuovo farmaco innovativo per la cura definitiva della epatite C. Gli acquisti per tale farmaco in Puglia hanno superato i 120 milioni di euro. Per tale voce di spesa il Ministero della Salute ha previsto un finanziamento vincolato ex L. 190/2014 (art. 1 comma 593). Pur tenendo conto delle somme ricevute a titolo di "payback" (Determine AIFA n. 982/2015, n. 1427/2015, n. 227/2016, n. 445/2016) la spesa è risultata per tutte le regioni superiore al finanziamento;
- Riduzione del fondo sanitario tra ordinario e vincolato di circa 87 mln di euro (35 mln di quota indistinta - 39,8 obiettivi di piano – 8,6 Emersione stranieri – 3,2 Aids – 0,3 Fibrosi – 0,2 Hanseniani);
- Incidenza della Rettifica di contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti (minori ricavi) per circa 70 milioni di euro.

FINANZA CONTABILITÀ E CONTROLLO - SEZIONE AMMINISTRAZIONE FINANZIARIA SANITARIA REGIONE PUGLIA

9

- Iscrizione straordinaria delle somme di Payback Farmaceutico (113 milioni di euro) ex DL 179/2015 poi confluito nell'articolo 1, co. 702 e 703, della legge n. 208/15;

Il risultato finale 2015 presentava un disavanzo di -54 mln di euro coperti con il contributo regionale di 60 mln di euro previsto con la LR 35/2015 per integrare essenzialmente le risorse necessarie per l'acquisto dei farmaci per la cura dell'epatite C.

Nel 2016 si è registrato un incremento della quota del FSN che ha sostanzialmente compensato le minori entrate di payback iscritte nel 2015.

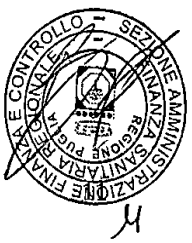
Sulla scorta delle citate circostanze la Regione Puglia, con nota prot. AOO005/000200 del 6 aprile 2016, ha formalizzato l'intenzione di avvalersi della facoltà prevista dall'articolo 15, comma 20, del decreto legge n. 95/2012 in merito alla prosecuzione del Piano di rientro mediante un Programma Operativo per gli anni 2016-2018.

Sulla scorta del confronto, delle condivisioni e delle indicazioni emerse nella sessione congiunta del Tavolo Adempimenti Regionali e del Comitato Verifica LEA del 26 luglio 2016, preso atto delle inadempienze riscontrate rispetto agli obiettivi del precedente Programma Operativo e dell'urgenza di porre soluzione al disavanzo economico-finanziario che si è attestato su -54 milioni di euro come da Consuntivo 2015, la Regione formula il Programma Operativo 2016-2018, articolato in obiettivi, interventi e azioni che consentano di ottemperare alle specifiche prescrizioni del verbale del 26 luglio 2016 e di seguito elencate:

a. adempimento a quanto previsto dal D.M. n. 70/2015 e dalla legge di stabilità 2016 in materia di riorganizzazione della rete ospedaliera e della emergenza-urgenza. In particolare: dimensionamento delle discipline pubbliche e private rispetto ai bacini di utenza; all'articolazione della rete dell'emergenza-urgenza con individuazione dei nodi della rete nonché il relativo cronoprogramma degli interventi;
b. rivisitazione delle reti di specialità in conformità alla rete ospedaliera, con particolare riferimento a quella oncologica, cardiologica, pediatrica, malattie rare, riabilitativa;
c. riguardo al percorso nascita, attuazione di quanto stabilito nell'Accordo in Conferenza Unificata n. 137/CU del 16/12/2010;
d. potenziamento attività di prevenzione con particolare riferimento agli screening oncologici e a quelli relativi alle malattie rare;
e. interventi previsti sulla rete laboratoristica (pubblica e privata) e sulla rete territoriale (anche in considerazione delle osservazioni già formulate, in particolare sui PTA);
f. Protocolli d'intesa con le Università, così come programmato con le Università di Bari e Foggia;
g. equilibrio economico;
h. tempi di pagamento dei fornitori.

Alla luce delle osservazioni del Tavolo Adempimenti Regionali e del Comitato Verifica LEA sui documenti trasmessi dalla Regione Puglia in relazione alla bozza di Programma Operativo (prot. Sistema Documentale Piani di Rientro n. 74 – A del 21/04/2017); del verbale della Riunione Congiunta del Tavolo tecnico per la Verifica degli Adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la Verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza del 25 luglio 2017 con cui è stato approvato il Programma Operativo formulato dalla Regione Puglia, con specifiche

osservazioni suggerite dal medesimo Tavolo; della nota prot. AOO_005/426 del 21 novembre 2017 con cui sono stati forniti chiarimenti in merito alle osservazioni formulate riguardo alla proposta di PO 2016-2018 con riferimento ai vincoli di cui al decreto legge n. 95/2012, il Tavolo tecnico per la Verifica degli Adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la Verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza del 23 novembre 2017 ha quindi approvato in maniera definitiva il Programma Operativo 2016 – 2018 della Regione Puglia, che riporta le modifiche ed integrazioni formulate sulla base dei suggerimenti di cui al verbale della riunione del 25 luglio 2017, nonché le azioni realizzate *medio tempore,* così come comunicato dalla Regione nelle relazioni sullo stato di avanzamento trasmesse al Sistema Documentale Piani di Rientro (prot. nn. 49 - A del 01/03/2; 131 - A del 07/07/2017; 190 - A del 07/11/2017).



CAPITOLO I

LA DOMANDA DI SALUTE

1.1 IL CONTESTO GEO-DEMOGRAFICO

La Puglia è la regione più orientale d'Italia e con circa 800 chilometri di coste è una delle regioni italiane con maggiore sviluppo costiero.

Il territorio pugliese è pianeggiante per il 53,3%, collinare per il 45,3% e montuoso solo per l'1,4%, il che la rende la Puglia la regione meno montuosa d'Italia. I monti più elevati si trovano nel subappennino Dauno, nella zona nord-occidentale, al confine con la Campania, dove si toccano i 1152 m del Monte Cornacchia, e sul promontorio del Gargano, a nord-est con i 1055 m del monte Calvo.

Il territorio collinare pugliese è suddiviso tra la Murgia e le serre salentine. La Murgia è una subregione pugliese molto estesa, corrispondente a un altopiano carsico di forma rettangolare compresa per gran parte nella provincia di Bari e in quella di Barletta-Andria-Trani. Si estende a occidente toccando la provincia di Matera, in Basilicata; inoltre si prolunga verso sud nelle province di Taranto e Brindisi. Le serre salentine, invece, sono un elemento collinare che si trova nella metà meridionale della provincia di Lecce.

Le pianure sono costituite dal Tavoliere delle Puglie, che rappresenta la più vasta pianura d'Italia dopo la Pianura Padana e occupa quasi la metà della Capitanata; dalla Pianura Salentina, un vasto e uniforme bassopiano del Salento che si estende per gran parte del brindisino (piana brindisina), per tutta la parte settentrionale della provincia di Lecce, fino alla parte meridionale della provincia di Taranto, e dalla fascia costiera della Terra di Bari, quella parte di territorio stretto tra le Murge e il mare Adriatico e comprendente l'intero litorale dalla foce dell'Ofanto fino a Fasano.

Tab.1 - Popolazione e suddivisione amministrativa (2015)

Provincia	Numero Comuni	Popolazione	Superficie (km^2)
Bari	41	1.266.379	3.821
Barletta-Andria-Trani	10	394.387	1.543
Brindisi	20	400.721	1.840
Foggia	61	633.839	6.965
Lecce	97	806.412	2.759

SEZIONE AMMINISTRATIVA FINANZIARIA REGIONE PUGLIA CONTROLLO FINANZIARIO

12

12

Provincia	Numero Comuni	Popolazione	Superficie (km^2)
Taranto	29	588.367	2.430
REGIONE	**258**	**4.090.105**	**19.358**

Sono 19 i Comuni pugliesi che hanno almeno 40.000 abitanti, e tra questi tutte le città capoluogo di provincia, e circa il 41% della popolazione pugliese vive nel complesso di questi Comuni. Solo il 5,6% della popolazione vive in piccoli Comuni cioè con Comuni con popolazione inferiore a 5.000 abitanti; sono, infatti molto estese in termini di superficie ma poco in termini demografici le zone rurali, concentrate prevalentemente in provincia di Foggia (con il subappennino Dauno e il Gargano) e in provincia di Lecce con l'entroterra salentino. Infine il 37,8% della popolazione pugliese, cioè circa 1.547.000 abitanti, vive in Comuni fino a 20.000 abitanti.

La composizione per classi di età della popolazione pugliese, rappresentata anche dalla piramide delle età, racconta di una popolazione demograficamente matura, con una quota di adulti molto più estesa, una base della piramide che nel corso degli ultimi anni è andata restringendosi lentamente ma costantemente e di una testa della piramide che per converso si amplia, in misura maggiore sul lato della popolazione femminile.

Il 20,5% della popolazione pugliese è anziana (ultra65enne) e il 5,9% è il peso dei cosiddetti grandi anziani, cioè gli ottantenni e oltre, mentre solo il 2,5% della popolazione è rappresentata da bambini in età tra 0 e 36 mesi, o 0-2 anni, e l'incidenza dei pugliesi minorenni (0-17 anni) per la prima volta nel 2010 (su dati al 31.12.2009) si è rivelata inferiore a quella dei pugliesi anziani: 17,2% contro il 20,5%.

Tab.2 - Popolazione e principali classi di età in valori assoluti per ASL – Provincia (2015 fonte ISTAT)

	Classi di età (valori assoluti)					
Territorio	0-2	0-17	18-64	65 e oltre	80 anni e oltre	Totale popolazione
Bari	31.417	216.855	798.546	250.978	71.867	1.266.379
Barletta	10.158	74.453	249.639	70.295	18.741	394.387
Brindisi	9.509	65.751	249.392	85.578	24.651	400.721
Foggia	16.364	115.949	391.035	126.855	37.909	633.839
Lecce	18.529	130.015	494.938	181.459	54.278	806.412
Taranto	14.742	100.424	364.969	122.974	33.556	588.367
Regione	**100.719**	**703.447**	**2.548.59**	**838.139**	**241.002**	**4.090.105**

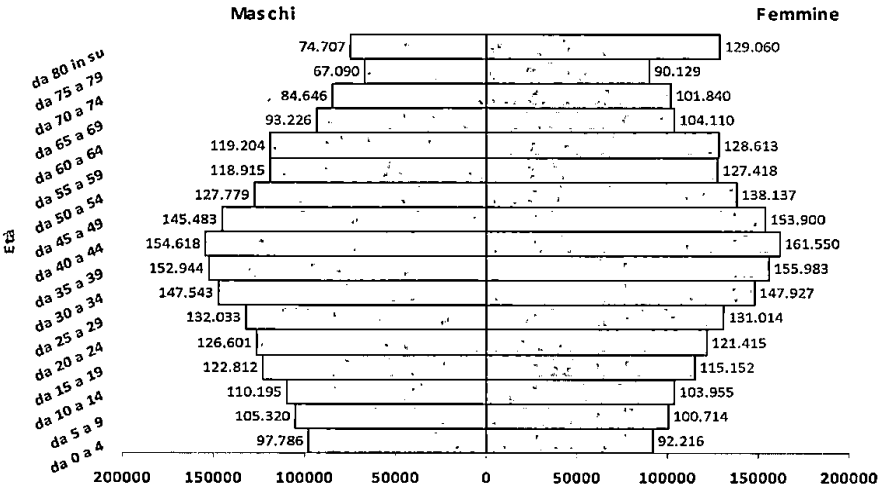
Tab.3 - Popolazione e principali classi di età in valori percentuali per ASL – Provincia (2015 fonte ISTAT)

SEZIONE AMMINISTRAZIONE SANITARIA REGIONE PUGLIA FINANZIAMENTO CONTROLLO

13

Classi di età (% su valori di riga)						
Territorio	0-2	0-17	18-64	65 e oltre	80 anni e oltre	Totale popolazione
Bari	2,5%	17,1%	63,1%	19,8%	5,7%	100,0%
Barletta	2,6%	18,9%	63,3%	17,8%	4,8%	100,0%
Brindisi	2,4%	16,4%	62,2%	21,4%	6,2%	100,0%
Foggia	2,6%	18,3%	61,7%	20,0%	6,0%	100,0%
Lecce	2,3%	16,1%	61,4%	22,5%	6,7%	100,0%
Taranto	2,5%	17,1%	62,0%	20,9%	5,7%	100,0%
Regione	**2,5%**	**17,2%**	**62,3%**	**20,5%**	**5,9%**	**100,0%**

Fig. 1 - La piramide delle età della popolazione pugliese (2010 fonte ISTAT)



L'indice regionale di dipendenza giovanile o "carico sociale dei giovani", che mette in rapporto la popolazione in età non lavorativa con quella in età lavorativa è pari, nel 2014, a 21,57, ovvero quasi 4 cittadini in età lavorativa hanno "in carico" un cittadino giovane in età non lavorativa.

L'indice di vecchiaia calcola il peso percentuale della popolazione ultra-sessantacinquenne sulla popolazione di età 0-14 anni e per la Puglia ha raggiunto nel 2015 il valore di 145,9: valori superiori a 100 indicano una maggiore presenza di individui anziani rispetto ai giovanissimi. L'incremento di tale indice che si registra in Puglia appare maggiore rispetto all'andamento che si registra sia a livello delle altre regioni meridionali che a livello nazionale.

Fig. 2 - Indice di vecchiaia (2015 fonte ISTAT)

CORTE DEI CONTI SEZIONE CONTROLLO REGIONALE SEZIONE AMMINISTRAZIONE FINANZA REGIONE PUGLIA

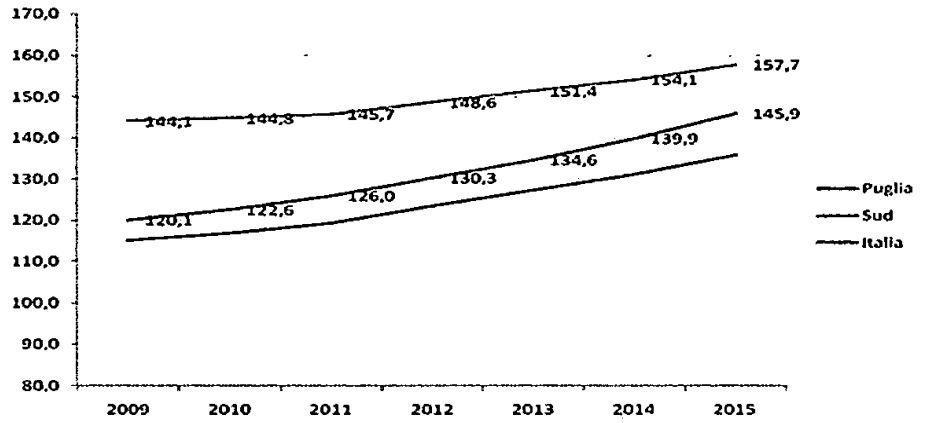


Fig. 3 – Indice di dipendenza strutturale (2015 fonte ISTAT)

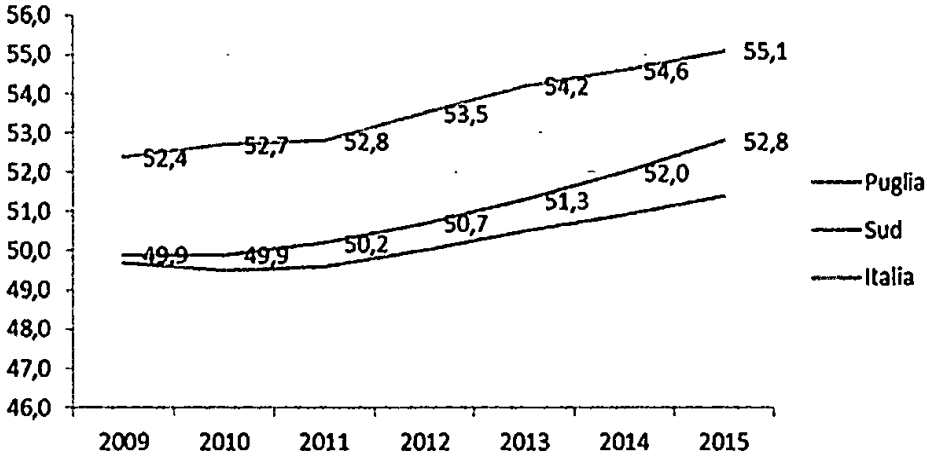
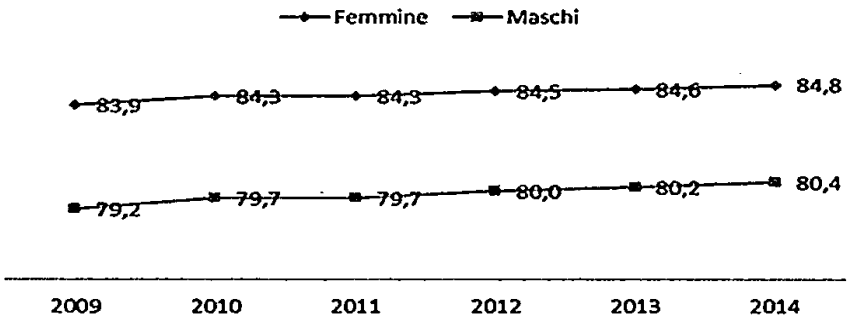


Fig. 4 – Speranza di vita alla nascita (2014 fonte ISTAT)

CORTE DEI CONTI - SEZIONE CONTROLLO ENTI - SEZIONE REGIONALE FINANZIARIA PUGLIA - SEZIONE AMMINISTRAZIONE SANITARIA REGIONE PUGLIA

15



1.2 IL CONTESTO EPIDEMIOLOGICO

Si riportano in queste pagine solo le principali statistiche di riferimento per l'analisi epidemiologica della popolazione pugliese.

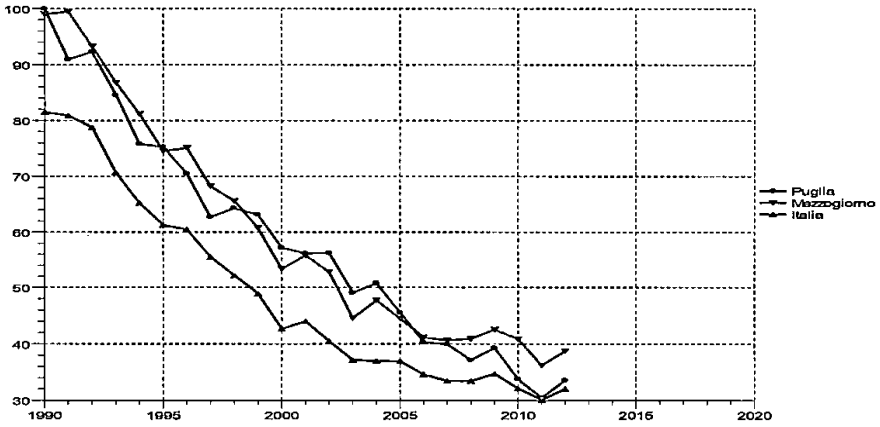
Le tavole che seguono illustrano le dinamiche nel tempo e le differenze territoriali per il tasso di mortalità infantile e per il tasso di mortalità generale, evidenziando un dato superiore alla media nazionale per la mortalità infantile, per quanto in significativa riduzione, con l'eccezione delle province di Foggia, Taranto e Brindisi.

Tab. 4 - Tasso di mortalità infantile per 10.000 nati vivi (fonte ISTAT - Health for All 2015)

Territori	Anni						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Foggia	42,15	37,63	46,3	40,14	38,2	42,8	60,11
Bari	33,64	37	27,29	38,68	29,46	25,76	22,81
Taranto	49,4	44,29	47,6	31,29	33,05	42,79	6,22
Brindisi	33,55	36,35	41,69	29,4	29,26	34,31	12,31
Lecce	46,41	31,44	48,57	35,84	34,89	28,91	47,8
Barletta-Andria-Trani	ND	ND	ND	13,03	10,35	37,63	12,06
Puglia	**39,98**	**37,15**	**39,33**	**33,77**	**30,4**	**33,57**	**29,1**
Italia	**33,43**	**33,41**	**34,76**	**32,11**	**30,09**	**32,01**	**29,61**

Fig. 5 - Tasso di mortalità infantile per 10.000 nati vivi (fonte ISTAT-Health for All 2015)

SEZIONE AMMINISTRATIVA CONTROLLO E VIGILANZA REGIONALE



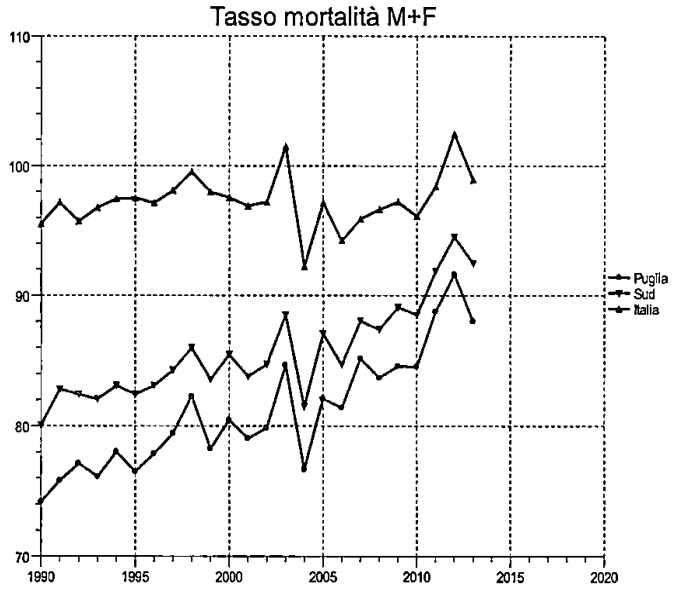
La mortalità generale, per quanto in salita negli ultimi anni, si posiziona sempre al di sotto del valore nazionale. Vanno segnalate le province di Foggia e BT, dove invece i valori provinciali si collocano al di sopra sia del dato regionale che di quello nazionale.

Tab. 5 - Tasso di mortalità nella popolazione generale (fonte ISTAT-Health for All 2015)

Territori	Anni						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Foggia	87,49	84,56	84,94	86,8	92,79	93,49	89,94
Bari	79,61	79,11	79,57	79,45	84,13	86,8	83,38
Taranto	86,4	86,63	86,11	86,89	90,43	91,27	88,33
Brindisi	90,17	87,76	94,37	88,4	91,08	99,51	93,65
Lecce	90,76	87,83	88,23	91,75	96,61	99,19	96,39
Barletta-Andria-Trani				74,99	75,91	80,87	76,32
Puglia	**85,16**	**83,68**	**84,58**	**84,56**	**88,75**	**91,61**	**88,01**
Italia	**95,9**	**96,64**	**97,22**	**96,11**	**98,42**	**102,44**	**98,94**

Fig. 6 - Tasso di mortalità nella popolazione generale (fonte ISTAT-Health for All 2015)

SEZIONE CONTROLLO - SEZIONE AMMINISTRAZIONE FINANZIARIA REGIONALE PUGLIA

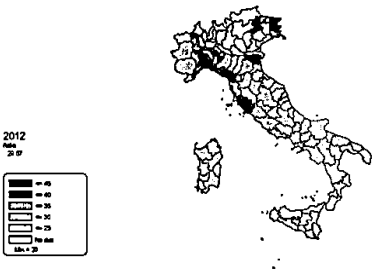


La mortalità per principali cause di morte fa evidenziare, a partire dai dati ISTAT, specifiche criticità per le morti a causa di tumore e di patologie respiratorie nell'area leccese, più ancora che nella provincia tarantina. Si registra una mortalità elevata in tutte le province pugliesi per malattie endocrine e del metabolismo.

Tab. 6 - Tasso di mortalità per cause di morte (fonte ISTAT-Health for All 2015)

RAGIONERIA GENERALE DELLA REGIONE PUGLIA - SEZIONE FINANZA E CONTROLLO - SEZIONE AMMINISTRAZIONE FINANZA E CONTROLLO

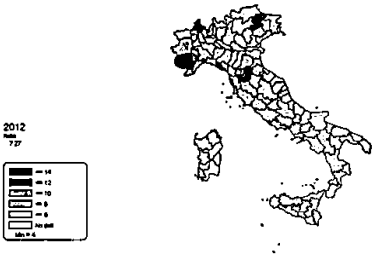
Tasso mortalità tumori M+F							
Anni	Foggia	Bari	Taranto	Brindisi	Lecce	BAT	Puglia
2007	23,08	22,14	24,33	24,5	26,43	ND	**23,7**
2008	23,43	22,85	25,36	24,97	26,85	ND	**24,31**
2009	22,02	22,69	24,32	24,64	26,28	ND	**23,72**
2010	23,52	23,89	25,44	24,26	27,72	21,34	**24,61**
2011	24,87	24,2	27,23	24,34	28,76	20,72	**25,32**
2012	24,42	25,14	26,05	25,51	**27,91**	21,91	**25,43**



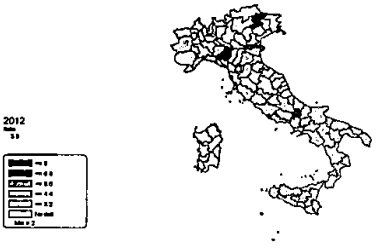
Tasso mortalità malattie ghiandole endocrine, nutrizione, metabolismo M+F							
Anni	Foggia	Bari	Taranto	Brindisi	Lecce	BAT	Puglia
2007	4,99	4,42	5,01	5,56	4,49	ND	**4,73**
2008	5,04	4,76	4,69	4,89	4,26	ND	**4,71**
2009	5,36	4,72	5,29	5,66	4,54	ND	**4,97**
2010	5,02	4,52	5,05	5,33	4,47	4,23	**4,72**
2011	5,42	5,27	5,26	5,9	4,96	5,66	**5,33**
2012	5,9	5,6	5,31	5,6	5,1	5,59	**5,51**

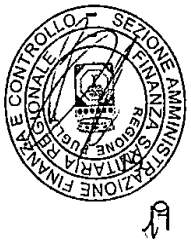
Tasso mortalità malattie sistema circolatorio M+F							
Anni	Foggia	Bari	Taranto	Brindisi	Lecce	BAT	Puglia
2007	35,01	30	32,83	35,77	34,84	ND	**32,78**
2008	32,46	28,68	32,52	33,11	33,11	ND	**31,18**
2009	32,76	28,31	33,54	35,68	32,41	ND	**31,34**
2010	33,42	27,46	32,78	33,63	34,66	26,75	**31,13**
2011	35,99	29,82	33,58	34,44	35,49	25,31	**32,46**
2012	36,03	30,17	35,61	**37,86**	**37,34**	28,72	**33,9**

Tasso mortalità malattie apparato respiratorio M+F							
Anni	Foggia	Bari	Taranto	Brindisi	Lecce	BAT	Puglia
2007	6	5,25	6,43	6,5	7,8	ND	**6,17**
2008	5,66	5,36	5,56	6,3	6,71	ND	**5,8**
2009	6,05	5,84	6,55	7,44	7,61	ND	**6,49**
2010	5,74	5,45	5,58	6,2	7,24	5,3	**5,93**
2011	6,22	6,03	6,27	6,64	8,18	6,07	**6,59**
2012	6,05	5,58	6,19	7,37	**8,55**	5,92	**6,54**



Tasso mortalità malattie apparato digerente M+F							
Anni	Foggia	Bari	Taranto	Brindisi	Lecce	BAT	Puglia
2007	3,59	3,94	3,83	3,9	3,2	ND	**3,71**
2008	3,93	3,59	3,43	3,75	2,93	ND	**3,51**
2009	4,15	3,81	3,43	4,67	3,36	ND	**3,81**
2010	3,62	3,71	3,76	3,99	3,5	4,33	**3,75**
2011	4,22	3,58	3,37	3,36	3,39	4	**3,63**
2012	**4,15**	3,62	3,19	3,82	3,47	3,98	**3,66**





Di seguito si riportano i grafici della mortalità prodotti nell'ambito del Network delle Regioni in collaborazione con il Laboratorio MES dell'Istituto Sant'Anna di Pisa:

Fig. 7 - Mortalità per tumori (anni 2010-2013)

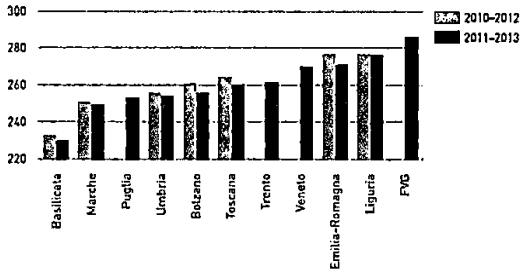
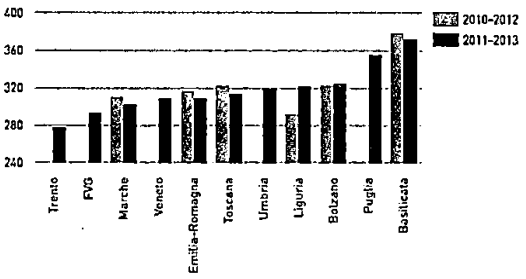


Fig. 8 - Mortalità per malattie cardiocircolatorie (anni 2010-2013)



Le tavole che seguono mostrano i dati sulle principali cause di ricovero sia in regime ordinario che in day hospital per provincia di residenza, relativamente ai ricoveri effettuati nelle strutture regionali, nel periodo tra il 2009 e il 2013 (Fonte ISTAT Health for All 2015).

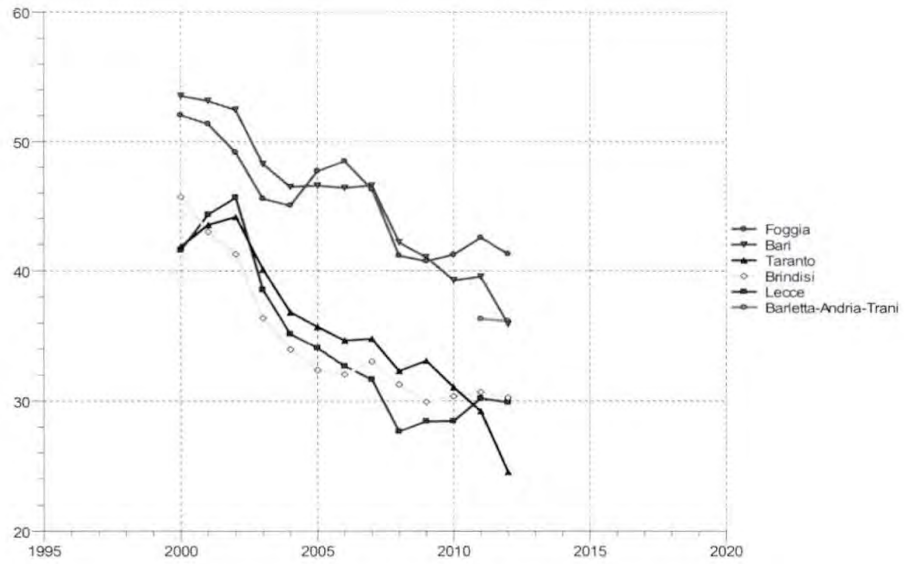
In primo luogo va segnalata una consistente riduzione dell'ospedalizzazione negli ultimi tre anni legata alle politiche di incentivazione dell'assistenza territoriale e di riduzione dell'inappropriatezza.

Per quanto riguarda le malattie infettive, si osserva un trend in decremento, con tassi che però rimangono più elevati nelle province di Foggia e Bari.

CORTE DEI CONTI - SEZIONE REGIONALE DI CONTROLLO PER LA PUGLIA - RELAZIONE FINANZIARIA SULLA GESTIONE AMMINISTRATIVA

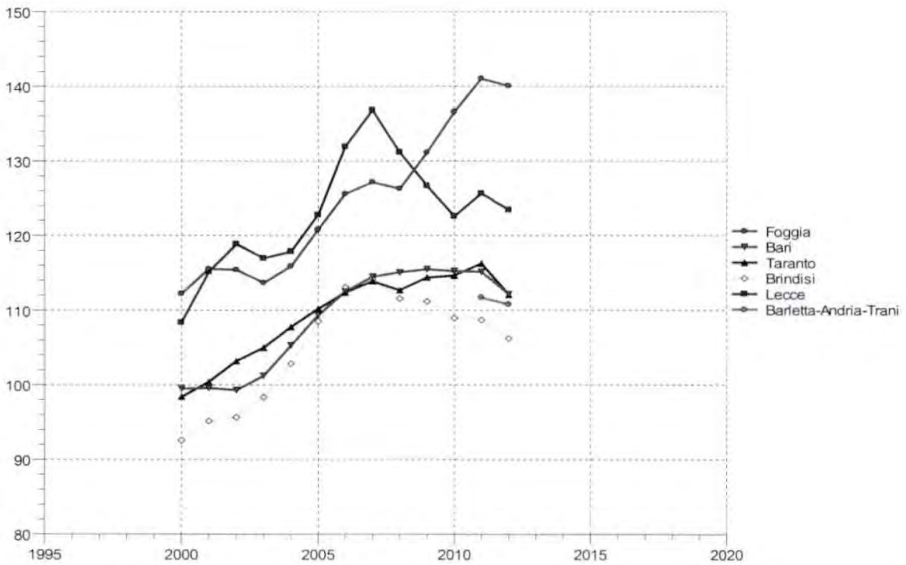
20

Fig. 9–Tasso dimissioni malattie infettive e parassitarie (anni 2010-2012)



I ricoveri per "tutti i tumori" mostrano un trend in diminuzione in tutte le province, con l'eccezione della provincia di Foggia in cui l'arresto dell'andamento in crescita riguarda solo l'ultimo anno osservato.

Fig. 10 – Tasso dimissioni tumori maligni (anni 2010-2012)

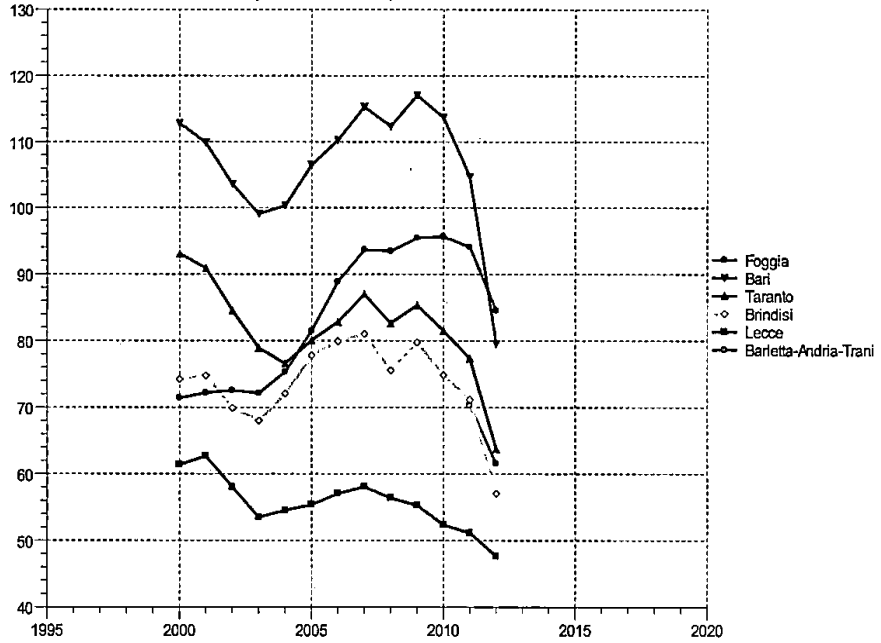


In significativa riduzione appaiono in tutti i territori i ricoveri per malattie delle ghiandole endocrine e del metabolismo e in generale i ricoveri per altre cause maggiori.

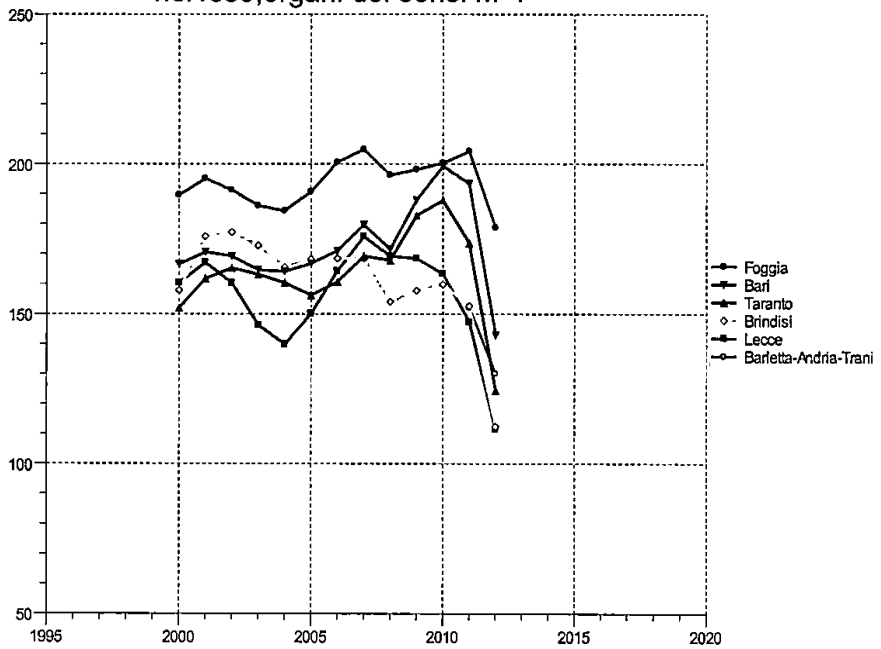
CONTROLLO - SEZIONE FINANZA AMMINISTRAZIONE FINANZIARIA E CONTABILITÀ REGIONALE PUGLIA

21

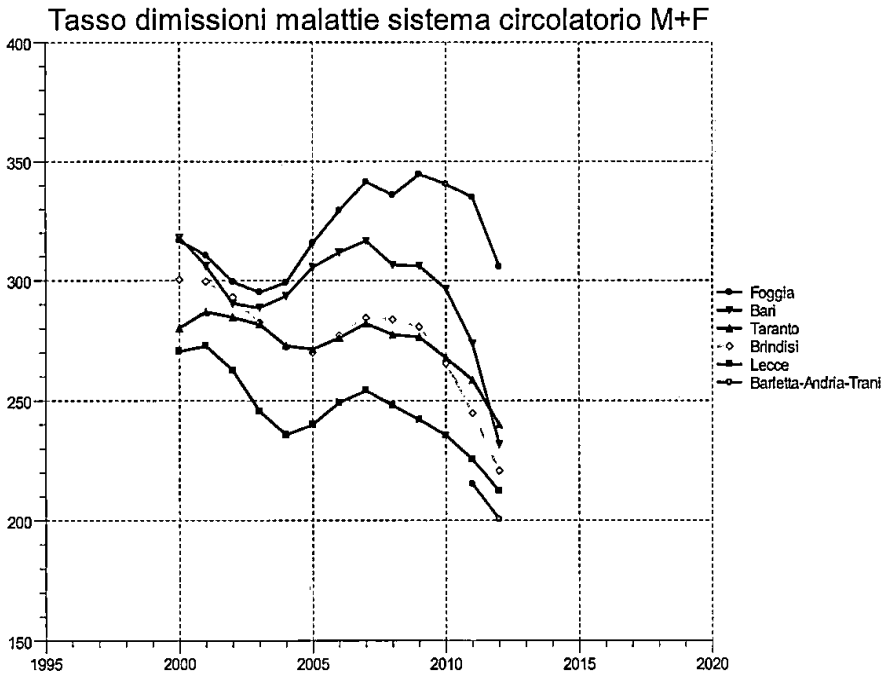
Tasso dimissioni malattie ghiandole endocrine,nutrizione,metabolismo M+F

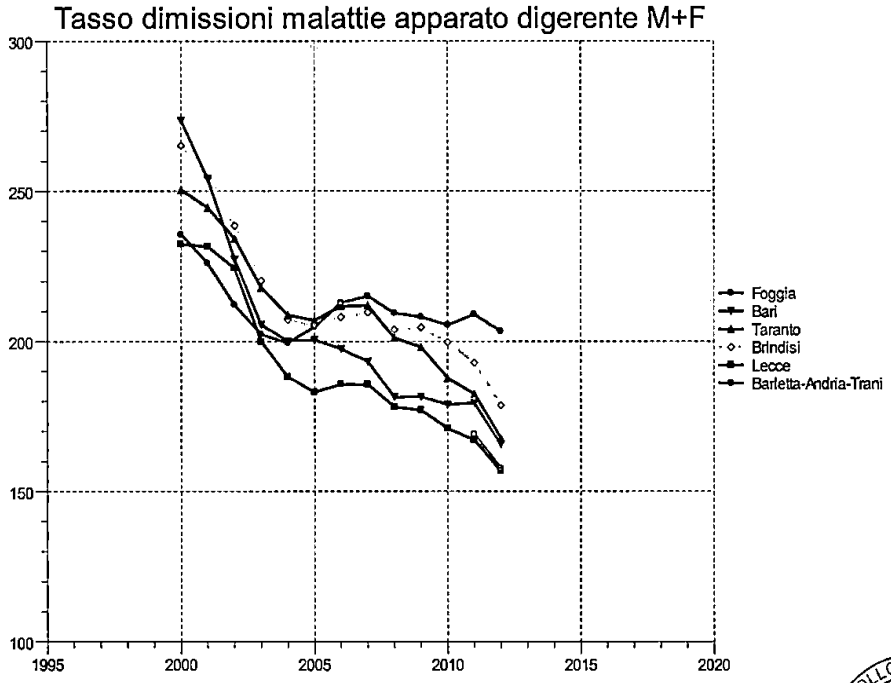


Tasso dimissioni malattie sistema nervoso,organi dei sensi M+F



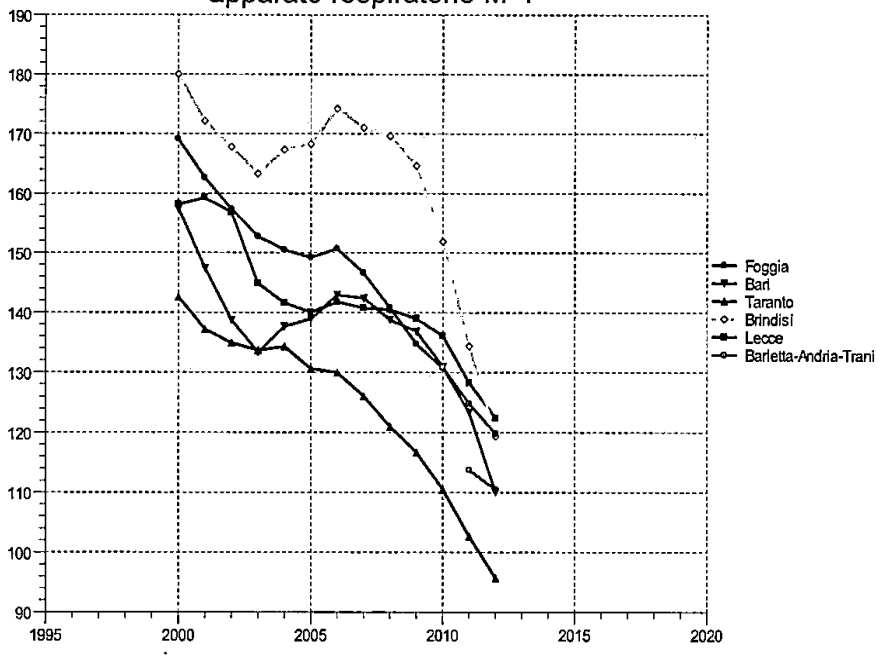
22



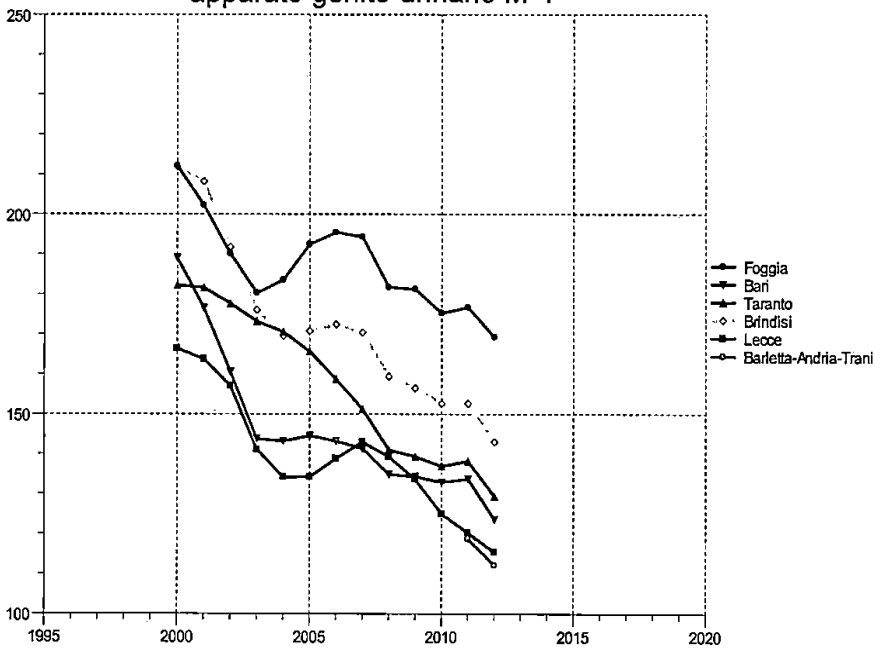


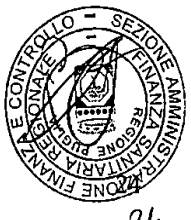
SEZIONE CONTROLLO - REGIONALE FINANZA E CONTABILITÀ - REGIONE PUGLIA - RAGIONERIA GENERALE

Tasso dimissioni malattie
apparato respiratorio M+F



Tasso dimissioni malattie
apparato genito-urinario M+F



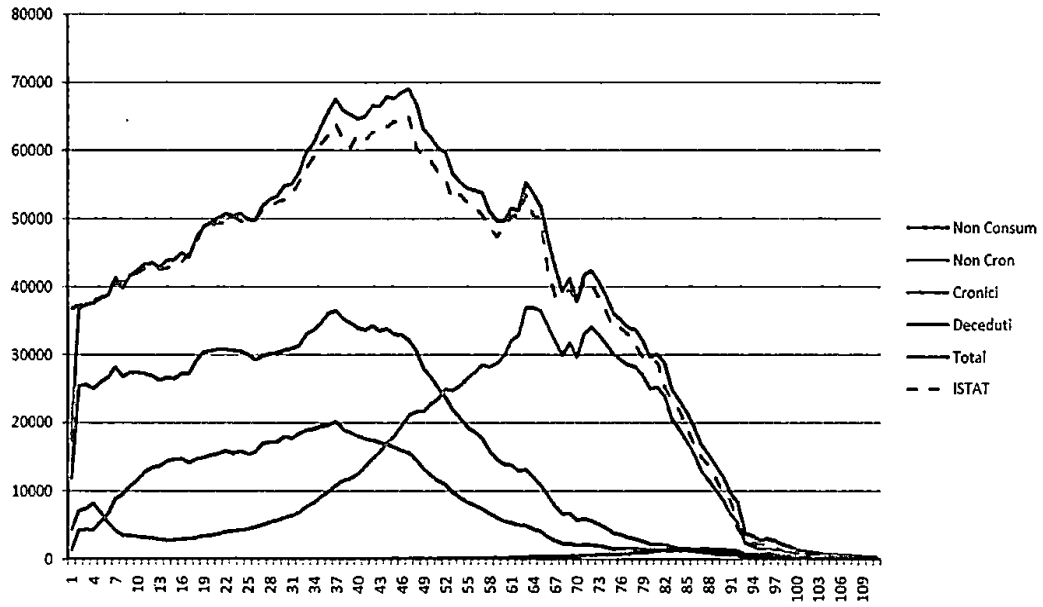


24

1.3 LE CRONICITÀ

La Banca Dati Assistiti della Regione Puglia, costruita da AReSS in collaborazione con l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri e il Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello sport per tutti incrociando i dati provenienti dai flussi sanitari e dai database amministrativi, registra un numero di soggetti con cronicità in aumento, legato ai fattori demografici prima illustrati.

Fig. 11 – Distribuzione degli assistiti per età anagrafica e cronicità (2015 fonte AReSS)



Nella tabella che segue è riportato il numero di ultra65enni per 1000 abitanti per provincia, rapportato alla media regionale, confrontato con il numero di soggetti cronici per 1000 abitanti. Si osserva una sostanziale sovrapposizione del profilo, con l'eccezione del dato di Taranto, dove i cronici rispetto alla media regionale sono in eccesso a differenza degli ultra65enni che invece sono in linea con i valori regionali. Il quadro dell'ospedalizzazione dei cronici è invece completamente diverso, mostrando i valori più elevati in provincia di Foggia, dove invece i cronici sono in numero inferiore alla media regionale.

SEZIONE CONTROLLO - SEZIONE AMMINISTRAZIONE FINANZIARIA E CONTROLLO FINANZIARIA REGIONALE - SEZIONE FINANZIARIA SANITARIA

Fig. 12 – Scostamento % da incidenza media regionale degli ultra65enni per 1000 abitanti

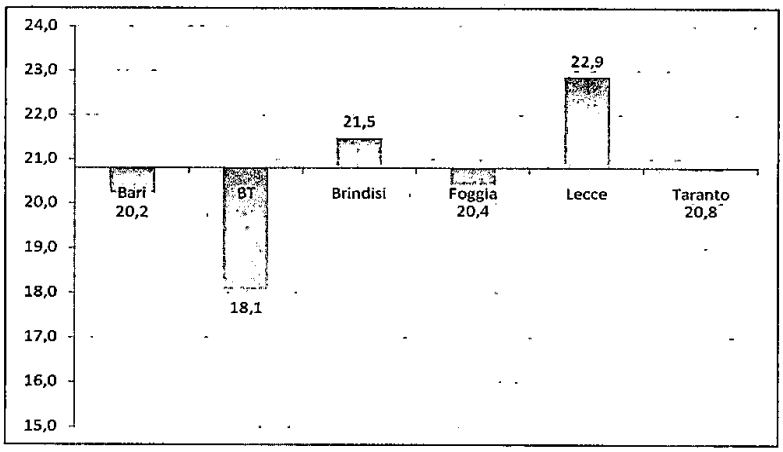


Fig. 13 – Numero cronici in scostamento grafico da media regionale

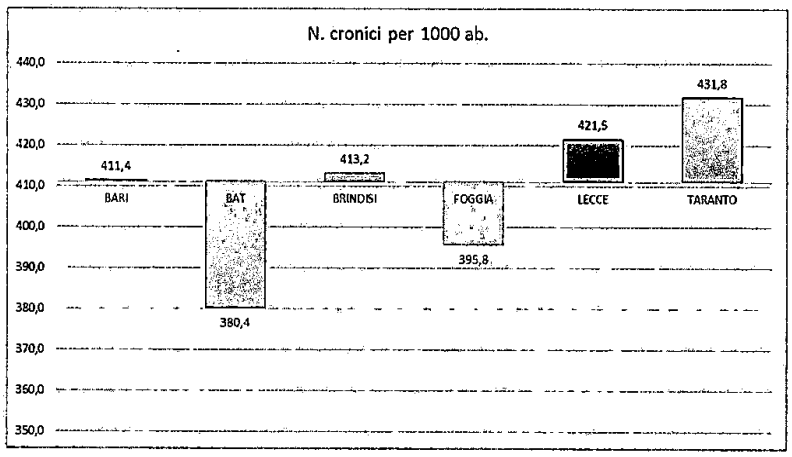
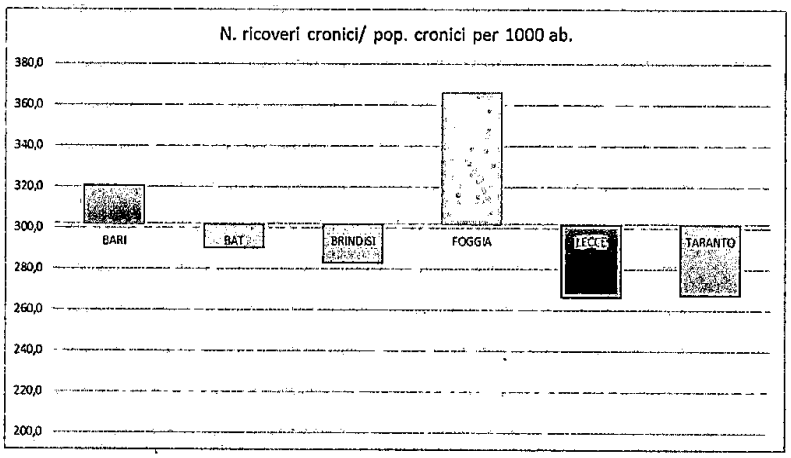


Fig. 14 – Numero ricoveri per soggetti cronici in scostamento grafico da media regionale



CORTE DEI CONTI - SEZIONE CONTROLLO - RAGIONERIA GENERALE - FINANZA REGIONALE - SANITARIA - REGIONE PUGLIA

Il confronto con il resto d'Italia (dati ISTAT 2015) mette in evidenza come la Puglia sia la regione con i più alti carichi di malattia cronica sia per quanto concerne i soggetti con almeno una cronicità grave che i soggetti con tre o più cronicità gravi.

Tab. 7 – Tasso standard cronicità gravi (2013 fonte ISTAT Health for All)

SOGGETTI CON ALMENO 1 CRONICITÀ GRAVE		SOGGETTI CON 3 O PIÙ CRONICITÀ GRAVI	
AREA GEOGRAFICA	TASSO STD 1000 AB	AREA GEOGRAFICA	TASSO STD 1000 AB
Sardegna	155,40	Sardegna	171,98
Puglia	**152,65**	Calabria	152,71
Campania	150,65	**Puglia**	**150,49**
Calabria	148,72	Isole	148,49
Sud	148,60	Mezzogiorno	145,33
Mezzogiorno	148,26	Sud	143,83
Isole	147,55	Sicilia	140,82
Sicilia	144,98	Campania	139,35
Valle d'Aosta	141,90	Basilicata	139,02
Emilia-Romagna	138,79	Abruzzo	137,38
Abruzzo	138,41	Marche	134,31
Umbria	138,21	Umbria	134,05
Basilicata	137,88	**Italia**	**128,65**
Italia	**137,62**	Emilia-Romagna	128,57
Marche	136,98	Lazio	127,78
Lombardia	136,89	Centro	124,92
Lazio	136,50	Valle d'Aosta	124,30
Veneto	134,79	Liguria	121,22
Nord Est	133,96	Molise	120,92
Nord	132,09	Friuli-Venezia Giulia	120,19
Centro	131,76	Nord Est	119,71
Nord Ovest	130,73	Lombardia	119,05
Friuli-Venezia Giulia	129,46	Nord	117,61
Piemonte	124,15	Veneto	116,14
Toscana	120,77	Nord Ovest	116,09
Molise	120,04	Toscana	114,45
Trentino-Alto Adige	114,81	Piemonte	107,39
Liguria	109,82	Trentino-Alto Adige	98,30

Se la cronicità costituisce la vera sfida assistenziale per l'offerta dei servizi di salute della Regione, essa rappresenta anche lo snodo cruciale dal punta di vista delle politiche di sanità

sostenibile, posto che due pugliesi su cinque sono soggetti cronici e tenuto conto che da essi è assorbita la gran parte delle risorse economiche del SSR.

La costruzione della citata Banca Dati Assistiti regionale ha permesso di valutare il carico assistenziale dei pazienti cronici partendo dal loro consumo di assistenza ospedaliera, specialistica e farmaceutica valorizzate a tariffa.

Pur tenendo conto dei limiti di approssimazione della tariffa rispetto al costo effettivo delle risorse e dei limiti di rappresentatività del consumo mancando molti servizi di tipo territoriale (domiciliarità, strutture intermedie, riabilitazione, etc.), le evidenze emerse – quantitativamente sottostimate per i limiti appena accennati – mostrano come ad un 40% di popolazione cronica corrisponda l'80% del consumo di risorse sanitarie.

I dati sono aggiornati alla popolazione 2015 con i seguenti accorgimenti metodologici:

- gli assistibili cronici non consumatori sono stati inseriti nella categoria «non consumatore»;
- gli assistiti cronici/non cronici/non consumatori deceduti sono stati tutti raggruppati nella categoria «deceduti»;
- le cronicità vengono calcolate qui con il metodo CREG (Chronic Related, Groups) e comprendono: Trapianti, Insufficienza Renale Cronica HIV, Neoplasie, Diabete, Malattie Cardiovascolari, Broncopneumopatie, Gastro ed epatopatie, malattie neurologiche, malattie autoimmuni, malattie endocrino-metaboliche.

Tab. 8 – Prevalenza cronicità e carico economico-assistenziale (2015 fonte AReSS)

CATEGORIA	% assistiti	% consumo	Numero assistiti	€ Consumo procapite	€ Consumo totale
Deceduto	1	8	37.963	7.074	268.561.712
Cronico	40	79	1.613.426	1.580	2.549.260.471
Non cronico	40	13	1.608.067	257	413.508.332
Non consumatore	19	-	780.373	-	-

SEZIONE CONTROLLO - SEZIONE AMMINISTRAZIONE FINANZIARIA SANITARIA REGIONALE PUGLIA

28

Tab. 9 – Prevalenza cronicità e consumo economico scomposto per classi CReG (2015 fonte AReSS)

CRONICITA'	Da sola			Associata altre comorbilità		
	Numero assistiti	€ Consumo totale	€ Consumo procapite	Numero assistiti	€ Consumo totale	€ Consumo procapite
TRAPIANTO	160	349.523	2.184,5	3.296	57.836.354	17.547,4
IRC	551	1.812.195	3.288,9	16.046	178.536.085	11.126,5
HIV	20.119	7.475.339	371,5	28.551	116.319.549	4.074,1
NEOPLASIE	31.630	54.292.482	1.716,5	145.066	660.454.668	4.552,8
DIABETE	24.869	20.257.968	814,6	261.434	768.476.172	2.939,5
CARDIO_VASC	292.059	204.733.619	701,0	809.767	2.095.076.024	2.587,3
BPCO/ASMA	98.802	54.788.689	554,4	153.638	543.980.497	3.540,7
GASTR-INT	119.078	72.144.979	605,9	610.501	1.805.034.230	2.956,64
NEURO	35.733	40.022.225	1.120,0	111.396	403.434.725	3.621,6
AUTOIMM	15.123	5.309.097	351,1	64.605	86.594.786	1.340,4
ENDO_METAB	83.046	36.527.732	439,8	528.656	1.233.211.583	2.332,7

1.4 LE AREE A RISCHIO DI CRISI AMBIENTALE

Il tema dell'integrazione ambiente e salute si è posto drammaticamente in Regione Puglia con il cosiddetto "caso Taranto", che ha esplicitato il conflitto tra scelta dei modelli di sviluppo economico e tutela dell'ambiente e della salute, ed esaltato le contrapposizioni sociali tra i diversi portatori di interesse.

In questa circostanza si è riproposto il tema della vulnerabilità collettiva che affligge le comunità che condividono l'esposizione a fattori di rischio ambientali, che ne modificano il profilo di salute e, di conseguenza, i bisogni che interpellano la capacità delle istituzioni di offrire risposte adeguate.

E' il caso delle aree ad elevato rischio ambientale (Taranto e Brindisi) e dei Siti di Interesse Nazionali per le Bonifiche (Taranto, Brindisi, Bari -Fibronit, Manfredonia): si tratta di territori in cui l'assetto produttivo, con la costruzioni di imponenti e vasti insediamenti industriali a ridosso dei centri abitati, ha comportato negli anni un consistente degrado delle condizioni ambientali, con inquinamento dell'aria, delle acque e del suolo a sua volta responsabile del deterioramento misurabile dello stato di salute delle popolazioni residenti in prossimità delle zone industriali, documentato già negli anni '90 dagli studi del WHO e confermato dagli studi Sentieri dell'ISS e dalle molteplici indagini svolte a livello regionale e locale.

In questo ambito, infatti, l'epidemiologia ambientale ha offerto un contributo decisivo, mettendo in luce le evidenze degli effetti sanitari associati all'inquinamento ambientale di origine industriale, ma anche facendo emergere le criticità di sistema che rendono indispensabile un riallineamento almeno funzionale delle competenze istituzionali in tema di ambiente e salute.

Nel contesto pugliese, sulla base delle evidenze disponibili circa gli effetti sanitari associati ai determinanti ambientali nella nostra regione, sono state messe in atto specifiche iniziative per la gestione integrata delle problematiche ambiente-salute, sia sul versante dei modelli organizzativi di intervento, sia sul versante delle metodologie di approccio: da questo punto di vista, si segnalano la L.R. 21/2012 "Valutazione del Danno Sanitario" che affida ad un gruppo di lavoro multidisciplinare (ARPA, AReS, ASL) la stima degli eventuali effetti sanitari associato ai limiti emissivi autorizzati; la DGR 1980/2012 "Centro Salute Ambiente" , la cui *mission* principale è valutare la correlazione tra esposizioni ambientali attraverso tutte le matrici e gli effetti sulla salute umana, implementando specifiche attività di monitoraggio ambientale e epidemiologico e di ricerca. Il Centro Salute Ambiente ha operato integrando le diverse iniziative regionali e nazionali per mettere in campo un'articolata serie di attività in grado di garantire un potenziamento e un approfondimento tecnico-scientifico delle attività di monitoraggio ambientale e di sorveglianza epidemiologica ma anche un adeguamento dell'offerta assistenziale ai bisogni di salute della popolazione. A partire dal 2015 le attività del Centro Salute Ambiente hanno interessato anche i territori della provincia di Brindisi e di Lecce (dove si registrano elevate incidenze, soprattutto nel sesso maschile, di alcune patologie tumorali quali neoplasie polmonari e vescicali).

Di seguito si riportano le principali evidenze epidemiologiche relative alle aree di Taranto e Brindisi, focalizzando la rassegna sugli effetti sanitari a lungo termine.

Lo studio Epidemiologico Nazionale dei Territori e degli Insediamenti Esposti a Rischio da Inquinamento (studio SENTIERI), coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, ha analizzato la mortalità per 63 gruppi di cause nel periodo 1995-2002 nelle popolazioni residenti in 44 Siti di Interesse Nazionale per le bonifiche (SIN) tra cui quello di Taranto e Statte, interpretando i risultati alla luce della valutazione a priori dell'evidenza epidemiologica.

I primi risultati dello studio SENTIERI riportavano per il SIN di Taranto i seguenti risultati: eccesso tra il 10-15% nella mortalità generale e per tutti i tumori in entrambi i generi; eccesso di circa il 30% nella mortalità per tumore al polmone in entrambi i generi; eccesso compreso tra il 50% (uomini) e il 40% (donne) di decessi per malattie respiratorie acute, anche aggiustando per indice di deprivazione, associato a un aumento di circa il 10% nella mortalità per tutte le malattie dell'apparato respiratorio; incremento di circa il 5% dei decessi per malattie del sistema circolatorio soprattutto tra gli uomini, quest'ultimo e ascrivibile a un eccesso di mortalità per malattie ischemiche del cuore, che permane, anche tra le donne, dopo correzione per indice di deprivazione; incremento della mortalità per condizioni morbose perinatali.

L'aggiornamento dello studio SENTIERI per il SIN di Taranto agli anni 2003, 2006-2009 ha confermato i suddetti eccessi. Tra gli uomini nel periodo 2003-2009 si rilevano eccessi per:

demenze (23%), la malattia ipertensiva (33%), la malattia ischemica (16%), la cirrosi epatica (47%) e sono presenti eccessi anche per il melanoma (50%), i linfomi non Hodgkin (34%) e la leucemia mieloide (35%). Nel periodo 2003-2009 tra le donne si osservano eccessi per il tumore del fegato (64%), i linfomi non Hodgkin (44%), le demenze (27%), la malattia ipertensiva (10%), la malattia ischemica (13%) e la cirrosi epatica (31%). Si evidenzia, inoltre, un eccesso del 51% per mieloma multiplo.

Lo studio di coorte di Mataloni et al. (2012) è stato condotto su mandato del GIP del tribunale di Taranto, con lo scopo di valutare la mortalità ed i ricoveri ospedalieri dei soggetti residenti nei quartieri dei Comuni di Taranto, Massafra e Statte, tenendo conto della deprivazione socioeconomica.

In entrambi i generi, la valutazione dell'associazione fra stato socioeconomico e mortalità ha mostrato una differenza importante per la mortalità totale, cardiovascolare, respiratoria e malattie dell'apparato digerente, con eccessi nelle classi più svantaggiate. Sono state riscontrate differenze per **tutti i tumori negli uomini,** in particolare per alcune sedi (**stomaco, laringe, polmone e vescica**). L'analisi dell'associazione tra stato socioeconomico e ricoveri ha confermato in linea generale quanto evidenziato dalla mortalità.

L'associazione tra quartiere di residenza e mortalità e stata studiata confrontando i quartieri Tamburi, Borgo, Paolo VI e del Comune di Statte, con i dati degli altri quartieri di Taranto nel loro insieme e nel Comune di Massafra, ritenendo *a priori* che i primi, situati vicino all'area industriale presentino un livello di inquinamento atmosferico maggiore. I primi, tenuto conto della deprivazione, hanno mostrato una **mortalità totale più elevata in entrambi i generi** rispetto al riferimento.

Nel quartiere Paolo VI, per il genere maschile, sono stati identificati eccessi rilevanti per **tumori maligni (ed in particolare per pancreas e polmone), malattie cardiovascolari, respiratorie e dell'apparato digerente**.

Nel quartiere Tamburi per il genere maschile è risultato un *eccesso di tumori maligni (prostata* ad esempio) e di **malattie cardiovascolari** (infarto del miocardio). Nelle donne del quartiere Paolo VI, gli eccessi sono emersi per le **patologie tumorali, in particolare del fegato, malattie cardiovascolari e dell'apparato digerente.** Eccessi per cause cardiovascolari e malattie renali sono risultati elevati nelle donne residenti nel quartiere Tamburi.

L'analisi di mortalità ha confermato in larga parte quanto emerso nello studio dei ricoveri ospedalieri, ed ha indicato nei quartieri Tamburi e Paolo VI le aree nelle quali lo stato di salute è più compromesso.

Ulteriori elementi sono forniti dall'analisi dei dati relativi ai ricoveri ospedalieri, che rappresentano una stima dell'incidenza, per il periodo 1998-2010 effettuata dal Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio – ASL RME nel quadro del Progetto CCM 2010 "Sorveglianza epidemiologica di residenti in siti contaminati". I risultati di questa analisi (Mataloni et al, 2012) mostrano un significativo **incremento dei ricoveri per tumori maligni, malattie dell'apparato respiratorio** e, fra queste, le infezioni dell'apparato

respiratorio, in relazione all'aumento di 10 $\mu g/m^3$ di polveri provenienti dalla zona industriale.

Uno sviluppo del Progetto SENTIERI è relativo alla valutazione dello stato di salute dei bambini che vivono in aree contaminate attraverso eventi sanitari diversi quali mortalità, incidenza tumorale, prevalenza di malformazioni congenite, ricoveri ospedalieri e, possibilmente, le informazioni desumibili dai certificati di assistenza al parto (CeDAP).

Con riferimento ai valori attesi in base ai tassi di mortalità nella stessa fascia di età della popolazione regionale, a Taranto si osservano **incrementi significativi per tutte le cause nel primo anno di vita e per alcune condizioni morbose di origine perinatale**. L'eccesso di mortalità per tutti i tumori osservato nel periodo 1995-2002 non è confermato nel periodo 2003-2009.

Nel corso del 2015 è stato pubblicato lo studio Incidenza dei tumori infantili in Puglia, 2003-2008 (Epidemiol Prev 2015; 39 (3): 176-182), un estratto del quale è stato riportato nel Rapporto 2014 del Registro Tumori Puglia.

Sono stati selezionati i casi di tumore maligno diagnosticati nella fascia d'età 0-14 anni, escludendo tutti i casi di tumore a comportamento benigno o incerto. Di tutti i casi è stata verificata la residenza al momento della diagnosi presso le anagrafi dei rispettivi comuni.

L'indagine ha evidenziato un **eccesso statisticamente significativo pari al 35% di incidenza di tumori maligni infantili** nell'area di Taranto.

Lo **Studio di coorte sugli effetti delle esposizioni ambientali ed occupazionali sulla morbosità e mortalità della popolazione residente a Taranto**, condotto, nell'ambito delle iniziative del Centro Salute Ambiente, da ASL Taranto, ARPA Puglia e AReS Puglia, coordinato dal Dipartimento di Epidemiologia del SSR del Lazio e presentato nell'ottobre 2016 ha indagato l'effetto delle sostanze tossiche di origine industriale, emesse dal complesso ILVA, sulla salute dei residenti.

In sintesi, lo studio ha fornito i seguenti risultati:

1. L'esposizione a PM_{10} e SO_2 di origine industriale è associata a un aumento della mortalità per cause naturali, tumori, malattie cardiovascolari e renali dei residenti. All'aumento di $10\mu g/m^3$ del PM_{10} di origine industriale, a parità di età, genere, condizione socio-economica e occupazione, si è osservato un **aumento del rischio di mortalità per cause naturali** pari al 4%; per l'esposizione ad SO_2 di origine industriale l'incremento di rischio è del 9%. Per entrambi gli inquinanti si è osservata anche una associazione con la **mortalità per cause tumorali** (es. il tumore del polmone +5% per il PM_{10} e + 17% per SO_2) e per le **malattie dell'apparato cardiovascolare**, in particolare si è osservato un eccesso importante per gli eventi coronarici acuti (infarto del miocardio e angina instabile). Un aumento di rischio si è osservato anche per le **malattie dell'apparato renale** (attualmente oggetto di approfondimento con uno studio specifico condotto da ISS con ASL Taranto).

FINANZA E CONTROLLO - SEZIONE AMMINISTRAZIONE FINANZIARIA SANITARIA REGIONE PUGLIA

2. Tra i residenti nell'area di Taranto si è osservata una associazione tra gli stessi inquinanti e ricorso alle **cure ospedaliere** per molte delle patologie analizzate. In particolare, per effetto del PM_{10} e SO_2 (per incrementi di 10 $\mu g/m^3$ delle concentrazioni) sono stati osservati eccessi per **malattie neurologiche, cardiache, infezioni respiratorie, malattie dell'apparato digerente e malattie renali.** Le gravidanze con esito abortivo sono associate all'esposizione a SO_2 delle donne residenti. Tra i **bambini di età 0-14** si sono osservati eccessi importanti per le patologie respiratorie, in particolari tra i bambini residenti a Tamburi si osserva un eccesso di ricoveri pari al 24%, tra quelli di Paolo VI +26%.

3. **L'incidenza tumorale** è associata nel periodo 2006-2011 all'esposizione agli inquinanti studiati. L'aumento del rischio raggiunge la significatività statistica per **tumore del polmone** (+29% per esposizione a PM_{10}, + 42% per SO2), tumore renale e, nelle donne, tumore della mammella.

4. La produttività dell'ILVA ha avuto delle variazioni nel periodo 2008-2014 con un declino a seguito della crisi economica (2009), un successivo aumento negli anni 2010-2012, e un declino nel 2013-2014. All'andamento produttivo, e quindi alla variazione delle emissioni, ha corrisposto un effetto sui livelli di inquinamento in prossimità dell'impianto e nei quartieri limitrofi. **L'andamento della mortalità ha seguito in modo speculare l'andamento della produttività e l'inquinamento nei quartieri Tamburi e Borgo.** Si è assistito a variazioni positive nei tassi di mortalità fino al 2012, a seguito di incrementi del PM_{10} di origine industriale, per poi osservare una riduzione sia dell'inquinamento che della mortalità nel 2013-2014.

L'area di Brindisi è definita un'area a rischio di tipo "puntiforme", comprendente quattro comuni (Brindisi, Carovigno, San Pietro Vernotico e Torchiarolo), per una popolazione di circa 130.000 abitanti (circa il 32% dei residenti della provincia). I maggiori fattori di rischio ambientale dell'area sono connessi alla presenza sul territorio di un polo petrolchimico (1.450 addetti su un'area di circa 270 ettari, più 450 addetti di ditte esterne). Nell'area sono inoltre presenti industrie chimiche e metalmeccaniche, aziende manifatturiere e due centrali ENEL. Grandi quantità di carbone transitano per il porto in cui si svolgono attività commerciali, turistiche e militari (Martuzzi M et al., 2002).

Lo studio OMS ha evidenziato **eccessi di mortalità statisticamente significativi per tutti i tumori (incremento del 14%) e tumore polmonare (incremento del 20%).** Negli uomini sono stati segnalati eccessi di mortalità **per tutte le cause e per la totalità dei tumori,** in particolare per il **tumore polmonare, pleurico e per i linfomi non-Hodgkin** (LNH), cause compatibili con le esposizioni ambientali e occupazionali dell'area.

Mediante un'analisi spaziale di eterogeneità a livello comunale che ha utilizzato come riferimento i comuni limitrofi all'area in studio compresi in un'area circolare di 37 km con centro in Brindisi, sono stati confermati eccessi di mortalità negli uomini residenti a Brindisi per il **tumore pleurico e per i linfomi non-Hodgkin.**

Lo studio caso-controllo di Belli et al. (2004), condotto per valutare la mortalità per tumore del polmone, della pleura, della vescica e del sistema linfoematopoietico nel periodo 1996-

UFFICIO CONTROLLO - SEZIONE AMMINISTRAZIONE FINANZA REGIONE PUGLIA SANITARIA

33

1997, ha messo in evidenza **eccessi di rischio per il tumore del polmone, della vescica e per i tumori del sistema emolinfopoietico** per le popolazioni residenti entro 2 km dal petrolchimico di Brindisi.

Uno studio geografico di Gianicolo et al. (2008) ha analizzato la mortalità a livello comunale nella provincia di Brindisi in un periodo più ampio che va dal 1991 al 2001. Tra gli uomini la mortalità totale risulta più elevata dei valori regionali di circa il 4-5%. Per le donne i livelli, superiori nel primo decennio, si allineano a quelli regionali nel secondo periodo. Tuttavia, anche tra le donne emergono situazioni di rischio se si analizzano i risultati per area geografica e comune di residenza.

In particolare, per quanto riguarda l'area a rischio, tra gli uomini, si confermano i risultati del secondo rapporto OMS: si osservano **eccessi di rischio per la mortalità generale, per le malattie ischemiche, per tutti i tumori e per il tumore al polmone.** Acquistano significatività statistica gli eccessi per **tumore alla prostata e i traumatismi.** Gli eccessi statisticamente significativi sono localizzati essenzialmente nel comune di Brindisi, tranne che per le malattie cerebrovascolari in eccesso solo nel comune di Carovigno. Nel capoluogo, inoltre, si concentrano 15 dei 18 casi di tumore alla pleura osservati nell'intera area (SMR%=185,6).

Uno studio condotto sulla prevalenza di **broncopneumopatia** cronica nella provincia di Brindisi, fondata sui dati di ricovero per patologia, ha mostrato valori più elevati nel capoluogo rispetto a quanto osservato in altre aree italiane (Bruni e coll., 2014). In particolare, si segnala che i tassi standardizzati mostrano un andamento in tendenziale aumento per le donne in entrambe le aree, mentre quelli degli uomini appaiono in riduzione nel capoluogo e invariati nel resto della Provincia. I tassi di prevalenza delle donne brindisine sono più alti anche rispetto ai TS rilevati tra le residenti delle altre città confrontate.

Nell'ambito del progetto SENTIERI (Epid & Prev anno 35 (5-6) settembre-dicembre 2011, Suppl. 4) è stato esaminato il SIN aree industriali di Brindisi, costituito dal solo Comune di Brindisi, con una popolazione complessiva di 89 081 abitanti al Censimento 2001. Il Decreto di perimetrazione del SIN elenca la presenza delle seguenti tipologie di impianti: chimico, petrolchimico, centrali elettriche, area portuale, discariche, esposizioni ambientali indicate in SENTIERI come C, P&R, E, AP e D.

Per quanto riguarda le cause di morte per le quali vi è a priori evidenza Sufficiente o Limitata di associazione con le esposizioni ambientali presenti in questo SIN, in entrambi i generi si osserva un **eccesso per il tumore della pleura**, anche se la stima nelle donne risulta imprecisa. Da notare che l'eccesso evidenziato negli uomini non è presente dopo correzione per ID.

E' presente un eccesso di mortalità per le **malformazioni congenite**, sebbene gli SMR siano affetti da imprecisione in quanto basati su pochi decessi. Per tali patologie gli Autori ritengono sia plausibile un ruolo delle esposizioni ambientali presenti nel SIN, in particolare è ipotizzabile un ruolo eziologico delle esposizioni a inquinanti prodotti sia dal petrolchimico sia dai siti di discarica.

Un eccesso di prevalenza di malformazioni congenite, in particolare legate a malattie cardiache, è stato osservato nella città di Brindisi nello studio di Gianicolo e coll. (BMC Pregnancy Childbirth. 2012 Dec 27;12:165).

Nell'ambito delle attività del Centro Salute Ambiente è stato condotto uno **studio di coorte sugli effetti delle esposizioni ambientali ed occupazionali sulla mortalità della popolazione residente a Brindisi.**

L'obiettivo dello studio è valutare gli effetti a lungo termine dell'inquinamento industriale (centrali termoelettriche e polo petrolchimico) sulla mortalità, i ricoveri ospedalieri e l'incidenza dei tumori della coorte dei residenti nell'area di Brindisi, tenendo conto dell'effetto della posizione socio-economica e della storia occupazionale. Lo studio intendeva inoltre valutare l'effetto sulla mortalità delle esposizioni in ambito lavorativo.

Nel luglio 2017 sono stati presentati i risultati dello studio che ha riguardato tutte le 223.934 persone residenti tra il 1 Gennaio 2000 ed il 31 Dicembre 2013 nei comuni di Brindisi, Carovigno, Cellino San Marco, Mesagne, San Pietro Vernotico, San Vito dei Normanni e Torchiarolo i cui indirizzi di residenza, acquisiti dai registri delle anagrafi comunali, sono stati georeferenziati e inseriti in un sistema informativo geografico.

Lo studio ha valutato gli effetti a lungo termine dell'esposizione ad inquinanti industriali della coorte dei residenti arruolati a partire dal 2000: per questo scopo è stata ricostruita per ciascun residente l'esposizione pregressa a partire dal 1991e sono state analizzate le emissioni annuali delle tre centrali termoelettriche e del polo petrolchimico per il periodo 1991 – 2014, con riferimento a PM_{10}, SO_2 e COV scelti come traccianti degli impianti.

E' stata riscontrata una relazione tra i livelli espositivi del passato (1997) a PM_{10} ed SO_2 di origine industriale (centrali termoelettriche) e COV (petrolchimico) e **mortalità per cause specifiche (tumori, malattie cardiovascolari e respiratorie) ed incidenza di alcune forme tumorali (polmone)**. L'esame dei ricoveri ospedalieri in rapporto con le esposizioni ambientali stimate per ogni anno dello studio ha mostrato un legame robusto per le malattie cardiovascolari, respiratorie (centrali elettriche) e le malformazioni congenite (petrolchimico). L'associazione tra emissioni da centrali termoelettriche e ricoveri ospedalieri per malattie cardiovascolari e respiratorie è stata esaminata per tre periodi dello studio; 2000-2004, 2005-2009 e 2010-2013. Al diminuire delle esposizioni ambientali (e del contrasto tra i livelli di esposizione in ogni periodo) si è osservata una diminuzione della forza della associazione pur rimanendo presente una relazione statisticamente significativa per il periodo più recente per le emissioni da centrali elettriche. Dati i livelli molto bassi di esposizione ambientale nell'ultimo periodo, è presumibile che le persone che vivono nelle stesse aree che hanno avuto una esposizione più alta nel passato continuano a manifestare effetti sanitari in rapporto alle esposizioni pregresse (https://www.sanita.puglia.it/web/csa/relazioni-scientifiche). L'associazione tra inquinamento e malattie cardiovascolari e respiratorie è stato osservato in numerosi studi (Brook, 2010) ed è stato ben documentato dall'OMS (REVIHAAP, 2013). Pertanto, i risultati relativi alla mortalità per eventi coronarici e malattie respiratorie sono da ritenersi ben documentati dalla letteratura scientifica.

L'inquinamento di origine industriale è risultato inoltre associato ad un **aumento del rischio di mortalità per tumori nel loro complesso e tumori della vescica, del pancreas, e leucemie.** Solo per il tumore polmonare la letteratura scientifica ha stabilito un chiaro nesso di causalità con l'inquinamento atmosferico (IARC, 2013). Le leucemie sono ovviamente rilevanti poiché i fattori eziologici noti sono rappresentati dalle radiazioni ionizzanti e dalle esposizioni professionali, in particolare i composti organici volatili (benzene). A tal riguardo si segnala un eccesso di tumori del sistema linfoemopoietico in età 15-19 anni basato su tre casi, ascrivibile ad un eccesso di leucemia tra le adolescenti (2 casi vs 0.22 attesi). Per tutte le altre forme tumorali, i dati sono solo suggestivi di un possibile ruolo dell'inquinamento industriale.
I risultati dello studio suggeriscono, oltre alla necessità di proseguire l'osservazione epidemiologica, l'attuazione di tutte le misure preventive atte a tutelare la salute della popolazione, compresa l'adozione delle migliori tecniche disponibili per il contenimento delle emissioni industriali.

Le evidenze epidemiologiche e di contesto rappresentate hanno ispirato buona parte degli interventi proposti nel presente Programma Operativo 2016-2018 con l'obiettivo di proseguire il percorso di rimodulazione dell'assistenza attraverso il potenziamento del sistema di prevenzione e promozione attiva della salute; la presa in carico proattiva e lo sviluppo dell'assistenza territoriale e di prossimità; l'ottimizzazione e la qualificazione della rete di offerta ospedaliera.

SEZIONE CONTROLLO - SEZIONE AMMINISTRAZIONE FINANZIARIA REGIONALE
REGIONE PUGLIA

CAPITOLO II

GLI OBIETTIVI E LA STRUTTURA DI PROGRAMMA

2.1 NUOVI OBIETTIVI: COMPLETARE TRIENNIO 2013-2015

In occasione della verifica del 27 luglio 2016, nel corso della quale il Tavolo Adempimenti Regionali ha proceduto alla valutazione dello stato di avanzamento del Programma Operativo 2013-2015, nonché del grado di attuazione degli adempimenti di carattere economico-normativo e degli obiettivi strutturali previsti, è emerso che la Regione, sia pure in alcuni casi con ritardo rispetto alle scadenze previste, ha adottato una serie di provvedimenti diretti a completare gli adempimenti strutturali di cui allo stesso Programma.

In merito ai principali ambiti di contesto programmatorio il Tavolo, pur valutando positivamente le azioni intraprese dalla Regione, ha evidenziato il mancato adempimento rispetto ad alcuni obiettivi, di seguito dettagliati:

1) **Riorganizzazione delle Reti Assistenziali**

   a) **Riorganizzazione Rete Ospedaliera**
   Nel verbale del 26 luglio 20216 si esprime: *"ESITO: Favorevole. I provvedimenti emanati* (deliberazioni di Giunta regionale n. 131/2016 e n. 265/2016 e la proposta di rete emergenza – urgenza) *sono ritenuti coerenti con gli standard del DM 70/2015 ma andranno integrati, dalla Regione Puglia, secondo le indicazioni sopra riportate. Si chiede alla regione di completare la chiusura dei PPI entro il termine di 18 mesi. Il provvedimento con le integrazioni richieste potrà essere inoltrato, per il completamento dell'iter, al Tavolo adempimenti e al Comitato LEA."*

   b) **Percorso Nascita**
   Nella riunione del 7 aprile 2016, Tavolo e Comitato rilevavano il ritardo con il quale la Regione stava procedendo nella definizione di un percorso nascita sicuro ed efficace, secondo i dettami dell'Accordo in Conferenza Unificata del 16/12/2010. In particolare sollecitavano l'attivazione del trasporto di emergenza neonatale (STEN) e al sistema di trasporto protetto della gravida a rischio (STAM).

   c) **Riorganizzazione Territoriale**
   Tavolo e Comitato sollecitano la definizione dei relativi protocolli operativi e la determinazione del fabbisogno di strutture di cure residenziali intensive e di un quadro dettagliato dell'assistenza distrettuale residenziale, una volta concluso il processo di riorganizzazione dell'offerta sanitaria e socio-sanitaria regionale.

2) **Riorganizzazione dell'attività di Prevenzione**

   a) **Screening Oncologici**
   Rafforzamento dell'attività di prevenzione, in particolare in materia di screening oncologici, definendo specifici obiettivi nel PO 2016-2018, raggiungibili e misurabili, anche al fine d risolvere una evidente criticità così come chiaramente evidenziata

37

dall'indicatore della griglia LEA relativo alla "proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella e colon retto".

b) Copertura Vaccinale

Potenziamento copertura vaccinale con particolare riferimento a: "Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)" e la "Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>= 65 anni)" che presenta ancora un valore non adeguato.

c) Sicurezza Alimentare e Sanità Veterinaria

Tavolo e Comitato prendono atto dell'iniziativa relazionata dalla Regione, volta ad assicurare l'uso completo del sistema informativo SANAN, che consentirà di valutare l'efficacia dell'esecuzione dei piani di eradicazione della brucellosi bovina, bufalina, ovina e caprina.

Invitano inoltre la Regione stessa a prevedere nel nuovo PO 2016-2018 un rafforzamento della *Governance* del settore attraverso:

i) l'aggiornamento del Piano Regionale Integrato dei Controlli, coerentemente con gli orientamenti espressi dagli articoli 43 e 44 del Regolamento 882/2004. Dovrebbe tendere in particolare a:
   - esplicitare gli obiettivi di attività e/o sanitari da raggiungere per ciascuna linea di attività;
   - includere le istruzioni, o riferimenti ad esse, per l'espletamento delle attività;
   - uniformare le procedure di controllo ufficiale su tutto il territorio regionale, con particolare riferimento, tra l'altro, alla modulistica: per la relazione ufficiale (verbali) prevista dall'art. 9 del Reg. 882/04; per i provvedimenti previsti dall'art. 54 (Azioni in caso di non conformità) del medesimo; per la contestazione di illecito e per i sequestri delle diverse tipologie previste;

ii) procedure che permettano la verifica della corretta gestione dei conflitti di interesse del personale (ivi inclusi i convenzionati), a livello di ciascun Servizio, anche eventualmente associandole alle procedure già adottate a livello aziendale. Ciò per consentire la disponibilità della documentazione relativa alla gestione dei suddetti presso le strutture dell'area di sicurezza alimentare e sanità veterinaria, ai fini di eventuali verifiche anche nel corso degli audit svolti ai sensi dell'articolo 4 (6) del Reg. 882/04;

iii) una puntuale verifica della risoluzione delle raccomandazioni formulate nei rapporti di audit regionali sulle ASL, come previsto dall'articolo 4 (6) del reg. 882/2004.

3) Accreditamento

Appare che la Regione abbia parzialmente concluso il passaggio dall'accreditamento transitorio a quello definitivo, considerando che, da quanto esposto dalla stessa Regione, per alcune strutture private equiparate al pubblico non risulta ancora avviato il processo di accreditamento istituzionale.

Tavolo e Comitato raccomandano, inoltre, una tempestiva conclusione delle attività di accreditamento relative alle dipendenze patologiche, nonché alla riabilitazione psichiatrica e alla dialisi, considerando che già nel 2015 erano indicate come in fase di conclusione. Invitano la Regione a prevedere tali iniziative nel redigendo Programma Operativo.

4) Stipula Protocolli d'Intesa Università-Regione

Nel merito Tavolo e Comitato non possono che ribadire l'importanza di procedere al più presto alla definizione, con modifica e approvazione, dei Protocolli di Intesa con le Università di Bari e Foggia, suggerendo alla Regione di individuare specifici obiettivi, in merito, nel PO 2016-2018.

5) Centralizzazione degli Acquisti

Tavolo e Comitato prendono atto di quanto dichiarato in merito alle iniziative finalizzate alla centralizzazione degli acquisti ed invitano la regione a tenere aggiornati i Ministeri affiancanti riguardo allo stato di avanzamento delle iniziative descritte.

6) Sicurezza e Rischio Clinico

Tavolo e Comitato invitano la Regione a ridefinire e riprogrammare gli obiettivi non raggiunti nel precedente triennio di vigenza del PO 2013-2015, nel nuovo P.O. 2016-2018 anche al fine di superare le criticità così come evidenziate in sede di verifica adempimenti LEA per l'annualità 2013 e 2014.

2.2 NUOVI OBIETTIVI: CRITICITÀ DA GRIGLIA LEA

Il punteggio complessivo dell'adempimento e) (Griglia LEA), oggetto di verifica del Comitato LEA, mostra segni di miglioramento, raggiungendo nel 2014 un punteggio pari a 162, al di sopra della soglia di adempienza.

Dalla lettura dei dati riportati nel prospetto, relativamente all' assistenza ospedaliera, si rileva un importante decremento dell'ospedalizzazione fra il 2012 e il 2015, che colloca il tasso totale standardizzato di dimissione, nell'ultima annualità considerata, pari a 140,5 per 1000 residenti, al disotto del valore di riferimento. Per quanto riguarda la mobilità ospedaliera, l'8,4% dei ricoveri dei residenti (per acuti in regime ordinario) risulta avvenuto presso strutture collocate al di fuori del territorio regionale (quota lievemente in aumento rispetto agli anni precedenti), con una complessità media della casistica di poco inferiore al peso medio nazionale della casistica trattata fuori regione.

Per ciò che concerne l'offerta ospedaliera, la dotazione aggiornata complessiva di posti letto risulta pari a 3,17 per 1.000 residenti nell'anno 2015, come si evince dalla banca dati nazionale; sia la dotazione per le acuzie, che quelle per le post acuzie risultano coerenti con i valori massimi di riferimento, calcolati tenendo conto dei saldi di mobilità interregionale come da indicazioni del DM 70/2015.

Per quanto riguarda l'efficienza della rete dell'emergenza-urgenza territoriale, l'indicatore considerato, riferito al tempo intercorrente tra la ricezione delle chiamate da parte della Centrale Operativa e l'arrivo del primo mezzo di soccorso, risulta nel 2015 superiore al limite individuato dal Comitato Lea come soglia dell'intervallo di adeguatezza (18 minuti).

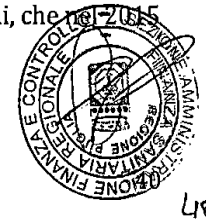
Per ciò che concerne la situazione relativa all'erogazione dell'assistenza territoriale, gli indicatori evidenziano, nel 2015, una quota di anziani assistiti a domicilio pari a 2,2%, (intervallo di riferimento >= 1,88%), come da fonte NSIS-SIAD. Si rilevano inoltre: pur se incrementato rispetto alle annualità precedenti, un insufficiente numero di posti equivalenti presso strutture residenziali per anziani non autosufficienti, espressione delle giornate di assistenza effettivamente erogate, pari a 4,9 per 1000 anziani nel 2015 (intervallo adeguato >= 9,8 posti per 1000 anziani); un numero adeguato di posti equivalenti presso strutture residenziali preposte all'assistenza dei disabili (0,5 per 1000); una dotazione di posti letto destinati alle strutture per pazienti terminali in linea con i riferimenti nazionali. Si evidenzia un miglioramento in relazione all'indicatore di attività dei servizi preposti alla salute mentale, in quanto il numero di assistiti presso il DSM risulta pari a 16,6 (per 1000 residenti) nel 2015, in linea con l'intervallo ritenuto adeguato (>= 10,82).

Per quanto riguarda l'area della prevenzione, persistono nel 2015 forti criticità negli screening oncologici, come si evince dalla bassa quota di residenti che hanno effettuato test in programmi organizzati, indicatore rimasto invariato dal 2012.

Relativamente all'appropriatezza, si evidenzia, nell'anno 2015, un rapporto tra le dimissioni attribuite ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza e le dimissioni non attribuite ai suddetti DRG pari a 0,22, non ricompreso nell'intervallo di adeguatezza individuato dal Comitato LEA (inferiore o pari a 0,21); si osserva altresì una consistente riduzione del tasso di ospedalizzazione della popolazione ultra-settantacinquenne. Al contrario, il valore della degenza media pre-operatoria risulta ancora superiore al valore medio nazionale (2,02 vs 1,71).

Un approfondimento su alcuni specifici indicatori di qualità assistenziale evidenzia:

- un forte decremento, rispetto alla precedente annualità, del tasso di ricovero ordinario in età pediatrica per asma e gastroenterite, il cui valore nel 2015 risulta tuttavia ancora ampiamente al disopra dell'intervallo di riferimento;
- l'ospedalizzazione in età adulta per specifiche patologie croniche, trattabili a livello territoriale, risulta invece adeguata (<409);
- una eccessiva quota di parti cesarei primari: la frequenza di tale procedura, seppure in decremento dal 2012, risulta pari al 33% per le strutture con meno di 1000 parti anno e al 30,9% nelle strutture con più di 1000 parti anno, discostandosi ancora largamente dai valori ritenuti accettabili;
- un marcato incremento della quota di interventi a pazienti ultra-sessantacinquenni con diagnosi principale di frattura del collo del femore, eseguiti entro 2 giorni, che nel 2015 risulta ancora inferiore al valore medio nazionale;



40

- una quota di ricoveri per intervento TM mammella in unità operative sopra soglia, ovvero con un volume di interventi >135, in linea con il valore di riferimento.

2.3 GOVERNANCE E MONITORAGGIO DEL PROGRAMMA OPERATIVO

Il Programma Operativo è strutturato secondo linee guida ministeriali e prevede una prima suddivisione in **Aree** di riferimento, contenenti a loro volta **Programmi** di azione.

La scheda di ciascun Programma è preceduta da una premessa che comprende:

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

La complessità operativa e la variegata titolarità organizzativa del Programma Operativo 2016-2018 ne richiede una esplicitazione chiara dei ruoli di *governance*, vale a dire la definizione della catena delle responsabilità e l'individuazione del *"chi fa che cosa"*.

Seguendo l'esempio della programmazione per obiettivi già in atto in questa Regione nel SSR si è voluto conferire un mandato forte, e quindi una responsabilità precisa, a tutti i livelli, istituzionali e tecnici. Agli stessi cioè che hanno anche le competenze per migliorare tutte le azioni volte ad individuare ed adoperare gli strumenti necessari per la programmazione sanitaria e per il monitoraggio dei risultati conseguiti.

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

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

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

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

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

CONTROLLO SEZIONE FINANZIARIA REGIONALE AMMINISTRAZIONE FINANZIARIA SANITARIA REGIONALE

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

La responsabilità dell'attuazione del Programma Operativo è stata posta in capo all'Assessorato, per il tramite della Direzione del Dipartimento "Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti" che, con tutte le sue articolazioni, coordinerà le attività relative alla *governance* dell'intero processo con funzione di *exploitation* di vertice delle misure programmate; del gruppo di *holding* fa parte l'Agenzia Regionale per la Salute e il Sociale (AReSS), che assicurerà l'adeguato supporto tecnico-scientifico e cui è demandata la funzione di *exploration* delle misure programmate, intendendo con essa l'ideazione, la progettazione e l'implementazione delle componenti inedite e innovative degli interventi di Programma e la verifica della loro specifica efficacia ed efficienza.

Lo schema, *holding & subsidiaries*, prevede a cascata responsabilità laterali e verticali in capo a:

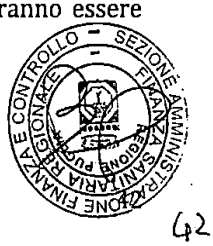
- Aziende Sanitarie e gli Istituti pubblici del SSR per l'attuazione degli interventi richiesti;
- TIPO – Tavoli di Ideazione e Progettazione Operativa, istituiti per progettare specifiche soluzioni previste dal Programma (reti, PDTA, regolamenti, etc.) e composti da esperti per la materia. I Tavoli in oggetto comprenderanno momenti funzionali e formali di confronto con le Università, gli Enti Ecclesiastici e le Associazioni dei Privati Accreditati, le OO.SS. delle varie Professioni Sanitarie e le Società Scientifiche Regionali quando opportuno e necessario.

Ai fini della valutazione della verifica dell'attuazione del Programma Operativo, da parte degli organi istituzionali, tutti già individuati nei singoli capitoli che compongono questo programma, sia nella forma di **Programmi** che nella loro declinazione in **Interventi** e conseguenti **Azioni**, è previsto un sistema di reportistica e rendicontazione condivisa in tempo reale tra tutti i soggetti, *holding & subsidiaries*, coinvolti nel programma.

L'intero processo legato al *monitoraggio del Programma Operativo* sarà coordinato dal Direttore del Dipartimento Promozione della Salute, Benessere Sociale e Sport per Tutti e dal Commissario Straordinario dell'AReSS (quindi nell'arco temporale del Programma Operativo dal Direttore Generale dell'AReSS) coadiuvati dai Dirigenti delle Sezioni e dei Servizi del medesimo Dipartimento e delle Aree e delle Sezioni e Servizi dell'AReSS.

I compiti di vertice assegnati sono quelli indicati nelle Linee Guida Ministeriali:

- valutazione degli indicatori di risultato, anche economico;
- valutazione degli obiettivi specifici e delle conseguenti azioni;
- tenuta del cronoprogramma delle scadenze intermedie e finali che dovranno essere rispettate;
- costante monitoraggio dell'impatto economico.



42

Al Direttore del Dipartimento, adiuvato dal Commissario Straordinario dell'AReSS, è assegnato il compito di convocare con sistematicità, non meno di una volta al mese, tutti coloro che sono coinvolti nel processo per valutare lo stato di avanzamento delle attività e azioni previste dal Programma Operativo 2016-2018.

Il Direttore di Dipartimento, adiuvato dal Commissario Straordinario dell'AReSS, ha il compito di produrre, *anche sulla base di apposite relazioni periodiche della Regione, attestanti lo stato di attuazione delle disposizioni approvate,* gli atti necessari per la formale adozione dei provvedimenti regionali relativi *all'effettivo raggiungimento di ciascun obiettivo prefissato.*

Tali provvedimenti regionali saranno inviati ai Ministeri affiancanti mediante il Sistema documentale dei Piani di Rientro per la preventiva approvazione (fatti salvi quelli motivati da ragioni di urgenza che possono essere trasmessi successivamente alla loro adozione) e saranno strettamente coerenti ed esplicativi dell'intervento che si vuole attuare.

Sulle materie concernenti l'attuazione, il monitoraggio e la verifica del Programma Operativo 2016-2018 i Dirigenti di Sezione del Dipartimento possono proporre al Direttore la convocazione di incontri specifici su questioni urgenti, particolarmente critiche e/o che richiedono l'adozione di provvedimenti indifferibili. Il Commissario Straordinario dell'AReSS ed i Dirigenti delle Aree e delle Sezioni saranno coinvolti quando le tematiche trattate comprenderanno aspetti importanti o prevalenti di *exploration.*

Sulla scorta dei mancati adempimenti del precedente triennio, delle cogenze prioritarie da Griglia LEA, delle indicazioni specifiche emerse nelle ultime sessioni congiunte Tavolo Adempimenti Regionali e Comitato Verifica LEA, del programma di governo in materia sanitaria della presente legislatura regionale e delle criticità emergenti nell'ultimo anno, la Regione Puglia propone cinque **Aree** programmatiche, dettagliate nei capitoli seguenti per **Programmi, Interventi e Azioni:**

Governare le leve di promozione della salute e i programmi di prevenzione (GOPRO);

Governare lo sviluppo dei processi di prossimità e proattività dei servizi di cura e assistenza (GOTER);

Implementare una nuova rete ospedaliera in aderenza a standard di cura, sicurezza, efficienza ed umanizzazione (GOOSP);

Sviluppare cultura e meccanismi operativi di appropriato e razionale uso del farmaco (GOFAR).

Innovare e governare i processi di supporto e complemento tecnico-amministrativo per la salute (GOAMM);

SEZIONE CONTROLLO - SEZIONE AMMINISTRATIVA E CONTABILE

CAPITOLO III

[GOPRO] GOVERNARE LE LEVE DI PROMOZIONE DELLA SALUTE E I PROGRAMMI DI PREVENZIONE DELLE DETERMINANTI DI MALATTIA

Il governo delle leve di promozione della salute sarà assicurato attraverso un monitoraggio costante e puntuale degli obiettivi definiti nel Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 approvato con n. 302 del 22.3.2016.

PROGRAMMA GOPRO SICAM

La sicurezza alimentare e la Sanità Veterinaria costituiscono per la Regione Puglia obiettivi prioritari nell'ambito delle funzioni di indirizzo, programmazione e coordinamento e in ottemperanza al PNI 2015-2018 recepito con DGR n°47/2015.

Sono stati individuati diversi obiettivi strategici finalizzati alla razionalizzazione delle attività ed ottimizzazione degli interventi attraverso un approccio coerente, completo ed integrato che abbracci tutti i settori e tutte le fasi della catena alimentare, al fine di prevenire i rischi per la salute pubblica e proteggere gli interessi dei consumatori.

In particolare, con riferimento alla necessità di rafforzare la *governance* del settore "Sicurezza alimentare e Sanità veterinaria", si rappresenta che, nell'ambito del processo di riorganizzazione delle strutture regionali attualmente in corso (in attuazione del Modello MAIA - DPGR 443/2015), le competenze in materia di Sicurezza alimentare e sanità veterinaria sono state concentrate in un'unica struttura amministrativa e poste in capo al Servizio Sanità veterinaria. Questo nuovo assetto organizzativo consentirà di presidiare in maniera ancor più efficace la *governance* del settore ed il raccordo con gli uffici dei Dipartimenti di Prevenzione delle AA.SS.LL (SIAN e SIAV).

Inoltre, con l'aggiornamento del **Piano Regionale Integrato dei controlli** (PRI) in attuazione dell'Intesa 18.12.2014 Rep. Atti 177/csr e in coerenza con gli orientamenti espressi dagli articoli 43 e 44 del Regolamento 882/2004, la Regione Puglia sta provvedendo alla realizzazione delle seguenti azioni:

Azione 1 - Definizione Piano Regionale Integrato dei controlli

Aggiornamento e adozione del PRIC - Piano Regionale Integrato dei controlli (PRI) in attuazione dell'Intesa 18.12.2014 Rep. Atti 177/csr e in raccordo con il Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 approvato con DGR 302 del 22/03/2016.
Gli obiettivi strategici che il nuovo strumento di Programmazione regionale si pone sono:

- Istituzione del Gruppo di Lavoro per la predisposizione del PRIC e per il monitoraggio dei Piani Locali di Controllo;
- Il Consolidamento e rafforzamento dei controlli nei principali settori produttivi regionali nelle filiere produttive in accordo con il PNI 2015-2018:
    - olio di oliva

  - latte e derivati
  - molluschi bivalvi
  - miele ed altri prodotti dell'alveare
- Completamento di una anagrafe regionale degli operatori registrati/riconosciuti che operano nel settore degli alimenti, mangimi, della produzione primaria attraverso l'acquisizione/aggiornamento di una banca dati e relativa implementazione in riferimento alla classificazione delle attività soggette a registrazione/riconoscimento ai sensi del Reg. 852/2004 elaborata dal gruppo di lavoro "Anagrafi e Nomenclatore" del Ministero della Salute, denominata MASTER LIST 852, che stabilisce la nomenclatura e la tassonomia di tali attività ai fini sanitari (vedi nota Min. Sal. prot. DGSAF 9875-P del 15.05.2013), rappresentando, pertanto, il riferimento univoco per l'intero territorio nazionale ai fini della conoscenza del panorama produttivo master list Reg. ce 852;
- Aggiornamento e definizione di Procedure e modulistica utilizzata in sede di Controllo Ufficiale ed altre attività ufficiali adottate in uniformare maniera su tutto il territorio regionale dalle ASL pugliesi, anche attraverso l'aggiornamento e la condivisione della modulistica riferita ai verbali (art. 9 del Reg. 882/04), ai provvedimenti previsti dall'art. 54 (Azioni in caso di non conformità) del medesimo ed alla contestazione di illecito e per i sequestri delle diverse tipologie previste;
- Adeguamento del Sistema di controllo ufficiale espletato dalle Autorità competenti Locali ai sensi del Reg.CE882/04 alle disposizioni previste dalle Linee Guida CSR del 10 Novembre 2016.

Azione 2: Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018

Attuazione e monitoraggio degli obiettivi definiti nel Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018, in particolare con riferimento all'Obiettivo Centrale 10 di cui al Piano Nazionale della Prevenzione, che prevede il rafforzamento delle attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli (Piano di controllo nazionale pluriennale ex Art. 41 e segg. del Reg. CE/882/2004).

Azione 3: Audit regionali ai sensi art 4 (6) Reg. ce 882/04

Istituzione dell'organismo interno di audit su Autorità Competenti Locali in materia di sicurezza alimentare e sanita veterinaria ai sensi dell'art 4 (6) Reg. ce 882/04, conformemente all'attuazione dell'accordo Stato-Regioni del 7/02/2013 concernente il funzionamento e miglioramento continuo delle autorità competenti e perfezionamento di tutti i processi ivi inclusa la gestione dei follow up ai fini della verifica dell'efficacia dei piani di azione conseguenti alle raccomandazioni effettuate nel corso degli audit regionali.

Azione 4: Pubblicazione delle informazioni concernenti le attività di controllo

Diffusione e pubblicazione attraverso sito web istituzionale (portale Puglia Salute, area prevenzione, sezione sicurezza alimentare) degli esiti di tutte le attività condotte in materia di controlli ufficiali, svolte dalle Autorità competenti e della loro efficacia ai sensi dell'art 7-(1) Reg. CE 882/04.

45

CRONOPROGRAMMA	INDICATORE	ENTRO	Adempimenti svolti	Rif. Doc
Predisposizione del Piano Regionale Integrato dei Controlli Ufficiali 2017-2018 comprensivo di:	DGR di approvazione del PRIC	30/10/2017	DGR 2194/2017	3-A del 25/01/18
Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018: Coordinamento e cooperazione tra amministrazione ed enti coinvolti nella sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria	Istituzione Tavolo di Coordinamento e Monitoraggio (TCM)	30/04/2017	Istituzione tavolo nota del 30/12/2016 e verbale insediamento del 26 aprile 2017	100- A del 4/07/17
Pubblicazione delle informazioni concernenti le attività di controllo	Pubblicazione su portale web istituzionale di informazioni concernenti le attività di controllo	30/06/2017	Link al Portale Sanità Puglia	https://www.sanita.puglia.it/web/pugliasalute/sicurezza-alimentare
Organizzazione dell'organismo interno di audit su Autorità Competenti Locali in materia di sicurezza alimentare e sanita veterinaria ai sensi dell' art 4 (6) Reg. ce 882/04	Provvedimento regionale di approvazione e adeguamento degli strumenti gestionali e operativi propri del ruolo di Autorità Competente Regionale	30/06/2018		

PROGRAMMA GOPRO 01: SCREENING ONCOLOGICI

Il potenziamento delle attività di prevenzione e promozione della salute sarà assicurato, oltre che dagli interventi previsti nel Piano Regionale della Prevenzione, anche da una radicale riorganizzazione e reingegnerizzazione degli screening oncologici e dall'incremento delle coperture vaccinali per MPR e influenza.

La diagnosi precoce, intesa come possibilità di modificare la storia naturale di una patologia tumorale, fa parte già da diversi decenni del *know how* di ogni operatore sanitario. Tuttavia, l'attitudine alla diagnosi precoce, l'impegno nel promuoverla e le capacità nel comunicare ai propri assistiti l'importanza di tali iniziative varia molto tra gli stessi operatori sanitari.

D'altra parte, se è sempre più frequente che soggetti particolarmente attenti al rischio di cancro e più consapevoli dell'importanza della diagnosi precoce si rivolgano al proprio medico per chiedere di effettuare un test di screening, una consistente parte della popolazione ancora non trae beneficio da questa opportunità.

CONTROLLO - SEZIONE FINANZA E CONTROLLO REGIONALE - REGIONE PUGLIA - RAGIONERIA GENERALE AMMINISTRAZIONE FINANZIARIA

L'attivazione di programmi organizzati di screening per i tumori per i quali c'è evidenza di efficacia degli interventi di popolazione modifica radicalmente questo scenario. È l'organizzazione sanitaria (SSR, ASL, ecc.) che si fa carico del coinvolgimento su larga scala della popolazione nel processo di anticipazione diagnostica, aumentando le possibilità di guarigione in quelle porzioni di popolazione che altrimenti ne resterebbero escluse.

La possibilità di anticipare una diagnosi di tumore deve essere garantita universalmente senza che eventuali differenze di status sociale si ripercuotano sulla fruibilità di questo diritto, prevedendo un invito attivo periodico della popolazione destinataria e un controllo di tutte le fasi del processo diagnostico e di cura che segue l'esecuzione del test di screening.

Tuttavia le performance regionali su questo ambito assistenziale si confermano ancora piuttosto critiche come certificato dal monitoraggio ministeriale Lea e come riconfermato dall'ultimo rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening.

La Puglia mostra al suo interno situazioni fortemente eterogenee tra le sei ASL territoriali, indice che non esiste ancora una strategia di sistema per il tema.

Con DGR n. 302 del 22 marzo 2016 la Regione ha avviato un processo di riorganizzazione sul territorio regionale, attribuendo con forza e in modo definitivo la responsabilità dell'intera gestione dei processi in capo alle Aziende e promuovendo un diretto coinvolgimento delle stesse in tutte le fasi del procedimento di chiamata attiva, oltre che di presa in carico del paziente nel secondo livello di diagnosi. Con lo stesso provvedimento è stato definito anche un solido ruolo di coordinamento e monitoraggio da parte degli organismi regionali.

Le funzioni di indirizzo e coordinamento sono assicurate dalla Regione attraverso la cabina di regia regionale alla quale partecipano i Direttori Generali e i Direttori Sanitari delle AA.SS.LL e le attività del Gruppo di lavoro Operativo per l'attuazione dei Programmi di Screening. Il gruppo di lavoro operativo è composto da un referente screening per ciascuna ASL, che risponde direttamente alla direzione strategica Aziendale e coordina l'attività delle Segreterie Aziendali Screening.

Il programma deliberato mira a massimizzare l'effetto di riformulazione organizzativa, alla luce delle nuove evidenze scientifiche disponibili a livello nazionale e internazionale, con particolare riferimento al migliore utilizzo delle risorse disponibili e al ri-orientamento della prevenzione individuale spontanea promuovendo la ri-destinazione delle persone verso i programmi di screening organizzati.

A tal fine si sta provvedendo a mettere a punto sistemi di re-ingegnerizzazione dello screening spontaneo, in particolare della mammella, ma anche del colon retto, alla stregua di quanto già è stato disposto per lo screening cervico-vaginale. In dettaglio sono in corso di definizione le procedure per consentire all'operatore sanitario (operatore CUP/farmacista/MMG) che riceve da un/una utente in fascia target la richiesta di una prestazione ricompresa nei programmi di screening di accedere al Sistema Informativo Regionale Screening e provvedere, direttamente o per il tramite della segreteria aziendale Screening, ad inserire l'utente nel Programma specifico.

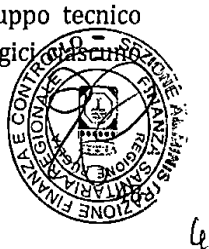
Diversi gli attori e i ruoli necessari per un processo di effettiva ristrutturazione (più che un semplice potenziamento) del sistema degli screening regionali:

- Cabina di Regia Regionale Screening / Gruppo tecnico operativo
  - coordinamento regionale delle attività di programma, con il coinvolgimento dell'AReSS, dell'IRCCS Oncologico, dell'IRCCS Gastroenterologico e della costituenda Rete Oncologica Regionale
- Osservatorio Epidemiologico Regionale
  - monitoraggio delle attività di programma
  - calcolo degli indicatori
  - assolvimento del debito informativo verso l'Osservatorio Nazionale Screening
- Direzione strategica Aziende Sanitarie Locali
  - responsabilità della gestione dei percorsi di screening
  - programmazione delle azioni a livello locale
  - garanzia di raccordo tra i diversi attori del sistema: Strutture di coordinamento aziendale, Dipartimenti di Prevenzione, Distretti Socio-sanitari, Servizi di Anatomia Patologica, Patologia Clinica, Ginecologia, Senologia, Gastroenterologia
- Dipartimento di Prevenzione (Strutture di coordinamento aziendale) - Aziende Sanitarie Locali
  - organizzazione e monitoraggio dei percorsi
  - sviluppo di azioni coordinate di promozione, sensibilizzazione e informazione alla popolazione sui programmi di screening oncologici
- Consultori Familiari - Aziende Sanitarie Locali
- Gestore Sistema Informativo Regionale Screening Oncologici
  - coordinamento delle attività di sviluppo, adeguamento, integrazione e rilascio dei software gestionali
  - raccordo con softwarehouse.

Il Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 ha previsto azioni direttamente mirate all'inclusione progressiva dell'adesione spontanea nei programmi di screening organizzato. In particolare, nella sezione "Misure di contrasto alle diseguaglianze", sono definite le linee di indirizzo per le Aziende Sanitarie per l'inserimento degli accessi spontanei nei percorsi organizzati e per limitare le fuoriuscite:

- Predisposizione di agende esclusivamente dedicate alle attività screening nei servizi
- Semplificazione delle procedure di accesso a livelli diagnostici successivi al primo
- Ricerca attiva dei non rispondenti
- Recupero delle informazioni dai soggetti che decidono volontariamente di abbandonare il percorso di screening.

Azioni di esclusiva competenza regionale in capo alla Cabina di Regia / Gruppo tecnico operativo, all'OER, al Gestore Sistema Informativo Regionale Screening Oncologici, ciascuno per le proprie peculiarità, raccordati dal Servizio regionale di competenza, sono:



48

- Pianificazione di una campagna di comunicazione uniforme sul territorio regionale da attuarsi mediante mezzi di comunicazione di massa tradizionali (es.: emittenti televisive e radiofoniche iscritte al Centro media Regionale, quotidiani, periodici e testate giornalistiche on-line) e attraverso strategie di marketing relazionale (es. pagina di social network)
- Sviluppo di collaborazioni applicative tra Sistema Informativo Regionale Screening e gestionali CUP, per allineare la chiamata attiva con prestazioni prenotate spontaneamente
- Monitoraggio dei progressi della riorganizzazione nelle ASL (*check list,* incontri periodici tra gli attori di sistema)
- Analisi dei dati delle sorveglianze di popolazione PASSI
- Conduzione di indagini campionarie di *customer satisfaction* e di indagini CAP (Conoscenza, Attitudine e Pratica) per valutare le motivazioni di non adesione all'invito allo screening
- Redazione di linee di indirizzo regionale per l'introduzione dell'HPV-DNA test come test primario nel percorso per la prevenzione del tumore della cervice uterina
- Integrazione nel Sistema Informativo Regionale Screening della cartella clinica senologica con le schede screening.
- Definizione di apposito accordo di collaborazione (Convenzione) con ISPO Toscana volto ad assicurare attività di supporto, monitoraggio e valutazione da parte dell'Osservatorio Nazionale Screening.

Con riferimento alla *governance* del sistema è prevista la riattivazione della Cabina di Regia / Gruppo tecnico operativo, cui verrà affidata la redazione di documenti di governo (es. note circolari, determine, linee guida, ecc.) e la valutazione dei processi.

Con riferimento a questo ultimo aspetto, si fa rilevare che tutta l'attività di promozione della salute della Regione Puglia, come declinata nella specifica sezione del Piano Regionale della Prevenzione approvato con DGR n. 302/2016, è orientata al modello PRECEDE PROCEED (diagnosi sociale, diagnosi epidemiologica – a cura dell'OER, diagnosi comportamentale e ambientale – Centro Salute Ambiente e Registro Tumori Regionale, diagnosi educativa organizzativa –Programma di promozione della Salute nelle Scuole, diagnosi amministrativa-politica – Cabina di Regia Regionale). La Regione si trova, quindi, in piena fase di implementazione del modello organizzativo e sta progettando un intervento strutturato di valutazione dei processi. Con DGR n. 8 del 12/01/2018, inoltre, la Regione ha approvato il progetto "Attività dei Network Nazionali ONS, AIRTUM e NIEPB a supporto del Piano Nazionale della Prevenzione 2014/2018" (acquisita dal Sistema Documentale Piani di Rientro con prot. n. 4-A del 25/01/2018).

Nei paragrafi di Intervento che seguono sono riportate le statistiche riguardanti ciascuno dei tre programmi di screening ufficiali e la tabella di Azione, che rappresenta una sintesi estrema dei passaggi necessari e previsti per rendere il processo di riorganizzazione efficace. Per i dettagli si rinvia alla citata DGR 302/2016.

SEZIONE AMMINISTRATIVA REGIONE PUGLIA FINANZA E CONTROLLO STRATEGICO

Intervento GOPRO 01.01: Potenziamento Screening Mammografico

Tra le tante dimensioni che si possono analizzare, quella più rilevante è senz'altro la capacità o l'attitudine del SSR di "proposta" del SSR di programmi di prevenzione secondaria.

E i dati di estensione dello screening mammografico, inteso come copertura percentuale di donne invitate rispetto alla popolazione bersaglio (donne in età compresa tra i 50 ed i 69 anni) nei due anni oggetto della rilevazione (2014-2015),

Il sistema Passi (Fonte Osservatorio Nazionale Screening – rapporto anno 2016) informa sulla copertura al test complessiva, comprensiva sia della quota di donne che ha eseguito l'esame all'interno dei programmi di screening organizzati o di altre offerte gratuite delle Asl sia di quella che lo ha eseguito al di fuori. La percentuale di mammografie eseguite al di fuori dei programmi di screening organizzati è meno rilevante di quella presente nello screening cervicale: a livello nazionale si stima infatti che una donna su cinque (19%) abbia eseguito la mammografia come prevenzione individuale rispetto a circa una donna su tre dello screening cervicale (35%); sono presenti significative differenze tra le Regioni (range: 5% Basilicata - 29% Puglia) (Figura 3).

Figura 1 - *Fonte ONS* - *Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni (%) donne 50-69enni Passi 2013-15 (n. 21.964)*

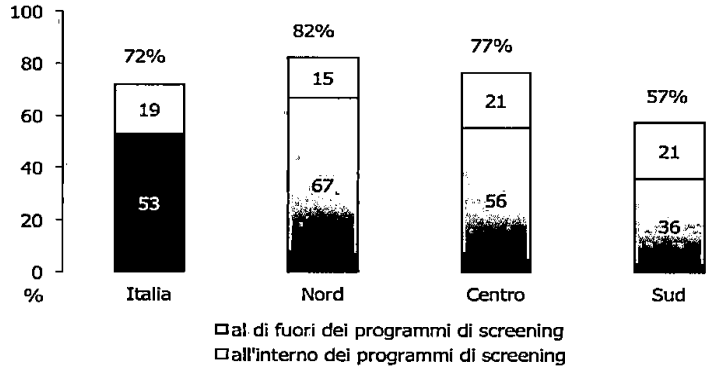
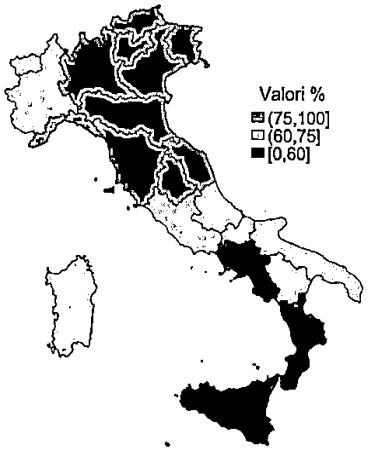


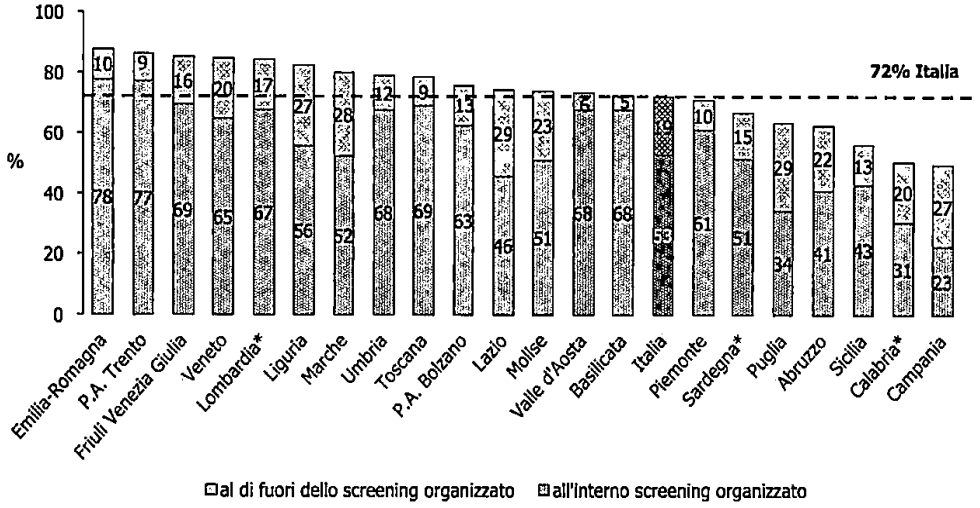
Figura 2 - *Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni (%) donne 50-69enni Passi 2013-15 (n. 21.964)* - ***Fonte ONS***



SEZIONE CONTROLLO - SEZIONE AMMINISTRAZIONE FINANZIARIA REGIONALE REGIONE PUGLIA

50

Figura 3 *Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni (%) donne 50-69enni Passi 2013-15 (n. 21.964)- **Fonte ONS***



**Regioni che non hanno aderito con un campione regionale*

La tabella per ASL conferma performance molto eterogenee – buona quella della ASL Taranto - e, quindi, una carenza di strategia sistemica regionale.

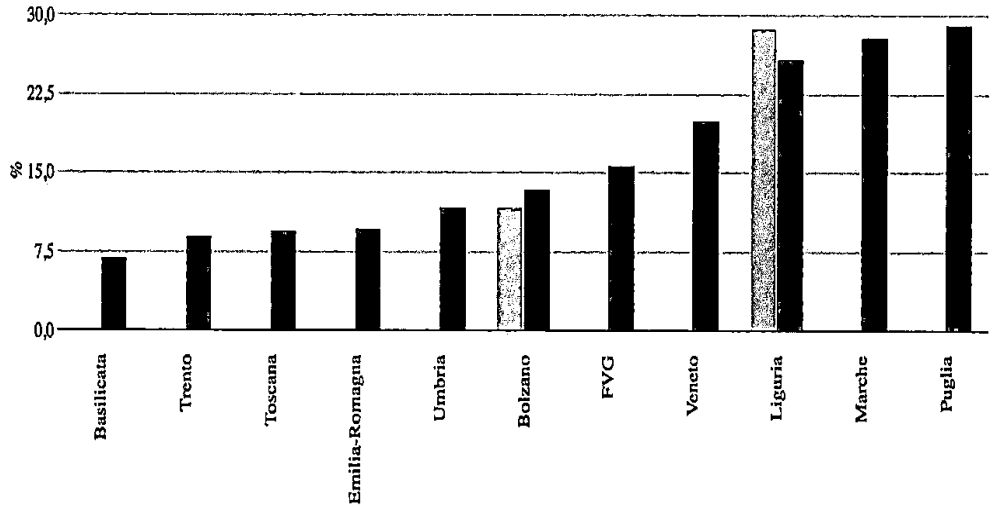
Tab. 1 - Valori % Estensione Screening Mammografico (dettaglio ASL 2015)

ASL	Valore	Inviti	Target
ASL Brindisi	45,11	24.730	54.816
ASL Taranto	78,81	62.422	79.201
ASL BT	19,77	9.606	48.592
ASL Bari	31,09	52.294	168.182
ASL Foggia	0	0	80.547
ASL Lecce	34,78	38.352	110.260
Puglia	**34,60**	**187.404**	**541.598**

A una limitata capacità di proposta del programma preventivo da parte regionale corrisponde una adesione allo stesso piuttosto singolare e da approfondire: non altissima e con performance media del gruppo Network Regioni ma non trascurabile l'adesione volontaria, intesa come esecuzione dello screening mammografico per iniziativa personale, al di fuori dei programmi organizzati (rilevazione PASSI su intervista telefonica relativa ai due anni precedenti).

SEZIONE CONTROLLO - SEZIONE AMMINISTRAZIONE FINANZIARIA REGIONALE PUGLIA

Fig. 4 - Valori % Adesione Volontaria Screening Mammografico (grigio 2012-14, azzurro 2013-2015) - Fonte ONS



Sulla base della situazione di partenza e della programmazione di cui alla DGR 302/2016 si possono così sintetizzare le Azioni di Intervento.

CRONOPROGRAMMA		INDICATORE		ENTRO	Adempimenti	Rif. Doc.
GOPRO 01.01.01	Attivazione Cabina di Regia / Gruppo tecnico operativo	DGR di attivazione, con declinazione di funzioni e responsabilità		30/06/17	DGR di insediamento gruppo tecnico operativo_ SSS/PRI/DEL 38/2017	123-A del 6/7/2017
GOPRO 01.01.02	Redazione Capacity Planning Obiettivi/Volumi/Risorse da parte di ciascuna ASL territoriale	DDG di adozione Capacity Planning Aziendale supportato e verificato dall'AReSS e dall'IRCCS Oncologico		31/01/17	Acquisiti i capacity planning	
GOPRO 01.01.03	Incremento dell'estensione effettiva	[Numero Inviti / Popolazione Target] supportato e verificato dall'AReSS e dall'IRCCS Oncologico		35% (31/12/16) 100% (31/12/17)	32,71% dato verifica LEA 2016	
GOPRO 01.01.04	Incremento dell'adesione all'invito	[Numero Soggetti Screenati / Numero Inviti] supportato e verificato dall'AReSS e dall'IRCCS Oncologico		60% (31/12/16) 70% (30/06/17) 80% (31/12/17)	55,9% dato verifica LEA 2016	
		2016	**2017**	**2018**		
Impatto Economico Intervento*		*Gli impatti economici riguardano maggiori costi per personale e beni e servizi i cui importi sono inclusi nelle altre linee di intervento. Trattasi di riallocazione delle risorse.*				

52

Si rappresenta, infine, con riferimento allo 'screening' delle donne ad alto rischio portatrici di mutazioni BRCA1-2, nel rispetto di quanto indicato nel Piano Nazionale Prevenzione 2014-2018, che il tema è all'attenzione di apposito tavolo di lavoro coordinato da ARESS Puglia. Si rinvia alle Delibere AReS: Attivazione delle articolazioni di *governance* della Rete Oncologica; Avvio lavori progettazione Rete Breast Unit (già acquisite al sistema documentale 75-A del 23/5/2017; 89-A del 3/7/2017; 90-A del 3/7/2017) per ulteriori approfondimenti.

Intervento GOPRO 01.02: Potenziamento Screening Cervice Uterina

Anche questa linea di screening conferma quanto rilevato per quello mammografico. Sulla base dei dati raccolti dal sistema di sorveglianza Passi (Fonte: LO SCREENING CERVICALE VISTO DA "PASSI"), si stima che in Italia nel 2013-15 circa tre donne 25-64enni su quattro (79%) abbiano eseguito un Pap test o un test dell'Hpv preventivo entro i tempi raccomandati. La copertura complessiva al test preventivo raggiunge valori elevati al Nord (86%) e al Centro (85%), mentre è più bassa al Sud (67%) (Vedi figura 1 e figura 2). Fra le Regioni che partecipano a Passi sono presenti significative differenze (*range*: 56% Calabria - 90% Emilia-Romagna e Veneto) (Figura 3). Il sistema Passi informa sulla copertura al test complessiva, comprensiva sia della quota di donne che ha eseguito l'esame all'interno dei programmi di screening organizzati o di altre offerte gratuite delle Asl sia di quella che lo ha eseguito al di fuori. Nello screening cervicale la quota al di fuori dei programmi di screening organizzati è rilevante e a livello nazionale è di poco inferiore a quella all'interno (rispettivamente 35% e 44%). Sono presenti differenze significative tra le Regioni (*range*: 6% Basilicata - 63% Liguria).

Figura 5 - Fonte ONS - *Copertura al test preventivo entro i tempi raccomandati (%) donne 25-64enni Passi 2013-15*

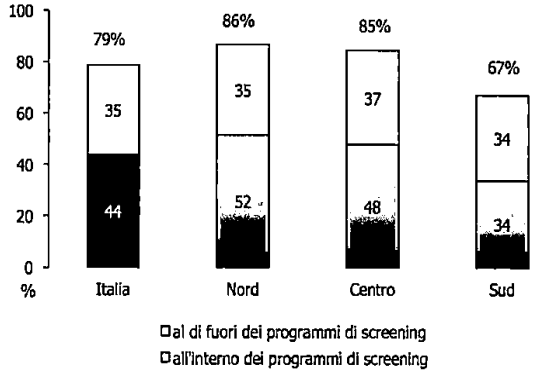


Figura 6 Fonte ONS - *Copertura al test preventivo entro i tempi raccomandati (%) donne 25-64enni Passi 2013-15*

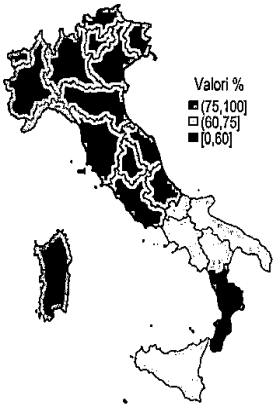
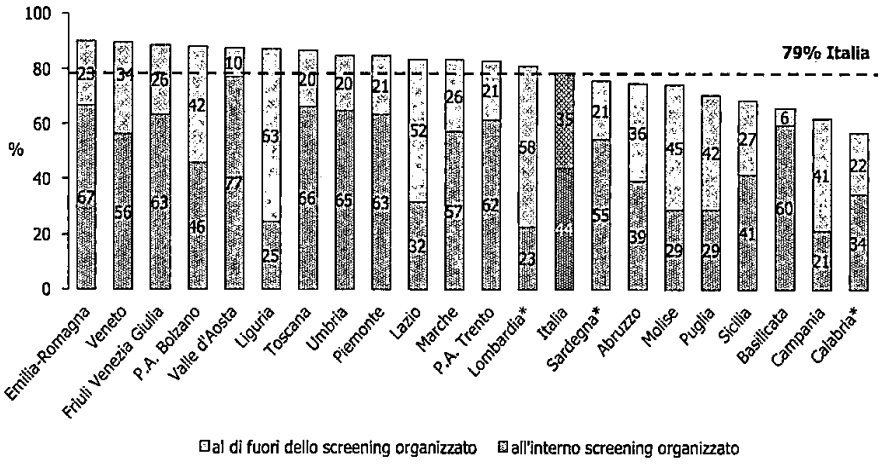


Figura 7 – Fonte ONS - *Copertura al test preventivo entro i tempi raccomandati (%) donne 25-64enni Passi 2013-15)*



** Regioni che non hanno aderito con un campione regionale*

Il giudizio non soddisfacente per la Puglia riguarda anche la capacità di proposta del programma preventivo (che si attesta sul 57,96%).

Tab. 2 - Valori % Estensione Screening Cervice Uterina (Dettaglio ASL)

ASL	Valore	Inviti	Target
ASL Brindisi	0,2	220	112.092
ASL Taranto	66,71	109.005	163.413
ASL Barletta-Andria-Trani	65,24	70.776	108.493
ASL Bari	82,47	291.472	353.421
ASL Foggia	19,48	33.229	170.552
ASL Lecce	67,42	150.960	223.910
Puglia	**57,96**	**656.086**	**1.131.881**

CORTE DEI CONTI - SEZIONE REGIONALE DI CONTROLLO - RAGIONERIA GENERALE REGIONE PUGLIA - FINANZA AMMINISTRATIVA

Sorprende negativamente anche la differenza di adesione ai programmi proposti che mostra una forbice estensione/adesione decisamente ampia: solo il 31,15% di adesione contro il 58,15% dello screening mammografico. La differenza è tanto più sorprendente (e va indagata) in quanto all'interno del target di sesso femminile, per cui era lecito attendersi omogeneità di risposta. Altrettanto anomala è l'adesione volontaria a un personale programma preventivo (41,6%) così come rilevato dall'indagine PASSI 2015, più alta di quella registrata per lo screening mammografico (poco sotto il 30%).

Fig. 8 - Valori % Adesione Screening Cervice Uterina

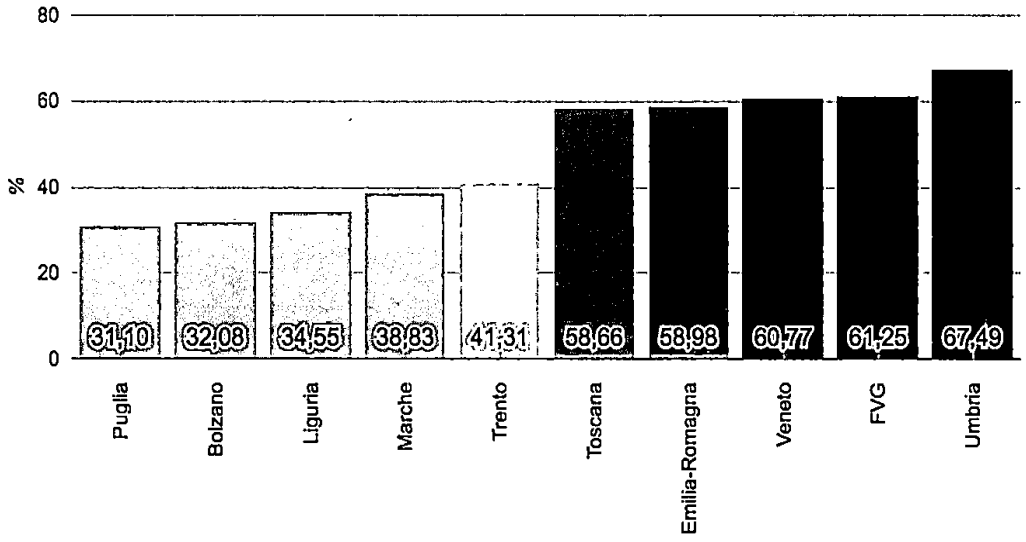
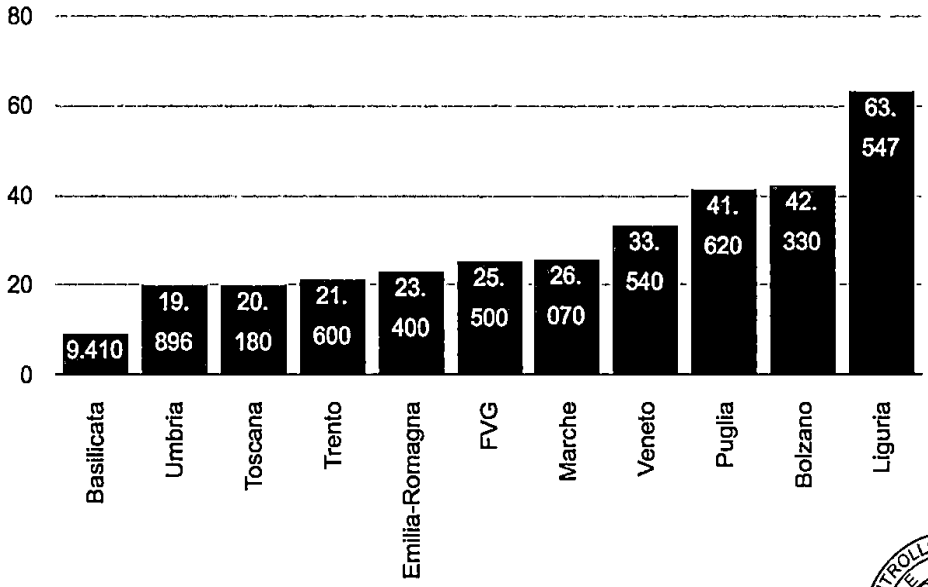


Fig. 9 - Valori % Adesione Volontaria Screening Cervice Uterina (2015)



55

Sulla base della situazione di partenza e della programmazione di cui alla DGR 302/2016 e delle indicazioni contenute nel Piano Nazionale della Prevenzione, inerenti il passaggio all'HPV test nell'anno 2018, si possono così sintetizzare le Azioni di Intervento.

CRONOPROGRAMMA		INDICATORE	ENTRO	Adempimenti	Rif. Doc.
GOPRO 01.01.01	Attivazione Cabina di Regia / Gruppo tecnico operativo	DGR di attivazione, con declinazione di funzioni e responsabilità	30/06/17	DGR di SSS/PRI/DEL 38/2017	123-A del 6/7/17
GOPRO 01.02.02	Redazione Capacity Planning Obiettivi/Volumi/Risorse da parte di ciascuna ASL territoriale	DDG di adozione Capacity Planning Aziendale supportato e verificato dell'OER Puglia e dall'AReSS e dall'IRCCS Oncologico	31/01/17	Acquisiti i capacity planning	
GOPRO 01.02.03	Incremento dell'estensione effettiva	[Numero Inviti / Popolazione Target] supportato e verificato dall'AReSS e dall'IRCCS Oncologico	40% (31/12/16) 100% (31/12/17)	65,60% dato verifica LEA 2016	
GOPRO 01.02.04	Incremento dell'adesione all'invito	[Numero Soggetti Screenati / Numero Inviti] supportato e verificato dall'AReSS e dall'IRCCS Oncologico	30% (31/12/16) 50% (31/12/17) 70% (31/12/18)	29% dato verifica LEA 2016	
Impatto Economico Intervento		**2016** **2017**	**2018**		
		Gli impatti economici riguardano maggiori costi per personale e beni e servizi i cui importi sono inclusi nelle altre linee di intervento. Trattasi di riallocazione delle risorse.			

Intervento GOPRO 01.03: Potenziamento Screening Colon Retto

Per lo screening colo-rettale non si dispone di un raffronto storico con altre regioni italiane in quanto i dati non sono sufficientemente significativi.

La reportistica più aggiornata riguarda l'esito del programma condotto presso le sole ASL Bari e ASL BT, da cui si evince, oltre all'evidente inadeguato presidio, l'urgenza di prevedere per tale programma una vera e propria rifondazione, più che un rilancio.

DIMENSIONE E INDICATORI		2012	2013	2014
Estensione nominale del programma	A: Popolazione residente in fascia d'età bersaglio	393.271	415.780	413.166
	B: Residenti 50 - 70 anni	393.271	415.780	413.166
	A/B*100	100	100	100
Estensione effettiva del programma	A: Numero di persone invitate	64.605	33.896	15.168
	B:Residenti 50 - 70 anni /2	196.635	207.890	206.583
	A/B*100	32,9	16,3	7,3
Adesione corretta all'invito	A: Persone aderenti al primo livello (screenate)	16.305	7.106	2.274
	B: Numero di persone invitate - numero di inviti inesitati	44.712	33.896	15.168

CORTE DEI CONTI SEZIONE REGIONALE CONTROLLO PUGLIA RAGIONERIA GENERALE AMMINISTRAZIONE FINANZIARIA

DIMENSIONE E INDICATORI		2012	2013	2014
	A/B*100	36,5	21,0	21,6
Positività al SOF	A: Numero di persone con SOF positivo	1.019	484	
	B: Numero di persone screenate	16.305	7.106	
	A/B*100	6,2	6,8	
Tasso di identificazione totale = Detection rate	A: Carcinomi invasivi	32	17	
	B: Numero di persone screenate	16.305	7.106	
	A/B*1000	2,0	2,4	

Sulla base della situazione di partenza e della programmazione di cui alla DGR 302/2016 si possono così sintetizzare le Azioni di Intervento.

CRONOPROGRAMMA		INDICATORE	ENTRO	Adempimenti	Rif. Doc.
GOPRO 01.01.01	Attivazione Cabina di Regia / Gruppo tecnico operativo	DGR di attivazione, con declinazione di funzioni e responsabilità	30/06/17	DGR di SSS/PRI/DEL 38/2017	123-A del 6/7/17
GOPRO 01.03.02	Redazione Capacity Planning Obiettivi/Volumi/Risorse da parte di ciascuna ASL territoriale	DDG di adozione Capacity Planning Aziendale supportato e verificato dell'OER Puglia, dall'AReSS e dall'IRCCS Oncologico	31/03/17	Acquisiti i capacity planning	
GOPRO 01.03.03	Incremento dell'estensione effettiva	[Numero Inviti / Popolazione Target] supportato e verificato dall'AReSS e dall'IRCCS Oncologico	60% (31/12/16) 100% (31/12/17)		
GOPRO 01.03.04	Incremento dell'adesione all'invito	[Numero Soggetti Screenati / Numero Inviti] supportato e verificato dall'AReSS e dall'IRCCS Oncologico	7% (31/12/16) 40% (31/12/17) 65% (31/12/18)		
		2016 **2017**	**2018**		
Impatto Economico Intervento		*Gli impatti economici riguardano maggiori costi per personale e beni e servizi i cui importi sono inclusi nelle altre linee di intervento. Trattasi di riallocazione delle risorse.*			

PROGRAMMA GOPRO 02: COPERTURA VACCINALE

La pratica vaccinale in Puglia è da sempre pianificata, coordinata e gestita dai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica dei Dipartimenti di Prevenzione, in stretta sinergia con i Pediatri di Libera Scelta e i Medici di Medicina Generale.

Le vaccinazioni dell'infanzia e dell'adolescenza sono effettuate dai Servizi Vaccinali, presenti in ogni Comune. La somministrazione delle vaccinazioni dell'adulto e dell'anziano è eseguita negli ambulatori dei Medici di Medicina Generale in seguito a specifici accordi di programma e sempre sotto il coordinamento dei Dipartimenti di Prevenzione.

SEZIONE CONTROLLO - FINANZA REGIONALE - AMMINISTRAZIONE FINANZA SANITARIA PUBBLICA

Al fine di dare attuazione alle azioni previste dal Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale 2012-2014, nell'ambito di ogni Servizio di Igiene e Sanità Pubblica delle ASL è stato individuato un referente aziendale che coadiuva il Direttore del Servizio.

La Regione Puglia ha storicamente raggiunto i target di copertura vaccinale relativi al primo anno di vita; risultano invece ancora non raggiunti gli standard relativi alla vaccinazione anti-MPR nei nuovi nati (a 24 mesi), nei soggetti in età pre-scolare (5-6 anni) e negli adolescenti e alla vaccinazione anti-influenzale nell'anziano.

Dal 2005 è stato inserito nella programmazione regionale l'utilizzo a regime del sistema di gestione informatizzata dell'anagrafe vaccinale GIAVA, la cui implementazione oggi copre circa l'80% degli ambulatori presenti sul territorio regionale.

Al fine di supportare i programmi vaccinali in atto, con la citata DGR 302/2016 (Piano Regionale Prevenzione 2014-2018) si identifica come prioritario l'allineamento dell'anagrafe vaccinale, che, per rispondere al *commitment* del Piano Nazionale della Prevenzione che prevede il potenziamento dell'*accountability* del sistema della prevenzione, dovrà contemplare anche una area di sviluppo relativa alla sorveglianza degli eventi avversi alle vaccinazioni. Entro la vigenza del Piano Regionale della Prevenzione, tutte le ASL devono essere in grado di gestire le coorti oggetto di interventi di vaccinazione attraverso l'archivio informatizzato.

Il Piano prevede inoltre il potenziamento delle attività volte a migliorare le coperture vaccinali in alcuni gruppi di popolazione tradizionalmente difficili da raggiungere, quali i soggetti affetti da patologie croniche e gli operatori sanitari. Il modello previsto dal Piano è quello della creazione di ambulatori *ad hoc*, anche con modello funzionale, nei quali il processo sia sotto la responsabilità di personale adeguatamente formato e addestrato anche alla gestione di casi complessi (ad esempio la vaccinazione di soggetti con neoplasie in chemioterapia). Infine, l'ultimo obiettivo di programma investe il settore della comunicazione ed è volto a standardizzare le procedure di chiamata attiva, sollecito, acquisizione del consenso o del dissenso alle vaccinazioni previste dall'attuale Calendario Vaccinale Regionale.

Come per gli screening, al fine di garantire azione di sistema, sono stati individuati ruoli e attori specifici:

- Osservatorio Epidemiologico Regionale
    - garantisce il supporto tecnico-scientifico all'attività di coordinamento delle vaccinazioni a livello regionale, supporta l'Assessorato alla Sanità nell'assolvimento del debito informativo nei confronti del Ministero della Salute
- Sezione Promozione della Salute e del Benessere (all'interno del Dipto regionale Salute) e Area Salute dell'Agenzia Regionale Sanità e Sociale
    - coordinano le attività a livello regionale e garantiscono il rapporto con le Aziende Sanitarie e Ospedaliere e con il Ministero della Salute
- Commissione Regionale Vaccini

58

- esprime parere tecnico su tutti i documenti di indirizzo in ambito vaccinale, preliminare all'adozione dei documenti con atti cogenti della Regione (DGR, Determine)

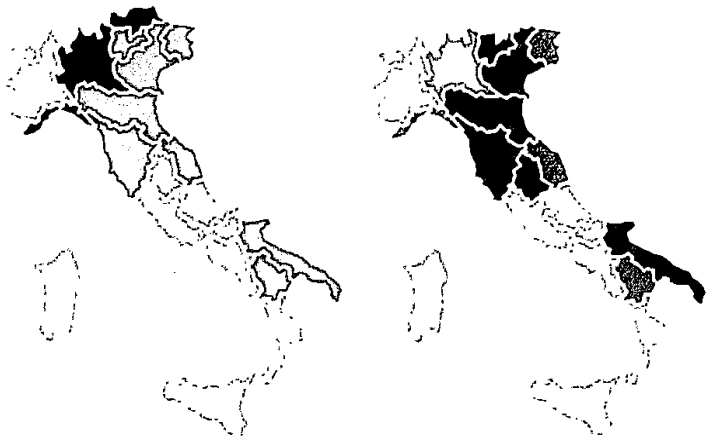
- Dipartimenti di Prevenzione (Servizi di Igiene e Sanità Pubblica)
  - coordinano le attività vaccinali a livello territoriale
- U.O.C. Igiene, Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Bari
  - funge da struttura di riferimento regionale per la sperimentazione di programmi di vaccinazione rivolte a soggetti affetti da patologia cronica e a studenti della Scuola di Medicina
- Settore di Igiene dell'Università di Foggia
  - funge da struttura di riferimento regionale per la programmazione e l'aggiornamento delle politiche e delle strategie vaccinali nazionali e assicura il raccordo tecnico-scientifico tra la regione e gli organi centrali (Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, AIFA, Coordinamento Interregionale della Prevenzione della Commissione Salute).

Fermo restando quanto programmato nel Piano Regionale della Prevenzione vigente in materia di vaccinazioni, il presente Programma Operativo intende acquisire quale linea progettuale prioritaria quella relativa al miglioramento della copertura vaccinale per MRP in età evolutiva e alla copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani.

Intervento GOPRO 02.01: Estensione copertura vaccinale anti MRP

Dai confronti con le altre regioni la Puglia si caratterizza per una performance di livello medio con una copertura dell'85,31% verso il 95% atteso. È pur vero che anche nella nostra Regione si sono verificati episodi e campagne anti-vaccinali molto attive, con particolare riguardo alla popolazione infantile, che hanno cavalcato le più comuni asserzioni pseudoscientifiche di obiezione vaccinale (vedi correlazioni con sviluppo dei disturbi dello spettro autistico). Ed è stato proprio in coincidenza degli eventi di cronaca e giudiziari che si è registrato il più cospicuo calo di copertura vaccinale, analogamente a quanto avvenuto nel resto del Paese.

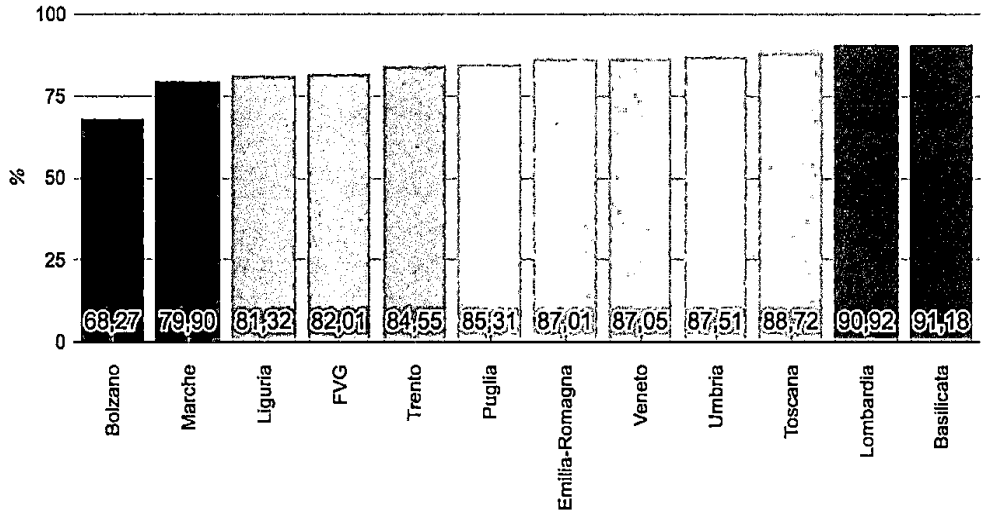
Fig. 10 Copertura Vaccinale MRP 2015: Valutazione Indicatore e Raggiungimento Obiettivo 95%



SEZIONE CONTROLLO - RAGIONERIA GENERALE REGIONALE - REGIONE PUGLIA

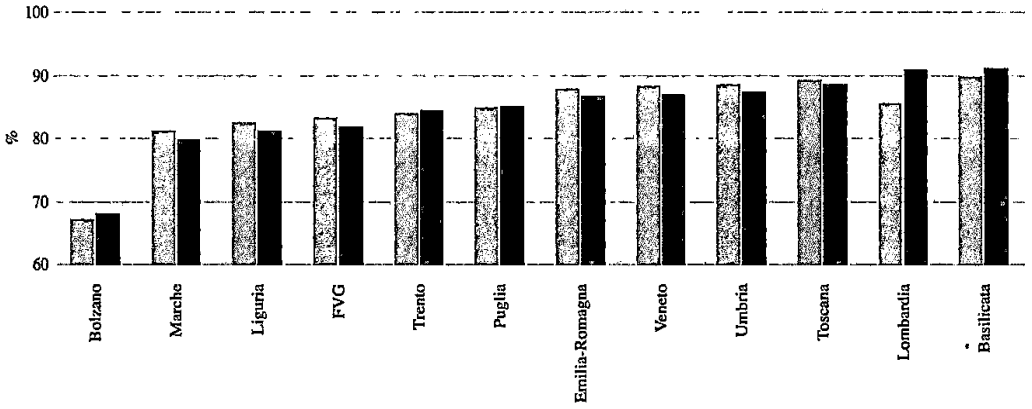
59

Fig. 11 Copertura Vaccinale MRP (2015)



La flessione si è avuta nel corso del 2014 con una copertura dell'85,07% per la prima dose (90,64% nel 2013) e del 77,99% per la seconda dose (85,70% nel 2013). Nel 2015 si è registrato un lieve aumento.

Fig. 12 Copertura Vaccinale MRP (grigio 2014, azzurro 2015)



Fermi restando gli obiettivi generali del vigente Piano Regionale della Prevenzione che in tema di vaccinazioni propone:

- il completamento dell'informatizzazione dell'anagrafe vaccinale interoperabile con la futura anagrafe nazionale tra di loro e con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residenti/assistiti);
- l'aumento della copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologia);
- la pianificazione della comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione.

Il presente Programma Operativo intende codificare le seguenti Azioni di intervento chiave per il triennio:

CRONOPROGRAMMA		INDICATORE	ENTRO	Adempimenti	Rif. Doc.
GOPRO 02.01.01	Realizzazione Piano di Comunicazione e Contatto	DGR di adozione campagna regionale di comunicazione multimediatica	28/02/17	Adottata DGR. On line il sito www.vaccinarsi inpuglia.org	99-A DGR n. 328 del 7/03/2017; 85-A DGR n. 885 del 7/06/2017
GOPRO 02.01.02	Incremento della copertura effettiva	Numero Vaccinati / Popolazione Target	86% (31/12/16) 90% (31/12/17) 95% (31/12/18)	85,9% Bollettino delle coperture al 31/12/2016	
		2016 ***2017***	***2018***		
Impatto Economico Intervento		*Gli impatti economici riguardano maggiori costi per personale e beni e servizi i cui importi sono inclusi nelle altre linee di intervento. Trattasi di riallocazione delle risorse.*			

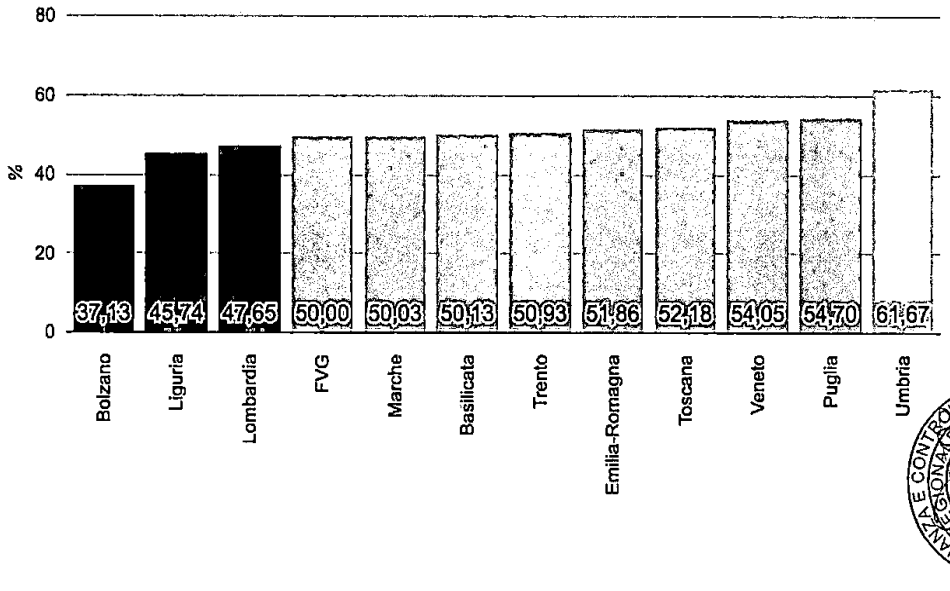
Intervento GOPRO 02.02: Estensione copertura antinfluenzale over 65

Su questa linea vaccinale la regione ha storicamente dimostrato delle buone performance rispetto alle altre regioni, mantenendosi dal 2001 in poi sempre sopra la media italiana ma seguendone, d'altra parte, la tendenza al decremento.

Il crollo si è avuto, come nel resto d'Italia, nella stagione 2014-2015 soprattutto al seguito delle asserite e mal comunicate correlazioni tra alcuni lotti di vaccino e presunti decessi.

La circostanza conferma quanto la comunicazione sui benefici della vaccinazione per le classi anagrafiche più fragili e dei rischi derivanti dalla mancata vaccinazione debba essere parte integrante del kit vaccinale stagionale al pari del prodotto e del dispositivo medico per la somministrazione.

Fig. 13 Copertura Vaccinale Antinfluenzale Anziani (2015)



Fermi restando gli obiettivi generali del vigente Piano Regionale della Prevenzione che, in tema di vaccinazioni, propone:

- il completamento dell'informatizzazione dell'anagrafe vaccinale interoperabile con la futura anagrafe nazionale e con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residenti/assistiti);
- l'aumento della copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie, altre categorie individuate dalla circolare ministeriale annuale sulla prevenzione e il controllo dell'influenza);
- la pianificazione della comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione;

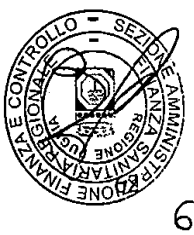
il presente Programma Operativo intende codificare le seguenti Azioni di intervento chiave per il triennio:

CRONOPROGRAMMA		INDICATORE		ENTRO	Adempimenti	Rif. Doc.
GOPRO 02.02.01	Realizzazione Piano di Comunicazione e Contatto	DGR di adozione campagna regionale di comunicazione multimediatica		28/02/17	Adottata DGR	99-A DGR n. 328 del 7/03/17; 85-A DGR n. 885 del 7/06/17
GOPRO 02.02.02	Incremento della copertura effettiva	Numero Vaccinati / Popolazione Target		55% (31/12/16) 60% (31/12/17) 75% (31/12/18)	58% Bollettino delle coperture al 31/12/2016	
		2016	**2017**	**2018**		
Impatto Economico Intervento		*Gli impatti economici riguardano maggiori costi per personale e beni e servizi i cui importi sono inclusi nelle altre linee di intervento. Trattasi di riallocazione delle risorse.*				

Per ulteriori approfondimenti sulla linea vaccinazioni, si rimanda al "Bollettino delle Coperture Vaccinali - Resoconto sul monitoraggio delle attività vaccinali regionali condotte negli anni 2007-2015", redatto a cura del Gruppo malattie infettive e vaccinazioni dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale, disponibile al link:

https://www.sanita.puglia.it/documents/36126/269121/Bollettino+delle+Coperture+Vaccinali/558ff34e-1e02-49cc-9c4d-4e754e5db17b?version=1.0&t=1482248251434.

Pubblicato anche l'aggiornamento relativo alle coperture anno 2016.



62

CAPITOLO IV

[GOTER] GOVERNARE LO SVILUPPO DEI PROCESSI DI PROSSIMITÀ E PROATTIVITÀ DEI SERVIZI DI CURA E ASSISTENZA

PROGRAMMA GOTER 00: LA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE DI ASSISTENZA TERRITORIALE DELLA REGIONE PUGLIA

La Regione Puglia intende promuovere lo sviluppo della sanità territoriale come principale risposta ai bisogni dei cittadini pugliesi, riducendo i tassi di ospedalizzazione eccessivamente elevati e promuovendo il ricorso ai servizi di assistenza primaria ed intermedia.

L'attuazione del Piano di riordino ospedaliero ha confermato la correttezza di tale impostazione rendendo, altresì, evidente la necessità di concentrare ulteriormente **l'erogazione dei servizi sanitari territoriali,** sfruttando la opportunità offerta in tal senso dalla necessità di riconvertire le strutture ospedaliere destinate alla dismissione.

Con il Decreto ministeriale n. 70 del 2015 e la Legge di stabilità 2016, sono stati, difatti, individuati nuovi standard qualitativi, tecnologici e quantitativi al fine di portare le reti ospedaliere nazionali dentro omogenei parametri di sicurezza, efficacia di cura ed efficacia gestionale. Contestualmente, si è riconosciuto che la riorganizzazione della rete ospedaliera risulta insufficiente rispetto all'esigenza di garantire una copertura piena dei bisogni assistenziali che richiedono un trattamento ospedaliero, se, in una logica di continuità assistenziale, non viene affrontato il tema del **potenziamento delle strutture territoriali** nonché dell'integrazione/interazione funzionale tra le strutture territoriali e le strutture ospedaliere.

L'organizzazione di una **rete territoriale** di assistenza rappresenta il complemento necessario ed ineludibile di tale razionalizzazione della rete ospedaliera, dovendo assicurare ai cittadini un presidio sanitario non ospedaliero che garantisca l'offerta sul territorio dei servizi di assistenza primaria ed intermedia, facilitando l'accesso a tutti i servizi territoriali, sia quelli fisicamente aggregati nei presidi territoriali, sia quelli non aggregati, consentendo così di snellire l'iter di presa in carico e di indirizzamento degli utenti.

Al fine di consentire una lettura complessiva ed analitica del percorso in atto, la Regione procederà ad adottare un documento complessivo sulla riorganizzazione dell'offerta territoriale. Tale documento rappresenterà la sintesi di tutti i testi normativi e regolamentari adottati nel corso degli ultimi anni, con i quali la Regione ha disciplinato i singoli modelli di gestione dei servizi territoriali e le diverse tipologie di offerta. In considerazione del confronto ancora in atto con i Ministeri affiancanti sulle bozze di regolamento relative rispettivamente alle strutture RSA R1 (Interv. GOTER 02.01) ed ai Presidi Territoriali di

SEZIONE CONTROLLO GESTIONE FINANZIARIA AMMINISTRAZIONE REGIONALE PUGLIA

Assistenza (Interv. GOTER 02.05), il termine previsto per la adozione da parte della Giunta regionale della Delibera di approvazione del documento non potrà essere precedente a quelli indicati per la adozione dei citati schemi di regolamento di cui ai paragrafi successivi.

Il documento dovrà altresì essere condiviso con le Direzioni delle Aziende sanitarie e dei Distretti Socio Sanitari affinché lo stesso possa rappresentare per tutto il sistema il punto di riferimento per le attività da porre in essere per lo sviluppo dei servizi territoriali. Tale percorso di condivisione ha già preso avvio nel corso del mese di dicembre 2017.

Ne deriva il seguente cronoprogramma:

CRONOPROGRAMMA		INDICATORE	ENTRO
GOTER 01.00	Adozione del documento recante la riorganizzazione della rete di assistenza territoriale della Regione Puglia	DGR di adozione del documento	30/06/18

PROGRAMMA GOTER 01: CARE PUGLIA 3.0

La Regione Puglia sin dall'inizio del 2012, contestualmente all'ultima robusta riconversione di presidi ospedalieri in strutture territoriali, ha avviato un percorso di sperimentazione di modelli assistenziali di medicina d'iniziativa secondo i principi del *Chronic Care Model.*

Il Progetto Nardino, all'epoca, è stata la prima iniziativa sistemica di medicina d'iniziativa su scala regionale ma prendeva le mosse da una precedente esperienza locale, in ASL Lecce, che aveva nome di Progetto Leonardo.

Il Progetto, destinato a pazienti con diabete, BPCO, scompenso cardiaco e ipertensione, in sintesi estrema, si poggiava su:

- presa in carico precoce del paziente cronico e dei suoi problemi di salute secondo i principi del *Chronic Care Model* sviluppatosi negli USA in Kaiser Permanente;
- introduzione nel processo di presa in carico della figura del Care Manager con funzione "pivotale" rispetto ai percorsi organizzativi del caso clinico;
- informatizzazione e condivisione informativa dell'intero percorso diagnostico-terapeutico.

L'elemento più innovativo del modello fu proprio il Care Manager: infermieri opportunamente formati che fornivano al paziente strumenti utili per l'autogestione della malattia e per l'aderenza al percorso clinico-assistenziale. Operavano in stretto contatto con il paziente e con il team di operatori sanitari territoriali (MMG, Specialista e Infermieri Professionali) per mettere a punto un piano di assistenza individuale e far fronte ai problemi identificati.

L'esperienza, sviluppatasi con alterne fortune sul territorio regionale in funzione dell'aderenza alla stessa da parte del sistema delle cure primarie (MMG, PLS, Continuità assistenziale, ecc.), ha comunque rivelato nei casi di più completo sviluppo la riconversione "indolore" del preesistente presidio ospedaliero, una buona soddisfazione dei pazienti

64

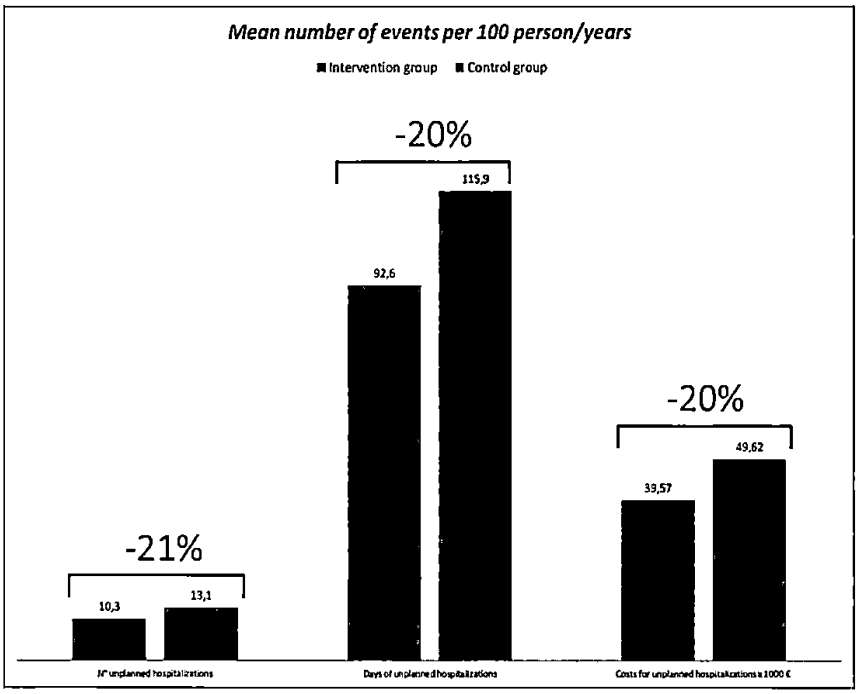
reclutati nel programma, una costanza di *performance status* e, risultato inatteso, l'azzeramento delle liste di attesa per i pazienti reclutati.

Nel corso del 2015 è stato condotto uno studio retrospettivo sui pazienti coinvolti (gruppo di intervento) che ha dimostrato, rispetto a un gruppo di controllo, una riduzione del 20% circa tra ospedalizzazione non pianificata (numero e giornate di degenza) e costi economici della stessa.

Media numero di eventi per 100 persone/anno e Incidence Rate Ratio (limiti di confidenza)

	Intervention Group	Control Group	IRR (CI)
N° unplanned hospitalizations	10.3 (9.1-11.7)	13.1 (12.1-14.1)	0.79 (0.68-0.91)*
Days unplanned hospitalizations	92.6 (88.8-96.6)	115.9 (113.0-118.9)	0.80 (0.76-0.84)*
Costs for unplanned hospitalizations in euro	39572 (39491-39653)	49622 (49562-49683)	0.80 (0.80-0.80)*

*p<0.001



Da un ulteriore approfondimento effettuato con i dati della Banca Dati Assistiti regionale è emerso chiaramente che le modalità (e i costi) assistenziali di presa in carico del paziente cronico dipendono strettamente dalla rete di offerta preesistente.

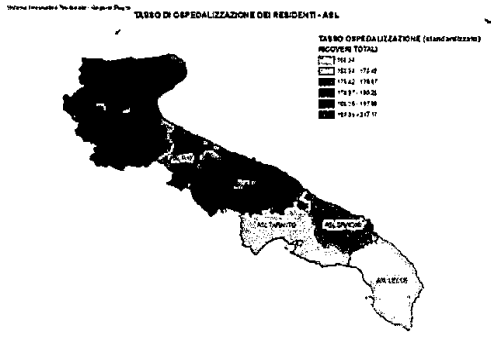
La distribuzione della prevalenza delle cronicità in Puglia (tasso std per età e sesso x 100.000 abitanti) si presenta come nella figura seguente.

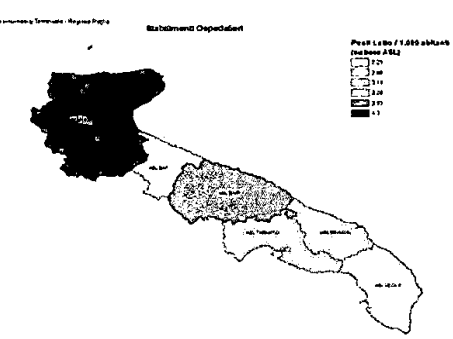
SEZIONE AMMINISTRAZIONE FINANZIARIA REGIONALE CONTROLLO - REGIONE PUGLIA

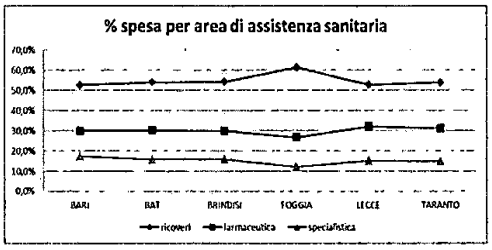
Tasso Std Prevalenza Cronicità x 100.000

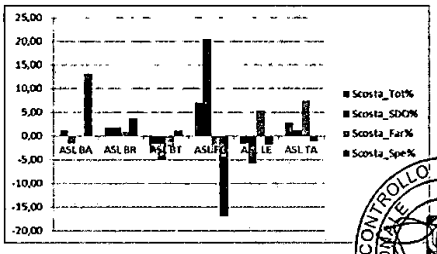
Pop Puglia con cronicità - Tassi standardizzati x 100000 ab - Mappa per comuni 2015
2681 - 38818
38950 - 39891
39929 - 40420
40431 - 41181
41182 - 41793
41808 - 42505
42649 - 43587
43616 - 48851

Tuttavia, raffrontando lo stesso cartogramma con quelli relativi all'ospedalizzazione e alla disponibilità di posti letto in ciascun territorio si nota come non ci sia corrispondenza diretta tra cronicità e ospedalizzazione e come quest'ultima sia tanto più alta quanto più posti letto sono disponibili, confermando un comune assioma dell'assistenza sanitaria secondo cui l'offerta spesso condiziona la domanda.









SEZIONE AMMINISTRATIVA REGIONALE
SEZIONE FINANZA E CONTROLLO

Sulla scorta della prevalenza di malattie croniche registrata dalla Banca Dati Assistiti regionale, delle evidenze economiche, dei risultati accennati ma soprattutto della generalizzata approvazione del modello in quei contesti dove l'esperienza è stata portata a fondo (MMG, medici specialisti, care manager, distretti socio-sanitari) la Regione Puglia intende aprire la terza e non più sperimentale fase del modello assistenziale, attraverso un percorso che:

- parta dalla definizione condivisa (distretti, MMG e specialisti) di un modello generalizzato e ufficiale di presa in carico delle cronicità maggiori,
- passi per la realizzazione di un patto di cura tra SSR e MMG che preveda premialità e ripotenziamento ciclico del sistema a fronte del rispetto di condivisi obiettivi economici e di cura,
- alimenti un efficace sostegno all'autogestione della patologia cronica da parte del malato,
- utilizzi il PDTA come strumento di progettazione, organizzazione, monitoraggio e miglioramento continuo dei processi di clinico-assistenziali della cronicità,
- completi solidamente la trasformazione dell'assistenza sanitaria regionale in assistenza prevalentemente territoriale e di prossimità.

Nel mese di ottobre 2016 è stato insediato un gruppo di lavoro (costituito da: rappresentanti del Dipartimento e dell'AReSS Puglia, referenti delle Cure Primarie regionali per MMG e PLS, responsabili delle UACP delle Aziende Sanitarie Locali) al fine di elaborare il modello organizzativo del Care Puglia, e le opportune modalità di integrazione con la rete della specialistica ambulatoriale e i presidi territoriali di assistenza. E' stata predisposta una bozza di documento attualmente in fase di verifica sul piano della operatività effettiva e delle risorse necessarie.

Il documento muove da un'analisi di contesto che identifica le priorità in quattro cronicità, su cui sarà avviata la sperimentazione regionale: diabete mellito di II tipo, ipertensione arteriosa, scompenso cardiaco, broncopneumopatia cronica ostruttiva. Il target è rappresentato dalla popolazione ultraquarantenne in carico ai MMG della Regione Puglia.

Per definire le modalità di gestione del paziente cronico, il modello organizzativo si incardina sulle aggregazioni dei medici e punta a valorizzare gli ambiti assistenziali previsti dai presidi territoriali.

La selezione dei pazienti viene effettuata da AReS Puglia in collaborazione con l'Istituto Mario Negri a partire dalla Banca Dati Assistito attraverso l'applicazione di opportuni algoritmi: i pazienti selezionati saranno quindi stratificati in classi di rischio utilizzando una metodologia originale messa a punto dal gruppo di lavoro AReS-Mario Negri basata sull'esposizione a farmaci. Ciò consentirà l'applicazione di PDTA appropriati in funzione dell'impegno assistenziale richiesto e una valutazione dell'efficacia del modello in funzione delle condizioni di gravità/gravosità clinica. L'esito di queste procedure è attualmente in fase di validazione con la collaborazione di un campione di Medici di Medicina Generale.

In questo contesto, i Presidi Territoriali di Assistenza giocheranno un duplice ruolo: da un lato costituiscono il fulcro dell'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale che saranno analiticamente individuate nell'ambito dei PDTA per i soggetti cronici arruolati, e quindi dei Piani Assistenziali Individuali predisposti dai MMG e sottoscritti dai pazienti sotto forma di Patto di Cura, attraverso percorsi e spazi dedicati; dall'altro, nell'ambito delle degenze territoriali, potranno essere gestiti i pazienti cronici in dimissione da reparti per acuti per cui è necessario consolidare le condizioni fisiche ovvero continuare il processo di recupero funzionale; nonché pazienti affetti da patologie croniche a bassa complessità assistenziale che necessitano di controlli o terapie particolari difficilmente erogabili a domicilio o che non possono essere adeguatamente assistiti a domicilio per motivi logistici o socio-sanitari. La gestione clinica di tali pazienti è affidata al MMG. Nell'ambito della regolamentazione del funzionamento degli Ospedali di Comunità nell'ambito dei PTA, sarà prevista la possibilità di accordi con i MMG finalizzati ad assicurare la presa in carico dei pazienti residenti in distretti socio-sanitari diversi da quelli in cui sono allocati i PTA.

Il gruppo di lavoro istituito ha definito il documento relativo (acquisito al Sistema Documentale Piani di Rientro prot. 115 - A del 06/07/2017), corredato anche da un allegato tecnico sulla metodologia di selezione dei pazienti e di stratificazione del rischio, redatto in collaborazione con l'Istituto Mario Negri.

E' in corso il confronto con gli algoritmi di identificazione dei soggetti cronici affetti dalle 4 patologie di interesse per verificarne eventuali discordanze.

Parallelamente, sulla base dei criteri già individuati e descritti nel documento Care Puglia, sono in corso le seguenti attività:

- sono stati selezionati i medici di assistenza primaria (AP) che rispondono ai criteri di inclusione della sperimentazione (presenza dell'infermiere e del collaboratore di studio): n. 560 medici di AP

- è stata identificata la sottopopolazione di soggetti cronici affetti dalle 4 patologie di interesse in carico ai suddetti medici di AP: n. 212.219 assistiti viventi al luglio 2017

- per uniformità con i livelli di gravità clinica proposti dai PDTA esaminati le classi di DDCI sono state ulteriormente ridotte a due o tre Livelli come di seguito specificato:

  - o I° Livello con DDCI 0 e DDCI 1-2,
  - o II° Livello con DDCI 3-5,
  - o III° DDCI 6-9 e DDCI ≥10;

- è stato valutato il consumo di prestazioni in relazione alla proposta di PDTA per le 4 patologie, per classe di rischio, per ASL e per Distretto Socio-Sanitario.

Tale attività è propedeutica a stimare da un lato il numero di prestazioni che saranno richieste con l'attivazione del programma regionale al fine di programmare correttamente l'offerta anche con riferimento alla riorganizzazione in corso presso i PTA; dall'altro l'impatto in

68

termini di numero di prestazioni e di relativi costi, rispetto all'attuale consumo da parte dei soggetti eleggibili nel programma.

In virtù dei risultati, sarà predisposto l'atto di revisione dell'offerta di specialistica ambulatoriale.

A titolo esemplificativo, si riporta l'attività in corso per il diabete mellito:

Regione Puglia. Coorte 2014. Sottopopolazione di assistiti in carico ai 560 MMG con indennità per Infermiere e Collaboratore di studio a luglio 2017; N. 218.667 assistiti di cui deceduti nel 2015 N. 6448 e viventi al 01/01/2016 N. 212.219 assistiti;
Con presenza di Diabete, viventi N. 52.325–
NB la stratificazione della coorte dei pazienti con diabete è stata ulteriormente semplificata a due livelli:
I° Livello con DDCI 0 e DDCI 1-2
II° e III° Livello con DDCI 3-5, DDCI 6-9, DDCI ≥10.

N. Assistiti con Diabete				**14.083**		**38.242**	**N. Prestazioni**		
Prestazione	I° Livello freq x anno		II° e III° Livello freq x anno	I° Livello		II° e III° Livello	TOT PREST RICHIESTE DA PDTA	TOT PREST EROG 2016	***Diff Prest RICH-EROG***
Visite MMG	**2**		**3**	28.166		114.726	142.892	ND	***ND***
Aderenza	=		=						
Stili di vita	=		=						
Peso e BMI	=		=						
PA	=		3						
EO Piede	1		1						
ECG	**1**		**1**	14.083		38.242	52.325	15.832	***36.493***
Fondo Oculare	**0.5**		**1**	7.042		38.242	45.283	9.946	***35.338***
Prelievo	**2**		**3**	28.166		114.726	142.892	132.763	***10.129***

E' stata avviata la negoziazione degli accordi integrativi con la medicina convenzionata, prevedendo la possibilità di opportune modifiche a seguito del perfezionamento dell'accordo a livello nazionale.

Il percorso appena descritto è declinato in due interventi successivi:

CRONOPROGRAMMA		**INDICATORE**	**ENTRO**	**Adempimenti**	**Rif. Doc.**
GOTER 01.01.01	Progettazione del modello organizzativo e funzionale	DGR di adozione di modello evolutivo e di sistema delle preesistenti esperienze di Chronic Care Model in accordo con gli studi e le esperienze maturate di concerto con AReSS	31/05/17	Modello organizzativo del Care Puglia e il sistema di valutazione	prot. 115 - A del 06/07/2017
GOTER01.01.02	Predisposizione della cassetta degli attrezzi	DD di adozione manuale per redazione e manutenzione documentazione PDTA in accordo con gli studi e le esperienze maturate di concerto con AReSS	31/05/17	Manuale per la redazione dei PDTA, in via di formalizzazione da parte di AReS	111 - A del 06/07/2017

CONTROLLO - SEZIONE AMMINISTRAZIONE FINANZIARIA REGIONALE PUGLIA

CRONOPROGRAMMA		INDICATORE	ENTRO	Adempimenti	Rif. Doc.
GOTER 01.01.03	Progettazione dei PDTA delle cronicità maggiori	DGR di adozione PDTA cronicità (diabete, scompenso, BPCO, ipertensione) in accordo con gli studi e le esperienze maturate di concerto con AReSS	31/03/18	proposta di PDTA per le 4 patologie	prot. 115 - A del 06/07/2017
GOTER01.01.04	Ridefinizione della rete dei servizi di specialistica ambulatoriale di supporto, anche con riferimento all'offerta assistenziale garantita dai Presidi Territoriali di Assistenza	DGR di revisione dell'offerta di specialistica ambulatoriale (su PDTA, su Liste di Attesa e su Domanda Appropriata) in accordo con gli studi e le esperienze maturate di concerto con AReSS	30/04/18		
GOTER01.01.05	Negoziazione degli accordi integrativi con la medicina convenzionata	DGR di adozione accordo integrativo con MMG e Specialisti in accordo con gli studi e le esperienze maturate di concerto con AReSS	30/06/18		
Impatto Economico Intervento		**2016** **2017**	**2018**		
		Gli impatti economici riguardano maggiori costi per personale e beni e servizi i cui importi sono inclusi nelle altre linee di intervento. Trattasi di riallocazione delle risorse.			

CRONOPROGRAMMA		INDICATORE	ENTRO
GOTER01.02.01	Campagna di comunicazione e promozione del sistema	Numero Inviti / Popolazione Target	100% 30/11/18
GOTER 01.02.02	Reclutamento pazienti	Numero Reclutati / Numero Inviti	30% 30/11/18 80% 31/12/2018
GOTER01.02.03	Analisi dei risultati/esiti	DGR di ricognizione dei risultati e delle premialità in accordo con gli studi e le esperienze maturate di concerto con AReSS	31/12/2018
Impatto Economico Intervento		**2016** **2017**	**2018**
		Gli impatti economici riguardano maggiori costi per personale e beni e servizi i cui importi sono inclusi nelle altre linee di intervento. Trattasi di riallocazione delle risorse.	

PROGRAMMA GOTER 02: RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI

La riorganizzazione della rete ospedaliera può risultare insufficiente rispetto all'esigenza di garantire una copertura piena dei bisogni assistenziali che richiedono un trattamento ospedaliero, se, in una logica di continuità assistenziale, non viene affrontato il tema del potenziamento delle strutture territoriali, la cui carenza, o la mancata organizzazione in rete ha forti ripercussioni sull'utilizzo appropriato dell'ospedale. L'integrazione interazione

funzionale tra le strutture territoriali e le strutture ospedaliere, riveste infatti un ruolo centrale nel regolamentare i flussi sia in entrata che in uscita dall'ospedale. Relativamente ai primi, è evidente il ruolo di filtro che le strutture territoriali svolgono nel contenimento dei ricoveri ospedalieri inappropriati; per quanto riguarda i flussi in uscita assumono primaria importanza meccanismi organizzativi quali le dimissioni protette o l'utilizzo delle stesse strutture sanitarie a valenza territoriale, in grado di assicurare l'opportuna continuità di assistenza.

L'offerta di strutture e servizi territoriali pubblici e privati, rivolta agli utenti che si trovano in una situazione di post-acuzie, deve prevedere, secondo quanto stabilito nel DPCM 29 novembre 2001 sui Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), vari livelli di assistenza, articolata secondo un ventaglio di offerta che parte da un'assistenza prettamente sanitaria con oneri a totale carico del SSR per continuare con un'assistenza di tipo sociosanitaria con oneri a parziale carico del SSR.

Il Dipartimento ha provveduto alla piena ricostruzione della mappa complessiva dell'offerta di strutture sociosanitarie autorizzate al funzionamento, a carattere residenziale e semiresidenziale a ciclo diurno, sulla cui base ripartire il fabbisogno complessivo per ciascuna ASL. I dati utilizzati sono aggiornati al 31.12.2016 (allegato n. GOTER 02_1).

Occorre sicuramente potenziare l'offerta di strutture e servizi territoriali pubblici e privati rivolti all'assistenza dei pazienti disabili adulti e in età evolutiva, non autosufficienti e psichiatrici, anche attraverso un percorso che prevede prioritariamente una ricognizione dell'attuale offerta assistenziale.

Premesso quanto innanzi, la Regione ha assunto l'impegno ad effettuare una riorganizzazione dell'intera offerta assistenziale territoriale.

Tale riorganizzazione prevede:

- la revisione della normativa regionale in materia di assistenza sociosanitaria, anche nell'ottica di una semplificazione e migliore organizzazione delle strutture e servizi già presenti sul territorio regionale; l'AReSS è incaricata di verificare la fattibilità di una gestione "diretta" da parte dell'assistito (dei suoi familiari e degli eventuali tutori) della "quota sanitaria" riconosciuta per la presenza nelle strutture residenziali al fine di consentire quel "diritto di scelta" che testimonia la possibilità di identificare la struttura residenziale più idonea alle esigenze dei singoli assistiti;
- la determinazione del fabbisogno regionale per singola tipologia di assistenza, sulla base del reale bisogno di assistenza della popolazione pugliese e tenuto conto del fabbisogno stabilito a livello nazionale dal Comitato LEA; sarà comunque ed ove possibile perseguita la possibilità di fornire servizi ed assistenza a domicilio al fine di ridurre l'istituzionalizzazione quando essa risulta inevitabile nell'interesse dell'assistito.
- la revisione dei requisiti per l'autorizzazione all'esercizio e per l'accreditamento delle strutture pubbliche e private con l'obiettivo di migliorare gli standard residenziali e di assistenza erogabili agli ospiti. L'AReSS curerà l'identificazione degli standard [illegible]

l'autorizzazione e l'esercizio adeguati al mutare delle esigenze della popolazione pugliese assistibile anche tramite sperimentazioni in determinati ambiti territoriali regionali.

- la determinazione dei tetti di spesa e disciplina degli accordi contrattuali con gli erogatori privati accreditati; l'AReSS verificherà la possibilità di incrementare progressivamente, nell'ambito di un programma pluriennale, l'offerta di assistenza residenziale al fine di arrivare ad una quota complessiva di offerta regionale superiore alle "quote sanitarie" riconosciute dalla Regione. In questo modo si consentirà agli assistiti una reale e concreta libertà di scelta e la possibilità di variare residenza quando questa non si configuri con le necessità dell'ospite e dei suoi familiari.

In merito il Consiglio della Regione Puglia ha emanato nel corso del secondo semestre 2017 due distinti provvedimenti regionali che hanno avuto un rilevante impatto sul cronoprogramma ipotizzato dalla Regione Puglia: la legge regionale n. _9/2017 avente ad oggetto "Nuova disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, all'accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private" , modificata dalla L.R. n. 65/2017, e la legge regionale n. 53/2017 ad oggetto "Riorganizzazione delle strutture socio-sanitarie pugliesi per l'assistenza residenziale alle persone anziane non autosufficienti. Istituzione RSA ad alta, media e bassa intensità assistenziale".
Alla luce di quanto sopra, in considerazione dell'impatto di tali leggi sull'articolazione del modello di offerta sanitaria territoriale, si è ritenuto di attendere l'esito della discussione in Consiglio Regionale, prima di procedere con la definizione di quanto previsto per le azioni GOTER 02.01.01 e 02.02.01.

A seguito del consolidamento del quadro normativo la Regione ha avviato la predisposizione di un Regolamento attuativo che verrà presentato entro il 28 febbraio 2018.

Intervento GOTER 02.01: Rete dell'Assistenza Residenziale ExtraOspedaliera a Elevato Impegno Sanitario (RSA R1)

I Livelli Essenziali di Assistenza prevedono trattamenti residenziali intensivi di cura e mantenimento funzionale, ad elevato impegno sanitario alle persone con patologie non acute che, presentando alto livello di complessità, instabilità clinica, sintomi di difficile controllo, necessità di supporto alle funzioni vitali e/o gravissima disabilità, richiedono continuità assistenziale con pronta disponibilità medica e presenza infermieristica sulle 24 ore. I trattamenti, non erogabili al domicilio o in altri *setting* assistenziali di minore intensità, sono erogati mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche e costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, psicologico, riabilitativo, infermieristico e tutelare, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica, fornitura di preparati per nutrizione artificiale e di dispositivi medici.

Per garantire tale tipologia di assistenza, con il R.R. n. 14/2015 sono stati programmati 315 posti letto nell'ambito dei Presidi Territoriali di Assistenza, destinati a residenza sanitaria

assistenziale a totale carico del sistema sanitario regionale (RSA R1) (codice di attività R1 di cui al Mattone n.12 nell'ambito del Progetto Mattoni) per erogare prestazioni in nuclei specializzati (Unità di Cure Residenziali Intensive) a soggetti con patologie non acute richiedenti trattamenti intensivi, essenziali per il supporto alle funzioni vitali come ad esempio: ventilazione meccanica e assistita, nutrizione enterale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (tipologie di utenti: pazienti con gravi insufficienze respiratorie, pazienti affetti da malattie neuro-degenerative progressive, etc.).

Per la gestione delle RSA R1, il R.R. n. 14/2015 ha previsto che le Aziende Sanitarie Locali adottino soluzioni gestionali efficienti sul piano tecnico ed economico, anche con la definizione di un rapporto pubblico-privato innovativo e coerente con l'art. 9-bis del D.Lgs. n. 502/1992 come modificato dall'art. 10 del D.Lgs n. 229/1999, nonché con la normativa vigente in materia di gestione di servizi pubblici. In particolare l'AReSS programmerà la "sperimentazione gestionale" di ex Ospedali di piccole-medie dimensioni collocati in diversi ambiti territoriali pugliesi che in base ad uno specifico bando di gara verranno assegnati operativamente a "erogatori privati ed ecclesiastici". Gli assegnatari dovranno garantire standard assistenziali e territoriali in linea con le determinazioni regionali e nazionali specifiche. Al termine di ciascuna sperimentazione l'AReSS verificherà gli esiti raggiunti e la soddisfazione dei bisogni e delle necessità degli assistiti e dei loro familiari.

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

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

Pertanto, si propone di individuare, quale fabbisogno attuale per Struttura di Cure Residenziali Intensive R1, il fabbisogno di 1 p.l./ 10.000 ab. che tradotto in posti letto è pari a 408 p.l. da ripartire, in nuclei da n.20 posti letto per ciascuna ASL. Sarà, quindi, necessario individuare i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi per tale tipologia di struttura, nonché la relativa tariffa. L'AReSS verificherà la compatibilità delle strutture private e degli Enti Ecclesiastici che si candideranno ad ospitare questi pazienti e la possibilità di utilizzare a tal fine gli Ospedali pubblici di piccole e medie dimensioni oggetto di potenziale riconversione e tramite pubblica selezione affidabili ad una "gestione privata" destinata a questo scopo.

In termini di spesa, al momento non è possibile quantificare esattamente l'impatto economico derivante dall'attivazione nel territorio regionale di n. 408 posti letto per le predette prestazioni in regime residenziale. Tuttavia, volendo prevedere con un buon margine di approssimazione l'impatto economico a regime, e prendendo a riferimento la tariffa per

l'assistenza residenziale nella fase intensiva per disabili pari ad € 159,94, la relativa spesa ammonterebbe a circa:€ 159,94 x 408 p.l. x 365gg. = € 23.818.264,80. In considerazione dei tempi necessari per la determinazione dei requisiti, delle relative tariffe, dell'attivazione delle procedure di evidenza pubblica per l'affidamento della gestione a soggetti terzi, nonché per l'accreditamento dei posti letto RSA R1 programmati, si ritiene che per il 2017 non vi sia alcun impatto economico, e che al 31.12.2018, tale impatto possa essere stimato in € 10.000.000 (che corrisponde all'attivazione di circa 200 posti letto).

Tale spesa verrà sostenuta con piani di contrattualizzazione graduale in base alla compatibilità della stessa con gli equilibri economico-finanziari regionali.

Per quanto riguarda i trattamenti residenziali ad intensità differenziata in base all'effettiva valutazione dei bisogni sanitari per i pazienti in stato vegetativo e stato di minima coscienza, si rinvia al Regolamento Regionale n. 24/2011 che definisce l'intera filiera assistenziale, dall'intensiva alla domiciliare.

Le Azioni di Intervento previste sono le seguenti:

CRONOPROGRAMMA		INDICATORE		ENTRO	Adempimenti	Rif. Doc.
GOTER 02.01.02	Definizione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi per Strutture di Cure Residenziali Intensive – RSA R1, delle relative tariffe di prestazione e degli schemi contrattuali	Presentazione schema di regolamento sui requisiti, DGR relative a tariffe e contratti in accordo con l'AReSS		28/02/18	Bozza di Regolamento Regionale. In attesa osservazioni.	129-A del 7/7/2017; 173 - A del 3/11/2017
GOTER 2.01.03	Implementazione della rete	Provvedimenti regionali (DGR o DD) relativi ad autorizzazioni, accreditamento e tetti di spesa locali in accordo con l'AReSS		31/12/18		
GOTER 02.01.04	Messa a regime della rete	Provvedimenti regionali di autorizzazioni ed accreditamento strutture; avvio contrattualizzazioni in accordo con l'AReSS		31/12/18		
Impatto Economico Intervento		**2016**	**2017**	**2018**		
		-	-	*+€ 10.000.000*		

Intervento GOTER 02.02: Rete dell'Assistenza Residenziale e Semiresidenziale per Disabili

Con riferimento all'assistenza residenziale e semiresidenziale per i disabili, il Comitato Lea individua come fabbisogno almeno 0,6 p.l. ogni 1.000 abitanti che in base alla popolazione in Puglia (4.090.105 abitanti secondo i dati ISTAT 2015) corrispondono a 2.454 p.l. totali.

Le strutture territoriali sanitarie e sociosanitarie che ospitano i disabili in regime residenziale e semiresidenziale sono:

- Presidi di Riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali in regime residenziale e semiresidenziale (R.R. n.12/2011) erogano

prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative in regime residenziale a persone disabili che necessitano di riabilitazione intensiva o estensiva;

- Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) in regime residenziale (R.R. n.8/2002): erogano prestazioni terapeutiche e riabilitative in regime residenziale a persone disabili che necessitano di riabilitazione estensiva;
- Residenze Socio Sanitarie Assistenziali (RSSA per disabili) in regime residenziale (art.58 R.R. n.4/2007): erogano prestazioni socio-riabilitative di mantenimento;
- Comunità socio-riabilitativa in regime residenziale (art. 57 R.R. n.4/2007): erogano prestazioni socioriabilitative di mantenimento congiuntamente a prestazioni tutelari per disabili privi di sostegno familiare oltre che per disabili gravi privi di sostegno familiare;
- Centro Diurno Socio-educativo e Riabilitativo in regime semiresidenziale (art.60 R.R. n.4/2007): erogano prestazioni socio-riabilitative finalizzate al mantenimento e al recupero dei livelli di autonomia della persona e al sostegno della famiglia.

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

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

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

- l'assistenza estensiva a media complessità (strutture residenziali territoriali - RSA)
  "Per pazienti non autosufficienti, a causa di una disabilità con ridotte possibilità di recupero, non gestibili al proprio domicilio, per i quali è necessario un progetto riabilitativo dalla durata limitata e predefinita finalizzato al mantenimento e promozione dei livelli di autonomia e delle abilità comunicativo-relazionali."

Per tale motivo, l'assistenza residenziale estensiva post acuzie ad alta complessità (ovvero le prestazioni erogate dai Presidi di Riabilitazione) è per il 100% a carico della ASL, mentre in riferimento all'assistenza estensiva a media complessità (ovvero le prestazioni erogate dalle RSA) la Regione ha previsto una quota pari al 70% a carico della ASL ed una quota pari al 30% a carico dell'assistito/Comune.

In riferimento all'assistenza residenziale nella fase di mantenimento, l'attuale sistema di compartecipazione prevede:

- per la Comunità socio-riabilitativa in regime residenziale (art. 57 R.R. n.4/2007) una quota pari al 70% a carico della ASL per i disabili gravi ed una quota pari al 40% per i disabili gravi privi di sostegno familiare;
- per le RSSA disabili di cui all'art.58 R.R. n.4/2007 e per i Centri diurni socio-educativi e riabilitativi di cui all'art. 60 R.R. n.4/2007, una quota pari al 50% a carico della ASL.

Di seguito si riporta il prospetto di compartecipazione alla spesa che prevede:

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

I p.l. in presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali in fase intensiva e fase intensiva post acuzie in regime residenziale sono da considerarsi esclusi dal computo dei posti letto equivalenti ai posti letto ospedalieri, in quanto rientranti nella definizione di cui al capitolo 4, lettera c), paragrafo Riabilitazione intensiva del documento recante Piano di indirizzo per la Riabilitazione (D), come riportato nella Tabella b) allegata alla DGR 239 del 28/02/2017.

In sede di verifica dei LEA, la Regione risulta avere un numero adeguato di posti equivalenti presso strutture residenziali preposte all'assistenza dei disabili (0,5 per 1000) e di posti equivalenti semiresidenziali (0,24 per 1000).

La situazione totale dei posti letto destinati ai disabili è la seguente:

TIPO STRUTTURA	POSTI TOTALI		POSTI X 1000 ABITANTI
Presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali	residenziali	1.179	0,29
	semiresidenziali	630	0,15
RSA disabili	residenziali	163	0,04
RSSA disabili	residenziali	317	0,08
Comunità socio-riabilitativa	residenziali	187	0,04
Centro diurno socio-educativo e riabilitativo	semiresidenziali	1.850	0,45
TOTALE	residenziali	1.846	0,45
	semiresidenziali	2.480	0,60
	COMPLESSIVI	**4.326**	**1,05**

Di recente, la Regione, con il regolamento regionale n. 12/2015, ha riorganizzato l'offerta di prestazioni riabilitative di tipo intensivo ed estensivo, in regime residenziale e semiresidenziale, erogate dai Presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali in regime residenziale e semiresidenziale.

Resta da riorganizzare l'assistenza residenziale e semiresidenziale nella fase di mantenimento ai soggetti disabili, con la revisione dell'attuale offerta di strutture al fine di una loro semplificazione. Per quanto innanzi, la Regione ha avviato la predisposizione di un Regolamento che verrà presentato entro il 28 febbraio 2018 volto ad attuare un percorso di riclassificazione delle attuali strutture residenziali socio-riabilitative per disabili con l'obiettivo di istituire un'unica tipologia di struttura organizzata in nuclei per l'erogazione di trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue (RSA disabili).In considerazione del diverso impegno assistenziale necessario in relazione alla gravità delle condizioni degli ospiti, le strutture residenziali socio-riabilitative saranno articolate in nuclei, differenziati in base alla tipologia degli ospiti in:

- disabili in condizioni di gravità che richiedono elevato impegno assistenziale e tutelare, le cui prestazioni saranno a carico del SSR per una quota pari al 70% della tariffa giornaliera;
- disabili che richiedono moderato impegno assistenziale e tutelare o disabili gravi privi di sostegno familiare, le cui prestazioni saranno a carico del SSR per una quota pari al 40% della tariffa giornaliera.

Il predetto regolamento riguarderà anche la revisione del fabbisogno di strutture semiresidenziali socio-riabilitative, le cui prestazioni saranno a carico del SSR per una quota pari al 70% della tariffa giornaliera.

Premesso quanto innanzi, con il percorso di riclassificazione delle attuali strutture residenziali socio-riabilitative per disabili, nel rispetto del DPCM LEA del 2001 la Regione modificherà la normativa regionale in materia di compartecipazione prevedendo

- in riferimento all'assistenza residenziale nella fase di mantenimento (ex RSA disabili, ex RSSA disabili) due quote a carico del SSR, 70% per i disabili in condizioni di gravità e 40% per i disabili gravi privi del sostegno familiare;
- in riferimento all'assistenza semiresidenziale nella fase di mantenimento (ex Centri diurni socio-educativi e riabilitativi) una quota pari al 70% a carico della ASL.

In termini di spesa, al momento non è possibile quantificare esattamente l'impatto economico derivante dalla riorganizzazione delle strutture sociosanitarie per disabili. Tuttavia, volendo prevedere con un buon margine di approssimazione l'impatto economico, considerato che la spesa sostenuta per gli attuali posti di sociosanitario presenti sul territorio regionale si attesta intorno ai 22 milioni di euro, tenuto conto della revisione del fabbisogno di prestazioni e della relativa quota di compartecipazione, si stima che l'ulteriore spesa ammonterebbe a circa 15 milioni di euro per le motivazioni di seguito riportate:

1. la riconversione degli attuali posti letto di RSA disabili riguarderà soltanto la classificazione della struttura da estensiva a mantenimento. Pertanto, sarà confermata l'attuale quota del 70% della relativa tariffa a carico del SSR e ciò avverrà ad invarianza di spesa;
2. l'adeguamento delle quote di compartecipazione degli attuali posti di RSSA disabili (317 p.l.) comporterà un aumento di spesa, considerato che soltanto una percentuale di soggetti disabili sono privi del sostegno familiare (10% in base ai dati ISTAT). In tal caso, prendendo a riferimento l'attuale tariffa, la maggiore spesa prevista sarà pari circa a circa € 1.390.153,6 data da:
    - 286 p.l. x € 14,08 (20% di € 70,40) x 365 gg = € 1.469.811,20 (maggiore spesa per adeguamento quota dal 50% al 70% rispetto allo storico per RSSA disabili)
    - 31 p.l. x € 7,04 (10% di € 70,40) x 365 gg = € 79.657,60 (minore spesa per adeguamento quota dal 50% al 40% rispetto allo storico per RSSA disabili);
3. l'adeguamento delle quote di compartecipazione degli attuali posti di Centro diurno socio-educativo e riabilitativo (1.850 posti) comporterà un aumento di spesa. Prendendo a riferimento l'attuale tariffa, la maggiore spesa prevista sarà pari a circa € 6.449.100 data da:
    - 1.850 p. x € 12,45 (20% di € 62,24) x 280 gg = € 6.449.100 (maggiore spesa per adeguamento quota dal 50% al 70% rispetto allo storico per Centro diurno socio-educativo e riabilitativo);
4. La determinazione del fabbisogno di posti residenziali e semiresidenziali di mantenimento per disabili, fermo restando l'analisi basata sui reali bisogni della popolazione disabile e tenuto conto degli attuali posti occupati, sarà incentrata sul potenziamento di posti in Centri diurni socioriabilitativi, al fine di permettere ai soggetti affetti da disabilità la permanenza nel loro ambiente familiare. L'incremento ipotizzato sarà di :
    - 0,02 p.l. x 1.000 ab. ovvero n. 82 p.l. in regime residenziale (ex RSSA disabili). Prendendo a riferimento l'attuale tariffa, l'incremento di spesa sarà pari a: 82 p.l. x € 49.28 (70% di € 70,40) x 365 = € 1.474.950,40

f8

- 0.25 p. x 1.000 ab. ovvero n. 1.020 posti in regime semiresidenziale (ex Centro diurno socio-educativo e riabilitativo). Prendendo a riferimento l'attuale tariffa, l'incremento di spesa sarà pari a:
  1.020 p. x € 43,56 (70% di € 62,24) x 260 gg = € 11.552.112

Tale spesa verrà sostenuta con piani di contrattualizzazione graduale, che si protrarranno anche oltre la durata del presente Piano Operativo, in base alla compatibilità della stessa con gli equilibri economico-finanziari regionali e in funzione delle economie rivenienti dall'attuazione degli altri programmi previsti nel presente Piano Operativo, con particolare riguardo ai piani di rientro e riqualificazione dei presidi ospedalieri a gestione diretta delle ASL. Infatti la "riconversione" dei piccoli e medi Presidi Sanitari e, qualora possibile, la loro gestione e manutenzione da parti di "privati accreditati", libererà risorse professionali ed economiche da destinare a tale scopo. Quando necessario l'AReSS programmerà una formazione specifica agli Operatori Sanitari che verranno adibiti alle nuove esigenze assistenziali riabilitative.

Le Azioni previste sono le seguenti:

CRONOPROGRAMMA		INDICATORE		ENTRO
GOTER 02.02.01	Definizione del fabbisogno, dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi per Strutture socioriabilitative residenziali e semiresidenziali	Presentazione schema di regolamento sui requisiti		28/02/18
GOTER 02.02.02	Definizione delle relative tariffe di prestazione e degli schemi di accordi contrattuali	DGR di approvazione tariffe e schemi tipo di accordi contrattuali		30/04/18
GOTER 02.02.03	Implementazione della rete	Provvedimenti regionali relativi ad autorizzazioni, accreditamenti, DGR relativa a tetti di spesa ed avvio accordi contrattuali con la collaborazione dell'AReSS		31/10/18
GOTER 02.02.04	Messa a regime della rete	Provvedimenti regionali relativi ad autorizzazioni, accreditamenti, DGR relativa a tetti di spesa ed avvio accordi contrattuali con la collaborazione dell'AReSS		31/12/18
Impatto Economico Intervento		**2016**	**2017**	**2018**
		-	*+€ 3.750.000*	*+ € 15.000.000*

Intervento GOTER 02.03: Rete dell'Assistenza Residenziale Anziani non Autosufficienti

In riferimento all'assistenza residenziale agli anziani non autosufficienti, il Comitato LEA individua come fabbisogno almeno 10 p.l. ogni 1.000 anziani che, in base agli anziani in Puglia (i dati ISTAT 2015 attestano gli anziani >65 corrispondenti a 838.139 su una popolazione totale residente pari a 4.090.105), corrispondono a 8.380 p.l. totali. Riconducendo tale numero di posti letto alla popolazione residente, il fabbisogno stimato equivale a 20 p.l./10.000 abitanti. Al fabbisogno così formulato, riportato all'art. 8 della legge regionale 9 agosto 2006, n. 26, si è riferita la programmazione regionale.

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

Le RSA garantiscono un'assistenza di tipo estensivo ed erogano prestazioni in nuclei specializzati a pazienti non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione enterale, lesioni da decubito profonde etc. Attualmente il 90% dei posti letto di RSA sono occupati da anziani non autosufficienti.

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

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

Le tariffe regionali di riferimento sono le seguenti:

RSA	Tariffa
DGR n° 698 del 16 maggio 2003 "Nucleo residenziale anziani non autosufficienti"	€ 100,80 di cui € 70,56 a carico della ASL € 30,24 a carico dell'utente/Comune
DGR n. 1226 del 24 agosto 2005 "Nucleo residenziale Alzheimer"	€ 130,00 di cui € 91,00 a carico della ASL € 39 a carico dell'utente/Comune
DGR n. 1226 del 24 agosto 2005 "Nucleo semiresidenziale Alzheimer"	€ 65,00 di cui € 45,50 a carico della ASL € 19,50 a carico dell'utente/Comune

Le RSSA per anziani erogano prestazioni di lungo-assistenza e di mantenimento, anche di tipo socioriabilitativo, a pazienti non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria.

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

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

In riferimento all'assistenza di tipo estensivo erogata nelle RSA ai soggetti anziani non autosufficienti e soggetti Alzheimer, la Regione si impegna a modificare la normativa regionale in materia di compartecipazione prevedendo per i trattamenti di tipo estensivo in regime residenziale la quota pari al 100 per cento della tariffa giornaliera a totale carico del SSR e per i trattamenti di lungoassistenza in regime semiresidenziale una quota pari al 50 per cento della tariffa giornaliera a carico del Servizio sanitario nazionale (come più avanti specificato).

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

- RSSA 7 p.l./ 10.000 ab. Pari a 2.856 p.l.
- RSA 4 p.l./ 10.000 ab. Per anziani/disabili pari a 1.633 p.l. ordinari
  1 p.l./ 10.000 ab. Per Alzheimer pari a 407 p.l. Alzheimer
  0,5 per diurni Alzheimer pari a 203 diurni Alzheimer

  per un totale di **5.099** posti.

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

STRUTTURA	FABBISOGNO ATTUALE	NUMERO POSTI LETTO/POSTI SEMIRES.
RSSA non autosufficienti	7 p.l./ 10.000 ab.	2.856
RSA non autosufficienti	4 p.l./ 10.000 ab.	1.470
RSA Alzheimer	1 p.l./10.000 ab.	407
RSA diurno Alzheimer	0,5 p./10.000 ab.	203
Totali posti	**12,5 p.l/10.000 ab.**	**4.936**

Per essere in linea con il valore individuato dal Comitato LEA, i posti letto da attivare sarebbero pari a: 8.380 – 4.936 = 3.444 p.l. Il predetto numero di posti letto, rapportato alla popolazione residente, corrisponde ad un fabbisogno aggiuntivo di posti letto rispetto all'esistente pari a 8,4 p.l./10.000 ab. da ripartirsi tra posti residenziali e semiresidenziali.

Tenuto conto che nel territorio regionale l'assistenza sanitaria e sociosanitaria agli anziani ed ai soggetti affetti da demenza è garantita in strutture differenti per intensità di cure, considerato che non è ipotizzabile il trasferimento del paziente ad ogni variazione sostanziale dei suoi bisogni assistenziali nel caso di un ricovero medio-lungo, è opportuno che ogni struttura residenziale sia articolata per più livelli assistenziali e sia, quindi, organizzata in nuclei dedicati.

Con l'approvazione della legge regionale 12 dicembre 2017, n. 53 ad oggetto "Riorganizzazione delle strutture socio-sanitarie pugliesi per l'assistenza residenziale alle persone non autosufficienti. Istituzione RSA ad alta, media e bassa intensità assistenziale" si

attivato un percorso di riclassificazione delle attuali strutture (RSA di tipo estensivo, RSSA di mantenimento, RSAA di tipo socioassistenziale) per anziani, ivi compresi i soggetti affetti da demenza, con l'obiettivo di istituire un'unica tipologia di struttura organizzata in nuclei per l'erogazione di prestazioni di diverso livello assistenziale, con la possibilità di prevedere anche nuclei di tipo socioassistenziale con relativa tariffa a totale carico dell'assistito/Comune (ex RSAA art. 67 R.R. n.4/2007). Tale percorso di riclassificazione deve essere attuato nel rispetto del fabbisogno regionale per i vari livelli di assistenza e deve tener conto dell'attuale livello assistenziale delle strutture già accreditate e/o contrattualizzate.

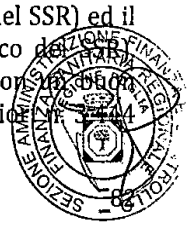
Inoltre, sarà effettuata una revisione del fabbisogno di posti semiresidenziali, che allo stato attuale prevede 0,5 posti/10.000 ab., ovvero n. 203 posti, a favore di soggetti Alzheimer, impiegando una quota di posti nell'ambito dei posti da attivare (3.444) a favore di soggetti non autosufficienti (anziani e soggetti affetti da demenza) mediante prestazioni di lungoassistenza, di recupero, di mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo, con una quota di partecipazione del SSR pari al 50%.

In termini di spesa, al momento non è possibile quantificare esattamente l'impatto economico derivante dall'attivazione nel territorio regionale di n. 3.444 posti per le predette prestazioni. Tuttavia, volendo prevedere con un buon margine di approssimazione l'impatto economico, considerato che la spesa sostenuta per gli attuali posti presenti sul territorio regionale si attesta intorno ai 100 milioni di euro, tenuto conto che una percentuale di posti saranno a totale carico del SSR, si stima che la relativa spesa ammonterebbe a circa 57 milioni di euro per le motivazioni di seguito riportate:

1. la riconversione:
    - degli attuali posti letto di RSA (che prevedono una quota del 70% della relativa tariffa a carico del SSR) in posti letto di tipo intensivo ed estensivo di cui alla L.R. n. 53/2017 (RSA di alta intensità assistenziale – art.3, comma 2, lett. a) e b) (100% a carico del SSR), per una quota pari a circa il 25% degli attuali posti accreditati, e in posti letto di mantenimento (50% a carico del SSR), per una quota pari a circa il 75% degli attuali posti accreditati,
    - degli attuali posti semiresidenziali di RSA (che prevedono una quota del 70% della relativa tariffa a carico del SSR) in posti semiresidenziali di mantenimento (50% a carico del SSR)

    avverrà a saldo zero, trattandosi di revisione di quote di compartecipazione, per una quota di posti in aumento e per una quota in diminuzione, all'interno del relativo fondo di remunerazione per le RSA;

2. dei n. 3.444 posti da attivare, in regime residenziale e semiresidenziale, si prevede che circa il 10% (345 p.l.) sarà destinato a posti letto di tipo estensivo di cui alla L.R. n. 53/2017 (RSA di alta intensità assistenziale – art.3, comma 2, lett. b) (100% a carico del SSR), il 60% (2.066 p.l.) a posti letto di mantenimento (50% a carico del SSR) ed il 30% (1.033 p.) in posti semiresidenziali di mantenimento (50% a carico del SSR). Prendendo a riferimento le attuali tariffe, al solo fine di quantificare con un buon margine di approssimazione la spesa relativa per l'attivazione degli ulteriori n. 3.444 posti, si ottiene:



82

- 345 p.l. x € 100,80 x 365 gg = € 12.693.240
- 2.066 p.l. x € 46,45 x 365 gg = € 35.027.480
- 1.033 p. x € 32,50 x 280 gg = € 9.400.300

Tale spesa verrà sostenuta con piani di contrattualizzazione graduale in base alla compatibilità della stessa con gli equilibri economico-finanziari regionali. E' ragionevole ipotizzare che la "rimodulazione" dei Nuclei di assistenza nell'ambito delle strutture attualmente attive nel territorio pugliese e l'introduzione di "nuovi Nuclei" nei Presidi Sanitari oggetto di riconversione da affidare a "privati accreditati" consenta di raggiungere sia gli obiettivi assistenziali che quelli economici correlati.

Le Azioni di Intervento previste sono le seguenti:

CRONOPROGRAMMA		INDICATORE		ENTRO
GOTER 02.03.01	Definizione del fabbisogno, requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi per Strutture anziani non autosufficienti e soggetti affetti da demenza	Regolamento di definizione fabbisogno e requisiti DGR		28/02/18
GOTER 02.03.02	Determinazione delle relative tariffe di prestazione e degli schemi di accordi contrattuali	DGR di determinazione tariffe e DGR approvazione schemi tipo di accordi contrattuali		30/04/18
GOTER 02.03.03	Implementazione della rete	Provvedimenti regionali relativi ad autorizzazioni e accreditamento; DGR di determinazione tetti di spesa ed avvio contrattualizzazioni con la collaborazione dell'AReSS		31/10/18
GOTER 02.03.04	Messa a regime della rete	Provvedimenti regionali relativi ad autorizzazioni ed accreditamento; DGR di determinazione tetti di spesa e contrattualizzazioni con la collaborazione dell'AReSS		31/12/18
Impatto Economico Intervento		**2016**	**2017**	**2018**
		-	-	*+ €57.121.020*

Intervento GOTER 02.04: Rete dell'Assistenza Riabilitativa e Socio-riabilitativa Residenziale, Semiresidenziale e Domiciliare per persone con disturbi mentali

Nell'ambito dell'assistenza riabilitativa e socio-riabilitativa residenziale, semiresidenziale e domiciliare alle persone con disturbi mentali, in relazione al livello di intensità riabilitativa ed assistenziale, la Regione garantisce le seguenti tipologie di trattamento:

a) Trattamenti terapeutici ad alta e media intensità riabilitativa, con livelli di intensità assistenziale differenziati, rivolti a pazienti con gravi compromissioni, anche nella fase della post-acuzie, o con compromissioni di gravità moderata ma persistenti ed invalidanti del funzionamento personale e sociale. I trattamenti sono erogati dalle Strutture residenziali di riabilitazione psichiatrica, a totale carico del SSR, di cui alla

SEZIONE RAGIONERIA - FINANZA E CONTROLLO - REGIONE PUGLIA - SANITÀ

Regolamento Regionale n.3/2005 - che ha definito i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi;

b) Trattamenti socio-riabilitativi, rivolti a pazienti non assistibili nel proprio contesto familiare e con quadri variabili di autosufficienza e di compromissione del funzionamento personale e sociale, che richiedono interventi a bassa intensità riabilitativa. I trattamenti sono erogati nell'ambito delle Case per la vita a media e bassa intensità assistenziale, di cui all'art. 70 del R.R. n.4/2007, con la previsione a carico del SSR di una compartecipazione della spesa rispettivamente del 70% e 40%;

c) Trattamenti terapeutico-riabilitativi semi-residenziali tesi ad impedire e/o arrestare processi di isolamento relazionale e di emarginazione, erogati dai Centri Diurni di cui al Regolamento Regionale n.3/2005 - che ha definito i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi - a totale carico del SSR;

d) Trattamenti riabilitativi domiciliari a carico del SSR, direttamente gestiti dai Centri di Salute Mentale.

L'offerta di posti letto residenziali terapeutico-riabilitativi istituzionalmente accreditati è, allo stato, la seguente:

- pl residenziali terapeutico-riabilitativi: nr 1.051, di cui:
  - nr 753 pl a copertura h24 (trattamenti intensivi), a fronte di un fabbisogno ex Regolamento Regionale n.3/2006 di nr 3 pl /10.000 abitanti;
  - nr 208 pl a copertura h12 (trattamenti estensivi), a fronte di un fabbisogno ex Regolamento Regionale n.3/2006 di nr 0,75 pl /10.000 abitanti;
  - nr 90 pl con copertura per fasce orarie (trattamenti estensivi), a fronte di un fabbisogno ex Regolamento Regionale n.3/2006 di nr 1 pl /10.000 abitanti;

L'offerta di Centri Diurni è di nr 21, per complessivi nr 420 posti semiresidenziali, a fronte di un fabbisogno ex Regolamento Regionale n.3/2006 di nr 1 Centro Diurno/50.000 abitanti.

L'offerta di posti letto socio-riabilitativi in Case per la Vita ex art 70 del Reg. Reg. n. 4/2007, che ospitano pazienti psichiatrici inviati dal DSM è, allo stato, di n.730 p.l.

Al riguardo dell'assistenza terapeutico-riabilitativa residenziale, la Regione intende, in linea con l'Accordo della Conferenza Unificata del 17 ottobre 2013, avente a oggetto il Documento "Le strutture residenziali psichiatriche", completare l'offerta di pl h24 alle persone con disturbi mentali, prevedendo l'attivazione di strutture terapeutico-riabilitative residenziali h24 per interventi a carattere estensivo.

A tal fine, si prevede che l'AReSS predisponga specifici studi affinché i nuovi posti letto in strutture di tipo estensivo h24 siano attivati mediante un processo di riconversione di una quota di posti letto delle attuali strutture che erogano prestazioni di tipo intensivo e socio-riabilitativo. Pertanto, l'AReSS identificherà le strutture che saranno oggetto di adeguata sperimentazione in modo da estendere concretamente ed adeguatamente la riconversione per soddisfare i bisogni assistenziali dei soggetti candidati alla residenzialità estensiva.

SEZIONE AMMINISTRAZIONE FINANZA SANITARIA REGIONALE E CONTROLLO REGIONE PUGLIA

84

In riferimento alle prestazioni residenziali di tipo socio-riabilitativo, nel rispetto del DPCM 12 gennaio 2017 di determinazione dei LEA, la Regione intende rivedere la percentuale di compartecipazione alla spesa a carico del SSR, prevedendo una compartecipazione esclusivamente nell'ordine del 40% della relativa tariffa regionale a carico del SSR.

Va, inoltre, considerato che la legge regionale 19 settembre 2008, n.23 ha indirizzato le politiche regionali, in materia di riabilitazione e reinserimento sociale dei pazienti psichiatrici, verso obiettivi di "recovery" da perseguire utilizzando modalità innovative d'intervento, quali la co-gestione dei Centri Diurni con le Associazioni degli utenti e dei loro familiari, ex art.9 L. R. 26/2006, l'Abitare Assistito ex DGR n.45/2015 e la Metodica del Budget di Salute, già adottata con successo in diverse altre regioni (Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Piemonte).

Pertanto, al fine, di favorire la permanenza e/o rientro dei pazienti nel proprio contesto relazionale, la ri/costruzione delle relazioni sociali ed affettive, la ri/acquisizione dell'autonomia, il re/inserimento lavorativo, l'AReSS predisporrà, a partire dalla riconversione di una quota delle rette giornaliere di degenza, studi necessari a:

1) Disciplinare, con apposite linee guida, l'erogazione di prestazioni riabilitative psichiatriche domiciliari/territoriali, anche da parte di Organismi Privati appositamente contrattualizzati, individuando le prestazioni da erogarsi, la tipologia degli utenti, i requisiti organizzativi e le modalità di attuazione del Servizio, le procedure per la determinazione del fabbisogno aziendale e le modalità di definizione delle tariffe;

2) Individuare le modalità di cogestione dei Centri Diurni tra CSM e Associazioni degli utenti e dei loro familiari, gli obiettivi, le specifiche responsabilità, gli aspetti economici ed organizzativi;

3) Potenziare l'Abitare Assistito ex DGR 45/2015, attraverso cui le ASL possano favorire la costituzione di piccoli gruppi di convivenza tra persone con problemi di salute mentale, garantendo l'assistenza domiciliare;

4) Definire programmi sperimentali che utilizzino la Metodica del Budget di Salute, integrando risorse di carattere sociale con interventi formativi e di sostegno all'inserimento lavorativo, tramite la riconversione delle rette di inserimento in strutture sanitarie o sociosanitarie, l'utilizzo di quote dei Finanziamenti statali e regionali per le Politiche Sociali e del Fondo Sociale Europeo, nell'ottica del Welfare produttivo, per sostenere i progetti riabilitativi personalizzati di supporto alla domiciliarità, al recupero/costruzione delle relazioni affettive e di accompagnamento al reinserimento sociale e lavorativo. Detta Metodica richiede il coinvolgimento di ASL, Enti Locali, Imprese sociali, Imprese profit, Associazioni di categoria, ONLUS, affinché la persona con problemi di salute mentale cessi di essere un "centro di costo" per diventare soggetto economico attivo. Il Budget di Salute dovrà costituire parte fondante e integrante del PTRI promosso, previsto

85

monitorato in maniera concordata tra la persona, gli operatori pubblici, quelli del privato-sociale, le famiglie.

In termini di incidenza sul SSR, poiché il processo di riorganizzazione innanzi proposto prevede una riconversione delle attuali risorse, sarà attuato nell'ambito della spesa già sostenuta per i trattamenti alle persone con disturbi mentali.

L'AReSS sarà incaricata di fornire l'adeguata formazione agli operatori pubblici e privati che si troveranno impegnati nella fase di passaggio da setting assistenziali base a quelli estensivi e nelle sperimentazioni innovative.

CRONOPROGRAMMA		INDICATORE		ENTRO
GOTER 02.04.01	Definizione della rete fabbisogno/offerta con previsione anche di posti letto di tipo estensivo h24 per persone con disturbi mentali e rimodulazione fabbisogno di posti letto di tipo intensivo, estensivo e socio-riabilitativo	Presentazione schema di legge/regolamento regionale con la collaborazione dell'AReSS		30/06/2018
GOTER 02.04.02	Definizione dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi per strutture dedicate alle persone con disturbi mentali, delle relative tariffe di prestazione e degli schemi di accordi contrattuali	Regolamento di definizione requisiti, DGR di determinazione tariffe e DGR approvazione schemi tipo di accordi contrattuali con la collaborazione dell'AReSS		30/06/2018
GOTER 02.04.03	Definizione di Linee Guida per l'erogazione di prestazioni riabilitative psichiatriche domiciliari/territoriali da parte di Organizzazione Private, delle relative tariffe e degli Schemi di accordi contrattuali	DGR di approvazione delle Linee Guida con la collaborazione dell'AReSS		30/09/18
GOTER 02.04.04	Definizione delle modalità di co-gestione dei Centri Diurni tra CSM e Associazioni degli utenti e dei loro familiari e dello Schema di accordo contrattuale	DGR di approvazione delle modalità di co-gestione e dello Schema di accordo contrattuale con la collaborazione dell'AReSS		30/09/18
GOTER 02.04.05	Definizione, con il supporto dell'AReSS, di un modello sperimentale di utilizzo della Metodica del Budget di Salute.	Realizzazione di progetti sperimentali aziendali di utilizzo del Budget di Salute		30/09/18
GOTER 02.04.06	Implementazione della Rete	Provvedimenti regionali relativi ad autorizzazioni e accreditamento; DGR di determinazione tetti di spesa ed avvio contrattualizzazioni con la collaborazione dell'AReSS		31/12/18
Impatto Economico Intervento		**2016**	**2017**	**2018**
		Non sono previsti impatti economici.		

Intervento GOTER 02.05: Rete dei Presidi Territoriali di Assistenza - Definizione protocolli operativi dei PTA – Ospedali di Comunità

Il Presidio Territoriale di Assistenza (PTA) rappresenta la risposta alla riconversione delle strutture ospedaliere e contribuisce alla rifunzionalizzazione dei servizi distrettuali.

concentrando, il più possibile, tutte le attività che possono contribuire a realizzare la copertura assistenziale nell'arco delle 12 o 24 ore.

I PTA corrispondono alle strutture ospedaliere oggetto di processo di riconversione, per effetto del R.R. n.14/2015, nonché dei R.R. n. 18/2010 e s.m.i. e n. 36/2012 di riordino della rete ospedaliera, e rappresentano il perno della riorganizzazione dei servizi distrettuali attraverso una nuova modalità di riorganizzare e rifunzionalizzare le cure primarie, realizzando una reale revisione della rete dei servizi che mira ad integrare e mettere in collegamento (organizzazione a rete) i punti di offerta ed i professionisti che concorrono all'erogazione dell'assistenza territoriale.

I PTA rappresentano il punto di partenza dell'integrazione tra le diverse funzioni assistenziali e dello sviluppo dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), in modo da conseguire quattro macro obiettivi prioritari:

a. la massima efficienza erogativa (h24);
b. la migliore efficacia, attraverso la "messa in comune" delle competenze e delle abilità in forma integrata e condivise dai professionisti attraverso adeguati percorsi assistenziali;
c. la maggiore appropriatezza nell'uso delle risorse in quanto coordinate e orientate ad obiettivi di salute condivisi;
d. la maggiore integrazione con la rete dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali a ciclo diurno e a carattere domiciliare.

Le riconversioni ospedaliere in PTA, che tiene conto di quanto già individuato nel regolamento regionale n. 14/2015 e delle ulteriori riconversioni previste nell'approvando piano di riordino ospedaliero, saranno assicurate con gli investimenti dei fondi FESR.

Infatti, con DGR n.ro 1937 del 30.11.2016, la Regione Puglia ha preso atto della ricognizione, avviata nel corso del 2015, dei principali fabbisogni delle Aziende Sanitarie Locali pugliesi in materia di potenziamento e completamento della dotazione tecnologica e struttura della rete dei servizi sanitari territoriali, al fine di anticipare, già nel corso del 2015, le fasi prodromiche per la individuazione degli investimenti e selezionare piani di investimento aziendali congrui rispetto agli obiettivi di spesa annuali delle risorse FESR assegnate all'OT IX del POR Puglia 2014-2020 (azione 9.12) , si è provveduto ad avviare una fase di ricognizione .

La prima fase della procedura di consultazione, iniziata ad aprile 2015, si è conclusa nel dicembre 2015. Durante tale periodo si è provveduto ad avviare una verifica di maggiore dettaglio, dei principali fabbisogni delle Aziende Sanitarie Locali pugliesi in materia di potenziamento e completamento della dotazione tecnologica e struttura della rete dei servizi sanitari territoriali, considerando che l'obiettivo ultimo del piano di investimenti in parola non è solo quello di ammodernare o riqualificare il patrimonio immobiliare delle ASL, ma soprattutto di migliorare la qualità dei servizi territoriali socio-sanitari e sanitari non ospedalieri.

La seconda fase, più di dettaglio, di ricognizione dei fabbisogni (gen-nov 2016) si è realizzata mediante una serie di incontri tecnici per la definizione condivisa con le Aziende Sanitarie degli interventi ammissibili sul PO FESR 2014/2020.

87

Gli interventi, conformi ai contenuti tecnici dell'Azione 9.12 del P.O.R. Puglia 2014 – 2020 - "Interventi di riorganizzazione e potenziamento dei servizi territoriali socio-sanitari e sanitari territoriali a titolarità pubblica", nonché agli specifici criteri di selezione approvati in sede di Comitato di Sorveglianza in data 11 marzo 2016, sono stati valutati in base ad un ordine di priorità in base a tre livelli (Alta, Media e Bassa), aventi le seguenti caratteristiche:

a) assicurare, con riferimento agli interventi rubricati a priorità ALTA, la massima efficienza nello sviluppo dei livelli di progettazione (ora definiti con il d.lgs. 50/2016 recante il nuovo codice degli appalti pubblici), con la validazione degli stessi, tali da rendere gli interventi individuati con la procedura negoziale al livello di "immediata cantierabilità" propedeutica alla sottoscrizione dei relativi disciplinari di attuazione;
b) a validare, per i progetti a priorità ALTA, la progettazione da porre a base di gara entro 90 giorni dalla ricezione della nota;
c) avviare le attività di progettazione, ove non disponibile, per i progetti a priorità MEDIA;
d) svolgere le attività di comunicazione e concertazione con gli Enti Locali territoriali al fine di illustrare la coerenza delle scelte di priorità con gli obiettivi strategici della programmazione sanitaria regionale, nonché la piena ammissibilità rispetto ai criteri di selezione delle operazioni sulla base dei regolamenti comunitari che sovrintendono alla attuazione del ciclo di programmazione 2014-2020;
e) rinviare a successive analisi gli interventi a priorità BASSA.

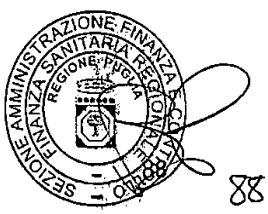
Gli interventi rispondono, tra l'altro, ai seguenti obiettivi della azione 9.12:

a) completamento del processo di riconversione presidi ospedalieri dismessi o in fase di dismissione a seguito delle diverse fasi del "Piano di riordino della rete ospedaliera", avviato nel 2010 ed in fase di perfezionamento alla base del Decreto ministeriale n. 70/2015 in materia di standard dell'assistenza ospedaliera;
b) potenziamento rete dei poliambulatori e dei Presidi Territoriali di Assistenza (PTA), delle strutture residenziali sanitarie (in particolare di tipo R1) e delle reti cliniche ambulatoriali di cui al R.R. n. 14/2015 (in fase di revisione).

Il PTA si realizza attraverso un pieno accorpamento dei servizi territoriali, di norma presso il Comune sede del Distretto Sociosanitario e non servito da un Presidio Ospedaliero. Sono possibili aggregazioni parziali degli stessi all'interno dell'ambito distrettuale qualora, per complessità dei contesti territoriali e dei fabbisogni rilevati, tale flessibilità sia necessaria ad assicurare la continuità dell'assistenza.

All'interno del PTA potranno pertanto essere svolte le seguenti funzioni, in ragione dello specifico contesto di offerta di servizi e di fabbisogno:

a. Orientamento Assistenziale e Accesso Unico alle Cure:
   - Centro Unico Prenotazioni
   - Accesso Unico Facilitato al Sistema (PUA e analoghi)
   - Presa in carico e gestione delle dimissioni protette
   - Raccordo con UVM distrettuale
b. Cure Primarie e Specialistica Ambulatoriale



- Associazionismo complesso della Medicina e Pediatria di Famiglia e continuità assistenziale
- Ambulatorio delle Cronicità
- Cure domiciliari Integrate (CDI)
- Assistenza Farmaceutica Territoriale
- Poliambulatorio Specialistico (secondo l'articolazione definita con LR 23/2008)
- Day service (medico e chirurgico)
- Diagnostica Strumentale di Base e BioImaging
- Centro Prelievi
- Centro Dialisi Territoriale

c. Assistenza Consultoriale e Materno Infantile
- Consultorio Familiare
- Centro Procreazione Medicalmente Assistita

d. Promozione della Salute e Prevenzione
- Servizio Vaccinale
- Servizi di Medicina Legale e Fiscale
- Sportelli Sicurezza Alimentare e Sanità Animale
- Servizi Medicina del Lavoro

e. Degenza Territoriale
- Ospedale di Comunità
- Hospice
- Centro Risvegli
- Residenzialità Socio-sanitaria (RSA, RSSA, Centri Diurni)

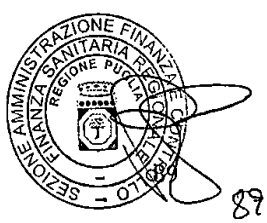
f. Salute Mentale
- Centro Salute Mentale
- Centro Diurno Psichiatrico
- Centro Territoriale Autismo ed eventuali moduli riabilitativi
- Centro Residenziale/Semiresidenziale per i Disturbi del Comportamento Alimentare

g. Dipendenze Patologiche
- Ser.D.
- Centri Terapeutici Speciali (fumo, alcol, ludopatie)

h. Riabilitazione
- Centro Riabilitazione Ambulatoriale
- Trattamenti Domiciliari

i. Emergenza Urgenza
- Punto di Primo Intervento Territoriale (per il tempo residuo di vigenza)
- Postazione 118

j. Servizi Amministrativi
- Scelta e revoca del medico di famiglia
- Esenzioni ticket
- Rimborsi



- Ausili, Presidi e Protesi
- Assistenza Integrativa Farmaceutica

La responsabilità gestionale, organizzativa e igienico-sanitaria fa capo al Direttore del Distretto Socio-Sanitario territorialmente competente, che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche.

Per tutte le strutture da riconvertire a PTA in quanto ospedaliere o da rifunzionalizzare in quanto già territoriali i fondi necessari per la riqualificazione strutturale e per la dotazione tecnologica provengono dal finanziamento comunitario FESR 2014-2020.

Dall'analisi del prospetto appare necessario che la Regione focalizzi i propri interventi sulla parte relativa alla degenza territoriale, supportando le Aziende Sanitarie nel percorso di attivazione dei posti letto di Ospedale di Comunità e di RSA R1. Per le RSA R1 si rimanda all'intervento GOTER 02.01: "Rete dell'Assistenza Residenziale ExtraOspedaliera a Elevato Impegno Sanitario (RSA R1)".

Gli Ospedali di Comunità, in passato anche denominati Unità di Degenza Territoriale (UDT), allocati nell'ambito dei PTA, sono strutture sanitarie con un numero limitato di posti letto di degenza territoriale di norma non superiore a 20 p.l., gestiti da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è garantita nelle 24 ore da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN.

L'ospedale di comunità prende in carico pazienti che necessitano:

a. di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e familiare);
b. di sorveglianza infermieristica continuativa;
c. di osservazione sanitaria breve.

L'accesso ai reparti di degenza territoriale potrà avvenire o dalle strutture residenziali su proposta del medico di medicina generale titolare della scelta, dai reparti ospedalieri su proposta del medico ospedaliero di riferimento che ha indicato la necessità di una dimissione protetta, o direttamente dal pronto soccorso.

L'assistenza sarà garantita nelle 24 ore dal personale infermieristico ed addetto all'assistenza, dai Medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta, dai medici della continuità assistenziale, che potranno avvalersi della consulenza specialistica degli specialisti ambulatoriali del PTA o, in assenza della branca specialistica necessaria, di altri specialisti del territorio, previo accordo con il Direttore del Distretto Socio-Sanitario di competenza.

Al fine di portare a regime l'attivazione dei posti di Ospedali di Comunità, la Regione s'impegna ad adottare le linee guida per la definizione dei percorsi clinici e dei modelli organizzativi dell'OdC. Inoltre, provvederà alla definizione dei requisiti organizzativi, tecnologici e strutturali nonché alla definizione delle tariffe delle prestazioni erogate presso gli Ospedali di Comunità.

In relazione all'ambito cure primarie, i nuovi principi introdotti dall'art. 8 del D.Lgs 502/92, nonché successivamente dal D.L. 158/2012 e dal Patto per la Salute 2014-2016, chiedono prima agli accordi nazionali e poi a quelli regionali di delineare una nuovo modello organizzativo dei servizi territoriali delle cure primarie che, per la componente convenzionata (MMG, PLS e Specialisti ambulatoriali) sia strutturato unicamente intorno a due forme di aggregazione: le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), inserite in una rete di strutture territoriali di riferimento, entro le quali sviluppare le professionalità dei vari attori - MMG, PLS e Specialisti ambulatoriali - collegate attraverso la programmazione delle attività e la condivisione dei percorsi terapeutici con la conseguente definizione uniforme dei livelli di spesa (seppure per alcune patologie) nell'ambito del Distretto socio sanitario.

Tale assetto organizzativo, dove i professionisti operano non più da soli ma in una logica di squadra assieme ai loro pari nelle AFT o assieme ad altri professionisti nelle UCCP, collegati da una rete informatica dei servizi regionali in modo da garantire l'assistenza sanitaria: h 10 o h 12, mira a ridurre l'uso e l'impegno (la maggior parte delle volte in maniera inappropriata) dei servizi sanitari di secondo e terzo livello, aumentando l'efficienza complessiva del SSR e quindi di operare a favore della sua sostenibilità.

In questa ottica, la Regione Puglia, già dall'anno 2008, con DGR 2289/2007 e DGR 2290/2007 ha avviato un processo di aggregazione dei medici di MMG e dei PLS, prevedendo delle forme di associazionismo complesso (Super Rete, Super Gruppo e CPT - centri polifunzionali territoriali), che garantiscono una attività assistenziale negli studi professionali per un arco temporale h10 e/o h12 sia in sede unica che in sedi diverse ma collegate in rete informaticamente.

Successivamente all'adozione delle citate DGR, nel 2009 è intervenuta la novazione dell'ACN 2005, che prevedeva l'adesione obbligatoria dei MMG e dei PLS alle AFT: in termini funzionali, le forme di aggregazione funzionale già previste dalla Regione Puglia hanno garantito il perseguimento dei medesimi obiettivi e finalità proprie delle AFT (promuovere equità di accesso ai servizi sanitari, appropriatezza clinica e organizzativa, diffusione e applicazione delle buone pratiche cliniche, condivisione delle proprie attività con la direzione distrettuale, partecipazione a iniziative di formazione e di aggiornamento condivise con il distretto).

Superata la fase di start up e di diffidenza iniziale da parte degli stessi MMG e PLS, ormai le forme di aggregazione e di associazionismo complesso sono una realtà consistente e diffusa capillarmente nell'ambito della stessa regione, in cui un ruolo preponderante e costituito anche dalla presenza di figure professionali: infermieri e collaboratori di studio, così come si evince dal quadro sinottico - allegato GOTER 02.05_2).E' in fase di realizzazione un altro CPT nel comune di Casamassima.

Il modello organizzativo così identificato, costituisce il presupposto, anche da un punto di vista logistico, per garantire la continuità assistenza h24 per 7 giorni su 7.

Nonostante la L. 189/2012, di conversione del D. L. 158/2012, per i nuovi assetti organizzativi, preveda la obbligatorietà di adesione da parte medici convenzionati, questa Regione, di concerto con le OO.SS. rappresentative, ha già avviato un'azione finalizzata ad un potenziamento - sempre su base volontaria - del modello organizzativo (sia in termini di nuove aggregazioni fra i medici MMG e PLS che di rafforzamento delle altre figure professionali - collaboratori di studio ed infermieri) - destinando parte delle risorse previste per la realizzazione di progetti obiettivo.

La definizione a regime delle Aggregazioni Funzionali Territoriali sarà perfezionata nel prossimo Accordo Integrativo Regionale, che sarà predisposto in coerenza con le disposizioni del redigendo Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale in condizione di isorisorse rispetto agli attuali stanziamenti in bilancio; in questo quadro sarà anche regolamentata, come già detto in altra sezione del Piano, la relazione tra la Medicina Generale, la rete della specialistica ambulatoriale e i PTA.

Una volta definito il processo di potenziamento della rete di assistenza primaria territoriale, sia in sede unica che in sedi diverse ma collegate informaticamente, i risultati attesi saranno quelli di seguito riportati :

- Attività di diagnosi, cura, prevenzione;
- Educazione terapeutica;
- Counseling;
- Presa in carico dei pazienti cronici;
- Domiciliarità;
- Integrazione e coordinazione con gli altri attori territoriali ed ospedalieri del SSR, contribuendo ai processi di governance ;
- Omogeneità dei comportamenti assistenziali e dei servizi di medicina generale alla popolazione assistita in funzione degli obiettivi di assistenza programmati.

In questa ottica di potenziamento della assistenza primaria sul territorio, in via sperimentale, è allo studio un intervento, nell'ambito del modello organizzativo Care Puglia (v. obiettivo GOTER 02.01) , finalizzato ad a garantire una diffusione capillare della medicina specialistica, prevedendo l'assegnazione di ore di specialistica ambulatoriale (per le discipline più comuni e per le quali ci sono liste di attesa più lunghe, per es. cardiologia, oculistica, ortopedia, diabetologia ecc), c/o gli studi associati organizzati in sede unica, utilizzando la loro rete informatica per le prenotazioni al CUP aziendale, oltre alla telemedicina per i referti.

***

Nell'ottica di implementare le relazioni virtuose tra il sistema delle cure primarie, l'assistenza territoriale e quella ospedaliera, per garantire l'accesso alle cure in un contesto di appropriatezza, la ASL BT in via sperimentale ha ideato un servizio di consulenza ambulatoriale pediatrica (SCAP), realizzato in collaborazione con i pediatri di famiglia.

Tale progetto nasce per rispondere ad un problema molto sentito tra la popolazione locale: la mancanza di assistenza pediatrica specialistica durante i festivi e i prefestivi (quando la

pediatria di libera scelta lascia le sue funzioni alla continuità assistenziale generica. Una situazione, quest'ultima, che spesso determina un ricorso eccessivo – spesso inappropriato - al Pronto Soccorso.

Per cercare di risolvere la questione nella ASL BT (Barletta-Andria-Trani), a dicembre 2012, è partito il progetto SCAP, con l'obiettivo di mettere in piedi un modello organizzativo in grado di integrare l'assistenza territoriale (pediatria di famiglia) e quella ospedaliera (Pronto Soccorso).

Così in tutti gli ospedali della ASL BT (Andria, Barletta, Canosa, Trani, Bisceglie), in collaborazione con i Pediatri di famiglia (con i quali è stato firmato un protocollo d'intesa), è stato attivato un servizio di consulenza ambulatoriale pediatrica attivo il sabato e la domenica, i giorni festivi e prefestivi dalle ore 9 alle 12 e dalle 16 alle 19 con pediatri di libera scelta e personale infermieristico della ASL BT.

Il modello di assistenza ha previsto una prima fase durante la quale la presa in carico del paziente pediatrico veniva effettuata dal Pronto Soccorso e una seconda fase in cui la presa in carico del paziente (0-14 anni) viene effettuata direttamente dal personale medico e infermieristico dell'ambulatorio SCAP.

Il monitoraggio costante dei dati ha messo in evidenza la validità del progetto e la sostenibilità del progetto, evidenziano che, nei giorni festivi e prefestivi, sono diminuiti i bambini complessivamente presi in carico direttamente dal Pronto Soccorso e i ricoveri ospedalieri mentre i codici bianchi e verdi sono diminuiti anche se sono stati più che compensati dalle prese in carico dell'ambulatorio SCAP.

In sintesi, il servizio ambulatoriale pediatrico ha permesso una perfetta integrazione tra servizi territoriali e ospedalieri e tra personale convenzionato e personale dipendente e ha determinato una significativa diminuzione dei ricoveri ospedalieri pediatrici.

Sulla base di questa esperienza, nella seduta del Comitato Permanente Regionale (CPR) del 28/12/2016 si è deciso di estendere tale esperienza a tutto il territorio regionale.

***

Una bozza avanzata del modello di offerta sanitaria complessiva e dei contenuti dell'attività assistenziale dei Presidi Territoriali di comunità è stata acquisita dal Sistema Documentale Piani di Rientro al prot. 177 - A del 06/11/2017.

Sono stati specificati i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi dei PTA e il modello di *governance* nell'ambito dell'assistenza distrettuale, anche con riferimento alla riorganizzazione dell'assistenza primaria.

Il documento reca anche l'individuazione dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi degli Ospedali di Comunità.

Sulla base di tale documento, il Dipartimento ha avviato un'interlocuzione con le direzioni generali delle ASL con l'obiettivo di verificare lo stato di attuazione delle disposizioni.

93

stabilite dai provvedimenti regionali di riordino della rete ospedaliera, acquisire e valutare eventuali esigenze di rimodulazione dei servizi sanitari già previsti, alla luce degli interventi in corso sull'offerta assistenziale nonché dei requisiti in via di definizione.

In esito a questo percorso, che si ritiene di poter concludere entro il 28.02.2018, sarà predisposto un documento organico e coordinato in materia di programmazione dell'assistenza territoriale, entro il 31.03.2018.

CRONOPROGRAMMA		INDICATORE	ENTRO	Rif. Doc.	Adempimenti
GOTER 02.05.01	Definizione Protocollo operativo e direttive regionali sulla organizzazione e funzionamento dei Presidi Territoriali di Assistenza e OdC	DGR di adozione Protocollo operativo e della rete regionale dei PTA e degli OdC con la collaborazione dell'AReSS	31/03/18 (31/01/17)	129-A del 7/7/2017	Revisione bozza di protocollo operativo PTA. In attesa di osservazioni
GOTER 02.05.02	Progettazione locale e programmazione dell'offerta assistenziale dei PTA	Provvedimenti ASL di adozione del progetto assistenziale e del progetto strutturale con la collaborazione dell'AReSS	31/05/18 (28/02/17)		
GOTER 02.05.03	Mappatura strutture in termini di livelli organizzativi, servizi, appropriatezza prestazioni per struttura	Report sui PTA relativo ai livelli organizzativi, servizi, appropriatezza prestazioni per struttura con la collaborazione dell'AReSS	31/12/18		
GOTER 02.05.04	Definizione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi per OdC e relative tariffe	Presentazione schema di regolamento sui requisiti, DGR relative a tariffe	31/03/18 30/06/17	129-A del 7/7/2017	Bozza definizione requisiti e tariffe, nell'ambito del PTA
GOTER 02.05.05	Completamento del processo di costituzione delle AFT nell'ambito dell'offerta assistenziale dei PTA	DGR di definizione del modello organizzativo delle AFT e dell'integrazione nell'ambito dell'offerta assistenziale dei PTA	30/09/17 31/05/18	115 - A del 06/07/2017	Bozza definizione modello organizzativo nell'ambito del Care Puglia
GOTER 02.05.06	Estensione a livello regionale del Progetto Servizio di Consulenza Ambulatoriale Pediatrica (SCAP)	DGR di adozione del protocollo operativo del Progetto regionale	30/04/17	46 - A	DGR 129 del 7/02/2017
GOTER 02.05.07	Programmazione degli interventi di riconversione in PTA degli ospedali dimessi con le risorse del PO FESR 2014/2020 (1^ fase) (*)	• DGR di approvazione della prima fase del piano (**) • Approvazioni disciplinari di attuazione con ASL (fase 1A) • Approvazione disciplinari di attuazione con ASL (fase 1B)	• 31/12/16 • 30/04/17 • 31/12/17	12 - A del 19/01/2017 65 – A del 14/04/2017	DGR 1937 del 30/11/2016 Disciplinari sottoscritti

CRONOPROGRAMMA		INDICATORE		ENTRO	Rif. Doc.	Adempimenti
GOTER 02.05.08	Programmazione degli interventi di riconversione in PTA degli ospedali dimessi con le risorse del PO FESR 2014/2020 (2^ fase) (*)	• DGR di approvazione della prima fase del piano		• 31/12/18		
		2016	2017	2018		
Impatto Economico Intervento		*Non sono previsti impatti economici a valere sulle risorse del fondo sanitario regionale in quanto gli investimenti territoriali sono interamente sostenuti dalla azione 9.12 del PO FESR 2014/2020*				

Intervento GOTER 02.06: Rete Laboratori Patologia clinica- Razionalizzazione laboratori pubblici e definizione dei criteri per la riorganizzazione dell'attività dei laboratori privati

Con DGR 2810 del 30/12/2014 ad oggetto "DGR 18/03/2014, n. 482 e s.m.i. – Gruppo di lavoro regionale per la Riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private di diagnostica di laboratorio – Integrazione" è stato modificato ed integrato il *Gruppo di Lavoro regionale* incaricato della predisposizione del piano strategico regionale di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate di diagnostica di laboratorio ai sensi della Legge 23 Dicembre 2006, n. 296 (Legge Finanziaria 2007) art. 1, comma 796, lett.O.

La fase di sviluppo del programma di riordino della medicina di laboratorio è direttamente correlata:

- al completamento delle misure strutturali di rimodulazione della rete ospedaliera e conseguente rifunzionalizzazione di alcuni presidi - i cui laboratori saranno trasformati in "punti prelievo" - a seguito del processo di trasformazione degli stessi presidi in strutture territoriali qualunque sarà la loro destinazione finale;
- all'ulteriore aggregazione della rete laboratoristica interna alle Aziende Ospedaliere, agli IRCCS e ai Policlinici Universitari sulla base delle risultanze della mappatura delle attività di laboratorio;il programma di riordino prevede anche il coinvolgimento della rete laboratoristica degli Enti Ecclesiastici e dei privati accreditati che tramite accordi specifici saranno chiamati a collaborare alla riorganizzazione della loro offerta in un'ottica di efficientamento organizzativo e di risparmi economico;
- alla correlata omogeneizzazione delle gare per l'acquisizione di beni strumentali e materiale dedicato tramite procedure di centralizzazione per acquisizione di strumentazioni e reagenti cui è delegato il soggetto aggregatore Innova Puglia nell'ottica di una razionalizzazione dei costi; il Dipartimento e l'AReSS collaboreranno con InnovaPuglia affinché, di concerto con le diverse Aziende Sanitarie attive nel territorio regionale, si raggiungano gli obiettivi di risparmio e di efficienza auspicati con le loro professionalità ed esperienza. Gli Enti Ecclesiastici ed i Privati Accreditati saranno coinvolti ove possibile in questo processo di centralizzazione degli acquisti al fine di contribuire al miglioramento della loro efficienza ed alla riduzione dei costi relativi affrontati dalla Regione.

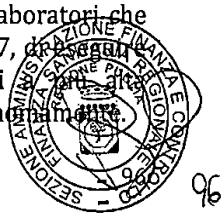
Con DGR n. 736/2017 è stata approvata la "Riorganizzazione della Rete dei Laboratori di Patologia clinica privati accreditati" – Approvazione nuovo modello organizzativo".
Il documento approvato prevede che le aggregazioni di strutture di laboratorio private accreditate siano previste quale forma organizzativa per il raggiungimento delle soglie di produttività stabilite nell'Accordo Stato-Regioni del 23/03/2011, rispettando il criterio provinciale. Il documento disciplina le forme di aggregazioni nel rispetto delle previsioni del codice civile e di eventuali ulteriori forme innovative previste da disposizioni legislative, in modo da prevedere che sia un unico soggetto l'esclusivo interlocutore della Regione/ASL, con responsabilità contrattuale e clinico-assistenziale. Nell'ottica di un percorso finalizzato al consolidamento di una rete di diagnostica di laboratorio caratterizzata dai requisiti di efficienza, economicità e qualità, fermi restando i criteri individuati dall' Accordo e dalla normativa vigente, il documento disciplina le modalità di aggregazione tenendo conto dei seguenti aspetti:

- durata minima delle aggregazioni;
- funzione dei singoli componenti del soggetto aggregato (punti prelievo, punto d'accesso, laboratorio di analisi).

Secondo il cronoprogramma previsto dalla DGR n. 736/2017, circa il 95% dei laboratori privati accreditati ha aderito al nuovo modello organizzativo, per cui già dall'anno 2018 è stata raggiunta la soglia minima di efficienza ai fini del riconoscimento di soggetto accreditato e da contrattualizzare, pari a minimo 200.000 prestazioni anno prevista dall'Accordo Stato-Regioni del 23/03/2011.

Con DGR n. 985/2017 "Elaborazione di un modello di riorganizzazione dei Laboratori Analisi pubblici della Regione Puglia" – Approvazione documento" è stato dato avvio al processo di riorganizzazione dei laboratori pubblici che prevede:

- l'individuazione di un unico Laboratorio Hub per ASL con eccezione della ASL BA, ove sono previsti n.2 Hub, in considerazione della vasta dimensione dell'Azienda in termini di popolazione residente;
- l'individuazione di Laboratori Spoke di base, presenti negli ospedali di I° livello;
- l'individuazione di Laboratori Spoke d'urgenza presenti negli Ospedali di Base;
- la riconversione dei Laboratori Territoriali, laddove presenti, in Centri Prelievi Territoriali deputati all'esecuzione di prelievi ematologici o microbiologici da trasferire al Laboratorio Hub di riferimento, con la possibilità di occuparsi della fase preanalitica delle prestazioni in modo da garantire la miglior qualità del campione che deve essere trasferito;
- In riferimento alla Rete di Microbiologia e Virologia, l'individuazione di un unico Centro di Riferimento regionale presso il Policlinico di Bari (come centro specializzato ed abilitato all'esecuzione degli esami specialistici e/o a bassa richiesta che presuppongono figure professionali adeguatamente formate ad offrire counseling personalizzato) e presenza, a livello di ogni singola ASL territoriale, di un Centro di microbiologia provinciale allestito presso l'HUB aziendale (che svolga attività microbiologica di base e di I° livello per le esigenze dei reparti ospedalieri e per il territorio; saranno in stretto rapporto informatico e operativo con il centro regionale per l'esecuzione di tutti gli approfondimenti e per supporto professionale);
- La previsione per i Laboratori Hub, a seguito di apposite convenzioni con le aggregazioni di laboratori di analisi privati accreditati o con i singoli laboratori che non hanno l'obbligo di aggregarsi, di cui alla DGR n.736 del 16/05/2017, di eseguire "*prestazioni in service*", con particolare riferimento alle prestazioni ad alto grado di complessità che i laboratori o le aggregazioni non possono svolgere autonomamente.



L'attuazione del processo di riorganizzazione della rete laboratoristica pubblica sarà completato entro il 31/12/2018 ed è demandata in gran parte alle aziende sanitarie, realizzando una forte sinergia tra il livello regionale e quello locale, al fine di raggiungere gli obiettivi programmati nei tempi prefissati.

A tal fine, è stata avviata una fase di interlocuzione con le Aziende Sanitarie al fine di accompagnare le aziende nel percorso di pianificazione attuativa e di supportare il livello locale nelle più idonee scelte per la realizzazione degli obiettivi prefissati e garantire, nel contempo, criteri e metodologie uniformi nel contesto regionale, coordinare le azioni da programmare e intraprendere in tema di Laboratory Information System (LIS) ed in tema di regolamentazione, organizzazione e gestione del trasporto di prelievi e campioni biologici.

Con DGR n. 986/2017 "Riorganizzazione della Rete delle Strutture Pubbliche di Diagnostica di Laboratorio - Proposta per le attività di GENETICA MEDICA" – Approvazione documento" si è compiuta la realizzazione di una Rete diffusa di Servizi di Genetica Medica, nell'ottica della cooperazione all'interno della rete secondo i diversi livelli di complessità dell'intervento attribuito. In tal senso l'organizzazione della attività di Genetica medica ha tenuto conto sia della distribuzione dei servizi esistenti che delle peculiarità geografiche della Regione Puglia.
A tal riguardo, il modello organizzativo proposto non va interpretato come presenza di Centri con maggiore o minore rilevanza assoluta, ma come delineazione e definizione di compiti da assolversi nell'ambito delle seguenti Tipologie di Servizio:

- Servizi Clinici di Genetica Medica (SCGM)
- Laboratori di Genetica Medica (LGM)

Nell'ambito della Rete dei Laboratori di Genetica Medica si individuano specifiche attività di diagnosi e consulenza nell'ambito della Genetica Oncologica, Farmacogenomica e Genetica della Coagulazione.

Conclusasi la fase di approvazione dei documenti di riorganizzazione del settore strutture di diagnostica di laboratorio, l'obiettivo consiste nel completamento, messa a regime e monitoraggio della rete di strutture private accreditate e nell'avvio del nuovo modello organizzativo in riferimento alle strutture pubbliche.

CRONOPROGRAMMA		INDICATORE	ENTRO	Adempimenti	Rif. doc
GOTER 02.06.01	Monitoraggio della riorganizzazione dei laboratori privati accreditati	Elaborazione report di monitoraggio della fase di avvio e della messa a regime del nuovo modello organizzativo	30/04/18 31/12/18	report di attività dei laboratori	50 - A del 02/03/2017
GOTER 02.06.02	Completamento della fase propedeutica all'avvio del nuovo modello organizzativo dei laboratori pubblici	Elaborazione report di monitoraggio e verifica dei piani di adeguamento aziendali al Programma Regionale	31/12/18	DGR n. 985 del 20/06/2017 (Laboratori pubblici); DGR n. 986 del 20/06/2017 (attività di GENETICA MEDICA")	73 - A; 119-A del 6/7/2017; 120-A del 6/7/2017

CRONOPROGRAMMA		INDICATORE		ENTRO	Adempimenti	Rif. doc
GOTER 02.06.03	Monitoraggio della riorganizzazione dei laboratori pubblici e privati	Elaborazione report di monitoraggio e verifica dei piani di adeguamento aziendali al Programma Regionale e analisi degli scostamenti ante e post razionalizzazione con la collaborazione dell'AReSS		31/12/18	DGR n. 736 del 16/05/2017 (Laboratori di Patologia clinica privati accreditati" - Approvazione nuovo modello organizzativo)	118-A del 6/7/2017
		2016	**2017**	**2018**		
Impatto Economico Intervento		*Non sono previsti impatti economici. I risparmi previsti prudenzialmente non quantificati sono anche "riassorbiti" nelle altre linee di intervento, quali ad esempio attuazione dei piani di rientro aziendali.*				

Intervento GOTER 02.07: Potenziamento dell'Assistenza Domiciliare

L'assistenza domiciliare ha un ruolo strategico in quanto concorre a:

- fornire ai cittadini assistenza presso il proprio domicilio per salvaguardare la rete di rapporti personali e familiari;
- contenere la spesa farmaceutica inappropriata e migliorare l'aderenza terapeutica al trattamento farmacologico prescritto;
- ridurre i ricoveri ospedalieri e residenziali extraospedalieri impropri;
- ridurre la degenza ospedaliera e il turn-over dei posti letto sia nelle strutture ospedaliere che residenziali sanitarie e sociosanitarie.

L'assistenza domiciliare nella nostra Regione ha assunto in questi ultimi anni una valenza cruciale in quanto vi è stata un'azione di sviluppo che ha allineato il profilo demografico-epidemiologico della popolazione di riferimento al modello organizzativo che è stato programmato per aree prioritarie d'intervento, bisogni di salute, obiettivi e risorse. E tuttavia alcuni vincoli esterni, in primis il blocco del turn-over per il personale delle ASL e il contenimento della spesa rispetto alle esternalizzazioni, hanno imposto un limite al potenziamento della rete domiciliare e alla costituzione delle equipe dedicate.

A questo occorre aggiungere che il ritardo nell'attivazione e messa a regime delle Unità di Valutazione Multidimensionale fino al 2010 non ha consentito la presa in carico corretta del paziente cronico e non autosufficiente né ha favorito la predisposizione di Progetti Assistenziali Individualizzati che guardassero alla rete domiciliare e alla filiera dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali per offrire risposte più appropriate e più efficienti sul piano tecnico-economico.

Con DGR n. 630 del 30/03/2015 sono state approvate le Linee guida regionali per le Cure domiciliari integrate e lo schema di accordo di programma tra ASL e Comuni.

È dunque cruciale l'impatto che alcune azioni dirette e indirette avranno sull'incremento dell'indicatore LEA della % Anziani over65 in ADI, lungo la strada per arrivare al 4% entro il 2018; tra queste azioni assumono particolare rilievo:

- il potenziamento delle UVM per la corretta presa in carico integrata dei pazienti cronici e dei non autosufficienti;
- la messa a regime del flusso SIAD nel sistema EDOTTO dei flussi informativi per una piena quantificazione del numero di casi trattati, del volume di prestazioni erogate e per una piena determinazione della spesa sanitaria per le prestazioni domiciliari integrate;
- la definizione di Accordi di programma tra Comuni associati e Distretti Sociosanitari per implementare ogni sforzo organizzativo e finanziario utile per il potenziamento delle reti locali di welfare domiciliare;
- la messa a regime del *Chronic Care Model* per la presa in carico dei pazienti cronici, in funzione di potenziamento dei protocolli di cura domiciliari e per la de istituzionalizzazione e la riduzione dei ricoveri ospedalieri inappropriati.

Obiettivi specifici:

- incremento delle dotazioni organiche relative alle Cure Domiciliari, riferite prioritariamente al ruolo infermieristico, riabilitativo e degli operatori sociosanitari (in collaborazione con i Comuni e con forme contrattuali e organizzative inedite), in modo da rendere coerente il nuovo modello organizzativo distrettuale e orientare l'offerta tendenzialmente allo standard previsto dalla griglia LEA;
- definizione criteri e modalità omogenee per il ricorso eventuale alle esternalizzazioni di servizi che concorrano al conseguimento di volumi adeguati di ADI, fermo restando il coordinamento del Distretto e la presa in carico congiunta Distretto – Comuni attraverso l'UVM;
- protocolli di intesa e linee guida, condivise con i MMG/PLS e Medici Specialisti, per un uso appropriato delle risorse infermieristiche e tecnico-specialistiche per concorrere al volume di prestazioni ADI;
- protocolli d'intesa tra Ospedale – Distretto SocioSanitario – Comuni per le procedure inerenti le dimissioni protette dai reparti di ricovero con specifico riferimento ai pazienti cronici e gravemente non autosufficienti;
- questionari di gradimento per la rilevazione permanente del grado di soddisfazione espresso dagli utenti e interviste ai cittadini/utenti per la valutazione della qualità percepita (*customer satisfaction*);
- sistemi di comunicazione interni all'organizzazione e verso l'esterno per sviluppare uno scambio informativo virtuoso e perciò efficace;
- produzione e diffusione di materiale informativo e pubblicitario (Carta della rete delle cure domiciliari, guide alla rete dei servizi domiciliari, pieghevoli).

CRONOPROGRAMMA		INDICATORE		ENTRO
GOTER 02.07.01	Incremento delle dotazioni organiche dedicate all'assistenza domiciliare	Adozione delle dotazioni organiche da parte delle ASL. Elaborazione report di monitoraggio relativo al n. di operatori dedicati all'A.D.I. con la collaborazione dell'AReSS		30/04/18
GOTER 02.07.02	Incremento della quota di FSR per "Altra Assistenza Sanitaria" vincolata per l'ADI	Implementazione dell'Assistenza Domiciliare: tendenziale 4% standard previsto dalla griglia L.E.A. con la collaborazione dell'AReSS		31/12/18
		2016	***2017***	***2018***
Impatto Economico Intervento		*I maggiori costi riguardano essenzialmente il personale, e sono già previsti nel sotto programma "Piano assunzionale".*		

Intervento GOTER 02.08: Potenziamento delle Cure Palliative Domiciliari

Con DGR n. 917 del 6/5/2015 sono state approvate le Linee Guida regionali per lo sviluppo della Rete per le Cure Palliative in Puglia, in attuazione dell'Atto d'Intesa sottoscritto in Conferenza Stato - Regioni (Rep. N. 152/2012 "Definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore").

Per quanto attiene alle Cure Palliative domiciliari, le Linee guida regionali dettano le modalità di presa in carico e di definizione del Progetto di assistenza individuale (PAI).

Dal monitoraggio effettuato per l'anno 2015, risulta che il numero di giornate di cure palliative a domicilio, assicurate ai pazienti trattati, è inferiore al valore standard calcolato ai sensi del decreto ministeriale n. 43/2007. Si ritiene, dunque, necessario incrementare tale tipologia assistenziale, tenendo presente che, attualmente, risultano territori della Regione completamente scoperti. La percentuale d'incremento da conseguire entro il 2018 sarà più precisamente definita sulla base dei dati SIAD in corso di consolidamento riferiti all'anno 2016.

Si ritiene, pertanto, al fine d'incrementare detta modalità assistenziale, di porre in essere le seguenti azioni:

- ✓ istituire, con il supporto dell'AReSS, un gruppo di lavoro tecnico, nel quale siano rappresentate tutte le AA.SS.LL., al fine di individuare e porre in essere gli interventi necessari al potenziamento dell'assistenza;
- ✓ aggiornare le Linee Guida regionali di cui alla DGR N. 917 del 6/5/2015, in attuazione del recente decreto ministeriale con il quale sono stati definiti i nuovi livelli di assistenza;
- ✓ monitorare le prestazioni erogate nel triennio 2016-2018.

CRONOPROGRAMMA		INDICATORE		ENTRO	Adempimenti	Rif. Doc.
GOTER 02.08.01	Istituzione, con il supporto dell'AReSS, di un Gruppo Tecnico di Lavoro per il potenziamento delle cure palliative domiciliari	DGR di istituzione del Gruppo Tecnico		30/04/17	DGR n. 1094 del 4/07/17	101-A del 4/7/17
GOTER 02.08.02	Aggiornamento Linee Guida regionali in attuazione dei nuovi LEA	DGR di Aggiornamento delle Linee guida regionali		30/06/18		
GOTER 02.08.03	Recepimento delle Linee guida da parte delle Aziende Sanitarie	Provvedimenti ASL di recepimento		30/09/18		
GOTER 02.08.04	Incremento del numero dei casi trattati e del numero di giornate di cure palliative assicurate, in misura da definire sulla base dei dati SIAD 2017, in corso di consolidamento	Relazione regionale di monitoraggio		31/12/18		
Impatto Economico Intervento		**2016**	**2017**	**2018**		
		-	-	**€ 296.000**		

Intervento GOTER 02.09: Implementazione della Rete per i Disturbi dello Spettro Autistico

La Regione Puglia, con l'approvazione del Regolamento Regionale 8 luglio 2016 n. 9, che ha definito la rete assistenziale territoriale sanitaria e sociosanitaria per i disturbi dello spettro autistico (ASD), è tra le prime regioni che hanno dato attuazione alla L.n.134/2015,avviando un processo di riorganizzazione della presa in carico e di aiuto qualificato alle persone con ASD ed alle loro famiglie, basato sulle evidenze clinico – scientifiche più aggiornate.

In particolare, il regolamento dispone che la Rete di assistenza dedicata ai Disturbi dello Spettro Autistico si articoli in:

- Centri Territoriali per l'Autismo a gestione pubblica;
- Moduli/Centri territoriali ambulatoriali/domiciliari dedicati terapeutico-ri/abilitativi intensivi ed estensivi, pubblici e/o privati accreditati, per gli ASD;
- Strutture educative e socio-ri/abilitative, diurne e residenziali, di mantenimento e promozione dell'inclusione sociale per gli ASD;
- Centri di Riferimento ad Alta Specializzazione.

Il fabbisogno dei Servizi della Rete di assistenza per gli ASD, ai sensi dell'art. 3 ter del D.lgs n. 502/92 e s.m.i. e della L.R. n. 8/2004 e s.m.i., per il triennio 2016-2018, in via sperimentale, è così determinato:

- almeno n. 1 Centro Territoriale per l'Autismo nell'ambito di ciascuna ASL;

- n. 1 Modulo terapeutico-ri/abilitativo intensivi ed estensivi ogni 100.000 abitanti;
- n. 5 posti/utente socio-riabilitativi diurni ogni 100.000 abitanti;
- n. 4 posti/utente socio-riabilitativi residenziali ogni 100.000 abitanti.

Viene, altresì, ripetutamente evidenziata la obbligatorietà di specifica formazione ed aggiornamento degli operatori sugli strumenti di valutazione e sugli interventi farmacologici e non farmacologici per la cura e ri/abilitazione degli ASD, basati sulle evidenze scientifiche nazionali e internazionali.

E' necessario, pertanto, fornire adeguata formazione/aggiornamento agli operatori pubblici e privati che si troveranno impegnati nei setting assistenziali individuati dal Regolamento.

CRONOPROGRAMMA		INDICATORE		ENTRO	Adempimenti	Rif. Doc.
GOTER 02.09.01	Attivazione di almeno n. 1 Centro Territoriale per l'Autismo nell'ambito di ciascuna ASL	Deliberazioni dei Direttori Generali delle ASL		30/09/17	Deliberazioni adottate	Monitoraggio regionale
GOTER 02.09.02	Predisposizione e realizzazione di un programma regionale di formazione/ aggiornamento degli operatori impegnati nella rete di assistenza per gli ASD	Deliberazione di Giunta Regionale di approvazione del progetto formativo in accordo con l'AReSS		30/09/18		
GOTER 02.09.03	Implementazione della rete dei Moduli terapeutico-ri/abilitativi intensivi ed estensivi, in collaborazione con l'AReSS	Provvedimenti regionali relativi ad autorizzazioni ed accreditamento; DGR di determinazione tetti di spesa ed avvio contrattualizzazioni		31/12/18		
GOTER 02.09.04	Implementazione della rete delle strutture educative e socio-ri/abilitative, diurne e residenziali, in collaborazione con l'AReSS	Provvedimenti regionali relativi ad autorizzazioni ed accreditamento; DGR di determinazione tetti di spesa e contrattualizzazioni		31/12/18		
Impatto Economico Intervento		**2016**	**2017**	**2018**		
		-	*+ € 3.500.000*	*+ € 9.000.000*		

Intervento GOTER 02.10: Monitoraggio adeguamento schemi di accordi contrattuali con gli erogatori privati

In applicazione della disciplina legislativa e regolamentare nonché della L.R. 26/2006 art. 18, con DGR n. 1494/2009 e DGR 1500/2010, si è provveduto a determinare i parametri in materia di erogazione ed acquisto di prestazioni specialistiche ambulatoriali con spesa da porre a carico del SSR, superando di fatto il riferimento al fatturato dell'anno 1998, a cui erano ancorate le strutture provvisoriamente accreditate, introducendo nuovi criteri e modalità di calcolo dei tetti di spesa, che tengono conto della presenza di nuovi soggetti accreditati, della valorizzazione delle attività territoriali, delle prestazioni in regime di

nomenclatore dopo il 1998, delle reali capacità erogative delle strutture, nonché degli obiettivi di appropriatezza e governo della domanda. Tale ripartizione è comunque ancorata ai limiti di spesa per ciascuna branca specialistica così come stabilito dalla L.R. 2/2011.

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

- Case di cura - DGR n. 981/2016 integrata con DGR 910/2017 e DGR 1299/2017
- Funzioni non tariffate – DGR n. 982/2016
- Branca di radiodiagnostica e medicina nucleare – DGR 481/2017
- Branca di patologia clinica - DGR 482/2017 integrata con DGR xxx
- Branca di Fisiokinesiterapia - DGR 483/2017
- Branche a visita - DGR 484/2017
- Presidi di Riabilitazione ex art. 26 – DGR n. 831/2016
- Residenze Sanitarie Assistenziali – DGR n. 1796/2014
- Residenze Socio Sanitarie Assistenziali – DGR n. 2199 del 28/12/2016 integrata con DGR 252/2017

Negli schemi contrattuali, oltre a prevedere il volume e le tipologie di prestazioni, distinte per tipologie assistenziali da acquistare, da parte delle Asl committenti, sono stati individuati una serie di obblighi per gli erogatori, ivi compresi quelli connessi alle attività di controllo delle prestazioni erogate anche attraverso il sistema tessera sanitaria, che ad ogni buon fine, a stralcio di seguito si riportano:

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

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

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

103

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

E' prevista a livello regionale un'attività di monitoraggio annuale nei confronti delle singole aziende sanitarie locali, al fine di valutare la rispondenza degli accordi contrattuali alle prescrizioni normative regionali.

Occorre evidenziare che all'interno della spesa da privato rientrano gli Ospedali Enti Ecclesiastici ed IRCCS privati per i quali il finanziamento tiene conto di specifici accordi contrattuali. Gli stessi partecipano anche alla rete di emergenza-urgenza e svolgono specifiche funzioni non tariffate.

La spesa accreditata per specialistica ed ospedaliera va complessivamente analizzata, ai fini della corretta determinazione dei risparmi, considerato che negli ultimi anni la spesa ospedaliera si è gradualmente trasferita su quella specialistica, in attuazione del Piano di deospedalizzazione regionale (ad esempio attraverso l'implementazione dei day service).

La Regione Puglia ha applicato integralmente quanto previsto dall'art. 15 co. 14 del DL 95/2012 per le Case di Cura e Struttura specialistiche.

Il comma 574 dell'art. 1 della L.208/2015 ha previsto la possibilità di programmare l'acquisto da strutture accreditate e IRCCS di prestazioni di alta specialità sia per pazienti residenti in regione che per i pazienti residenti fuori dalla regione, nonché ricomprese negli accordi di confine, in deroga ai limiti del Dl 95/2012, purché sia garantito il rispetto dell'equilibrio economico complessivo del Servizio Sanitario Regionale.

Il rispetto dell'equilibrio economico complessivo del Servizio Sanitario Regionale sarà garantito attraverso misure compensative sia sulla stessa spesa ospedaliera che su qualsiasi altro settore della spesa sanitaria (Nota 4723 del 1/8/2016 della Direzione generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute).

CRONOPROGRAMMA		INDICATORE		ENTRO	Adempimenti	Rif. doc
GOTER 02.10.01	Sottoscrizione degli accordi contrattuali entro il primo semestre dell'anno	Report di monitoraggio per tipologia di assistenza con la collaborazione dell'AReSS		31/12/17 31/12/18	Report	In Atti
GOTER 02.10.02	Rispetto della spesa ai vincoli dettati dalla Regione	Report di monitoraggio per tipologia di assistenza con la collaborazione dell'AReSS		31/12/17 31/12/18	Report	In Atti
GOTER 02.10.03	Rispetto dei criteri individuati per il riconoscimento delle prestazioni non tariffate	Report di monitoraggio con la collaborazione dell'AReSS		31/12/18		
Impatto Economico Intervento		**2016**	**2017**	**2018**		
		Non sono previsti impatti economici, ma riqualificazione della spesa.				

Intervento GOTER 02.11: Razionalizzazione della spesa per l'assistenza protesica

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

	2013	2014	2015	2016
spesa assistenza protesica	103,495 mln	115,882 mln	120,564 mln	126,349 mln

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

Nell'ottica di una razionalizzazione della spesa per l'assistenza protesica, si ritiene prioritario:

- assegnare un tetto di spesa annuale per l'assistenza protesica su base regionale da suddividere in tetti di spesa aziendale in rapporto alla popolazione residente;
- istituire l'Elenco regionale dei prescrittori di dispositivi protesici al fine di verificare l'appropriatezza prescrittiva, nonché il controllo della spesa;
- definire linee guida regionali per la corretta prescrizione dei dispositivi/ausili protesici;
- portare a regime l'utilizzo dell'area applicativa Assistenza protesica in Edotto, utile strumento per monitorarne la spesa;
- effettuare gare specifiche di acquisto tramite il soggetto aggregatore Innovapuglia.

FINANZA E CONTROLLO - SEZIONE AMMINISTRAZIONE FINANZIARIA REGIONALE PUGLIA

105

A tal fine, la DGR 2480 del 30/12/2015 ha istituito un apposito tavolo di lavoro per definire i criteri di eleggibilità da possedersi da parte degli specialisti prescrittori per entrare nell'apposito elenco regionale.

CRONOPROGRAMMA		INDICATORE	ENTRO
GOTER 02.11.01	Determinazione del tetto di spesa regionale per l'assistenza protesica	Adozione provvedimento di determinazione del tetto di spesa	28/02/2018
GOTER 02.11.02	Istituzione dell'Elenco prescrittori	Adozione DGR di Istituzione dell'Elenco prescrittori con la collaborazione dell'AReSS	31/05/2018
GOTER 02.11.03	Approvazione Elenco prescrittori	Adozione DGR/DD di approvazione Elenco prescrittori	31/07/2018
GOTER 02.11.04	Implementare l'area Assistenza protesica in Edotto con i dati relativi a prescrizioni, fornitori e relativa spesa	Circolare di indirizzo alle ASL con la collaborazione dell'AReSS Report monitoraggio implementazione area Assistenza protesica in Edotto con la collaborazione di InnovaPuglia	28/02/2018 31/12/2018
GOTER 02.11.05	Controllo della spesa relativa all'Assistenza protesica	Analisi sui dati di spesa annuali e report di monitoraggio con la collaborazione dell'AReSS e di InnovaPuglia: – Anno 2018: - 10% rispetto alla spesa anno 2015	31/12/2018
Impatto Economico Intervento		**2016** / **2017**	**2018**
		0 / *- €6.000.000*	*- € 12.000.000*

Intervento GOTER 02.12: RETE EUCA (Emergenza, Urgenza e Continuità Assistenziale)

La necessaria razionalizzazione della rete degli ospedali e delle strutture complesse in essi operanti non deve in nessun modo penalizzare i livelli qualitativi dei servizi per il cittadino. L'analisi di tre reti strettamente collegate tra loro, in grado, al tempo stesso, di rappresentare un modello complessivo e di definire una serie di obiettivi da raggiungere, deve essere l'obiettivo di programmazione finale. Le tre reti sono quelle dell'Emergenza-Urgenza territoriale, dell'Emergenza-Urgenza ospedaliera e della continuità assistenziale territoriale. La prima rete agisce sia sul territorio sia negli ospedali e la necessità di risposte efficaci in tempi rapidi inerente a questa rete è vista come una restrizione rispetto alle altre due reti. La dislocazione di punti di soccorso è necessariamente molto capillare sul territorio ma nel contempo richiede anche un'organizzazione in grado di valutare il paziente e di destinarlo al centro più idoneo per il trattamento della patologia di cui soffre.

La Regione Puglia, attraverso il Gruppo di studio sull'Emergenza-Urgenza sanitaria ospedaliera e territoriale, istituito con DGR 2413/2013, composto dai Rappresentanti dei Direttori delle Unità Operative Complesse Pronto Soccorso e dai Direttori delle Centrali Operative 118, con il supporto dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari regionali (Agenas),

SEZIONE FINANZA AMMINISTRAZIONE REGIONALE CONTROLLO 106

ha ridefinito la rete della Emergenza-Urgenza della Regione Puglia, articolata in rete dell'emergenza – urgenza territoriale (postazioni territoriali e Centrali 118) e ospedaliera, in attuazione del Programma Operativo 2013-2015, con le Società Scientifiche (SIMEU, SIMG) ed in linea con l'art. 1 del D.L. 158/2012 "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più livello di tutela della salute", l'art. 15 della *spending review* e il Regolamento sulla "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e qualitativi relativi all'assistenza ospedaliera" applicando, tra gli altri, i seguenti criteri:

- n.1 HUB: ogni 600.000- 1.200.000 abitanti, con un numero di accessi annui > di 70.000 unità;
- n.1 SPOKE: ogni 150.000-300.000 abitanti, con un numero di accessi annui > di 45.000 unità;
- n. 1 Pronto Soccorso: ogni 40.000-150.000 abitanti, con un numero di accessi annui appropriati > di 20.000 unità;
- n. 1 Centrale Operativa 118: ogni 500.000 – 1.000.000 abitanti.

Con DGR n. 2251 del 28/10/2014 la Regione ha recepito il documento che descrive la nuova Rete dell'Emergenza-Urgenza, articolata in Rete dell'Emergenza-Urgenza ospedaliera e territoriale.

Il documento ha formulato una proposta di riorganizzazione e di ottimizzazione della rete Emergenza-Urgenza, attraverso la ricognizione ed analisi dell'attuale situazione, con particolare riferimento all'erogazione di prestazioni volte alla stabilizzazione del paziente critico, ottimizzazione dell'appropriatezza del ricovero in Ospedale per acuti, riduzione del ricorso a strutture specialistiche di II livello, efficace collegamento tra Strutture di elevata specialità, e ciò al fine di evitare sprechi ed inefficienze derivanti da un utilizzo inappropriato o non equilibrato delle risorse.

Il processo di riorganizzazione passa dalla ridefinizione del modello di *governance* complessiva della rete che sarà affidata ad un Dipartimento interaziendale regionale.

CRONOPROGRAMMA		INDICATORE	ENTRO	Adempimenti	Rif. Doc.
GOTER 02.12.01	Attuazione rete emergenza – urgenza come da documento condiviso con i Ministeri affiancanti	DGR di approvazione della rete emergenza – urgenza con relativo cronoprogramma esecutivo, con la collaborazione dell'AReSS	31/07/17	DGR 239 del 28.02.2017	39-A
GOTER 02.12.02	Sviluppo della rete di emergenza-urgenza verso un modello integrato con la continuità assistenziale	DGR di istituzione del modello integrato EUCA, con la collaborazione dell'AReSS DGR (con la collaborazione dell'AReSS) su protocolli operativi, linee guida e percorsi diagnostici § per la gestione del servizio di elisoccorso e programmazione su base regionale delle elisuperfici; terapeutici assistenziali: § per la gestione dei codici bianchi e dei verdi in sinergia	31/07/18	Avviata la predisposizione del modello	

107

CRONOPROGRAMMA		INDICATORE		ENTRO	Adempimenti	Rif. Doc.
		con la continuità assistenziale;				
GOTER 02.12.03	Adozione dei protocolli operativi di funzionamento della rete integrata EUCA	DGR (con la collaborazione dell'AReSS) su protocolli operativi, linee guida e percorsi diagnostici terapeutici assistenziali: ▪ tra le Centrali Operative 118, il Dipartimento Interaziendale e la rete ospedaliera e territoriale finalizzati alla gestione delle reti delle patologie complesse; ▪ per la gestione dei codici bianchi e dei verdi in sinergia con la continuità assistenziale; ▪ per la gestione del servizio di elisoccorso e programmazione su base regionale delle elisuperfici; ▪ tra i DEA II, I livello e i Pronto Soccorso relativamente alla gestione dell'emergenza-urgenza ▪ finalizzati a sviluppare l'integrazione tra la rete dell'emergenza e il sistema delle cure primarie		30/03/2018		
GOTER 02.12.04	Implementazione e messa a regime della rete EUCA	Report di ricognizione dell'avvenuta conversione dei PPI e implementazione rete emergenza-urgenza e dell'avvenuta integrazione EUCA per codici bassa complessità		31/12/2018		
		2016	**2017**	**2018**		
Impatto Economico Intervento		*I maggiori costi riguardano essenzialmente il personale, già previsti nel sotto programma "Piano assunzionale". Gli altri costi riguardano investimenti realizzati con fondi FESR.*				

Intervento GOTER 02.13: Accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie

Nella Regione Puglia la L.R. n. 9 del 2 maggio 2017, così come modificata dalla L.R. n. 65 del 22 dicembre 2017, ha introdotto la nuova disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, all'accreditamento istituzionale ed agli accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private, contestualmente abrogando la precedente L.R. n. 8 del 28 maggio 2004.

La nuova disciplina è stata dettata anche al fine di superare alcune criticità derivanti da una disorganica stratificazione di norme succedutesi nel tempo, dall'esigenza di adeguare il sistema sanzionatorio a criteri di proporzionalità rigorosità ed efficienza, nonché dall'esigenza di razionalizzare e rendere più efficiente il sistema delle verifiche e dei controlli dei requisiti ai fini del rilascio e mantenimento dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale.

Con riferimento all'accreditamento degli Enti Ecclesiastici e degli IRCCS privati, si precisa che il percorso di accreditamento di tali strutture e quello previsto per le strutture pubbliche non

SEZIONE AMMINISTRAZIONE FINANZA E CONTROLLO ATTIVITÀ SANITARIA REGIONALE

108

è equiparato. Ed infatti, proprio al fine di superare l'equiparazione di dette strutture, stabilita dall'art. 9 L.R. n. 19/2003, la nuova L.R. n. 9/2017 e s.m.i., come già evidenziato, ha previsto all'art. 29, comma 5, due distinte fasi per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie pubbliche (lettera A) e degli enti ecclesiastici ed IRCCS privati (lettera B). Prevedendo, in particolare, che:

a) le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliero-universitarie e gli IRCCS pubblici, entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, predispongono un piano di adeguamento ai requisiti di accreditamento di cui al regolamento regionale. I piani di adeguamento sono approvati dalla Giunta regionale che provvede, con propria deliberazione, ad adottare specifici programmi di attuazione dei piani di adeguamento;
b) gli enti ecclesiastici e gli IRCCS privati, nonché le strutture e i servizi socio-sanitari già in regime di accordo contrattuale con le AASSLL entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, predispongono un piano di adeguamento ai requisiti di accreditamento di cui al regolamento regionale, corredato di relativo cronoprogramma.

Con riferimento ad alcune tipologie di strutture (Strutture di riabilitazione psichiatrica – Dialisi), non rinvenienti da transitorio/provvisorio accreditamento, la Regione Puglia con L.R. n. 4/2010 ha previsto la possibilità di accesso alla fase di accreditamento istituzionale a condizione che le stesse strutture fossero in possesso dell'autorizzazione alla realizzazione/esercizio entro determinati termini (stabiliti dalla medesima L.R. 4/2010) e che autocertificassero entro prescritti termini (anch'essi stabiliti dalla citata L.R. 4/2010) il possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti per le specifiche tipologie di attività.

In relazione al completamento dell'accreditamento delle suddette strutture ex L.R. n. 4/2010 (di dialisi e di riabilitazione psichiatrica), è in fase conclusiva l'istruttoria di tutte le pratiche relative alle strutture di cui trattasi ed il cui completamento, con adozione dei relativi provvedimenti, è previsto entro la data del 30/04/2018.

Per quanto concerne le strutture per dipendenze patologiche, la L.R. n. 4/2010 ha previsto l'approvazione di uno specifico atto regolamentare. E' stato dunque approvato il Regolamento Regionale n. 10 dell'11 aprile 2017, ad oggetto "*Determinazione dei requisiti strutturali e organizzativi per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture e dei servizi per la prevenzione, la cura, la riabilitazione e l'assistenza a persone con problemi di uso, abuso o dipendenza da sostanze o comunque affette da una dipendenza patologica. Fabbisogno*".
Tuttavia l'art. 24 del citato Regolamento stabilisce che "*Il presente regolamento entra in vigore 30 giorni dopo la pubblicazione sul BURP del provvedimento regionale di determinazione delle tariffe pro-die pro-capite di ciascuna tipologia di Servizio accreditato*". Il provvedimento Regionale di determinazione delle tariffe è stato approvato con Deliberazione di Giunta Regionale n. 28 del 12 gennaio 2018, pertanto successivamente all'entrata in vigore del succitato Regolamento, le strutture interessate potranno attivare i procedimenti amministrativi di autorizzazione e accreditamento.
Inoltre si ribadisce che attualmente le strutture di riabilitazione e strutture residenziali-assistenziali per i tossicodipendenti già in esercizio, iscritte nell'albo degli enti ausiliari di cui all'articolo 10 della L.R. del 9 settembre 1996, n. 22 (Criteri relativi alla regolamentazione del

109

rapporti con gli enti ausiliari che operano nel settore delle tossicodipendenze), operano in nome e per conto del SSN. Dette strutture, come previsto dal sopra citato nuovo Regolamento a decorrere dal primo giorno successivo alla data di entrata in vigore del medesimo Regolamento, potranno presentare richiesta di conferma dell'autorizzazione all'esercizio per la stessa tipologia di struttura, ovvero richiesta di trasformazione, con istanza di autorizzazione alla realizzazione, in una delle diverse tipologie disciplinate dal Regolamento e successivamente presentare istanza di accreditamento.

Con riferimento all'adeguamento della normativa in materia di accreditamento ai requisiti di cui alle Intese Stato - Regioni del 20/12/2012 (CSR/259) e del 19/02/2015 (CSR/32), si evidenzia la necessità di posticipare la scadenza al 31/12/2018 poiché sono tuttora in corso i lavori del Tavolo tecnico per la revisione e l'adeguamento ai requisiti di cui alla predetta Intesa. Si evidenzia che detto Tavolo Tecnico, istituito con DGR n. 2087 del 30/11/2015, è stato incaricato anche di aggiornare e revisionare il Regolamento Regionale n. 3/2005 in materia di requisiti di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e socio sanitarie, al fine di dotare la Regione Puglia di un nuovo ed aggiornato Manuale (Regolamento Regionale) in materia di requisiti di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e socio sanitarie.
In relazione all'attivazione ed operatività dell'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA) – allegato B dell'Intesa Stato-Regioni del 19 febbraio 2015 (Rep n. 32/CSR), si conferma che è stato predisposto lo Schema di Regolamento Regionale avente ad oggetto *"Disciplina dell'organizzazione interna e delle attività dell'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA)"*, (acquisito dal Ministero-Sistema Documentale Piani di Rientro con Prot. n. 191-A dell'08/11/2017). Si conferma che in sede di approvazione del suddetto schema di Regolamento da parte della Giunta Regionale, si terrà conto dei seguenti punti:

- in merito all'organizzazione, è necessaria indicazione puntuale dei diversi responsabili del procedimento e del personale attribuito all'OTA, nonché delle forme di gestione delle risorse umane coinvolte;
- in merito alla partecipazione dei cittadini, è necessario specificare la tipologia delle attività previste a garanzia della partecipazione stessa;
- in merito alle relazioni con i portatori di interessi, è necessario indicare la figura del responsabile delle attività previste.

Inoltre, verrà confermata la disciplina dei seguenti adempimenti: *"Definire le procedure con le quali sceglie, forma, addestra, aggiorna e gestisce i valutatori per l'accreditamento"* e *"Assicurare che siano adottate le procedure di verifica esplicitamente definite e che siano applicati i requisiti definiti a livello regionale"*.

Lo schema di Regolamento verrà proposto alla Giunta Regionale entro il 30/05/2018.

Si evidenzia, peraltro, che la L.R. n. 9/2017, così come modificata dalla L.R. n. 65/2017, all'art. 23, comma 1, ha trasferito l'Organismo tecnicamente accreditante, dalla competente Sezione dell'Assessorato regionale, all'Agenzia regionale strategica per la salute e per il sociale della Regione Puglia.

CRONOPROGRAMMA		INDICATORE	ENTRO
GOTER 02.13.01	Accreditamento presidi ospedalieri degli Enti Ecclesiastici ed IRCCS Privati	1) provvedimenti regionali di accreditamento dei presidi degli Enti Ecclesiastici ed IRCSS Privati realizzati a far data dall'anno 2000;	1) 31/12/2018
		2) provvedimenti regionali di accreditamento di tutti i presidi degli Enti Ecclesiastici ed IRCSS Privati.	2) 31/12/2019
GOTER 02.13.02	Completamento dell'accreditamento istituzionale delle strutture di dialisi ex L.R. n. 4/2010	Provvedimenti regionali di accreditamento di tutte le strutture di dialisi ex L.R. n. 4/2010	30/04/2018
GOTER 02.13.03	Completamento dell'accreditamento delle strutture di riabilitazione psichiatrica ex L.R. n. 4/2010	Provvedimenti regionali di accreditamento di tutte le strutture di riabilitazione psichiatrica ex L.R. n. 4/2010	30/04/2018
GOTER 02.13.04	Accreditamento strutture per dipendenze patologiche	Provvedimenti regionali di accreditamento delle strutture per dipendenze patologiche.	31/12/2018
GOTER 02.13.05	Adeguamento normativa accreditamento ai requisiti di cui alle Intese Stato - Regioni del 20/12/2012 (CSR/259) e del 19/02/2015 (CSR/32)	Schema di Regolamento Regionale n. 3/2005 e s.m.i (requisiti di autorizzazione all'esercizio e accreditamento delle strutture sanitarie e socio sanitarie)	31/12/2018
GOTER 02.13.06	Attivazione dell'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA) – allegato B dell'Intesa Stato-Regioni del 19 febbraio 2015 (Rep n. 32/CSR).	Proposta alla Giunta Regionale dello Schema di Regolamento Regionale di organizzazione interna e di definizione delle modalità operative dell'attività di verifica dell'Organismo tecnicamente accreditante	30/05/2018
Impatto Economico Intervento		**2017**	**2018**
		Non sono previsti impatti economici.	

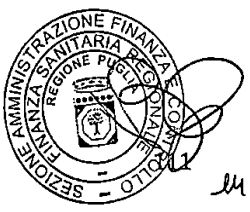
Intervento GOTER 02.14 Rete dell'Assistenza riabilitativa residenziale, semiresidenziale e territoriale per le Dipendenze Patologiche

La Regione Puglia ha adottato, con DGR n. 356 del 21/3/2017, il Regolamento "Determinazione dei requisiti strutturali e organizzativi per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture e dei servizi per la prevenzione, la cura, la riabilitazione e l'assistenza a persone con problemi di uso, abuso o dipendenza da sostanze o comunque affette da una dipendenza patologica. Fabbisogno."

Si è così provveduto a delineare una articolata e differenziata rete di servizi e strutture, gestite da enti e associazioni private, in grado di concorrere, in sinergia con i servizi pubblici, a fornire efficaci risposte in tema di prevenzione, cura e riabilitazione di ogni forma di dipendenza patologica, da sostanze e non.

In particolare, la rete di assistenza, prevista da questo regolamento, si articola nelle diverse seguenti Aree:

- Area pedagogica-riabilitativa residenziale e semiresidenziale
- Area terapeutica-riabilitativa residenziale e semiresidenziale
- Area specialistica residenziale e semiresidenziale



- Area Multidisciplinare Integrata

Il Regolamento determina, in via sperimentale per il triennio 2016/2018, per ciascuna tipologia di servizio accreditabile, il seguente fabbisogno:

TIPOLOGIA DI STRUTTURA	FABBISOGNO
Struttura pedagogico riabilitativa residenziale o semiresidenziale	0,4 p.l/10.000 ab.
Struttura terapeutico riabilitativa residenziale o semiresidenziale	1,0 p.l./10.000 .ab
Struttura specialistica residenziale o semiresidenziale per la comorbilità psichiatrica	2 p.l./100.000 ab. o frazione di 100.000
Struttura residenziale di osservazione, disintossicazione-disassuefazione, diagnosi ed orientamento (Centri Crisi)	1 p.l. ogni 100.000 ab. o frazione di 100.000
Struttura specialistica residenziale per donne dipendenti da sostanze d'abuso con figli minori o in gestazione	16 p.l.
Struttura specialistica residenziale per particolari tipologie di persone dipendenti (anche senza sostanze - alcool, gambling, cocaina, web)	60 p.l.
Struttura intermedia residenziale o semiresidenziale a bassa soglia d'accesso	48 p.l.

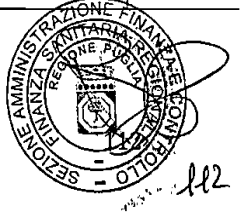
Da rilevare che, tra le tipologie di struttura accreditabili per l'assistenza alle persone con dipendenza patologica, è prevista specificamente l'ipotesi di autorizzare e accreditare nella Regione Puglia 60 p.l. da destinare all'accoglienza di persone con particolari tipologie di dipendenza e, tra questi, anche pazienti affetti da dipendenza da gioco d'azzardo.

Aspetto qualificante, conseguente all'entrata in vigore del regolamento, sarà costituito dalla sensibile riduzione della mobilità passiva che, sino ad oggi, si è registrata in conseguenza dell'elevato numero di prestazioni che le ASL sono state costrette ad acquistare da strutture di altre regioni.

In questo percorso, snodo significativo è certamente rappresentato dalla definizione delle tariffe da applicare per ciascuna tipologia di servizio accreditabile. Infatti il percorso di rilascio dell' autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale, da attivare su istanza dei soggetti gestori, tramite verifica dei requisiti, è previsto che venga avviato dopo la pubblicazione sul Bollettino Regionale di dette tariffe.

CRONOPROGRAMMA		INDICATORE	ENTRO	Adempimenti	Rif. doc
GOTER 02.14.01	Definizione delle tariffe da applicare per ciascuna tipologia di servizio accreditabile	Pubblicazione sul BURP della DGR di definizione delle tariffe	31/01/18	Adottata DGR	DGR n. 28 del 12/01/18
GOTER 02.14.02	Accreditamento strutture per dipendenze patologiche e messa a regime della rete	Vd GOTER 02.13.04	31/12/18		

Impatto Economico Intervento	2017	2018	
	-	-	€2.100.000,00



CAPITOLO V

[GOOSP] IMPLEMENTARE UNA NUOVA RETE OSPEDALIERA IN ADERENZA A STANDARD DI CURA, SICUREZZA, EFFICIENZA E UMANIZZAZIONE

PROGRAMMA GOOSP 01: PIANO DI RIORDINO OSPEDALIERO

Intervento GOOSP 01.01: Implementazione Rete Ospedaliera

Con il Decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 è stato definito il "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", acquisita l'intesa in sede di Conferenza Stato – Regioni (Rep. Atti n. 198/CSR del 13 gennaio 2015). Come da indicazioni contenute all'articolo 1, comma 2 del DM 70/2015, le Regioni devono adottare un provvedimento di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati pervenendo ad un tasso non superiore al 3,7 posti letto per mille ab., comprensivi dello 0,7 posti letto per mille ab. per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie.

La Regione Puglia con le deliberazioni di Giunta regionale n. 161/2016 e n. 265/2016 ha adottato il regolamento di riordino ospedaliero, in ottemperanza al D.M. n. 70/2015 e della Legge di stabilità 2016.

Il predetto Piano di riordino ospedaliero è stato sottoposto alla valutazione dei competenti Ministeri affiancanti (Ministero della Salute e Ministero dell'Economia e della Finanza) nonché della commissione consiliare regionale permanente.

Come da verbale del 26 luglio u.s.: "Il Tavolo del Regolamento sugli standard ospedalieri (D.M. n. 70/2015), nella riunione del 22 giugno 2016, si è espresso nei seguenti termini (stralcio del relativo verbale):

*"**ESITO: Favorevole.** I provvedimenti emanati sono ritenuti coerenti con gli standard del DM 70/2015 ma andranno integrati, dalla Regione Puglia, secondo le indicazioni sopra riportate. Si chiede alla regione di completare la chiusura dei PPI entro il termine di 18 mesi. Il provvedimento con le integrazioni richieste potrà essere inoltrato, per il completamento dell'iter, al Tavolo adempimenti e al Comitato LEA."*

Successivamente, la Regione Puglia ha adottato, a modifica ed integrazione delle citate DGR 161/2016 e 256/2016 e revoca della DGR n.365/2014, la DGR 1933/2016 recante "D.M. 70/2015 e legge di stabilità 2016 – Riordino ospedaliero e rete emergenza-urgenza", prendendo atto delle risultanze della III Commissione del Consiglio Regionale della Puglia e delle osservazioni pervenute dal Tavolo di monitoraggio dell'attuazione del D.M. 70/2015

SEZIONE AMMINISTRAZIONE FINANZA E CONTROLLO - GIUNTA REGIONALE REGIONE PUGLIA - 173

113

Per la gestione dei Presidi Post- Acuzie, qualora le Aziende sanitarie non possano gestire direttamente le strutture a causa di carenza di figure professionali specifiche ovvero per difficoltà a reclutare le figure professionali a causa dei vincoli presenti in tema di assunzioni di personale, si potranno adottare soluzioni gestionali efficienti sul piano tecnico ed economico, anche con la definizione di un rapporto pubblico-privato innovativo e coerente con l'art. 9-bis del D.Lgs. n. 502/1992 come modificato dall'art. 10 del D.Lgs n. 229/1999, nonché con la normativa vigente in materia di gestione di servizi pubblici.

La DGR 1933/2016 è stata sottoposta alla valutazione dei competenti Ministeri affiancanti (Ministero della Salute e Ministero dell'Economia e della Finanza) come si legge nel verbale del 21 dicembre u.s.:

"ESITO: *Tavolo e Comitato valutano positivamente la delibera (DGR n. 1933/2016) di riorganizzazione della rete ospedaliera e della rete di emergenza-urgenza, con alcune indicazioni riportate nel verbale."*

A seguito del parere ministeriale e della Commissione consiliare permanente si procederà all'approvazione definitiva del citato regolamento di riordino della Rette ospedaliera.

La Regione Puglia, con nota acquisita al Sistema Documentale Piani di Rientro n. 25 del 15.02.2017, ha formulato una richiesta di affiancamento per l'approvazione definitiva della rete ospedaliera pugliese, per la risoluzione di alcune criticità. La richiesta regionale è stata accolta e la riunione si è tenuta in data 23.02.2017 presso il Ministero della Salute alla presenza di Agenas: la Regione ha rappresentato l'esigenza di definire una rimodulazione della rete, contenuta in bozza nella documentazione trasmessa in data 21.02, che tenga conto:

a. della indicazione ministeriale di allineare i posti letto previsti nella proposta di riordino con quanto riportato nella proposta di Protocollo d'Intesa tra la Regione Puglia e le Aziende Ospedaliere Universitarie Policlinico di Bari e "OO.RR." di Foggia, acquisita al prot. 71/A del 5/12/2016 del Sistema Documentale Piani di Rientro;
b. della necessità di rimandare alle preintese la riorganizzazione dell'offerta sanitaria delle strutture private accreditate, confermando al momento i posti letto del Regolamento regionale n. 14/2015;
c. della necessità di completare gli interventi di edilizia ospedaliera, con particolare riferimento al nuovo ospedale di Taranto e all'ospedale Vito Fazzi di Lecce, prima di avviare le procedure di disattivazione e trasferimento di reparti ospedalieri al fine di non compromettere la qualità dell'offerta assistenziale;
d. della correzione di alcuni errori materiali riferiti alla distribuzione dei posti letto.
e. delle risultanze della III Commissione consiliare nonché degli emendamenti discussi e ritenuti "accoglibili" negli incontri del 19 e 20 e del settembre 2016, del 7 dicembre 2016 e del 18 gennaio 2017;

Il Ministero con Agenas ha sottolineato l'esigenza di rinviare le proprie valutazioni di dettaglio all'analisi della documentazione da parte del Tavolo DM 70, ribadendo le indicazioni contenute nei verbali con particolare riferimento alla rete di emergenza-urgenza e alle discipline risultate in eccesso rispetto ai bacini di utenza.

Nel recepire le indicazioni formulate e tenendo conto altresì del Parere AOGOI Foggia e AGENAS Puglia rif. Prot. 47/2016 avente ad oggetto *"DM n.70/2015 e legge di stabilità 2016*

Riordino ospedaliero e rete emergenza urgenza. Modifica e integrazione della deliberazione di Giunta Regionale n. 161/2016 n. 265/2016", la Regione ha adottato la Deliberazione di Giunta Regionale n. 239 del 28.02.2017 di approvazione definitiva della rete ospedaliera impegnandosi a produrre al termine della definizione delle preintese con il privato accreditato il testo coordinato dei regolamenti in materia di rete ospedaliera.

Nell'ambito del riordino della rete ospedaliera, è stato altresì predisposto il testo della nuova rete trasfusionale, acquisito dal Sistema Documentale Piani di Rientro al prot. n. 67-A del 14/04/2017 (deliberazione di Giunta regionale n.900 del 07/06/2017).

In data 4 luglio 2017 la Giunta regionale ha adottato la Deliberazione n. 1095 recante "Modifica ed integrazione del Regolamento Regionale n. 7/2017. Riordino Ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017. Approvazione pre – intese con le Case di Cura private accreditate", conformemente alle previsioni contenute nella deliberazione di Giunta regionale n. 239 del 28/02/2017 che, al punto 4, stabiliva che la ridefinizione della distribuzione per disciplina dei posti letto delle strutture private accreditate, secondo le indicazioni del D.M. n. 70/2015, dovesse avvenire a seguito di sottoscrizione delle pre – intese con i Legali rappresentanti delle citate Case di cura.

Il citato provvedimento, acquisito dal Sistema Documentale Piani di Rientro al prot. 124-A del 7/7/2017, reca pertanto la riorganizzazione dei posti letto del privato accreditato in termini di rimodulazione delle discipline. Per quanto attiene, invece, la rete ospedaliera degli Ospedali pubblici si è proceduto ad una ulteriore verifica di quanto già definito con il Regolamento regionale n. 7/2017 all'adeguamento della distribuzione dei posti letto delle Aziende Ospedaliero Universitarie Policlinico di Bari e "OO.RR." di Foggia alla proposta di protocollo d'intesa inviata ai Ministeri affiancanti (Ministero della Salute e Ministero dell'Economia e delle Finanze).

La deliberazione rinvia ad un ultimo atto di riordino, riguardante gli Enti Ecclesiastici: sono stati caricati nel Sistema Documentale Piano di Rientro al prot. 179 - A del 06/11/2017 le preintese relative.

Nel verbale della riunione congiunta del Tavolo Tecnico per la Verifica degli Adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, tenutasi il 23 novembre 2017, emerge quanto segue:

a) preso atto dell'intero percorso amministrativo (delibere e regolamenti) in materia di rete ospedaliera e quindi a seguito anche della rimodulazione dei posti letto delle strutture private accreditate, è stata espressa la necessità di un riepilogo aggiornato dell'offerta complessiva di posti letto. Pertanto, si rende necessario un provvedimento di sintesi che contempli l'intera rete ospedaliera pugliese, contenente la distribuzione dei posti letto delle strutture pubbliche e private accreditate, riveniente dalle deliberazioni di Giunta regionale n. 161/2016 e ss.mm.ii., dal Regolamento regionale n.7/22017 nonché dalla deliberazione di Giunta regionale n. 1095 del 4/7/2017;

b) rispetto all'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera e di specialistica ambulatoriale dagli Enti ecclesiastici "Panico" di Tricase, "Miulli" di Acquaviva delle Fonti e dall'IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" di San Giovanni Rotondo, secondo i vincoli previsti dall'articolo 15, comma 14, del decreto legge n. 95/2012: "*Tale deroga, si ricorda, può essere assentita solo in ragione di un incremento della produzione di alta specialità, o di prestazioni di IRCCS in mobilità attiva, ulteriore rispetto ai valori già registrati nell'anno 2015*".

In ottemperanza a quanto stabilito al punto 2) della deliberazione di Giunta regionale n. 1095 del 4/07/2017, il Dipartimento "Promozione della Salute, del Benessere sociale e dello Sport per Tutti" ha provveduto alla sottoscrizione delle pre- intese con i Legali rappresentanti degli Enti Ecclesiastici "Panico" di Tricase e "Miulli" di Acquaviva delle Fonti nonché dell'IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza", come da verbali agli atti del Servizio "Strategie e Governo dell'Assistenza Ospedaliera".

In base alle richieste dei Ministeri affiancanti, in ottemperanza ai vincoli previsti dall'articolo 15, comma 14, del decreto legge n. 95/2012, sono stati sottoscritti gli Accordi con i Legali rappresentanti degli Enti Ecclesiastici "Panico" di Tricase e "Miulli" di Acquaviva delle Fonti nonché dell'IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" di San Giovanni Rotondo per quanto attiene la produzione anno 2018, che:

a) impegnano la Regione Puglia, a seguito dell'attuazione del riordino ospedaliero, all'implementazione delle reti cliniche in modo da garantire risposte assistenziali tempestive, appropriate, adeguate alla complessità clinica, assecondando la programmazione regionale che intende indirizzare l'alta complessità presso gli ospedali che hanno performance compatibili con tale funzione, tra cui evidentemente anche gli Enti ecclesiastici.

b) impegnano i citati Enti a coprire la quota eccedente rispetto al vincolo normativo 2011, aumentando nel 2018 la produzione delle prestazioni riconducibili all'alta complessità.

Con DGR n. 53 del 23 gennaio 2018 è stato quindi disposto di approvare il Regolamento regionale: "Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle Leggi di stabilità 2016-2017. Modifica e integrazione del R.R. n. 7/2017", preso atto del parere favorevole espresso dalla III Commissione consiliare permanente sulla deliberazione di Giunta regionale n. 1095 del 4/07/2017, pre - intese sottoscritte con i Legali rappresentanti degli Enti Ecclesiastici "Panico" di Tricase, "Miulli" di Acquaviva delle Fonti e dell'IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" di San Giovanni Rotondo.

A valle dei processi di rimodulazione dei posti letto, la Regione provvederà a definire un documento unico di ricognizione degli atti adottati in materia di riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera.

CRONOPROGRAMMA		INDICATORE		ENTRO
GOOSP 01.01.01	Programmazione e tempificazione della nuova rete ospedaliera con la collaborazione dell'AReSS	DGR di adozione della proposta di regolamento con cronoprogramma e milestone/audit ministeriali		31/12/2016*
GOOSP 01.01.03		DGR di adozione definitiva del regolamento con cronoprogramma e milestone/audit ministeriali		30/04/2018**
GOOSP 01.01.03	Implementazione della nuova rete ospedaliera con la collaborazione dell'AReSS	Report di audit/monitoraggio ministeriali semestrali con la collaborazione dell'AReSS		31/07/2018 31/01/2019
Impatto Economico Intervento		**2016**	**2017**	**2018**
		-	-	*- € 7.630.000*
Dettaglio Economico Intervento 2018		Beni sanitari (- € 2.290.000), beni non sanitari (- € 1.130.000), riscaldamento (- € 450.000), utenze telefoniche (- € 320.000), utenze elettriche (- € 410.000), altre utenze (- € 210.000), manutenzioni (- € 2.820.000)		

** DGR n. 1933 del 28/11/2016 inviata il 5/12/2016 al Ministero della Salute – Sistema Documentale Piani di Rientro e dallo stesso acquisito con prot. n. 73-A.;*

***DGR n. 239 del 28/02/2017 acquisita dal Ministero - Sistema Documentale Piani di Rientro al prot. n. 39-A del 01/03/2017, nonché acquisita dal Ministero - Sistema Documentale LEA - DM 70 al prot. n. 11-A del 01/03/2017; DGR n. 1095/2017 acquisita dal Ministero - Sistema Documentale Piani di Rientro al prot. n. 124-A del 07/07/2017; DGR n. 52/2018*

Intervento GOOSP 01.02: Implementazione Reti di Patologia

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

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

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

appropriati, alla garanzia della continuità delle cure e dello sviluppo dell'accessibilità da parte dei cittadini".

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

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

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

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

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

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

Il Decreto 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", all'interno del disegno globale della rete ospedaliera, prevede l'articolazione delle reti per patologia e tempo-dipendenti che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale:

- rete infarto
- rete ictus
- rete traumatologica
- rete neonatologica e punti nascita
- rete medicine specialistiche
- rete oncologica
- rete pediatrica
- rete trapiantologica

- rete terapia del dolore
- rete malattie rare

In riferimento alle Reti medicine specialistiche, la Regione con DGR n. 691 del 02/04/2015 ha istituito la Rete regionale dei Centri di Assistenza Reumatologica e con DGR n. 44 del 27/01/2015 la Rete regionale dei Centri per la diagnosi dell'ipertensione arteriosa e del rischio cerebrocardiovascolare sull'Ipertensione.

Tenuto conto che ad oggi risultano consolidate la rete delle Malattie Rare e la Rete trapiantologica e parzialmente avviata la rete Terapia del Dolore, di seguito si propone il cronoprogramma degli ulteriori obiettivi e delle azioni da realizzare.

Per quanto riguarda le reti di patologia si ritiene definire in via prioritaria azioni specifiche relative a:

- rete neonatologica e punti nascita
- rete oncologica

Per quanto attiene la rete neonatologica e punti nascita, le azioni specifiche sono individuate in coerenza con l'Accordo Stato Regioni Rep. Atti n. 137/CU del 16/12/2010 –" Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo". Tra queste, il Comitato Regionale Percorso Nascita (CPNR) avvierà un processo di riorganizzazione della rete consultoriale, in ottemperanza alle indicazioni provenienti dal Tavolo Istituzionale per la revisione delle Reti Cliniche, istituito presso AGENAS in ottemperanza alle previsioni del DM 70/2015.

Il CPNR Puglia ha approvato il modello di Agenda di Gravidanza regionale, che costituisce un fondamentale terreno d'incontro e confronto tra le varie figure professionali che, con compiti diversi, vengono coinvolti in una gestione sinergica ed integrata delle varie fasi della gravidanza.

L'Agenda è scandita in tre sezioni:

- il "Diario della gravidanza" pensato come un'autentica guida che, trimestre dopo trimestre, illustra nel dettaglio l'assistenza proposta;

- la "Scheda della gravidanza" in cui ogni operatore sanitario coinvolto nel percorso nascita inserirà i dati clinici, le indicazioni terapeutiche ed i percorsi scelti dalla futura mamma;

- le "Schede informative" dedicate ciascuna ad un tema specifico (stili di vita, sostegno durante il travaglio, allattamento al seno, tutele normative, ecc...) per individuare facilmente le risposte ai dubbi ed alle perplessità più comuni in gravidanza e nei primi giorni dopo la nascita.

L'Agenda di Gravidanza sarà distribuita a tutte le donne in gravidanza che si rivolgono ai Consultori Familiari della Asl di riferimento, ma sarà disponibile anche negli studi medici

privati, nelle farmacie, nei laboratori di analisi, negli ambulatori dei medici di famiglia. Inoltre sarà possibile effettuarne autonomamente il download attraverso un apposito link disponibile sul portale istituzionale www.sanita.puglia.it e in futuro verrà realizzata una app interattiva comodamente scaricabile sul proprio smartphone e sul computer di casa che consentirà, ad esempio, un accesso facilitato e preferenziale alla prenotazione delle prestazioni previste e consigliate nel corso della gravidanza.

La Regione ha trasmesso la nota prot. AOO-005-000-394 del 31/10/2017, acquisita al Sistema Documentale Piani di Rientro con prot. 171 - A del 02/11/2017, con la quale comunica che a far data dal primo novembre 2017 nella Regione Puglia sono attivi il trasporto STAM.

In relazione alla rete oncologica, a partire da un'analisi di contesto epidemiologica finalizzata a qualificare il bisogno assistenziale espresso dai pazienti oncologici e a indagare le modalità di articolazione delle dinamiche di consumo di prestazioni sanitarie alla luce dell'attuale sistema di offerta, è stato definito il modello organizzativo e dei principi di funzionamento generali, con la DGR 221 del 23/02/2017.

Il modello sarà quindi implementato attraverso la riorganizzazione dei percorsi, che prevede sia l'attivazione di nuovi servizi territoriali, destinati a garantire la presa in carico effettiva del paziente affetto da malattia tumorale, sia la ridefinizione dei ruoli e responsabilità dei diversi attori della Rete, nonché l'adozione di linee guida e PDTA omogenei a livello regionale che garantiscano equità nell'accesso alle cure, i migliori esiti correlati ai volumi di attività e il contrasto alla mobilità passiva extraregionale.

AReSS Puglia sta dando impulso alla costituzione degli organi di governo, di concerto con le Aziende sanitarie pugliesi: sono stati caricati in piattaforma e acquisiti al Sistema Documentale Piani di Rientro con prot. 182-A del 06/11/2017, le indicazioni operative inviate alle Direzioni Generali per l'avvio della ROP formulate a seguito degli incontri con i gruppi di lavoro designati per ciascuna macroarea.

In relazione alle reti di patologia avviate, appare opportuno un adeguamento alle indicazioni provenienti dal citato Tavolo Istituzionale (TI) per la revisione delle Reti Cliniche. Le ulteriori reti di patologia su cui si concentrerà l'intervento regionale riguardano i seguenti ambiti: medicine specialistiche, pediatria, trapianti, terapia dolore.

E' stata adottata la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1230 del 28 luglio 2017, relativa alla definizione dei percorsi assistenziali per la Malattia di Parkinson nella Regione Puglia (Sistema Documentale Piano di Rientro prot. 178 - A del 06/11/2017).

GOOSP - CRONOPROGRAMMA		indicatore	entro	Adempimenti	Rif Doc
GOOSP 01.02.01	PERCORSO NASCITA Attuazione Accordo Stato Regioni Rep. Atti n. 137/CU del 16/12/2010	1. Delibera di implementazione parto analgesia farmacologica e non nei Punti nascita > 1000 parti	30/03/17	DGR n. 796 del 29/05/2017	66 - A; 106-A del 05/07/2017
		2. DGR di definizione del modello unico Regionale dell'Agenda della gravidanza	28/02/17	Predisposizione del Modello unico regionale dell'Agenda della gravidanza; DGR n. 678 del 09/05/2017	40 - A del 01/03/2017 ; 83-A del 15/06/2017
		3. Attivazione STAM e STEN	30/06/17	Programmazione avvio delle attività e dalla formazione degli operatori coinvolti	94-A del 3/7/2017; 171 - A del 02/11/2017
		4. Atto regionale che disciplini la formazione sulle tematiche del percorso nascita	30/06/17		
		5. Revisione del Regolamento regionale sui requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici delle UU.OO. di Ostetricia e ginecologia e neonatologia.	30/04/18		
		6. Linee guida regionali per la realizzazione di Protocolli diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) condivisi tra PN e consultori/strutture ambulatoriali	30/06/18		
		7. Riorganizzazione rete consultoriale	30/09/18		
		8. Monitoraggio trimestrale punti nascita <500 parti e del trasporto STAM e STEN per il tramite del Comitato Punti Nascita regionale	30/03/18-30/06/18-30/09/18-31/12/18		
GOOSP 01.02.02	Implementazione Rete Oncologica in collaborazione con AReSS	1. Delibera di adozione del modello organizzativo	31/01/17	DGR 221 del 23.02.2017 Rete Oncologica Pugliese	29 - A del 24/02/2017
		2. Definizione dell'articolazione della rete e insediamento delle funzioni di governance	30/05/17	Delibere AReS:Attivazione delle articolazioni di governance della Rete Oncologica; Avvio lavori progettazione Rete Breast Unit	75-A del 23/5/2017; 89-A del 3/7/2017; 90-A del 3/7/2017; 182-A del 06/11/2017
		3. Definizione del sistema di monitoraggio	30/06/18		
		4. Definizione dei percorsi per le principali patologie oncologiche	31/12/18		
		5. Monitoraggio semestrale del funzionamento	30/06/18		
			31/12/18		

GOOSP 01.02.03	Adeguamento delle reti di patologia attivate (in particolare malattie rare), anche in conformità alle indicazioni del TI	DGR di revisione della rete delle malattie rare	30/04/17	DGR 226 del 23.02.2017; DGR 253 del 28.02.2017; DGR 794 del 29.05.2017 - Integrazione DGR 253/2016	28 – A del 24.02.2017 43 - A del 1.03.2017; 117 - A
GOOSP 01.02.04	Programmazione, regolamentazione e tempificazione delle reti per patologia (medicine specialistiche, pediatrica, trapiantologica, terapia dolore) con la collaborazione dell'AReSS	DGR di regolamentazione delle reti	31/07/18	DGR 900 del 7/6/2017 Rete Trasfusionale	86-A del 29/06/2017
GOOSP 01.02.04	Implementazione delle reti di patologia con la collaborazione dell'AReSS	Report di audit/monitoraggio ministeriali semestrale	31/07/18 31/12/18		

Intervento GOOSP 01.03: Implementazione Reti Tempo-Dipendenti

Il DM 70/2015 prevede le reti per le patologie complesse tempo-dipendenti, facendo riferimento alla rete per le emergenze cardiologiche, alla rete per il trauma con l'individuazione degli standard dei Centri per il trattamento di pazienti con politrauma ed alla rete per l'ictus.

E' stata avviata la progettazione delle tre reti tempo-dipendenti, attraverso la definizione di un unico modello di lavoro che prevede la identificazione di un gruppo di lavoro ristretto di "esperti", che opera supportato dall'Agenzia in particolare per gli aspetti dell'analisi dei dati di bisogno di salute/consumo di prestazioni sanitarie, nonché sulla valutazione della rete di offerta in termini di percorsi, volumi ed esiti.

Sono state trasmesse al Sistema Documentale Piani di Rientro prot. 183 - A del 06/11/2017 per una condivisione preventiva le bozze relative alla Rete Stroke e alla Rete IMA-SCA, nonché la bozza della Rete Traumatologica (Sistema Documentale Piani di Rientro prot. prot. 197 - A del 20/11/2017). La Regione peraltro si impegna a valutare la coerenza dell'impostazione con le linee guida sulle Reti Tempo dipendenti emanate recentemente da Agenas.

CRONOPROGRAMMA		INDICATORE	ENTRO	Adempimenti	Rif. Doc.
GOOSP 01.03.01	Programmazione, regolamentazione e tempificazione delle reti tempo-dipendenti (infarto, ictus, trauma) con la collaborazione dell'AReSS	Delibera di istituzione tavoli tecnici per reti: ictus, traumatologica, cardiologica per l'emergenza.	30/06/17	Definite e trasmesse le bozze delle 3 reti	91-A del 3/7/2017; 92-A del 3/7/2017 ; 87-A del 29/6/2017; 183 - A del 06/11/2017; 197-A del 20/11/2017
GOOSP 01.03.02	Implementazione delle reti tempo-dipendenti con la collaborazione dell'AReSS	Report di audit/monitoraggio ministeriali semestrale	31/07/18 31/12/18		
Impatto Economico Intervento		**2016**	**2017**	**2018**	
		Non sono previsti impatti economici.			

Intervento GOOSP 01.04: Investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie

Nell'ambito del programma di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie ex art. 20 della ln. 67/1988 la Regione Puglia ha trasmesso con nota AOO_081/596 del 11/04/2016 il Documento programmatico relativo al secondo accordo di programma integrativo.

In considerazione delle risorse già utilizzate nella sottoscrizione degli accordi di programma del 27 maggio 2004 e del 27/07/2007, risulta a disposizione della Regione la somma di euro 564.220.914,50.

La nuova proposta di Accordo inviata ad aprile 2016 prevede un importo a carico dello Stato pari ad euro 564.220.914,50.

Con nota DGRPROGS-001500899-P-16-05-2016, il Ministero della Salute ha comunicato che, a seguito delle riduzioni di disponibilità di cassa, l'attuale disponibilità finanziaria per la copertura di Accordi di Programma della Regione Puglia è pari ad euro 206.487.296,00.

Successivamente la Regione Puglia ha inoltrato, in riscontro alla citata nota ministeriale, con comunicazione prot. n. 1147 del 28 luglio 2016, l'elenco degli interventi ritenuti prioritari fino alla concorrenza di euro 206.487.296,00.

La suddetta documentazione è stata acquisita dal Sistema Documentale al prot. 13 – A del 19/01/2017.

Con nota prot. 0038177 del 30/12/2016 il Ministero della Salute – Direzione Generale della Programmazione Sanitaria ha comunicato di aver esaminato il documento programmatico, verificando che lo stesso è stato elaborato sulla base *"della c.d. mexa e la trattazione degli argomenti strategici è stata ben sviluppata in sede regionale. Tuttavia per il prosieguo della istruttoria è necessario che il testo del documento sia integrato..."*.

Con successiva nota del 9.02.2017 prot. n.4176 sono state richieste alcune precisazioni.

Con nota prot. AOO_081/1055 del 24/2/2017 sono state trasmesse le integrazioni richieste.

123

Successivamente, con nota 0009150-22/03/2017-DGPROGS-MDS-P, il Ministero della Salute ha comunicato un ulteriore aggiornamento delle risorse effettivamente disponibili pari ora a euro 291.674.880,00, richiedendo alla Regione di indicare il nuovo elenco di interventi prioritari.

E' attualmente in corso la definizione delle priorità alla luce del nuovo quadro finanziario.

Si evidenzia che il suddetto Documento Programmatico (DP) del 2016 sostituisce, alla luce delle modifiche normative e della programmazione sanitaria regionale, il precedente documento trasmesso dalla Regione Puglia con nota prot. AOO_146/03-08-2012/3290 del 3/8/2012.

Il suddetto DP del 2012 prevedeva la realizzazione di cinque nuovi ospedali ritenuti strategici per la riqualificazione della rete ospedaliera della Regione Puglia, come di seguito indicati:

1. Ospedale "S. Cataldo" di Taranto, nella Azienda Sanitaria Locale di Taranto (TA);
2. Ospedale del "Sud-Est Barese" nella zona di confine tra la ASL di Bari (BA) e la ASL di Brindisi (BR);
3. Ospedale di Andria nella Azienda Sanitaria Locale di Barletta-Andria-Trani (ASL BT);
4. Ospedale del "Sud Salento" nella ASL di Lecce (LE);
5. Ospedale del "Nord Barese" nella zona nord del territorio della ASL BA, al confine con la ASL BT.

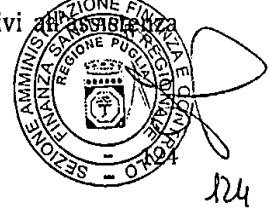
Successivamente, a seguito della delibera CIPE n. 92 del 3/8/2012, che ha definito le risorse residue del Fondo di Sviluppo e Coesione (FSC) 2000-2006 e 2007-2013 della Regione Puglia per un importo complessivo pari a 1.334,9 milioni di euro per il finanziamento di interventi prioritari nei settori strategici regionali della promozione di impresa, della sanità, della riqualificazione urbana, del sostegno alle scuole e università, con deliberazione n. 2787 del 14/12/2012 la Giunta Regionale ha stabilito di finanziarie alcuni interventi di edilizia sanitaria con le risorse del FSC.

In particolare, con l'Accordo di Programma Quadro (APQ) "Benessere e Salute", stipulato in data 4/3/2014, si è dato avvio al programma di investimenti regionali per la nuova edilizia ospedaliera, a partire dai primi due interventi ritenuti prioritari, di seguito individuati:

1. il nuovo ospedale "San Cataldo" nel comune di Taranto;
2. il nuovo ospedale del "Sud-Est Barese" tra Monopoli (BA) e Fasano (BR).

Per tutto quanto sopra esposto, il documento programmatico del 2016 ha sostituito quello del 2012 per tener conto, oltre che dell'utilizzo delle risorse dell'APQ Benessere e Salute:

- del Decreto ministeriale n. 70 del 2 aprile 2015 recante "Regolamento ministeriale sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";



124

- dai piani regionali per il riordino della rete ospedaliera (da ultimo la DGR n. 161/2016, così come modificate con DGR n. 265/2016 e 1933/2016, recante *"Regolamento Regionale: "Riordino Ospedaliero della Regione Puglia ali sensi del D.M.70/2015 e della Legge di stabilità 28 dicembre 2015, n.208. Modifiche e integrazione del R.R. n.14/2015");*

- della nuova programmazione a valere sul POR Puglia 2014-2020 – FESR di cui all'Obiettivo Tematico (OT) IX, approvato con Decisione della Commissione Europea del 13 agosto 2015, con la quale si sta procedendo alla riqualificazione della rete territoriale (Azione 9.12 "Interventi di riorganizzazione e potenziamento dei servizi territoriali socio-sanitari e sanitari territoriali a titolarità pubblica").

In relazione allo stato di avanzamento delle attività per la realizzazione dei nuovi ospedali, così come previsto dalla DGR 1933/2016, si evidenzia quanto segue.

Ospedale "San Cataldo" di Taranto.

L'intervento è confluito nel Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) di Taranto il 30 dicembre 2015. Il CIS Taranto è stato sottoscritto, conformemente a quanto previsto dal predetto articolo 5 del D.L. n. 1/2015, dai soggetti che compongono il Tavolo istituzionale permanente per l'Area di Taranto, istituito e disciplinato con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri presso la struttura di missione "Aquila-Taranto-POIN Attrattori" della Presidenza del Consiglio dei Ministri. Il CIS Taranto, come previsto dal sopra citato articolo 5 del D.L. n. 1/2015, contiene anche il Piano di interventi da realizzarsi nel Comune di Taranto, menzionato dal successivo articolo 8 del predetto decreto legge, tra cui il nuovo ospedale San Cataldo di Taranto.

Il Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti della Regione Puglia, con comunicazione del 22 marzo 2016 (prot. AOO_005/000178) al Presidente della Regione e ad INVITALIA, ha espresso l'intenzione di voler cogliere l'opportunità offerta dall'art. 7 del CIS Taranto per accelerare la realizzazione dell'Intervento di propria competenza, chiedendo di conoscere modalità e termini per l'attivazione di INVITALIA quale centrale di committenza;

A tal fine la Regione Puglia ha richiesto al Tavolo istituzionale permanente di cui all'articolo 4 del CIS Taranto, attraverso comunicazione del 22 marzo 2016, prot. n° 366, inviata al Capo della Struttura di Missione, l'attivazione di INVITALIA quale "centrale di committenza" e nella seduta del 5 aprile 2016 il Tavolo istituzionale permanente ha espresso parere positivo.

Ad oggi è stato approvato il progetto definitivo e sono state avviate le procedure per l'esproprio delle aree interessate dall'intervento da parte della ASL di Taranto ed Invitalia S.p.A. ha bandito la gara per la progettazione esecutiva dell'opera, atteso che essendo intervenuto nel frattempo il nuovo codice degli appalti (d.lgs. 50/2016) non è più possibile procedere ad un appalto integrato come inizialmente previsto.

125

Ospedale "Monopoli-Fasano"

E' in corso la validazione da parte della ASL di Bari del progetto definitivo del nuovo ospedale, dopo aver espletato la procedura di verifica ad assoggettabilità a VIA (valutazione di impatto ambientale) ed aver avviato di concerto con il Comune di Monopoli la procedura per la necessaria variante urbanistica.

Si prevede di poter disporre del progetto esecutivo validato entro il primo semestre del 2017 e bandire la gara per l'affidamento dei lavori entro lo stesso termine.

Ospedale di Andria ed Ospedale del Sud Salento

La realizzazione dei suddetti ospedali è subordinata all'accesso al finanziamento di cui all'art. 20 della l.n. 67/1988 per il quale è stato presentato il documento MEXA ad aprile 2016. Considerata la effettiva disponibilità comunicata dal Ministero con la sopra citata nota del 16/05/2016 si darà priorità alla realizzazione dell'ospedale di Andria per il quale è già in fase di avanzata definizione l'area di realizzazione in accordo con lo stesso Comune di Andria.

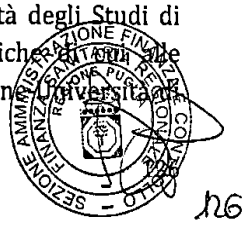
Considerato che la realizzazione dei suddetti ospedali richiede un periodo non inferiore a cinque anni, quindi successivo all'orizzonte temporale del presente piano operativo, si propone, oltre all'obiettivo di sottoscrizione del nuovo accordo a valere sulle risorse ex art. 20 di effettuare un monitoraggio semestrale sullo stato di avanzamento degli interventi sopra individuati.

Con nota prot. AOO_081/19-06-2017/0003003 si è provveduto ad aggiornare il Documento Programmatico degli investimenti della Regione Puglia a valere sulle risorse residue ex art. 20 della le.n. 67/1988 (versione 3.0) a seguito della comunicazione del Ministero della Salute sulla nuova dotazione finanziaria a disposizione (prot. 102 - A del 05/07/2017).

CRONOPROGRAMMA		INDICATORE	ENTRO	Adempimenti	Rif Doc
GOOSP 01.04.01	Programmazione e progettazione dei nuovi ospedali.	Approvazione del nuovo programma di interventi a valere sulle risorse residue ex art. 20 l.n. 67/1988 Rapporti semestrali di avanzamento sul complesso degli interventi	31/12/17 Dal 30/06/17	DGR approvazione	32-A del 27/02/17. 13 – A del 19/01/17. 102 - A del 05/07/17.

Intervento GOOSP 01.05: Protocolli di Intesa Regione - Università

L'adeguamento dei precedenti Protocolli di Intesa Regione-Università alla mutata normativa ed ai più recenti orientamenti di programmazione regionale e l'approvazione di un Protocollo d'Intesa unico tra Regione Puglia, Università degli Studi di Bari e Università degli Studi di Foggia sono stati condivisi ed approvati dalle due Commissioni Paritetiche di cui alle DD.GG.RR. n. 229/2016 (Regione-Università di Bari) e n. 2380/2015 (Regione-Università di



Foggia) nelle riunioni congiunte del 3/11/2016 e del 28/11/2016. Si è quindi addivenuti, per la prima volta in Puglia, ad uno schema unitario di Protocollo d'Intesa per entrambe le Università, che consentirà nel futuro un'uniforme disciplina dell'integrazione fra attività didattiche, assistenziali e di ricerca.

Il citato schema di Protocollo è stato trasmesso ai Ministeri affiancanti – Sistema Documentale Piani di Rientro (acquisito con prot. n. 71-A del 28/11/2016) per le opportune valutazioni. A tale riguardo, nel corso della riunione congiunta del Tavolo Tecnico per la Verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza del 21.3.2017, i Ministeri affiancanti hanno richiesto alla Regione di apportare alcune modifiche a specifici articoli del suddetto schema di Protocollo.

Le Commissioni paritetiche di Bari e di Foggia hanno pertanto discusso ed approvato in data 6 novembre 2017 un nuovo schema di Protocollo d'Intesa, recependo integralmente le osservazioni ministeriali. Tale schema, inviato dal competente Dipartimento regionale della Salute al Ministero della Salute e al Ministero dell'Economia e Finanze, ha ricevuto dagli stessi parere favorevole, giusto verbale di riunione congiunta del Tavolo Tecnico per la Verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza del 23 novembre 2017.

Conseguentemente, con D.G.R. n. 50 del 23.1.2018 la Giunta regionale ha approvato lo schema di Protocollo d'Intesa ed i relativi allegati, che saranno debitamente sottoscritti nelle forme di rito da parte del Presidente della Giunta regionale e dei Rettori delle due Università di Bari e di Foggia.

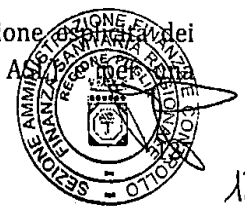
PROGRAMMA GOOSP 02: PIANI DI RIENTRO OSPEDALIERI EX L 208/2015

Con il comma 524 lettera a) e b) della Legge 208/2015 (Legge di Stabilità 2016) e con successivi commi della stessa legge è stato introdotto l'obbligo per gli ospedali pubblici di garantire adeguata sostenibilità economico-finanziaria (lettera a) e aderenza a standard di qualità e di esito di cura (lettera b). L'inottemperanza entro certi limiti a tale obbligo comporterà, dal 2016 per le AOU e gli IRCCS e dal 2017 per i presidi ospedalieri di ASL, la sottoposizione delle strutture ospedaliere a piano di rientro.

Con Decreto del Ministero della Salute del 21/06/2016 sono state indicate le modalità operative di individuazione, a carico delle Regioni, delle proprie AOU e IRCCS da avviare a piano di rientro.

I provvedimenti in menzione sono considerati dalla Regione Puglia un'opportunità e non un vincolo al punto da costituire uno dei pilastri fondanti del presente Programma Operativo. A tale riguardo si è ritenuto di non limitarsi al semplice adempimento normativo secondo le tempistiche prescritte ma è apparso utile inserire il percorso dei piani di rientro ospedalieri in un set organico di interventi allo scopo di riqualificare gestionalmente e assistenzialmente l'intera assistenza ospedaliera regionale, prevedendo:

- la creazione delle precondizioni organizzative per una identificazione esplicita dei confini gestionali e operativi dell'ospedale (specie per quelli di ASL) [illegible]



127

responsabilizzazione e legittimazione forte di chi si occuperà di amministrare queste entità produttive e il relativo percorso di ristrutturazione;

- l'anticipo delle manovre di rientro per quelle realtà ospedaliere che difficilmente riuscirebbero in soli tre anni, dal 2017, a recuperare il gap spesso enorme rispetto alle letter a) e b) del comma 524;
- la fornitura agli ospedali di supporti formativi e metodologici (costi standard e audit PNE) per far in modo che l'adempimento generi in realtà cultura e meccanismi operativi di moderno *operations management*.

Nei paragrafi di intervento che seguono sono riportate le situazioni di partenza degli enti ospedalieri della Regione Puglia.

Intervento GOOSP 02.01: Piani di Rientro Triennali AOU/IRCCS (2017-2019)

Per le AOU e per gli IRCCS la partenza dei piani di rientro era prevista dal 2016 ma i riferimenti attuativi delle disposizioni della Legge 208/2015, pubblicati a luglio 2016 ne faranno inevitabilmente slittare la partenza effettiva tra fine 2016 e inizio 2017.

In Regione Puglia insistono due AOU – AOU Consorziale Policlinico di Bari e AOU Ospedali Riuniti di Foggia – e due IRCCS – Istituto Giovanni Paolo II di Bari e l'Istituto De Bellis di Castellana Grotte.

La lettera a) del comma 524 prescrive per gli enti ospedalieri una differenza tra costi e ricavi 2015 non superiore al 10% o, comunque, non superiore a 10 milioni di euro.

Lo scenario regionale al riguardo è quello della tabella allegata che prevede l'avvio in piano di rientro dei soli IRCCS per la lettera a).

128

Applicazione Allegato A del D.M. del 21/06/2016 *(importi in migliaia di euro)*

	Policlinico	OORR	Oncologico	De Bellis	
Costi	505.348	253.207	67.470	51.057	X
Ricavi massimi ammissibili	495.553	256.231	55.352	44.368	R =A+B+C+D
Scostamento assoluto	9.795	-3.024	12.118	6.689	S= X-R
Scostamento percentuale	2,3%	-1,3%	28,9%	17,2%	S%= S/(A+B)

Fonte: Modello CE - Bilancio di Esercizio 2015	Migliaia di euro	Migliaia di euro	Migliaia di euro	Migliaia di euro	
Voci del modello CE	Policlinico	OORR	Oncologico	De Bellis	
B.1) Acquisti di beni	175.965	82.472	22.497	20.174	
B.2) Acquisti di servizi	87.192	35.018	8.214	5.457	
B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	9.428	4.820	4.057	2.482	
B.4) Godimento di beni di terzi	5.419	1.078	1.324	205	
B.5) Personale del ruolo sanitario	159.960	90.809	18.042	14.507	
B.6) Personale del ruolo professionale	387	373	131	93	
B.7) Personale del ruolo tecnico	22.268	13.217	1.158	2.089	
B.8) Personale del ruolo amministrativo	14.858	5.591	1.873	946	
B.9) Oneri diversi di gestione	3.764	1.267	937	847	
B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	236	27	167	17	
B.11) Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali	12.566	5.587	5.857	2.111	
B.14) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	521	-	-	2	
B.15) Variazione delle rimanenze	(2.724)	233	(3)	(804)	
B.16) Accant. dell'esercizio	2.014	4.876	1.596	1.633	
C.3) Interessi passivi	2	198	1	7	
C.4) Altri oneri	-	-	-	-	
D.2) Svalutazioni	-	-	-	-	
Totale imposte e tasse	13.492	7.641	1.619	1.291	
COSTI	505.348	253.207	67.470	51.057	[X]

RICAVI AMMISSIBILI

	Policlinico	OORR	Oncologico	De Bellis	
Ricavi per prestazioni new	311.369	172.437	34.868	32.982	[A]
A.4.A) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici	306.734	169.648	34.196	32.157	
A.4.A.2) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate ad altri soggetti pubblici	(1.040)	(4)	-	(14)	
A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	5.675	2.793	672	839	
A.1.B.1.3) Contributi da Regione ... (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regio per extra LEA	-	-	-	-	

Finanziamento	Migliaia di euro	Migliaia di euro	Migliaia di euro	Migliaia di euro	
A.1.A.1) da Regione ... per quota F.S. regionale indistinto	154.953	73.350	10.410	5.850	[B+C]
Funzioni non tariffate	120.000	59.000	10.200	5.850	[B]
Verifica %	27,8%	25,8%	23,0%	15,4%	V=B/(A+B)
Ass. Territoriale, progetti annuali, Trasformazione sangue, Didattica	34.953	14.350	210	-	[C]

Altri ricavi	Policlinico	OORR	Oncologico	De Bellis	
Voci del modello CE	29.231	10.444	10.074	5.536	[D]
A.1.A.2) da Regione ... per quota F.S. regionale vincolato	196	104	22	24	
A.1.B.1.1) Contributi da Regione ... (extra fondo) vincolati	1.542	21	-	31	
A.1.B.2.1) Contributi da Az. sanit. pubbl. della Regione ... (extra fondo) vinco	-	-	-	-	
A.1.B.3) Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo)	-	5	131	27	
A.1.C) Contributi c/esercizio per ricerca	610	-	2.359	2.401	
A.1.D) Contributi c/esercizio da privati	129	-	-	80	
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi prece	2.229	-	1.052	48	
A.4.A.2) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate ad altri soggetti pubblici	1.040	4	-	14	
A.4.B) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate da privati v/residenti extrareg. in compensazione (mobilità attiva)	-	-	-	-	
A.4.C) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a privati	1.237	1.097	257	45	
A.4.D) Ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia	9.402	3.086	633	902	
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	1.110	354	39	41	
A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	9.096	3.845	5.494	1.773	
A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-	-	-	-	
A.9) Altri ricavi e proventi	2.638	1.923	87	150	
C.1) Interessi attivi	2	-	-	-	
C.2) Altri proventi	-	5	-	-	
D.1) Rivalutazioni	-	-	-	-	

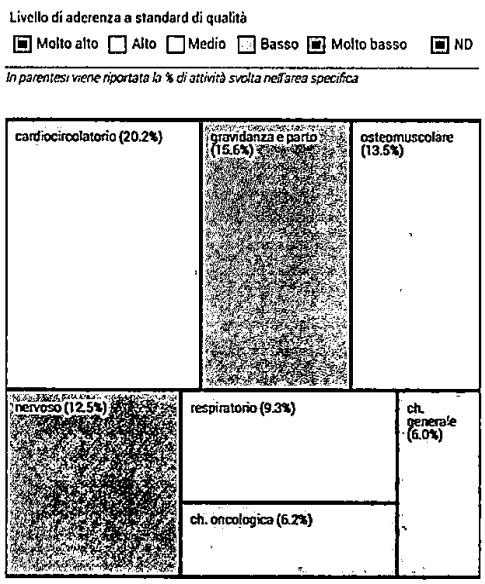
Con riferimento, invece, alla lettera b) vanno in piano di rientro quegli enti ospedalieri che registrano, in base alle rilevazioni ministeriali del Programma Nazionale Esiti, una qualità molto bassa in una o più delle sette aree cliniche individuate dal DM 21/06/2016 per un numero di dimissioni superiore al 15% rispetto a quelle dell'intera struttura oppure una

SEZIONE AMMINISTRAZIONE FINANZA CONTABILITÀ REGIONE PUGLIA - 129

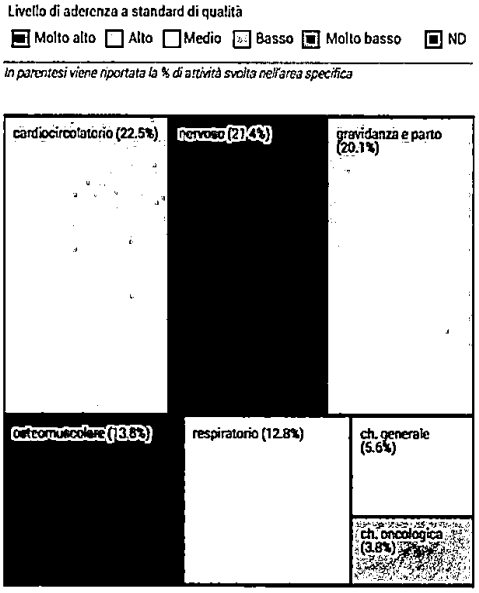
qualità bassa in una o più delle sette aree cliniche individuate dal DM 21/06/2016 e per un numero di dimissioni superiore al 33% rispetto a quelle dell'intera struttura.

Si riportano per ciascuno dei quattro ospedali le Tree Map del PNE da cui si evince che la sola AOU Ospedali Riuniti di Foggia risulta non aderente alle performance di qualità ministeriali.

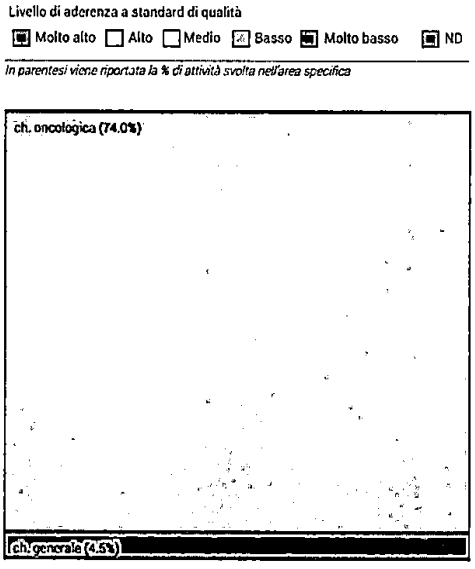
AOU Policlinico Bari



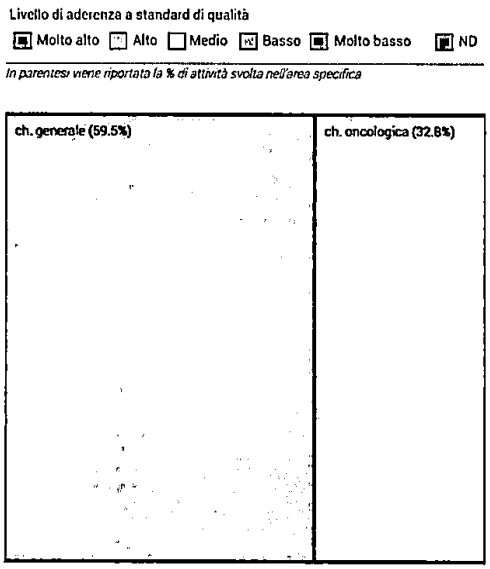
AOU Ospedali Riuniti Foggia



IRCCS Giovanni Paolo II Bari



IRCCS Saverio De Bellis Castellana Grotte



Con nota prot. AOO005 n. 372 del 21 settembre 2016 la Regione ha avviato una interlocuzione con il Dipartimento della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute ai fini dell'individuazione degli Enti in Piano di Rientro.

SEZIONE AMMINISTRAZIONE FINANZA SANITARIA REGIONALE PUGLIA CONTROLLO

CRONOPROGRAMMA		INDICATORE	
GOOSP 02.01.01	Individuazione Aziende in Piano di Rientro con la collaborazione dell'AReSS	DGR di individuazione delle Aziende in Piano di Rientro	In attesa indicazioni ministeriali
GOOSP 02.01.02	Istruzione del Piano di Rientro	DDG di adozione Piano di Rientro	In attesa indicazioni ministeriali
GOOSP 02.01.03	Recupero criticità economico-finanziarie e assistenziali con la collaborazione dell'AReSS	Rientro (certificato con report) nei parametri lettere a) e b) C524	In attesa indicazioni ministeriali
Impatti economici riepilogati complessivamente per "Nuova rete ospedaliera in aderenza a standard di cura, sicurezza, efficienza ed umanizzazione"			

Intervento GOOSP 02.02: Piani di Rientro di Preliminari Presidi ASL (2017)

Molto più complessa e pregiudicata è la situazione dei presidi di ASL che, pur dovendo sottoporsi alla verifica solo dal 2017, mostrano criticità di tale entità rendere opportuno una annualità di rientro preliminare per poter condurre la ristrutturazione su un arco di tempo di quattro anni, visto che il piano di rientro formale non può essere superiore al triennio.

Le pagine che seguono riassumono per ciascuna ASL la situazione 2015 sia per quel che concerne i conti che la qualità delle cure. Non disponendo i presidi ospedalieri di ASL di propri ricavi contabili è stata simulato un valore della produzione a tariffa DRG per i ricoveri (senza abbattimenti e ipotizzando appropriatezza perfetta) e a tariffa ambulatoriale; i ricavi così calcolati sono stati poi raffrontati con i costi desumibili dai modelli CP (limiti e assenze contabili inclusi).

SEZIONE AMMINISTRAZIONE FINANZA E CONTROLLO FINANZA SANITARIA REGIONALE REGIONE PUGLIA

131

CONSUNTIVO 2015

MODELLI CP + RICAVI LORDI

		ASL FG				
		115	115	115	115	
		160047	160163	160164		% su RT
		OSPEDALE CERIGNOLA 'G.TATARELLA'	OSPEDALE SAN SEVERO - TERESA MASSELLI	OSPEDALE MANFREDONIA	TOTALE	
RT	RICAVI TOTALI	25.521	35.948	13.339	74.809	
RR	Ricavi RICOVERI	21.411	30.562	11.616	63.589	
RA	Ricavi AMBULATORIALI	4.111	5.386	1.723	11.220	
					-	
B0010	B.1) Acquisti di beni	6.844	8.284	2.211	17.339	23%
B0020	B.1.a) Prodotti farmaceutici	1.280	-	210	1.490	
B0030	B.1.b) Emoderivati e prodotti dietetici	127	-	35	162	
B0040	B.1.c) Materiali per la profilassi (vaccini)	-	-	-	-	
B0050	B.1.d) Materiali diagnostici prodotti chimici	1.210	1.974	872	4.056	
B0060	B.1.e) Materiali diagnostici, lastre RX, mezzi di contrasto per RX, carta per ECG, ECG, etc.	120	505	43	668	
B0070	B.1.f) Presidi chirurgici e materiali sanitari	1.376	2.697	576	4.649	
B0080	B.1.g) Materiali protesici e materiali per emodialisi	2.339	2.525	257	5.121	
B0110	B.1.j) Prodotti alimentari	-	-	-	-	
B0120	B.1.k) Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere	-	-	-	-	
B0130	B.1.l) Combustibili, carburanti e lubrificanti	-	-	-	-	
B0140	B.1.m) Supporti informatici e cancelleria	392	583	218	1.193	
B0150	B.1.n) Materiale per la manutenzione	-	-	-	-	
B0200	B.1.o) Altro	-	-	-	-	
B0210	B.2) Acquisti di servizi	8.146	12.316	4.212	24.674	33%
B0240	B.2.3) per assistenza specialistica ambulatoriale	288	417	157	862	
B0440	B.2.7) per altra assistenza	-	-	-	-	
B0470	B.2.8) COMPARTECIPAZIONE AL PERSONALE PER ATT. LIBERO-PROF. (INTRAMOENIA)	-	-	-	-	
B0510	B.2.10) Consulenze sanitarie e non sanitarie	220	597	85	902	
B0540	B.2.11) Altri servizi sanitari	-	-	-	-	
B0580	B.2.12) Formazione (esternalizzata e non)	-	-	-	-	
B0590	B.2.13) Servizi non sanitari	7.638	11.302	3.970	22.910	
B0671	B.2.13.a) Utenze	1.918	2.833	1.042	5.793	
B0691	B.2.13.b) Altro	5.720	8.469	2.928	17.117	
B0700	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	681	981	354	2.016	3%
B0750	B.4) Godimento di beni di terzi	537	834	393	1.764	2%
	COSTO DEL PERSONALE (B5, B6, B7, B8)	26.531	43.415	18.247	88.193	118%
B0800	B.5) Personale del ruolo sanitario	24.141	36.845	14.876	75.862	
B0810	B.6) Personale del ruolo professionale	73	75	73	221	
B0820	B.7) Personale del ruolo tecnico	1.858	4.598	1.997	8.453	
B0830	B.8) Personale del ruolo amministrativo	459	1.897	1.301	3.657	
B0840	B.9) Oneri diversi di gestione	2.427	3.886	1.358	7.651	10%
B0881	B.10) + B.12) Ammortamenti delle immobilizzazioni	4.286	6.280	2.320	12.886	17%
B0940	B.14) Variazione delle rimanenze	-	-	-	-	0%
B9999	Totale costi della produzione (B)	49.452	75.976	29.095	154.523	207%
	MARGINE OPERATIVO (RICAVI-COSTI)	(23.931)	(40.028)	(15.756)	(79.714)	
	(RICAVI-COSTI)/RICAVI	(94%)	(111%)	(118%)	(107%)	

LIVELLO DI ADERENZA A PERFORMANCE DI QUALITÀ E QUOTA % DIMISSIONI

PNE				
	cardiocircolatorio	25,4%	31,6%	40,2%
	respiratorio	14,3%	16,8%	9,6%
	osteomuscolare	14,8%	17,6%	31,1%
	gravidanza e parto	30,0%	20,0%	NA
	nervoso	9,7%	7,2%	NA
	chirurgia generale	4,9%	5,6%	11,0%
	chirurgia oncologica	NA	NR	NA
	QUOTA % QUALITÀ BASSA	55%	37%	31%
	QUOTA % QUALITÀ MOLTO BASSA	29%	18%	

molto alta | alta | media | bassa | molto bassa | non rilevante

132

CONSUNTIVO 2015

MODELLI CP + RICAVI LORDI

		ASL BT				
		113	113	113	113	
		160174	160177	160178		% su RT
		OSPEDALE ANDRIA - 'L. BONOMO'	OSPEDALE BARLETTA - 'MONS. R. DIMICCOLI'	OSPEDALE BISCEGLIE	TOTALE	
RT	RICAVI TOTALI	47.880	48.977	25.331	122.189	
RR	Ricavi RICOVERI	33.665	33.654	18.823	86.143	
RA	Ricavi AMBULATORIALI	14.215	15.323	6.508	36.046	
B0010	**B.1) Acquisti di beni**	**15.373**	**20.100**	**9.816**	**45.289**	**37%**
B0020	B.1.a) Prodotti farmaceutici	2.212	9.678	3.927	15.817	
B0030	B.1.b) Emoderivati e prodotti dietetici	176	190	275	641	
B0040	B.1.c) Materiali per la profilassi (vaccini)	-	-	1	1	
B0050	B.1.d) Materiali diagnostici prodotti chimici	4.265	4.040	1.975	10.280	
B0060	B.1.e) Materiali diagnostici, lastre RX, mezzi di contrasto per RX, carta per ECG, ECG, etc.	528	518	302	1.348	
B0070	B.1.f) Presidi chirurgici e materiali sanitari	4.454	2.820	1.513	8.787	
B0080	B.1.g) Materiali protesici e materiali per emodialisi	3.389	2.542	1.263	7.194	
B0110	B.1.j) Prodotti alimentari	5	11	13	29	
B0120	B.1.k) Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere	116	74	136	326	
B0130	B.1.l) Combustibili, carburanti e lubrificanti	40	32	276	348	
B0140	B.1.m) Supporti informatici e cancelleria	110	102	73	285	
B0150	B.1.n) Materiale per la manutenzione	21	19	12	52	
B0200	B.1.o) Altro	57	74	50	181	
B0210	**B.2) Acquisti di servizi**	**7.429**	**9.220**	**5.699**	**22.348**	**18%**
B0240	B.2.3) per assistenza specialistica ambulatoriale	99	257	236	592	
B0440	B.2.7) per altra assistenza	-	-	-	-	
B0470	B.2.8) COMPARTECIPAZIONE AL PERSONALE PER ATT. LIBERO-PROF. (INTRAMOENIA)	849	619	254	1.722	
B0510	B.2.10) Consulenze sanitarie e non sanitarie	620	527	276	1.423	
B0540	B.2.11) Altri servizi sanitari	81	68	2	151	
B0580	B.2.12) Formazione (esternalizzata e non)	-	-	-	-	
B0590	B.2.13) Servizi non sanitari	5.780	7.749	4.931	18.460	
B0671	B.2.13.a) Utenze	1.515	1.790	863	4.168	
B0691	B.2.13.b) Altro	4.265	5.959	4.068	14.292	
B0700	**B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)**	**2.213**	**1.738**	**1.516**	**5.467**	**4%**
B0750	**B.4) Godimento di beni di terzi**	**393**	**267**	**128**	**788**	**1%**
	COSTO DEL PERSONALE (B5, B6, B7, B8)	**47.760**	**38.826**	**29.459**	**116.045**	**95%**
B0800	**B.5) Personale del ruolo sanitario**	**43.014**	**35.708**	**25.437**	**104.159**	
B0810	**B.6) Personale del ruolo professionale**	**67**	**33**	**61**	**161**	
B0820	**B.7) Personale del ruolo tecnico**	**3.664**	**2.534**	**3.237**	**9.435**	
B0830	**B.8) Personale del ruolo amministrativo**	**1.015**	**551**	**724**	**2.290**	
B0840	**B.9) Oneri diversi di gestione**	**121**	**103**	**77**	**301**	**0%**
B0881	**B.10) + B.12) Ammortamenti delle immobilizzazioni**	**1.487**	**2.268**	**1.373**	**5.129**	**4%**
B0940	**B.14) Variazione delle rimanenze**	-	-	-	-	**0%**
B9999	**Totale costi della produzione (B)**	**74.776**	**72.522**	**48.068**	**195.367**	**160%**
	MARGINE OPERATIVO (RICAVI-COSTI)	(26.896)	(23.545)	(22.737)	(73.178)	
	(RICAVI-COSTI)/RICAVI	(56%)	(48%)	(90%)	(60%)	

LIVELLO DI ADERENZA A PERFORMANCE DI QUALITÀ E QUOTA % DIMISSIONI

PNE

cardiocircolatorio	31,8%	21,8%	25,6%
respiratorio	14,8%	14,3%	23,4%
osteomuscolare	14,3%	18,8%	NA
gravidanza e parto	19,5%	26,5%	24,1%
nervoso	13,3%	13,8%	NA
chirurgia generale	4,3%	3,0%	2,8%
chirurgia oncologica	1,9%	2,5%	NR
QUOTA % QUALITÀ BASSA	47%	39%	50%
QUOTA % QUALITÀ MOLTO BASSA	19%	22%	3%

molto alta | alta | media | bassa | molto bassa | non rilevante

133

CONSUNTIVO 2015

MODELLI CP + RICAVI LORDI

		ASL BA						
		114	114	114	114	114	114	
		160157	160158	160159	160160	160169		% su RT
		OSPEDALE DI ALTAMURA	OSPEDALE BARI "SAN PAOLO"	OSPEDALE MONOPOLI	OSPEDALE PUTIGNANO	OSPEDALE BARI "DI VENERE" (TR IGGIANO)	TOTALE	
RT	RICAVI TOTALI	26.029	97.855	25.189	23.567	71.802	244.441	
RR	Ricavi RICOVERI	16.207	64.716	16.872	14.572	50.349	162.715	
RA	Ricavi AMBULATORIALI	9.822	33.139	8.317	8.995	21.453	81.726	
							-	
B0010	B.1) Acquisti di beni	10.414	31.801	7.807	7.727	25.912	83.661	34%
B0020	B.1.a) Prodotti farmaceutici	3.956	5.359	1.018	942	7.757	19.032	
B0030	B.1.b) Emoderivati e prodotti dietetici	82	150	79	2	73	386	
B0040	B.1.c) Materiali per la profilassi (vaccini)	-	-	1	-	-	1	
B0050	B.1.d) Materiali diagnostici prodotti chimici	1.723	8.183	2.900	1.946	5.887	20.639	
B0060	B.1.e) Materiali diagnostici, lastre RX, mezzi di contrasto per RX, carta per ECG, ECG, etc.	190	871	150	248	392	1.851	
B0070	B.1.f) Presidi chirurgici e materiali sanitari	2.653	10.744	1.646	1.943	5.078	22.064	
B0080	B.1.g) Materiali protesici e materiali per emodialisi	1.371	5.445	1.676	2.334	4.131	14.957	
B0110	B.1.j) Prodotti alimentari	-	-	-	-	358	358	
B0120	B.1.k) Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere	51	171	46	27	134	429	
B0130	B.1.l) Combustibili, carburanti e lubrificanti	173	88	21	15	1.419	1.716	
B0140	B.1.m) Supporti informatici e cancelleria	87	301	111	65	163	727	
B0150	B.1.n) Materiale per la manutenzione	75	334	123	144	254	930	
B0200	B.1.o) Altro	53	155	36	61	266	571	
B0210	B.2) Acquisti di servizi	5.614	18.004	5.120	4.918	10.583	44.239	18%
B0240	B.2.3) per assistenza specialistica ambulatoriale	16	107	60	46	73	302	
B0440	B.2.7) per altra assistenza	-	-	-	-	-	-	
B0470	B.2.8) COMPARTECIPAZIONE AL PERSONALE PER ATT. LIBERO-PROF. (INTRAMOENIA)	84	1.198	116	105	674	2.177	
B0510	B.2.10) Consulenze sanitarie e non sanitarie	298	746	197	166	621	2.028	
B0540	B.2.11) Altri servizi sanitari	4	18	-	-	6	28	
B0580	B.2.12) Formazione (esternalizzata e non)	73	161	38	80	153	505	
B0590	B.2.13) Servizi non sanitari	5.139	15.774	4.709	4.521	9.056	39.199	
B0671	B.2.13.a) Utenze	1.515	5.196	1.424	1.313	3.464	12.912	
B0691	B.2.13.b) Altro	3.624	10.578	3.285	3.208	5.592	26.287	
B0700	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	1.235	5.521	1.098	1.073	4.952	13.879	6%
B0750	B.4) Godimento di beni di terzi	227	885	228	283	66	1.689	1%
	COSTO DEL PERSONALE (B5, B6, B7, B8)	29.365	100.881	27.648	25.420	66.808	249.920	102%
B0800	B.5) Personale del ruolo sanitario	24.826	86.708	25.058	23.745	57.184	217.521	
B0810	B.6) Personale del ruolo professionale	30	86	-	-	-	116	
B0820	B.7) Personale del ruolo tecnico	3.167	10.156	2.198	1.116	7.259	23.896	
B0830	B.8) Personale del ruolo amministrativo	1.342	3.731	392	559	2.363	8.387	
B0840	B.9) Oneri diversi di gestione	59	173	22	39	209	502	0%
B0881	B.10) + B.12) Ammortamenti dello immobilizzazioni	1.569	5.420	1.517	1.416	3.602	13.524	6%
B0940	B.14) Variazione delle rimanenze	67	3.681	760	(132)	1.746	6.122	3%
B9999	Totale costi della produzione (B)	48.550	166.186	44.200	40.744	113.876	413.536	169%
	MARGINE OPERATIVO (RICAVI-COSTI)	(22.521)	(68.311)	(19.011)	(17.177)	(42.074)	(169.095)	
	(RICAVI-COSTI)/RICAVI	(87%)	(70%)	(75%)	(73%)	(59%)	(69%)	

LIVELLO DI ADERENZA A PERFORMANCE DI QUALITÀ E QUOTA % DIMISSIONI

PNE						
	cardiocircolatorio	23,4%	22,1%	21,4%	23,7%	26,0%
	respiratorio	16,1%	19,6%	NA	16,6%	15,8%
	osteomuscolare	14,9%	19,1%	20,0%	17,5%	14,2%
	gravidanza e parto	31,7%	24,3%	22,9%	30,9%	23,8%
	nervoso	NA	3,0%	14,7%	NA	17,4%
	chirurgia generale	6,1%	5,9%	4,7%	8,6%	2,3%
	chirurgia oncologica	NR	6,1%	2,5%	NR	NR
	QUOTA % QUALITÀ BASSA	23%	50%	23%	31%	24%
	QUOTA % QUALITÀ MOLTO BASSA	6%	19%	27%		18%

molto alta | alta | media | bassa | molto bassa | non rilevante

SEZIONE AMMINISTRAZIONE FINANZA SANITARIA REGIONE PUGLIA

134

CONSUNTIVO 2015

MODELLI CP + RICAVI LORDI

		ASL TA						
		112	112	112	112	112	112	
		160074	160075	160168	160172	160191		
		OSPEDALE MANDURIA	OSPEDALE MARTINA FRANCA	OSPEDALE CASTELLANETA	OSPEDALE TARANTO - SS. ANNUNZIATA/ MOSCATI	OSPEDALE GROTTAGLIE	TOTALE	% su RT
RT	RICAVI TOTALI	20.440	25.582	22.307	108.013	12.045	188.386	
RR	Ricavi RICOVERI	12.836	16.366	14.035	80.725	8.494	132.456	
RA	Ricavi AMBULATORIALI	7.604	9.216	8.272	27.287	3.551	55.930	
							-	
B0010	B.1) Acquisti di beni	7.489	11.094	9.574	52.687	2.735	83.579	44%
B0020	B.1.a) Prodotti farmaceutici	2.393	3.642	3.575	21.167	299	31.076	
B0030	B.1.b) Emoderivati e prodotti dietetici	6	6	5	1.086	3	1.106	
B0040	B.1.c) Materiali per la profilassi (vaccini)	2	3	-	2	-	7	
B0050	B.1.d) Materiali diagnostici prodotti chimici	-	-	-	-	-	-	
B0060	B.1.e) Materiali diagnostici, lastre RX, mezzi di contrasto per RX, carta per ECG, ECG, etc.	1.802	1.815	1.716	12.347	1.066	18.746	
B0070	B.1.f) Presidi chirurgici e materiali sanitari	2.710	3.955	2.581	11.628	768	21.642	
B0080	B.1.g) Materiali protesici e materiali per emodialisi	466	1.577	1.608	5.847	534	10.032	
B0110	B.1.j) Prodotti alimentari	8	3	5	77	2	95	
B0120	B.1.k) Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere	16	15	12	67	9	119	
B0130	B.1.l) Combustibili, carburanti e lubrificanti	-	-	-	-	-	-	
B0140	B.1.m) Supporti informatici e cancelleria	79	72	64	412	50	677	
B0150	B.1.n) Materiale per la manutenzione	7	6	8	38	4	63	
B0200	B.1.o) Altro	-	-	-	16	-	16	
B0210	B.2) Acquisti di servizi	6.515	6.438	6.704	28.725	4.195	52.577	28%
B0240	B.2.3) per assistenza specialistica ambulatoriale	-	-	-	-	-	-	
B0440	B.2.7) per altra assistenza	-	-	-	-	-	-	
B0470	B.2.8) COMPARTECIPAZIONE AL PERSONALE PER ATT. LIBERO-PROF. (INTRAMOENIA)	127	104	216	969	76	1.492	
B0510	B.2.10) Consulenze sanitarie e non sanitarie	-	20	-	147	-	167	
B0540	B.2.11) Altri servizi sanitari	-	-	-	-	-	-	
B0580	B.2.12) Formazione (esternalizzata e non)	24	27	22	111	13	197	
B0590	B.2.13) Servizi non sanitari	6.364	6.287	6.466	27.498	4.106	50.721	
B0671	B.2.13.a) Utenze	620	572	624	2.400	404	4.620	
B0691	B.2.13.b) Altro	5.744	5.715	5.842	25.098	3.702	46.101	
B0700	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	1.111	1.409	1.220	7.121	697	11.558	6%
B0750	B.4) Godimento di beni di terzi	267	339	294	1.714	168	2.782	1%
	COSTO DEL PERSONALE (B5, B6, B7, B8)	21.967	24.381	18.998	98.146	11.106	174.598	93%
B0800	B.5) Personale del ruolo sanitario	19.648	22.616	17.184	91.664	9.570	160.682	
B0810	B.6) Personale del ruolo professionale	32	32	27	172	37	300	
B0820	B.7) Personale del ruolo tecnico	1.108	895	1.091	4.149	1.027	8.270	
B0830	B.8) Personale del ruolo amministrativo	1.179	838	696	2.161	472	5.346	
B0840	B.9) Oneri diversi di gestione	-	-	-	-	-	-	0%
B0881	B.10) + B.12) Ammortamenti delle immobilizzazioni	1.091	1.229	1.425	6.532	795	11.072	6%
B0940	B.14) Variazione delle rimanenze	(39)	(50)	(58)	(361)	(4)	(512)	-0%
B9999	Totale costi della produzione (B)	38.401	44.840	38.157	194.564	19.692	335.654	178%
	MARGINE OPERATIVO (RICAVI-COSTI)	(17.961)	(19.258)	(15.850)	(86.551)	(7.647)	(147.268)	
	(RICAVI-COSTI)/RICAVI	(88%)	(75%)	(71%)	(80%)	(63%)	(78%)	

LIVELLO DI ADERENZA A PERFORMANCE DI QUALITÀ E QUOTA % DIMISSIONI

PNE

	cardiocircolatorio	30,9%	16,6%	17,4%	25,6%	11,5%
	respiratorio	15,7%	8,4%	14,7%	12,2%	7,1%
	osteomuscolare	25,1%	22,3%	18,3%	13,5%	35,5%
	gravidanza e parto	NA	31,4%	30,9%	21,8%	38,5%
	nervoso	NA	NA	NA	21,0%	NA
	chirurgia generale	16,1%	9,9%	11,1%	3,9%	NR
	chirurgia oncologica	NR	3,3%	NR	2,0%	NA
	QUOTA % QUALITÀ BASSA	47%	40%	32%	35%	39%
	QUOTA % QUALITÀ MOLTO BASSA	25%	22%		23%	36%

molto alta | alta | media | bassa | molto bassa | non rilevante

SEZIONE AMMINISTRAZIONE FINANZA SANITARIA REGIONE PUGLIA - 135

CONSUNTIVO 2015

MODELLI CP + RICAVI LORDI

		ASL BR				
		106	106	106	106	
		160161 OSPEDALE OSTUNI (FASANO)	160162 OSPEDALE FRANCAVILLA FONTANA	160170 OSPEDALE BRINDISI 'PERRINO'	TOTALE	% su RT
RT	RICAVI TOTALI	25.137	25.668	115.082	165.887	
RR	Ricavi RICOVERI	18.089	18.300	88.890	125.278	
RA	Ricavi AMBULATORIALI	7.048	7.368	26.192	40.609	
					-	
B0010	B.1) Acquisti di beni	7.251	7.965	53.599	68.815	41%
B0020	B.1.a) Prodotti farmaceutici	1.973	2.667	24.554	29.194	
B0030	B.1.b) Emoderivati e prodotti dietetici	34	84	1.910	2.028	
B0040	B.1.c) Materiali per la profilassi (vaccini)	-	2	-	2	
B0050	B.1.d) Materiali diagnostici prodotti chimici	1.469	1.359	7.073	9.901	
B0060	B.1.e) Materiali diagnostici, lastre RX, mezzi di contrasto per RX, carta per ECG, ECG, etc.	157	148	705	1.010	
B0070	B.1.f) Presidi chirurgici e materiali sanitari	1.344	1.897	11.563	14.804	
B0080	B.1.g) Materiali protesici e materiali per emodialisi	2.134	1.711	6.994	10.839	
B0110	B.1.j) Prodotti alimentari	1	1	37	39	
B0120	B.1.k) Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere	25	21	141	187	
B0130	B.1.l) Combustibili, carburanti e lubrificanti	35	22	32	89	
B0140	B.1.m) Supporti informatici e cancelleria	66	41	255	362	
B0150	B.1.n) Materiale per la manutenzione	5	9	15	29	
B0200	B.1.o) Altro	8	3	320	331	
B0210	B.2) Acquisti di servizi	1.724	2.237	11.641	15.602	9%
B0240	B.2.3) per assistenza specialistica ambulatoriale	-	-	-	-	
B0440	B.2.7) per altra assistenza	51	113	1.455	1.619	
B0470	B.2.8) COMPARTECIPAZIONE AL PERSONALE PER ATT. LIBERO-PROF. (INTRAMOENIA)	87	194	1.084	1.365	
B0510	B.2.10) Consulenze sanitarie e non sanitarie	55	251	161	467	
B0540	B.2.11) Altri servizi sanitari	1	40	782	823	
B0580	B.2.12) Formazione (esternalizzata e non)	26	-	1	27	
B0590	B.2.13) Servizi non sanitari	1.504	1.639	8.158	11.301	
B0671	B.2.13.a) Utenze	49	48	781	878	
B0691	B.2.13.b) Altro	1.455	1.591	7.377	10.423	
B0700	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	1.029	640	4.028	5.697	3%
B0750	B.4) Godimento di beni di terzi	144	204	971	1.319	1%
	COSTO DEL PERSONALE (B5, B6, B7, B8)	21.073	21.357	84.638	127.068	77%
B0800	B.5) Personale del ruolo sanitario	18.205	19.049	78.642	115.896	
B0810	B.6) Personale del ruolo professionale	-	29	-	29	
B0820	B.7) Personale del ruolo tecnico	1.552	1.346	3.869	6.767	
B0830	B.8) Personale del ruolo amministrativo	1.316	933	2.127	4.376	
B0840	B.9) Oneri diversi di gestione	52	129	164	345	0%
B0881	B.10) + B.12) Ammortamenti delle immobilizzazioni	1.104	738	6.194	8.036	5%
B0940	B.14) Variazione delle rimanenze	(343)	(799)	(2.518)	(3.660)	-2%
B9999	Totale costi della produzione (B)	32.034	32.471	158.717	223.222	135%
	MARGINE OPERATIVO (RICAVI-COSTI)	(6.897)	(6.803)	(43.635)	(57.335)	
	(RICAVI-COSTI)/RICAVI	(27%)	(27%)	(38%)	(35%)	

LIVELLO DI ADERENZA A PERFORMANCE DI QUALITÀ E QUOTA % DIMISSIONI

P N E				
	cardiocircolatorio	16,4%	25,9%	22,8%
	respiratorio	34,4%	13,4%	15,7%
	osteomuscolare	29,2%	16,9%	16,5%
	gravidanza e parto	6,6%	25,5%	17,0%
	nervoso	NA	NA	21,5%
	chirurgia generale	5,5%	11,4%	3,6%
	chirurgia oncologica	NR	NR	2,9%
	QUOTA % QUALITÀ BASSA	29%		33%
	QUOTA % QUALITÀ MOLTO BASSA	12%	68%	17%

molto alta | alta | media | bassa | molto bassa | non rilevante

FINANZA AMMINISTRAZIONE SEZIONE REGIONALE CONTROLLO REGIONE PUGLIA

136

CONSUNTIVO 2015

MODELLI CP + RICAVI LORDI

		ASL LE							
		116	116	116	116	116	116		
		160062	160063	160165	160166	160167	160171		
		OSPEDALE GALATINA "CATERINA NOVELLA"	OSPEDALE GALLIPOLI "S. ACRO CUORE DI GESU'"	OSPEDALE COPERTINO	OSPEDALE SCORRANO	OSPEDALE CASARANO	OSPEDALE LECCE - V. FAZZI (SAN CESARIO)	TOTALE	% su RT
RT	RICAVI TOTALI	30.490	28.253	27.352	32.586	41.405	116.854	276.940	
RR	Ricavi RICOVERI	24.275	22.611	22.998	22.931	30.526	98.380	221.721	
RA	Ricavi AMBULATORIALI	6.215	5.642	4.354	9.655	10.879	20.474	57.219	
								-	
B0010	B.1) Acquisti di beni	11.471	12.412	7.842	9.282	16.856	63.053	120.916	43%
B0020	B.1.a) Prodotti farmaceutici	2.855	4.265	1.153	1.610	5.422	22.512	37.817	
B0030	B.1.b) Emoderivati e prodotti dietetici	100	29	-	155	147	140	571	
B0040	B.1.c) Materiali per la profilassi (vaccini)	37	18	30	16	140	426	667	
B0050	B.1.d) Materiali diagnostici prodotti chimici	3.672	3.098	1.723	2.437	4.474	10.244	25.648	
B0060	B.1.e) Materiali diagnostici, lastre RX, mezzi di contrasto per RX, carta per ECG, ECG, etc.	252	95	303	115	223	1.285	2.273	
B0070	B.1.f) Presidi chirurgici e materiali sanitari	2.200	2.620	3.085	2.360	3.323	16.684	30.272	
B0080	B.1.g) Materiali protesici e materiali per emodialisi	1.947	1.675	1.253	2.106	2.595	10.682	20.458	
B0110	B.1.j) Prodotti alimentari	24	-	-	-	-	1	25	
B0120	B.1.k) Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere	60	37	33	62	59	128	379	
B0130	B.1.l) Combustibili, carburanti e lubrificanti	107	131	68	85	99	297	787	
B0140	B.1.m) Supporti informatici e cancelleria	138	220	164	273	336	531	1.662	
B0150	B.1.n) Materiale per la manutenzione	72	12	9	41	14	13	161	
B0200	B.1.o) Altro	7	12	21	22	24	110	196	
B0210	B.2) Acquisti di servizi	4.994	6.152	4.534	4.115	5.276	16.455	41.526	15%
B0240	B.2.3) per assistenza specialistica ambulatoriale	-	-	-	-	-	-	-	
B0440	B.2.7) per altra assistenza	-	-	-	-	-	27	27	
B0470	B.2.8) COMPARTECIPAZIONE AL PERSONALE PER ATT. LIBERO-PROF. (INTRAMOENIA)	-	-	-	-	-	-	-	
B0510	B.2.10) Consulenze sanitarie e non sanitarie	212	219	147	76	152	687	1.493	
B0540	B.2.11) Altri servizi sanitari	1	44	-	35	13	54	147	
B0580	B.2.12) Formazione (esternalizzata e non)	48	42	41	43	57	143	374	
B0590	B.2.13) Servizi non sanitari	4.733	5.847	4.346	3.961	5.054	15.544	39.485	
B0671	B.2.13.a) Utenze	3.756	4.487	3.636	3.142	3.707	13.182	31.910	
B0691	B.2.13.b) Altro	977	1.360	710	819	1.347	2.362	7.575	
B0700	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	1.878	1.773	1.573	1.815	2.507	6.982	16.528	6%
B0750	B.4) Godimento di beni di terzi	51	10	92	14	104	288	559	0%
	COSTO DEL PERSONALE (B5, B6, B7, B8)	32.498	28.226	27.528	28.816	38.207	95.852	251.127	90%
B0800	B.5) Personale del ruolo sanitario	27.382	24.596	23.862	24.484	33.204	87.082	220.610	
B0810	B.6) Personale del ruolo professionale	-	38	-	33	40	186	297	
B0820	B.7) Personale del ruolo tecnico	3.395	2.752	2.795	3.304	3.825	6.556	22.627	
B0830	B.8) Personale del ruolo amministrativo	1.721	840	871	995	1.138	2.028	7.593	
B0840	B.9) Oneri diversi di gestione	420	365	356	373	494	1.240	3.248	1%
B0881	B.10) + B.12) Ammortamenti delle immobilizzazioni	731	690	612	706	976	2.717	6.432	2%
B0940	B.14) Variazione delle rimanenze	(332)	(353)	268	36	(234)	(2.772)	(3.387)	-1%
B9999	Totale costi della produzione (B)	51.711	49.275	42.805	45.157	64.186	183.815	436.949	157%
	MARGINE OPERATIVO (RICAVI-COSTI)	(21.221)	(21.022)	(15.453)	(12.571)	(22.781)	(64.961)	(158.009)	
	(RICAVI-COSTI)/RICAVI	(70%)	(74%)	(56%)	(39%)	(55%)	(55%)	(57%)	

LIVELLO DI ADERENZA A PERFORMANCE DI QUALITÀ E QUOTA % DIMISSIONI

PNE							
	cardiocircolatorio	28,9%	21,5%	21,5%	26,9%	24,0%	20,7%
	respiratorio	27,8%	23,6%	15,5%	22,4%	13,8%	13,1%
	osteomuscolare	13,1%	23,3%	22,7%	23,1%	19,3%	15,8%
	gravidanza e parto	18,5%	16,2%	21,9%	12,5%	12,5%	22,4%
	nervoso	NA	NA	NA	NA	24,1%	17,5%
	chirurgia generale	5,5%	7,1%	8,6%	7,7%	5,2%	4,4%
	chirurgia oncologica	NR	3,0%	3,2%	NR	NR	6,2%
	QUOTA % QUALITÀ BASSA	19%	23%	69%		14%	56%
	QUOTA % QUALITÀ MOLTO BASSA	19%	19%		13%	37%	16%

molto alta | alta | media | bassa | molto bassa | non rilevante

137

CRONOPROGRAMMA		INDICATORE	ENTRO
GOOSP 02.02.01	Regolamentazione del percorso propedeutico per i Presidi ASL con la collaborazione dell'AReSS	DGR di regolamentazione dei Piani di Rientro Preliminare	In attesa indicazioni ministeriali
GOOSP 02.02.02	Istruzione del Piano di Rientro Preliminare	DDG di adozione Piano di Rientro Preliminare	In attesa indicazioni ministeriali
GOOSP 02.02.03	Recupero criticità economico-finanziarie e assistenziali	Rientro nei parametri provvisori lettere a) e b) C524	In attesa indicazioni ministeriali
Impatti economici riepilogati complessivamente per "Nuova rete ospedaliera in aderenza a standard di cura, sicurezza, efficienza ed umanizzazione"			

Intervento GOOSP 02.03: Piani di Rientro Triennali Presidi ASL (2018-2020)

CRONOPROGRAMMA		INDICATORE	ENTRO
GOOSP 02.03.01	Individuazione Ospedali in Piano di Rientro con la collaborazione dell'AReSS	DGR di individuazione degli Ospedali in Piano di Rientro	In attesa indicazioni ministeriali
GOOSP 02.03.02	Istruzione del Piano di Rientro	DDG di adozione Piano di Rientro	In attesa indicazioni ministeriali
GOOSP 02.03.03	Recupero criticità economico-finanziarie e assistenziali	Rientro (certificato con report) nei parametri lettere a) e b) C524	In attesa indicazioni ministeriali
Impatti economici riepilogati complessivamente per "Nuova rete ospedaliera in aderenza a standard di cura, sicurezza, efficienza ed umanizzazione"			

Intervento GOOSP 02.04: Activity Based Funding a Costi Standard

La Sezione Amministrazione, Finanza e Controllo ha avviato un progetto volto alla realizzazione di un sistema di Activity - Based Funding (ABF) utile alla determinazione degli indicatori di benchmarking per la Sanità.

A luglio 2016 è stato creato un Tavolo di referenti regionali ed aziendali sul "Controllo di Gestione" e nei mesi successivi la Sezione ha avviato le attività utili a calcolare gli indicatori di benchmarking di 1° livello al fine di evincere dove e quanto è possibile migliorare l'efficienza e/o contenere le risorse con l'obiettivo ultimo di formulare delle valutazioni gestionali per la Regione nel suo complesso e per ognuna delle aziende, sia sul totale delle risorse sia per aggregazioni di fattori produttivi (personale, dispositivi sanitari, ecc.).

Nel corso del 2017, è stato chiesto a ciascuna Azienda del SSR di elaborare una matrice dei costi per singolo "presidio ospedaliero" dalla quale si potrà evincere l'allocazione delle risorse per macroattività aziendali e di presidio. Saranno raccolti, inoltre, i dati relativi ai ricoveri, all'attività ambulatoriale (n°/tipologia di prestazioni e relativo tariffato), alle macroattività PS e Territorio (n° accessi e residenti). In tal modo sarà effettuata l'analisi della produzione del 2016 per ogni azienda/presidio, verranno determinati i benchmark di 2° livello e sarà ottenuta la valorizzazione economico-organizzativa complessiva dell'attività di ricovero per azienda/presidio e per la Regione nel suo complesso.

SEZIONE AMMINISTRAZIONE FINANZA E CONTROLLO - FINANZA SANITARIA REGIONALE - REGIONE PUGLIA 138

138

CRONOPROGRAMMA		INDICATORE	ENTRO
GOOSP 02.04.01	Realizzazione e popolamento programma informatico (SW) di Activity-Based Funding con la collaborazione dell'AReSS	50% ospedali con ricavi/costi conferiti in benchmark 100% ospedali con ricavi/costi conferiti in benchmark	31/7/17 31/12/17
GOOSP 02.04.02	Formazione e addestramento SW Activity Based Funding con la collaborazione dell'AReSS	100% ospedali con sessione formativa completata	31/01/18
Impatti economici riepilogati complessivamente per "Nuova rete ospedaliera in aderenza a standard di cura, sicurezza, efficienza ed umanizzazione"			

Gli impatti sono così prudenzialmente stimati. Occorre evidenziare che gli impatti avranno essenzialmente natura di riallocazione e appropriatezza della spesa.			
Impatto Economico Intervento	***2016***	**2017**	**2018**
	-	-	- € 7.750.000
Dettaglio Economico Intervento 2018	*Beni sanitari -€ 2.020* *Beni non sanitari - € 790* *Riscaldamento - € 680* *Utenze telefoniche - € 470* *Utenze Elettriche -€ 1.220* *Altre Utenze - € 420* *Manutenzioni -€ 2.150*		

Intervento GOOSP 02.05: Miglioramento dell'appropriatezza clinica e organizzativa delle prestazioni sanitarie

Gli interventi di riqualificazione del sistema di offerta di prestazioni assistenziali hanno prodotto negli ultimi anni un incremento dell'appropriatezza in atto in Regione Puglia, come evidenziato in sede di verifica di erogazione dei LEA.

Appare tuttavia necessario completare il percorso avviato nel precedente Programma Operativo 2013-2015, dal momento che la capacità del sistema sanitario pugliese di garantire sempre più prestazioni appropriate si fonda anche sulla capacità di esercitare un'adeguata valutazione dell'efficacia degli interventi adottati e sul monitoraggio dei processi.

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

Le principali finalità perseguite dal processo di revisione delle attività di controllo sono:

- monitorare i processi di miglioramento per accrescere la qualità dei servizi sanitari,;
- integrare i diversi tipi di controllo analitico in un unico sistema complessivo, pur garantendo la centralità del livello aziendale nella sua operatività dei controlli
- definire principi e modalità omogenee di controllo analitico sui comportamenti dei soggetti erogatori pubblici e privati
- facilitare il raggiungimento degli adempimenti regionali previsti dalla normativa nazionale
- aumentare la responsabilizzazione tra i diversi attori del sistema, anche attraverso meccanismi di autovalutazione

SEZIONE AMMINISTRAZIONE FINANZA E CONTROLLO - GIUNTA REGIONALE REGIONE PUGLIA
139

- aumentare il coinvolgimento dei professionisti, anche tramite percorsi formativi loro dedicati
- Impostare un sistema di valutazione dell'efficacia del modello adottato

Le azioni proposte prevedono la seguente articolazione:

CRONOPROGRAMMA		INDICATORE	ENTRO	Adempimenti	Rif doc
GOOSP 02.05.01	Aggiornamento linee guida appropriatezza con la collaborazione dell'AReSS	DGR di revisione linee guida appropriatezza	28/02/18	bozza di documento di revisione delle linee guida	47 - A del 01/03/17
GOOSP 02.05.02	Formazione degli operatori sulle linee guida con la collaborazione dell'AReSS	Determina Dirigenziale di pianificazione sessioni di formazione	31/05/18		
GOOSP 02.05.03	Implementazione di un sistema di valutazione delle performance con la collaborazione dell'AReSS	Report di audit/monitoraggio ministeriali annuali	31/12/18		
		2016	**2017**	**2018**	
Impatto Economico Intervento		*Saranno monitorate trimestralmente le risultanze degli effetti economici determinati dai controlli*			

Intervento GOOSP 02.06: Audit PNE

Nell'ambito delle nuove linee guida sulle verifiche dell'appropriatezza clinica ed organizzativa sarà integrata strutturalmente l'attività di audit clinico promossa dal Programma Nazionale Esiti, che tuttavia merita una trattazione specifica anche in relazione alla rilevanza che gli indicatori del PNE assumono nell'ambito delle previsioni della Legge 208/2015 con l'obiettivo di:

- migliorare ed uniformare la codifica utilizzata nel rispetto delle norme, anche attraverso le analisi comparative tra i diversi erogatori su specifiche prestazioni condotte a livello regionale promuovere la qualità della documentazione clinica
- assicurare un supporto tecnico-scientifico in merito alla validazione dei profili e percorsi assistenziali.

In questo senso, particolarmente rilevanti sono le attività di formazione e aggiornamento: dopo la prima giornata di formazione sull'esecuzione degli audit, svoltasi il 22 marzo 2017 in occasione della presentazione dei risultati del PNE 2016, sarà definito un programma di attività che saranno svolte da AReS in collaborazione con AGENAS, attraverso la stipula di un apposito protocollo, da implementare secondo il seguente crono programma:

CRONOPROGRAMMA		INDICATORE	ENTRO
GOOSP 02.06.01	Formazione operatori a codifica, consultazione, interpretazione e impiego PNE con la collaborazione dell'AReSS	Determina Dirigenziale di pianificazione sessioni di formazione/audit	31/05/18
GOOSP 02.06.02	Completamento affiancamento/audit ospedali su PNE con la collaborazione dell'AReSS	100% ospedali con sessione di audit completata (certificato con report)	31/12/18

140

CRONOPROGRAMMA	INDICATORE		ENTRO
	2016	2017	2018
Impatto Economico Intervento	*Non vi sono impatti economici.*		

PROGRAMMA GOOSP 03: GOVERNO DELLA MOBILITÀ SANITARIA INTERREGIONALE

Intervento GOOSP 03.01: Stipula di accordi interregionali di scambio assistenziale

Sulla base dei dati attualmente disponibili, a seguito del primo scambio di dati aggregati tra le Regioni, il saldo di mobilità interregionale nell'anno 2015 della Regione Puglia è pari a circa – 180 milioni di euro (praticamente stabile rispetto alle annualità precedenti 2013 e 2014).

Il Patto per la Salute 2010–2012, siglato il 3.12.09 indica gli accordi sulla mobilità interregionale tra i settori strategici in cui operare al fine di qualificare i sistemi sanitari regionali, ovvero garantire ad un tempo maggiore soddisfacimento dei bisogni dei cittadini e maggior controllo della spesa. Inoltre, per il conseguimento del livello di appropriatezza nella erogazione e nella organizzazione dei servizi di assistenza ospedaliera e specialistica, lo stesso orienta le Regioni ad individuare adeguati strumenti di governo della domanda tramite accordi tra Regioni confinanti per disciplinare la mobilità sanitaria, e ciò al fine di:

- evitare fenomeni distorsivi indotti da differenze tariffarie e da differenti gradi di applicazione delle indicazioni di appropriatezza definiti;
- favorire collaborazioni interregionali per attività la cui scala ottimale di organizzazione possa risultare superiore all'ambito territoriale regionale;
- individuare meccanismi di controllo tesi a prevenire l'insorgere di eventuali comportamenti opportunistici di soggetti del sistema, attraverso la definizione di tetti di attività condivisi e funzionali al governo complessivo della domanda;

L'art. 1, c. 576, della L. 28 dicembre 2015, n. 28 (legge di stabilità 2016), il quale – modificando l'art. 15, c. 14, del D.L. 6 luglio 2012, n. 95 (convertito, con modificazioni, dalla L. 7 agosto 2012, n. 135) – ha previsto che a decorrere dall'anno 2016 le Regioni stipulino accordi bilaterali per il governo della mobilità sanitaria interregionale ai sensi dell'art. 19 del Patto per la Salute 2010-2012.

Le azioni di miglioramento della qualità dell'assistenza territoriale (GOTER) e dell'assistenza ospedaliera (GOOSP) sono tese, tra l'altro, all'aumento della attrattività e della efficienza delle strutture sanitarie con conseguente aumento della mobilità attiva e riduzione del ricorso a strutture extraregionale, con particolare riferimento alla prestazioni a media e bassa complessità che possono essere garantite in Puglia.

Inoltre, la stipula di specifici accordi bilaterali non solo con le Regioni confinanti ma anche con le Regioni verso le quali il saldo di mobilità negativa è particolarmente rilevante, con la conseguente fissazione di tetti per l'acquisto di prestazioni da fuori regione, può contribuire al contenimento delle spese per rimborsi di prestazioni erogate in mobilità. A causa della indeterminatezza nella conclusione degli accordi bilaterali che dipendono anche dalla disponibilità delle altre Regioni, si prevede prudenzialmente una riduzione del saldo negativo sulle prestazioni erogate nel 2018 del 5% nel 2018, pari a circa 9 milioni di euro.

141

L'intervento prevede una fase propedeutica di definizione degli interventi per la riduzione della mobilità passiva. In particolare con il coordinamento scientifico e il supporto di business intelligence dell'AReSS, si procederà a:

- l'analisi della casistica su cui concentrare il recupero della mobilità passiva a partire dai dati storici regionali e la selezione delle Regioni Pilota su cui concentrare le attività.
- la condivisione del set di prestazioni la cui erogazione in mobilità dovrebbe essere ridotta (prestazioni e pazienti target);
- la mappatura delle strutture erogatrici che per natura, tipologia e posizionamento territoriale possono maggiormente impattare sulla gestione e riduzione della mobilità;
- la definizione delle iniziative che possono supportare un miglioramento quali-quantitativo delle prestazioni erogate;
- la definizione delle iniziative che possono accrescere l'immagine delle strutture campane verso i cittadini.

CRONOPROGRAMMA		INDICATORE	ENTRO	Adempimenti (e riferimenti documentali)
GOOSP 03.01.01	Definizione degli interventi per la riduzione della mobilità passiva, in collaborazione con l'AReSS	Studio e atto amministrativo regionale di recepimento	30/06/17	Analisi dati e proposte accordi (prot 088 -A del 29/6/2017 prot. 110 - A del 05/07/2017 prot. 154 - A del 24/07/2017. prot. 162 - A del 11/10/2017 prot. 169 - A del 31/10/2017)
GOOSP 03.01.02	Definizione di accordi bilaterali per il governo della mobilità sanitaria interregionale, in collaborazione con l'AReSS	DGR di adozione accordi per gli anni 2017/2018	31/12/17	
Impatto Economico Intervento*		**2016**	**2017**	**2018 (**)**
		-	-	-

*Quale saldo tra mobilità attiva e mobilità passiva

(**) Il risparmio di € 9.000.000 si riferisce alle prestazioni erogate nel 2018, ma potendo essere rilevato all'interno dei saldi di mobilità solo dopo due anni, non viene riportato nei modelli programmatici.

PROGRAMMA GOOSP 04: GESTIONE INTEGRATA DELLA SICUREZZA OSPEDALIERA

Intervento GOOSP 04.01: Istituzione Sistema Integrato Gestione Sicurezza

Il tema della salute e della sicurezza sul lavoro è all'attenzione di tutti per la necessità inderogabile di adottare processi di gestione evoluti che partano dalla centralità della persona. Le Aziende Sanitarie, ed in particolare gli ospedali per le loro funzioni istituzionali nell'ambito della prevenzione e in quanto realtà organizzative complesse e di grandi

142

142

dimensioni, sono considerate target privilegiati per lo sviluppo di azioni integrate di gestione della sicurezza e di contrasto dei rischi psicosociali. Si ritiene pertanto utile e strategico per il sistema sanitario regionale l'adozione di sistemi integrati di gestione sella salute e sicurezza .(SIGSS) che consentano alle singole aziende la definizione delle modalità per individuare, all'interno della propria struttura organizzativa, le responsabilità, le procedure, i processi e le risorse per la realizzazione della politica aziendale di prevenzione, nel rispetto delle norme di salute e sicurezza vigenti in particolare in ospedale a partire dalla progettazione degli stessi.

L'obiettivo finale del progetto di cui è responsabile l'AReSS è individuato nella definizione e sperimentazione di un modello di Sistema di Gestione adattato alla complessità dell'ospedale pubblico con la finalità di migliorare la sicurezza, la qualità e di ridurre le probabilità di errore.

A tali fini a cura dell'AReSS il modello è stato elaborato, coerentemente con le linee guida emanate per i SGS dall'UNI- INAIL-ISPESL e adattato tenendo conto dei requisiti previsti dai percorsi di autorizzazione/accreditamento istituzionale regionali, ed è stato adottato con Deliberazione di Giunta Regionale n. 2276 del 21 dicembre 2017.

In particolare sono stati individuati i seguenti obiettivi specifici:

- definire idonee ed omogenee procedure per l'organizzazione e la realizzazione di un Sistema di Gestione della Salute e della Sicurezza sul Lavoro (SIGSS);
- definire adeguate metodologie di valutazione dei rischi per la salute e per la sicurezza dei lavoratori;
- definire omogenee attività di sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti a rischi professionali;
- garantire la formazione continua e specifica degli operatori e degli addetti dei servizi (Medico Competente e dei servizi Prevenzione e Protezione; degli RLS, Datori di Lavoro e Dirigenti, preposti);
- fornire supporto metodologico ed assistenza su temi ed attività specifiche per la pianificazione e l'attuazione di interventi di prevenzione alle Aziende Sanitarie Regionali;
- garantire il necessario coordinamento con i responsabili delle attività e dei gruppi di lavoro "Gestione del rischio clinico" ed "Infezioni Ospedaliere", oltre che con il Sistema Regionale per la Formazione Continua e con l'ARESS, soprattutto per le attività di formazione e di accreditamento delle strutture sanitarie, residenziali ed assistenziali;
- fornire supporto alla Regione Puglia per poter disporre, a livello centrale, di sintetici indicatori di verifica di efficacia di processo, di risultato che consentano di poter esercitare un'azione di monitoraggio, di governo e di verifica sulle attività di prevenzione attuate nello specifico settore.

Per la realizzazione delle attività e il raggiungimento degli obiettivi di cui sopra saranno attivate precise aree tematiche attraverso i seguenti strumenti:

- individuazione, da parte di ogni singola Azienda, del Responsabile del Sistema (elettivamente il RSPP e/o il Medico Competente);

SEZIONE AMMINISTRAZIONE FINANZIARIA SANITARIA REGIONE PUGLIA - 0143

- sensibilizzazione del personale attraverso l'erogazione a tutti i soggetti e alle funzioni aziendali coinvolte nel SGS, delle conoscenze e delle competenze necessarie per lo svolgimento di un ruolo attivo rispetto al raggiungimento degli obiettivi;
- incontro presso ciascuna Azienda aderente al programma per la presentazione delle procedure e della lista di riscontro iniziale;
- comunicazione ad ogni singola azienda delle procedure risultate critiche e richiesta dei rispettivi piani di miglioramento;
- stesura di un Piano di Miglioramento sulla base delle procedure risultate maggiormente critiche;
- monitoraggio dell'andamento del sistema in termini di efficacia ed efficienza, attraverso audit periodici dei principali indicatori del **"profilo di salute integrata aziendale"** (Infortuni sul lavoro, denunce di malattia professionale, indicatori di qualità aria e acque, infezioni ospedaliere ecc.).

Attualmente esiste una convenzione stipulata con la società Deloitte s.p.a. sottoscritta dalle ASL di Bari, BT e Lecce per la realizzazione degli obiettivi sopra descritti. La Regione Puglia intende estendere la citata convenzione anche alle altre Aziende Sanitarie Locali mancanti.

CRONOPROGRAMMA		**INDICATORE**		**ENTRO**
GOOSP 04.01.01	Codificazione e formalizzazione di un modello regionale di gestione integrata della sicurezza, sotto il coordinamento dell'AReSS	DGR di adozione modello		31/05/2017
GOOSP 04.01.02	Audit aziendali per analisi criticità e stesura piano di miglioramento, sotto il coordinamento dell'AReSS	DDG aziendali di adozione del modello regionale e di formalizzazione del piano di miglioramento		30/06/2017
GOOSP 04.01.03	Monitoraggio dell'aderenza al modello regionale, sotto il coordinamento dell'AReSS	Report di monitoraggio degli indicatori di PSIA		31/12/2017 31/12/2018
GOOSP 04.01.04	Estensione convenzione con Deloitte con le altre Aziende Sanitarie Locali (TA - BR - FG)	Sottoscrizione convenzione		30/06/2017
Impatto Economico Intervento*		**2016**	**2017**	**2018**
		-	*2.400.000*	*4.800.000*

Si prevede un'ulteriore spesa di 3.800.000 euro nel corso dell'anno 2019, dal momento che per 8 aziende l'attività triennale è avviata nel 2017.

144

164

CAPITOLO VI

[GOFAR] - FARMACI ED ASSISTENZA FARMACEUTICA

Le Regioni hanno il compito di garantire il rispetto dei criteri di appropriatezza, sicurezza ed economicità, favorendo l'uniformità a delle scelte attinenti l'uso dei farmaci, a tutela dell'equità del servizio reso ai cittadini. In particolare le Regioni devono adottare adeguati interventi sul tema dell'appropriatezza, in grado di prevenire e controllare fenomeni di improprio assorbimento di risorse da parte di un livello assistenziale con conseguente scopertura di altri livelli.

In tale contesto è obbligo per le Regioni assicurare il rispetto di tetti di spesa sulla assistenza farmaceutica, stabiliti dalla L. 135/2012 fino al 2016 nel 11,35% per la ***Farmaceutica Territoriale*** e nel 3,50% per la spesa ***Farmaceutica Ospedaliera*** in rapporto alla spesa sanitaria complessiva (tetto complessivo del 14,85%)

Tali parametri sono stati aggiornati con la legge di stabilità 2017, fermo restando il tetto complessivo del **14,85%.** In particolare, l'art 1 comma 398 della legge di stabilità 2017 prevede che il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera, di cui all'articolo 5, comma 5, del d.l. n. 159/2007, convertito, con modificazioni, dalla legge 29/11/2007, n. 222, sia calcolato al lordo della spesa per i farmaci di classe A in distribuzione diretta e distribuzione per conto ed è rideterminato nella misura del **6,89%** («tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti»). Il tetto della spesa farmaceutica territoriale è stato, quindi, rideterminato nella misura del **7,96%** («tetto della spesa farmaceutica convenzionata»).

L'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) effettua periodicamente il monitoraggio sulla spesa farmaceutica delle diverse Regioni, pubblicando gli scostamenti rispetto ai suddetti tetti di spesa.

In tabella VI-1 sono riportati i risultati della verifica del rispetto dei tetti di spesa per il 2015, dai quali si evince una spesa complessiva pari a **€ 1.365.842.779** (18,80% del fondo), con uno scostamento assoluto di **€ 287.167.174** rispetto al tetto prefissato del 14,85% e di **€ 165.861.567** rispetto alla media nazionale (16,52%).

Fondo	Tetto 14,85%	Spesa territoriale	Spesa ospedaliera	Spesa complessiva	Scostamento assoluto	% su fondo
7.263.808.787	1.078.675.605	962.494.962	403.347.817	1.365.842.779	287.167.174	18,80

Tabella VI – 1. Spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera nel 2015

Dall'ultimo monitoraggio AIFA (gennaio/ottobre 2016), pubblicato il 03/02/2017, si rileva una incidenza del **18,35%** della spesa farmaceutica sul fondo sanitario, con un sforamento in valore assoluto nei primi dieci mesi del 2016 di **225.127.192 €,** che in proiezione lineare a 12 mesi porta ad uno sforamento complessivo tendenziale per il 2016 pari a **270.152.630 €** rispetto al tetto del 14,85%. Con riferimento alla media nazionale, che si attesta al 16,41%, la maggior spesa è pari su base annua a **149.624.983 €** nel 2016.

SEZIONE AMMINISTRATIVA FINANZA E CONTROLLO REGIONALE

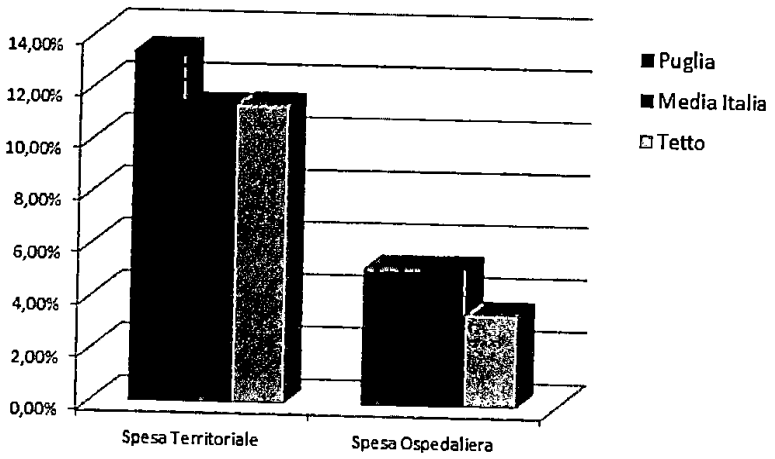


Figura VI – 1. Confronto della % percentuale della spesa farmaceutica sul fono sanitario regionale (anno 2016, dati anno 2016, proiezione rapporto di monitoraggio AIFA gen-ott. 2016).

E' pertanto evidente che la spesa farmaceutica rappresenta una grossa criticità per la sostenibilità del servizio sanitario della Regione Puglia, la cui soluzione necessità interventi operativi drastici non più rinviabili.

L'obiettivo che la Regione Puglia deve porsi nel medio termine è quello di ridurre la spesa farmaceutica complessivamente di circa **150 milioni** su base annua (riallineamento alla media nazionale). Nel lungo termine l'obiettivo deve essere quello del rispetto del tetto complessivo di spesa per la spesa farmaceutica, riducendo la spesa totale di circa **270 milioni**, come evidenziato in figura VI-2.

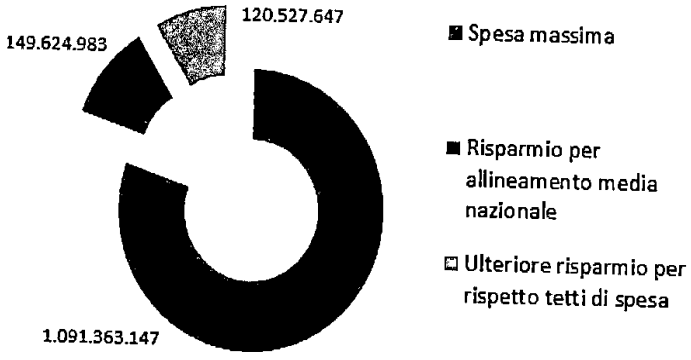


Figura VI – 2. Obiettivi di risparmio (dati anno 2016, proiezione rapporto di monitoraggio AIFA gen-ott. 2016)

Di seguito (tabella VI-2) sono elencati gli interventi del programma GOFAR, mirati alla razionalizzazione ed alla riduzione della spesa farmaceutica regionale, con l'indicazione dell'impatto economico per l'anno 2017 e 2018. I singoli interventi sono dettagliati nei paragrafi che seguono.

PROGRAMMA GOFAR			Impatto economico stimato (in migliaia di euro)		
INTERVENTO		Voce di Spesa	2016	2017	2018
GOFAR 01.1	Distribuzione diretta di farmaci in fascia A	Farmaceutica Convenzionata	n/a	-5.000	-10.000
GOFAR 01.02	Sistema di Logistica Avanzata Centralizzato	Acquisto Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale	n/a	n/a	n/a
GOFAR 01.03	Consumo di farmaci in ambito ospedaliero ed in distribuzione diretta	Acquisto Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale	n/a	-10.000	-20.000
GOFAR 01.04	Gara aggregata farmaci	Acquisto Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale	n/a	-10.000	-40.000
GOFAR 02.01	Potenziamento Funzione Regionale PHT	Acquisto Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale	n/a	n/a	n/a
GOFAR 02.02	Revisione Accordo Regionale DPC	Farmaceutica Convenzionata	n/a	-2.000	-4.000
GOFAR 03.01	Appropriatezza Prescrittiva e Aderenza Terapeutica	Farmaceutica Convenzionata	n/a	-10.000	-25.000
GOFAR 03.02	Governo Farmaci Innovativi Oncologici	Acquisto Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale	n/a	n/a	n/a
GOFAR 04.01	Prontuario Regionale e Commissione Farmaci	Acquisto Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale	n/a	-1.000	-2.000
GOFAR 04.02	Risk Sharing	Acquisto Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale	n/a	-1.000	-2.000
GOFAR 04.03	Sistema Direzionale Farmaceutico	Farmaceutica Convenzionata	n/a	-2.000	-3.000
TOTALE		**Entrambi le voci**	n/a	**-41.000**	**-106.000**
		Farmaceutica convenzionata	**n/a**	**-19.000**	**-42.000**
		Acquisto Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale	**n/a**	**-22.000**	**-64.000**

Tabella VI – 2. Impatto economico del programma GOFAR.

Va evidenziato che, in considerazione del dato storico sulla spesa farmaceutica, degli inevitabili tempi di latenza nella diffusione di alcuni interventi, dei possibili ricorsi amministrativi contro le procedure di gara aggregate per l'acquisto di farmaci, delle presumibili resistenze alla attuazione di una manovra di riduzione della spesa così vasta, gli obiettivi economici di risparmio indicati in tabella VI-2 sono sottostimati in un'ottica conservativa rispetto a quanto effettivamente realizzabile, al fine di avere un adeguato margine di cautela nella costruzione del programmatico.

La responsabilità del coordinamento delle azioni è della Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche – Servizio Politiche del Farmaco, con il supporto dell'Agenzia Regionale Sanitaria.

SEZIONE RAGIONERIA GENERALE - AMMINISTRAZIONE FINANZIARIA SANITARIA REGIONE PUGLIA - 145

PROGRAMMA GOFAR 01: DISTRIBUZIONE DIRETTA di FARMACI e CONSUMI OSPEDALIERI

Intervento GOFAR 01.01: Distribuzione diretta di farmaci in fascia A.

La normativa nazionale (art. 8, comma 1 della L. 405/2001) attribuisce alle Regioni la potestà di prevedere interventi sui meccanismi di distribuzione dei farmaci, quali la **Distribuzione Diretta (DD)** per il tramite delle Aziende Sanitarie e **la Distribuzione per Conto (DPC)** che, a fronte di specifici accordi stipulati tra Regione e associazioni di categoria delle farmacie convenzionate, pubbliche e private, consente agli assistiti di rifornirsi delle categorie di medicinali che richiedono un controllo ricorrente del paziente anche presso le predette farmacie, comportando indubbi vantaggi economici rivenienti da acquisti dei farmaci effettuati a prezzi più vantaggiosi, riservati esclusivamente alle strutture pubbliche.

Il presente intervento si articola in una serie di Azioni specifiche riguardanti l'ampliamento di dispensazione riguardante:

a) medicinali necessari a garantire la continuità assistenziale e presa in carico di **pazienti con patologia grave e/o di carattere cronico (pazienti outliers)** che richiedono follow-up assistenziale;

b) medicinali necessari a garantire la continuità assistenziale relativamente al **primo ciclo terapeutico completo,** per il periodo immediatamente successivo alla **dimissione dal ricovero** ospedaliero o alla **visita specialistica** ambulatoriale;

c) medicinali necessari al trattamento dei pazienti in **assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale;**

Al riguardo è stata effettuata un'analisi su spesa e consumi annui, in farmaceutica Convenzionata A-SSR, dei farmaci dispensati a:

a) pazienti cronici pluripatologici (outliers);

b) pazienti per i quali risultano registrate dimissioni da ricovero nei trenta giorni precedenti alla data di erogazione delle prescrizioni farmaceutiche, al fine di quantificare i risparmi rivenienti dalla dispensazione di tali medicinali attraverso il canale della Distribuzione Diretta;

c) pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale.

I **pazienti outliers di cui al punto a**) sono stati selezionati mediante la Banca Dati Assistito (BDA) in uso presso l'AReSS tra gli assistiti cronici con livello di gravità patologica medio-alto (score DDCI ≥ 5), che ammontano a circa **350.777** per i quali, nel 2015, è stata registrata in Puglia una spesa nel canale della farmaceutica convenzionata pari ad euro 211.380.000. Nell'ipotesi di prendere incarico in distribuzione diretta il **20%** di tali pazienti, selezionandoli tra quelli a maggiore incidenza sulla spesa farmaceutica convenzionata, la spesa farmaceutica convenzionata su base annua può essere ridotta di circa euro **42 milioni**, con un risparmio effettivo complessivo di circa **21 milioni** al netto delle spese per l'acquisto di tali medicinali in

148

distribuzione diretta ai prezzi di gara (con uno sconto medio del 50% rispetto alla convenzionata).

Per quanto riguarda il **punto b)** è stata quantificata in euro 23.303.850 la spesa annua relativa a terapie farmacologiche di fascia A (escluso il PHT in Distribuzione per conto) erogata a pazienti entro i trenta giorni successivi da una dimissione da ricovero. Nell'ipotesi di prendere in carico in distribuzione diretta tali pazienti, è possibile ridurre pertanto di circa **23 milioni** la spesa farmaceutica convenzionata, con un risparmio complessivo di circa **11,5 milioni** al netto delle spese per l'acquisto di tali medicinali in distribuzione diretta ai prezzi di gara (con uno sconto medio del 50% rispetto alla convenzionata).

Per quanto riguarda il **punto c)**, è stata quantificata in euro 1.263.530 la spesa annua relativa a terapie farmacologiche di fascia A (escluso il PHT in Distribuzione per conto) erogate a pazienti durante il regime di assistenza in strutture residenziali. Nell'ipotesi di prendere in carico in distribuzione diretta l'erogazione di tali terapie farmacologiche è possibile ridurre di circa **1,2 milioni** la spesa farmaceutica convenzionata con un risparmio complessivo di circa **0,6 milioni**, al netto delle spese per l'acquisto di tali medicinali in distribuzione diretta ai prezzi di gara (con uno sconto medio del 50% rispetto alla convenzionata).

Per ottenere i risultati appena illustrati è necessario attuare alcune azioni abilitanti quali:

- l'assunzione di farmacisti da dedicare esclusivamente alle attività di erogazione diretta nelle strutture sanitarie pubbliche, reclutando il personale anche mediante ricorso a rapporti di lavoro autonomo, ai sensi e nei limiti dell'art. 7, comma 6, del d.Lgs. 165/2001;
- assegnazione di obiettivi specifici ai Direttori Generali delle ASL/AO/EE/IRCCS relativi al numero di accessi dei pazienti in Distribuzione Diretta da garantire a seguito di Dimissioni da ricovero/Day Service/Visita Specialistica Ambulatoriale;
- avvio di concerto con l'AReSS di un percorso di collaborazione con il rappresentanti di categoria dei Medici di Medicina Generale finalizzato all'individuazione dei pazienti outliers a maggiore impatto sulla spesa farmaceutica convenzionata e presa in carico degli stessi da parte dei Servizi Farmaceutici delle ASL per la Distribuzione diretta della terapia farmacologica.

Si evidenzia che i possibili risparmi rivenienti dalle attività di distribuzione diretta sopra riportati (**33,1 milioni**) sono tali da giustificare ampiamente i costi aggiuntivi rivenienti dal reclutamento di risorse umane aggiuntive di circa 20 farmacisti, pari a 1,5 milioni ricompresi nelle maggiori spese per personale per cui si rimanda al relativo intervento.

Nella Tabella VI – 3 sono riportate le azioni di dettaglio con le relative tempistiche. L'impatto economico per la costruzione del programmatico rispetto ai risparmi ipotizzati sulla farmaceutica convenzionata è stato ampiamente sottodimensionato in una logica conservativa. Si noti che la riduzione dei costi sulla farmaceutica convenzionata di 5 milioni nel 2017 e di 10 milioni nel 2017, riportata in tabella VI-3, comporta un aumento di 5 milioni di euro nel 2017 e di 5 milioni nel 2018 per l'acquisto diretto di farmaci considerati nel conteggio dell'impatto economico dell'intervento GOFAR 01.04.

CRONOPROGRAMMA INTERVENTO GOFAR 01.01: Incremento dei farmaci erogati in distribuzione diretta.				
AZIONE		**INDICATORE**	**ENTRO**	**Adempimenti (e riferimento documentale)**
GOFAR 01.01.01	Potenziamento farmacisti presso le Aziende sanitarie per il servizio di distribuzione diretta dei medicinali del primo ciclo terapeutico	Atti di aziendali relativi al reclutamento	31/03/2017 e successivi aggiornamenti	
GOFAR 01.01.02	Approvazione di un protocollo operativo per la gestione della distribuzione diretta in dimissione per il primo ciclo di terapia	Atto amministrativo di approvazione del protocollo	31/01/2017	• Nota prot. AOO_081/14-2-2017(prot. 27-A del 17/02/2017)
GOFAR 01.01.03	Avvio di un percorso di collaborazione con il rappresentanti di categoria dei Medici di Medicina Generale finalizzato all'individuazione dei pazienti outliers a maggiore impatto sulla spesa farmaceutica convenzionata e presa in carico degli stessi da parte dei Servizi Farmaceutici delle ASL per la Distribuzione diretta della terapia farmacologica	DGR di definizione dei criteri di selezione dei pazienti outliers ed individuazione del modello di programma terapeutico per la presa in carico	31/06/2017	
Impatto Economico Intervento (in migliaia di euro)		**2016**	**2017**	**2018**
		-	*-5.000*	*-10.000*

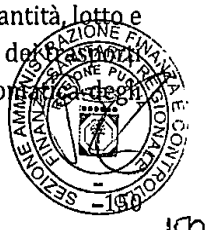
Tabella VI – 3. GOFAR 01.01. Cronoprogramma ed impatto economico

Intervento GOFAR 01.02: Sistema di Logistica Avanzata Centralizzato

Il progetto regionale prevede l'istituzione di uno più magazzini farmaceutici sovra-aziendali (*hub*) che, assieme alla gestione ospedaliera del farmaco in dose-unitaria, rappresenteranno una importate tappa di un percorso di rinnovamento della logistica sanitaria.

Tale sistema rappresenterà una struttura ad alta automazione tecnologica ed informatizzazione della filiera logistica mediante l'impiego di soluzioni integrate per la gestione dell'intera catena di approvvigionamento. L'implementazione del sistema informativo verrà progettato in un'ottica integrata con l'intera filiera logistica aziendale, sviluppando in particolare l'integrazione con i flussi informatizzati del ciclo passivo con i fornitori di beni, in modo da gestire il processi di ordine e di magazzino in modalità dematerializzata.

Il progetto di sviluppo dei Magazzini HUB prevedrà la possibilità di tracciare tutto il materiale sanitario in uscita in appositi bancali, roller e/o cassette dotando gli stessi di specifici codici utili a rilevare i singoli medicinali, dispositivi e beni in essi contenuti, per tipo, quantità, lotto e scadenza, in modo da gestire la piena integrazione con la gestione informatizzata del trasporto su gomma ed interni fino alla consegna al reparto per l'alimentazione semiautomatica degli armadietti informatizzati.



150

Questo modello di gestione punta a ridurre i costi e ad aumentare la qualità dei servizi resi, per mezzo:

- di una progressiva riduzione dei costi di gestione ottenuti grazie alla graduale riduzione del numero di magazzini locali;
- della continua diminuzione del personale tecnico ed amministrativo occupato in attività logistiche e di magazzino.

L'accentramento della gestione consentirà inoltre di omogeneizzare i prodotti gestiti (dal dispositivo medico di largo consumo e specialistico al medicinale) e di ridurre i costi di gestione operativa, aumentando la performance nei tempi di pagamento dei debiti verso i fornitori e riducendo il pagamento di interessi di mora per ritardato pagamento.
Si evidenzia che i costi per la realizzazione di tale sistema possono trovare copertura nel PO FESR 2014/2020 della Regione Puglia.

CRONOPROGRAMMA Intervento GOFAR 01.02: Sistema di Logistica Avanzata Centralizzato					
AZIONE		**INDICATORE**		**ENTRO**	**Adempimenti (e riferimento documentale)**
GOFAR 01.02.01	Individuazione dell'Ente del SSR (Agenzia/Azienda) cui affidare lo sviluppo progetto di razionalizzazione del sistema logistico avanzato	DGR di conferimento mandato e di assegnazione delle specifiche tecniche di massima		31/03/2017	DGR. 218/2017 prot. 36-A del 27/02/2017.
GOFAR 01.02.02	Approvazione del progetto	Atto amministrativo regionale		30/09/2017	
GOFAR 01.02.03	Indizione del bando per l'affidamento della realizzazione del progetto	Bando di gara da parte del soggetto aggregatore		31/12/2017	
Impatto Economico Intervento*		**2016**	**2017**	**2018**	
		-	-		-

*Al momento non è valutabile e se ne rinvia la valutazione a seguito della progettazione almeno preliminare.

Tabella VI – 4. GOFAR 01.02. Cronoprogramma ed impatto economico

Intervento GOFAR 01.03: Consumo di farmaci in ambito ospedaliero ed in distribuzione diretta

Il seguente intervento si articola in una serie di azioni volte a ridurre il consumo di farmaci per la distribuzione diretta e per la somministrazione ambulatoriale ed ospedaliera.

In primo luogo, linea con i nuovi tetti della legge di stabilità 2017 sono stati individuati per il 2017 budget per singola Azienda relativi all'acquisto delle categorie medicinali [illegible]

SEZIONE AMMINISTRAZIONE FINANZA CONTROLLO 151

impatto sulla spesa per acquisto diretto di farmaci. Nella distribuzione dei budget si tiene conto dei valori della produzione ospedaliera e di day-service e specialistica ambulatoriale al fine di tenere in debita considerazione la complessità delle prestazioni erogate. (Nota prot. AOO_081/18-01-2017/276 recante *"Prime indicazioni per la determinazione dei valori massimi di spesa aziendali relativi all'acquisto diretto di farmaci ai sensi dell'art.1 comma 398 della legge di stabilità 2017."* acquisita al protocollo del sistema documentale n. 9 – A del 19/01/2017.)

Il non superamento dei tetti di spesa deve intendersi quale osservanza delle disposizioni ed attuazione delle azioni per il contenimento della spesa farmaceutica, ricompresa negli obiettivi di mandato dei Direttori Generali.

In secondo luogo è previsto il rafforzamento delle attività di monitoraggio dei medici specialisti. Infatti, è necessario monitorare tutte le prescrizioni farmaceutiche anche in ambito ospedaliero e specialistico ambulatoriale al pari di quanto avviene per le prescrizioni su ricettario del SSR o ricetta dematerializzata ai sensi del DM 2/11/2011 per la spesa farmaceutica convenzionata.

La Regione dispone del sistema informativo sanitario regionale, denominato "Edotto", che consente di tracciare in tempo reale tali prescrizioni. Pertanto, è stato assegnato l'obiettivo ai Direttori Generali di assicurare l'utilizzo di tali funzionalità almeno per il 90% delle prescrizioni farmaceutiche in ambito ospedaliero ed ambulatoriale.

Prescrizioni in formato cartaceo sono consentite esclusivamente nei casi residuali in cui, per temporanei impedimenti di tipo tecnico-organizzativo, non possa essere assicurata la prescrizione telematica dei farmaci. I dati devono essere comunque conferiti off-line entro il giorno 10 del mese successivo alla erogazione/dispensazione attraverso gli appositi flussi già implementati con il dato obbligatorio del CF del medico prescrittore e della unità operativa di appartenenza.

Tale procedura si rende necessaria anche per supportare il medico prescrittore nel rispetto degli indirizzi regionali ed inserire controlli bloccanti già in fase prescrittiva. Inoltre, attraverso tale monitoraggio sarà possibile avviare procedimenti sanzionatori anche per i medici dipendenti in accordo a quanto previsto dalla normativa nazionale in materia di pubblico impiego nonché dai contratti collettivi nazionali e decentrati.

Attraverso tale sistema dovrà essere tracciata anche la prescrizione di farmaci off-label, Cnn e fuori Prontuario Terapeutico Regionale (PTR), nei casi ridotti e limitati in cui ciò è consentito.

Come ulteriore azione tra gli obiettivi gestionali dei Direttori Generali sono inseriti i seguenti (si veda la DGR n. 2198 del 28/12/2016, ad oggetto *"Individuazione ed assegnazione degli obiettivi di performance delle Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R. per il triennio 2016-2018"*, acquisito dal Sistema Documentale Piani di Rientro al prot. 10-A del 19/01/2017):

a) adesione all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso (saranno definite soglie minime per categoria di farmaci)

152

b) uso appropriato degli antibiotici ed agli antimicotici ad alto costo al fine del controllo delle resistenze batteriche anche mediante l'obbligo di prescrizione motivata personalizzata relativamente ai farmaci a maggior costo;
c) favorire l'utilizzo delle scelte terapeutiche a maggior rapporto costo efficacia con particolare riferimento ai farmaci biotecnologici ad alto costo;
d) contenimento del numero dei nuovi pazienti (naive e switch) posti in trattamento con farmaci anticoagulanti orali (NAO).
e) riduzione dell'utilizzo dei farmaci PPI (inibitori di pompa protonica) di percentuali annue in termini di spesa;
f) promuovere l'ottimizzazione dell'utilizzo dei residui dei farmaci ad alto costo conseguenti alla implementazione del "Drug Day", ovvero nella concentrazione in un giorno della settimana di più trattamenti con lo stesso farmaco;
g) incremento dell'utilizzo di farmaci a brevetto scaduto per l'avvio di terapie ad azione immunosoppressiva
h) incremento dell'utilizzo di farmaci a brevetto scaduto per l'avvio di terapie per l'osteoporosi;
i) verifica dei costi medi della spesa farmaceutica ospedaliera per giornata di degenza, al fine di tendere alla media nazionale;

Al fine di sostanziare i risparmi presunti per l'acquisto diretto di farmaci si riportano nelle tabelle VI-5 i risultati attesi dal solo obiettivo sui biosimilari di seguito richiamato, per oltre 10 milioni su base annua (valore sottodimensionato in quanto si sono considerati solo alcuni canali di somministrazione/erogazione.

Tra le varie azioni per la riduzione complessiva della per acquisto di farmaci si prevede anche il rafforzamento del sistema di autoproduzione degli emoderivati e comunque di interscambio a livello interregionale, riducendo sensibilmente la quota di acquisto dei plasma-derivati sul mercato a prezzi correnti.
In tale contesto va evidenziato che con DGR 2090/2015 è stato recepito l'Accordo Stato Regioni recante *"Indicazione in merito al prezzo unitario di cessione, tra aziende sanitarie e tra Regioni e Province Autonome, delle unità di sangue, dei suoi componenti e dei farmaci plasma-derivati prodotti in Convenzione, nonché azioni di incentivazione dell'interscambio tra Aziende sanitarie all'interno della Regione e tra le Regioni"* (trasmessa nel sistema documentale prot. n. 5 – A del 17/01/2017).
In particolare, con riferimento al punto 12 del suddetto Accordo Stato-Regioni con DGR n. 1656 del 26/10/2016 (*trasmessa nel sistema documentale prot. n. 5 – A del 17/01/2017*), si è proceduto a recepire l'Accordo interregionale finalizzato alla aggiudicazione dell'appalto interregionale per il servizio relativo al ritiro, trasferimento nello stabilimento di lavorazione, trasformazione del plasma prodotto dalle strutture trasfusionali e produzione, stoccaggio e consegna di farmaci plasma-derivati.
Con la suddetta deliberazione si è provveduto al perfezionamento dell'adesione alla aggregazione interregionale, guidata dalla Regione Emilia-Romagna come Regione capofila, al fine di valorizzare al meglio il plasma a disposizione e di raggiungere il maggior e migliore

153

153

livello di autosufficienza in termini di plasmaderivati secondo le indicazioni normative in materia.

Si evidenzia che il soggetto aggregatore della Regione Emilia-Romagna ha provveduto a pubblicare il band di "Gara comunitaria a procedura aperta per la stipula di un contratto per l'affidamento del servizio relativo al ritiro, trasferimento nello stabilimento di lavorazione, trasformazione del plasma prodotto dalle strutture trasfusionali delle regioni Emilia-Romagna, Puglia, Calabria e Sicilia e produzione, stoccaggio e consegna di farmaci plasmaderivati" dell'importo complessivo di € 224.000.000,00 (IVA esclusa).

Farmaci Biotecnologici ANTI TNF-ALFA: - Obiettivo D.G.R. 2198/2016 - Adesione > 30% all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso	N. DDD TOT - (Farmaceutica Ospedaliera + Distr Diretta) - Gen-Dic 2016	Spesa Tot. Iva inc (Farmaceutica Ospedaliera +Distr Diretta) - Gen-Dic 2016	Incidenza % del Consumo in DDD del Biosimilare riseptto all'Originator	Variazione stimata dei consumi in DDD nell'ipotesi in cui Biosimilare rappresenti il 30% del consumo totale di Etanercept (Obiettivo Gest. D.G. - D.G.R. 2198/2016)	Costo medio x DDD (Iva inc) Etanercept Biosimilare/Originator	Proiezione di Spesa nell'ipotesi di ridurre il consumo dell'Originator del 30% trasformandolo in consumo di Biosimilare	Risparmio Presunto Annuo nell'ipotesi di raggiungimento dell'Obiettivo (il consumo del Biosimilare deve rappresentare almeno il 30% del consumo totale di Etanercept
Etanercept Biosimilare	28,57	€ 692,00	0,006%	135.526,06	€ 24,22	€ 3.282.490,31	
Etanercept Originator	451.724,95	€ 17.075.966,00	99,994%	316.227,46	€ 37,80	€ 11.953.932,22	**€ 1.840.235,47**
Totale Etanercept	451.753,52	€ 17.076.658,00		451.753,52		€ 15.236.422,53	

Farmaci Biotecnologico ANTI TNF-ALFA - Obiettivo D.G.R. 2198/2016 - Adesione > 30% all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso	N. DDD TOT - (Farmaceutica Ospedaliera +Distr Diretta) - Gen-Dic 2016	Spesa Tot. Iva inc (Farmaceutica Ospedaliera +Distr Diretta) - Gen-Dic 2016	Incidenza % del Consumo in DDD del Biosimilare riseptto all'Originator	Variazione stimata dei consumi in DDD nell'ipotesi in cui Biosimilare rappresenti il 40% del consumo totale di Etanercept (Obiettivo Gest. D.G. - D.G.R. 2198/2016)	Costo medio x DDD (Iva inc) Etanercept Biosimilare/Originator	Proiezione di Spesa nell'ipotesi di ridurre il consumo dell'Originator del 30% trasformandolo in consumo di Biosimilare	Risparmio Presunto Annuo nell'ipotesi di raggiungimento dell'Obiettivo (il consumo del Biosimilare deve rappresentare almeno il 30% del consumo totale di Etanercept
Infliximab Biosimilare	120.214,84	€ 1.588.710,00	22,925%	209.751,96	13,21559013	€ 2.771.995,87	
Infliximab Originator	404.165,05	€ 7.429.365,00	77,075%	314.627,93	18,38200746	€ 5.783.493,01	**€ 462.586,12**
Totale Infliximab	524.379,89	€ 9.018.075,00		524.379,89		€ 8.555.488,88	

Farmaci Biotecnologici G-CSF - Obiettivo D.G.R. 2198/2016: Adesione > 85% all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso	N. DDD TOT - (Farmaceutica Ospedaliera +Distr Diretta) - Gen-Dic 2016	Spesa Tot. Iva inc (Farmaceutica Ospedaliera +Distr Diretta) - Gen-Dic 2016	Incidenza % del Consumo in DDD del Biosimilare riseptto all'Originator	Variazione stimata dei consumi in DDD nell'ipotesi in cui Biosimilare rappresenti il 88,2% del consumo totale di G-CSF (Media Nazionale Osmed)	Costo medio Attuale Puglia x DDD (Iva inc) Filgrastim Biosimilare/Altri GCSF Originator	Proiezione di Spesa nell'ipotesi in cui Biosimilare rappresenti il 88,2% del consumo totale di G-CSF (Media Nazionale Osmed)	Risparmio Presunto Annuo nell'ipotesi di raggiungimento dell'Obiettivo (il consumo del Biosimilare deve rappresentare almeno il 30% del consumo totale di Etanercept
Filgrastim Biosimilare	17.878,98	**€ 868.468,12**	**8,79%**	179.328,15	19,25	€ 3.452.066,92	
Altri G-CSF Originator	185.440,92	**€ 7.386.666,24**	91,21%	23.991,75	57,24	€ 1.373.287,67	**€ 3.429.779,77**
Totale G-CSF	203.319,90	€ 8.255.134,36		76,49		€ 4.825.354,59	

Farmaci Biotecnologici EPOETINE - Obiettivo D.G.R. 2198/2016: Adesione > 60% all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso	N. DDD TOT - (DPC) - Gen-Dic 2016	Spesa Tot. Iva inc (DPC) - Gen-Dic 2016	Incidenza % del Consumo in DDD del Biosimilare riseptto all'Originator	Variazione stimata dei consumi in DDD nell'ipotesi in cui Biosimilare rappresenti il 60% del consumo totale di Epoetine (Obiettivo D.G.R. 2198/2016)	Costo Attuale Puglia x DDD (Iva inc) Epoetina Biosimilare a minor costo/ costo medio Altre Epoetine Originator	Proiezione di Spesa nell'ipotesi in cui Biosimilare rappresenti il 60% del consumo totale di Epoetine (Obiettivo D.G.R. 2198/2016)	Risparmio Presunto Annuo nell'ipotesi di raggiungimento dell'Obiettivo (il consumo del Biosimilare deve rappresentare almeno il 60% del consumo totale delle Epoetine)
Epoetine Biosimilari	668.613,00	€ 2.042.716,72	21,65%	1.852.619,90	€ 1,980	€ 3.668.187,40	
Epoetine Originator	2.419.086,83	**€ 12.781.550,10**	78,35%	1.235.079,93	€ 5,283	€ 6.524.927,29	**€ 4.631.152,13**
Totale Epoetine	3.087.699,83	€ 14.824.266,82		3.087.699,83		€ 10.193.114,69	

Tabella n. 5. Ipotesi di risparmio sull'utilizzo dei biosimilari

CRONOPROGRAMMA Intervento GOFAR 01.03: Consumo di farmaci in ambito ospedaliero ed in distribuzione diretta.				
AZIONE		**INDICATORE**	**ENTRO**	**Adempimenti (e riferimento documentale)**
GOFAR 01.03.01	Assegnazione per l'anno 2017 degli obiettivi ai Direttori Generali	Atto amministrativo – DGR obiettivi specifici	31/01/2017	DD n. 16 del 30/12/2016 (prot. n. 1– A del 09/01/2017) Nota prot. AOO_081/276 del 18/1/2017 (prot. 9 – A del 19/01/2017)
GOFAR 01.03.02	Assegnazione di budget specifici per categoria di farmaci	Atto amministrativo – DGR obiettivi specifici	28/02/2017	DGR 177/2017 (prot. 34-A del 27/02/2017) Nota prot. AOO_081/3250 del 03/7/2017 (prot. 153 - A del 24/07/2017)
GOFAR 01.03.03	Obbligatorietà uso prescrizioni online	Circolari applicative	31/01/2017	Nota prot AOO_081/517 del 1/2/2017 (prot. 19-A del 02/02/2017) Nota prot. AOO_081/3660 del 24-7-2017 (prot. 151-A del 24/07/2017)
GOFAR 01.03.04	Verifiche periodiche	Report verifica	30/06/2017	
GOFAR 01.03.04	Verifiche periodiche	Report Verifica	31/12/2017	
GOFAR 01.03.05	Verifiche periodiche	Report verifica	30/06/2017	
GOFAR 01.03.06	Verifiche periodiche	Report Verifica	31/12/2017	
GOFAR 01.03.07	Riduzione dell'acquisto di plasmaderivati sul mercato	Report di Verifica	31/12/2017 e 31/12/2018	prot. n. 5 – A del 17/01/2017.
Impatto Economico Intervento (in migliaia di euro)*		**2016**	**2017**	**2018**
		-	*-10.000*	*-20.000*

Tabella VI – 6. GOFAR 0\.03. Cronoprogramma ed impatto economico

Intervento GOFAR 01.04: Aggregazione e centralizzazione delle gare dei farmaci

Il Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti ha messo in atto nel corso del 2016 molteplici iniziative ed attività per conseguire gli obiettivi fissati dalla normativa nazionale in tema di centralizzazione degli acquisti, in costante interlocuzione con i referenti del Soggetto Aggregatore (SA), individuato nella società in house Innovapuglia spa, e con le Aziende Sanitarie.

156

Per i dettagli di tale processo nella sua interezza si rimanda all'intervento GOAMM.01 (Centralizzazione degli Acquisti). Si richiamano qui, in un'ottica di coerenza, le azioni specifiche sulle gare dei farmaci, ricomprese nelle 14 categorie merceologiche di cui al DPCM 24/12/2015.

In particolare si evidenzia che al fine di superare la frammentazione degli acquisti diretti di farmaci è stato predisposto un sistema dinamico di acquisizione da parte del Soggetto Aggregatore InnovaPuglia S.p.A., mediante la piattaforma informatica Empulia.

Il Sistema dinamico è caratterizzato da una procedura bifasica:

Fase 1 - pubblicazione da parte di InnovaPuglia di un bando istitutivo a cui i fornitori possono abilitarsi.

Fase 2 – indizione e aggiudicazione di appalti specifici in cui il soggetto aggregatore, definendo i quantitativi, il valore e le caratteristiche specifiche dell'appalto sulla base di quanto indicato dalle Aziende, invitano tutti i partecipanti ammessi a presentare un'offerta.

I principali vantaggi sono, per il Servizio Sanitario Regionale

- processo interamente informatizzato
- dinamismo della partecipazione grazie all'entrata continua di nuovi fornitori
- trasparenza e concorrenzialità della procedura
- riduzione dei tempi dell'appalto specifico
- flessibilità nel soddisfare esigenze specifiche delle Aziende sanitarie

In particolare è stata indetta una gara comunitaria, in modalità telematica, per l'istituzione di un *"Sistema dinamico di acquisizione per la fornitura di farmaci per gli Enti e le Aziende del SSR Puglia"*, per un importo complessivo stimato massimo di 3,6 miliardi per 4 anni.

Il bando di gara è stato inviato il 25/11/2016 per la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale della UE e della Repubblica Italiana e sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia. sono state Già espletate oltre 100 richieste di ammissione e si sta per procedere con gli appalti specifici per categorie di farmaci.

Tramite l'utilizzo di tale sistema si prevedono risparmi importanti, nell'ordine almeno del 10% dell'importo complessivo dei consumi storici, che sono stati sottodimensionati nella tabella che segue in un'ottica conservativa. Si evidenzia che i risparmi sono al lordo dell'incremento di spesa per l'aumento della distribuzione di farmaci in fascia A di cui all'obiettivo GOFAR 01.01.

CRONOPROGRAMMA Intervento GOFAR 01.04: Aggregazione e centralizzazione delle gare dei farmaci				
AZIONE		**INDICATORE**	**ENTRO**	**Adempimenti (e riferimento documentale)**
GOFAR 01.04.01	Avvio del sistema dinamico di acquisizione (SDA) dei farmaci (*)	Pubblicazione Bando da parte del Soggetto Aggregatore	31/12/2016	Bando pubblicato del 25/11/2016 (prot. 69 [illegible] 01/2017)

157

CRONOPROGRAMMA Intervento GOFAR 01.04: Aggregazione e centralizzazione delle gare dei farmaci				
AZIONE		**INDICATORE**	**ENTRO**	**Adempimenti (e riferimento documentale)**
GOFAR 01.04.02	Avvio primi appalti specifici sullo SDA farmaci (**)	Pubblicazione Bandi da parte del soggetto Aggregatore	31/05/2017	1 appalto specifico del 30/6/2017 (prot 107 - A del 05/07/2017).
GOFAR 01.04.03	Avvio ulteriori appalti specifici	Pubblicazione Bandi da parte del soggetto Aggregatore	31/12/2017	2 appalto specifico (novembre 2017)
GOFAR 01.04.04	Avvio ulteriori appalti specifici	Pubblicazione Bandi da parte del soggetto Aggregatore	31/12/2018	
GOFAR 01.04.05	Verifiche periodiche andamento gare	Report Verifica semestrali	30/06/2017 31/12/2017 30/06/2018 31/12/2018	
Impatto Economico Intervento (in migliaia di euro)*		**2016**	**2017**	**2018**
		-	*-10.000*	*-40.000*

Tabella VI – 7. GOFAR 01.04. Cronoprogramma ed impatto economico

PROGRAMMA GOFAR 02: SISTEMA DISTRIBUZIONE PER CONTO

Intervento GOFAR 02.01: Potenziamento Funzione Regionale PHT

In esecuzione di quanto previsto dal nuovo modello organizzativo regionale ambidestro (MAIA), adottato con Delibera di Giunta (D.G.R.) n. 1518 del 31/07/2015, è stata avviata la riorganizzazione del Dipartimento regionale per le Politiche della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti al cui interno, tra gli altri, risulta inquadrato il Servizio Politiche del Farmaco, cui è delegata, nel senso più ampio del termine, il governo della spesa farmaceutica.

Sulla base di quanto sopra, partendo dalla concomitante esigenza di dare corso alla trasformazione evolutiva della macchina amministrativa regionale e, nel contempo, dalla necessità di adottare misure urgenti di rinnovata ed efficace politica del farmaco è stato avviato un percorso che prevede a far data dal 01/01/2017 (come disposto con DGR n. 1109/2016 e successiva DGR n. 2194/2016, il trasferimento di tutte le attività gestionali in materia di farmaci PHT, precedentemente svolte dall'Agenzia Regionale Sanitaria (A.Re.S.), alla ASL di Bari, quale Azienda Sanitaria capofila. Inoltre sono in fase di definizione indirizzi strategici di un nuovo modello di *governance* della distribuzione per conto, inizialmente riferito nello specifico alla classe dei farmaci A – PHT, ma estendibile su scala regionale ad ulteriori categorie di medicinali ad elevato costo.

Con tali provvedimenti organizzativi, si è inteso potenziare le risorse umane da destinare alla ASL Bari s per la gestione della DPC regionale, al fine di:

158

- incrementare le attività di verifica sull'utilizzo appropriato dei medicinali A-PHT;
- conseguire obiettivi di performance ottimali in materia di tempi di pagamento dei debiti verso i fornitori;
- effettuare un monitoraggio mensile di spesa e consumi sui farmaci PHT in DPC, analisi dei valori di scostamento degli stessi rispetto ai dati Osmed pubblicati periodicamente dall'AIFA, con particolare riferimento alla media nazionale ed alle Regioni di Benchmark quali Emilia Romagna, Toscana e Veneto.

CRONOPROGRAMMA Intervento GOFAR 02.01: Potenziamento Funzione Regionale PHT.				
AZIONI		**INDICATORE**	**ENTRO**	**Adempimenti (e riferimento documentale)**
GOFAR 02.01.01	Trasferimento della funzione di gestione regionale del PHT dall'AReSS Puglia alla ASL di Bari	DGR di trasferimento funzioni	31/12/2016	DGR 2194/2016 (prot. 7-A del 18/01/2017)
GOFAR 02.01.02	Potenziamento delle risorse umane specificatamente dedicate alla funzione PHT	Atto amministrativo ASL Bari	31/03/2017	DDG ASL BA 194/2017 e 353/2017 (prot. 71 – A del 20/04/2017)
GOFAR 02.01.03	Potenziamento delle attività di monitoraggio su spesa e consumi delle categorie di medicinali PHT a maggior impatto sulla spesa farmaceutico	Report di monitoraggio periodici	31/07/2017 31/01/2018 31/07/2018 31/01/2019	
		2016	**2017**	**2018**
Impatto Economico Intervento (*)		*Non sono stimati impatti economici diretti dal presente intervento.*		

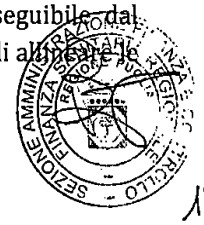
Tabella VI – 8. GOFAR 02.01. Cronoprogramma ed impatto economico

Intervento GOFAR 02.02: Revisione Accordo Regionale DPC

Questo intervento prevede la rinegoziazione delle condizioni economiche stabilite dall'Accordo DPC regionale (di cui alla D.G.R 1529/2014) per la remunerazione dei servizi di Distribuzione Intermedia e Finale relativi ai farmaci A-PHT in regime di DPC regionale (a partire dal 1 luglio 2017).

In vista della prossima scadenza del vigente Accordo DPC regionale, prevista per il 30/06/2017, è stata avviata un'indagine finalizzata ad individuare il valore medio nazionale, da assumere quale *benchmarking*, relativamente alle condizioni negoziali siglate per la remunerazione dei Servizi DPC di Distribuzione Intermedia e Finale con i rispettivi rappresentanti di categoria.

Sulla base di tale ricognizione si è effettuata una stima del risparmio conseguibile dal 01/07/2017, pari a 6,7 milioni su base annua (vedasi tabella VI-9), ipotizzando di allineare le



159

nuove condizioni negoziali per i servizi DPC alla media rilevata nelle Regioni italiane a statuto ordinario.

Numero Confezioni dispensate in DPC Puglia 2015	Costo medio x Confezione Pool 14 Regione campionate Benchmark	Costo effettivo x Confezione Puglia 2015	Differenza Costo x Confezione Puglia vs Benchmark	Risparmio annuo stimato allineandosi a Benchmark
2.121.766	Circa 7,00	10,187	3,187	**6.762.068**

Tabella VI – 9. Stima risparmio da revisione accordo DPC allineato alla media nazionale

Il nuovo accordo dovrà prevedere anche l'ipotesi di revisione su base semestrale del prezzo del servizio al fine di allinearlo costantemente alla media nazionale, qualora più vantaggiosa per l'Amministrazione, come indicato nella DGR n. 2032 del 13/12/2016 recante "*DGR 1529/2014 "Accordo tra Regione Puglia-ARES Federfarma Assofarm e distributori intermedi sulla distribuzione dei farmaci inclusi nel PHT. Indirizzi per la definizione del nuovo Accordo*" (acquisita dal sistema Documentale Piani di Rientro al prot. n. 3 – A del 13/01/2017.)

Nella valutazione dell'impatto economico (tabella VI-10) la previsione di risparmio è stata sottostimata in una logica conservativa.

CRONOPROGRAMMA Intervento GOFAR 02.02: Revisione Accordo Regionale DPC				
AZIONE		**INDICATORE**	**ENTRO**	**Adempimenti (e riferimento documentale)**
GOFAR 02.02.01	Nomina Commissiona Paritetica PHT per la rinegoziazione	DGR di nomina commissione.	31/12/2016	DGR 2032/2016 (prot. n. 3 – A del 13/01/2017)
GOFAR 02.02.02	Rinegoziazione accordo regionale per la distribuzione in PHT	DGR di adozione nuovo accordo	30/06/2017	DGR 978/2016 (prot. 104-A del 5/7/2017)
Impatto Economico Intervento		**2016**	**2017**	**2018**
		-	*-€ 2.000*	*-€ 4.000*

Tabella VI – 10. GOFAR 02.02. Cronoprogramma ed impatto economico

PROGRAMMA GOFAR 03: APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA E ADERENZA TERAPEUTICA

Intervento GOFAR 03.01: Appropriatezza Prescrittiva e Aderenza Terapeutica dei farmaci a maggiore impatto sulla spesa farmaceutica convenzionata.

Mediante il sistema informativo sanitario regionale Edotto ed il Sistema Tessera Sanitaria è stata effettuata un'analisi farmaco-economica relativa al consumo dei farmaci dispensati nel canale della Farmaceutica Convenzionata A-SSR, confrontando la spesa lorda procapite pesata della regione Puglia nel 2015 con l'analogo dato relativo all'Italia, rilevato mediante il Rapporto Osmed AIFA 2015, in modo da identificare le principali categorie ATC farmaceutiche la cui spesa farmaceutica regionale si discosta maggiormente dal valore medio nazionale.

L'obiettivo che si intende gradualmente raggiungere fino al 2018 è l'allineamento della spesa pro-capite pesata regionale relativa a tali medicinali con l'analogo dato della media nazionale.

Le categorie ATC relative ai medicinali maggiormente impattanti sulla spesa farmaceutica territoriale, sono sottoposte alla valutazione tecnica delle Commissione Farmaceutica Regionale (CTFR), istituita con D.G.R. n. 984 del 06/07/2016, che mediante l'organizzazione di gruppi di lavoro multidisciplinari rappresentati da alte professionalità medico-sanitarie, provvede ad elaborare "Linee Guida/Raccomandazioni/Documenti di indirizzo" per il corretto utilizzo del farmaco, volte a migliorare l'appropriatezza prescrittiva.

In tabella VI – 11 è riportata l'analisi delle categorie ATC a maggior impatti economico e dei possibili risparmi rinvenienti dall'allineamento con la media nazionale e dalla osservanza delle linee guida sulla appropriatezza prescrittiva.

Il rispetto di tali indirizzi strategici per il corretto uso del farmaco rappresenterà obiettivo strategico specifico per tutti i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, Ospedaliere, degli Istituti Scientifici a carattere di Ricerca Regionali, sulla base del quale gli stessi verranno valutati di concerto nel corso del proprio mandato.

Inoltre, al fine di garantire l'effetto sperato in termini di appropriatezza prescrittiva da parte dei medici, si provvederà ad organizzare giornate formative per gruppi di medici, coinvolgendo di volta in volta le varie professionalità sanitarie principalmente implicate nella prescrizione di tali medicinali, cui verranno presentati e rilasciati degli specifici "pacchetti informativi" sul corretto utilizzo dei farmaci, volti a:

- indirizzare le prescrizioni mediche verso farmaci con maggior rapporto costo/efficacia per categoria terapeutica;
- incrementare l'utilizzo di farmaci equivalenti a brevetto scaduto;
- un maggior rispetto delle indicazioni limitative indicate dalle Note AIFA;
- un monitoraggio costante, in termini di aderenza alla terapia, dei pazienti avviati ai trattamenti farmacologici, in modo da evitare inutili sprechi di medicinali dovuti ad inefficacia terapeutica;

				Elaborazione Dati rilevati dal Sistema Tessera Sanitaria - Farmaceutica Convenzionata - Periodo Gen-Dic 2016										
				ITALIA Gen-Dic 2016 - Farm. Convenzionata		PUGLIA Gen-Dic 2016 - Farm. Convenzionata			Confronto PUGLIA vs ITALIA Gen-Dic 2016					
ATC II	ATC IV	ATC 5	Descrizione ATC 5	spesa lorda x 1000 assistibili/die	DDD x 1000 assistibili/die	spesa lorda x 1000 assistibili/die	DDD x 1000 assistibili pesati su base nazionale/die	Spesa lorda 2016	Delta spesa lorda x 1000 assistibili/die	Delta DDD x 1000 assistibili/die	Delta % spesa lorda x 1000 assistibili/die	Delta % DDD x 1000 assistibili	Proiezione di Risparmio Annuale su Spesa Farmaceutica Convenzionata lorda in caso di allineamento dei dati di Spesa della PUGLIA alla media ITALIA	Atto Amministrativo Regionale adottato
A02	A02BC - INIBITORI DELLA POMPA ACIDA	A02BC03	LANSOPRAZOLO	€ 8,91805	16,782	€ 12,39436	23,130	€ 17.601.123,24	€ 3,47631	6,348	38,98%	37,82%	€ 6.860.917,84	D.G.R. N. 250 DEL 28/02/2017
		A02BC02	PANTOPRAZOLO	€ 12,63791	20,326	€ 16,17818	25,479	€ 22.974.485,56	€ 3,54027	5,152	28,01%	25,35%	€ 6.435.153,41	
		A02BC05	ESOMEPRAZOLO	€ 6,88296	12,395	€ 7,37317	13,128	€ 10.470.566,61	€ 0,49021	0,732	7,12%	5,91%	€ 745.504,34	
		A02BC01	OMEPRAZOLO	€ 7,83651	17,828	€ 7,63968	17,395	€ 10.849.037,19	-€ 0,19683	-0,433	-2,51%	-2,43%	€ 0,00	
		A02BC04	RABEPRAZOLO	€ 1,25087	2,390	€ 0,89399	1,668	€ 1.269.551,71	-€ 0,35688	-0,722	-28,53%	-30,19%	€ 0,00	
R03	R03BA-Gluco Corticoidi	R03BA01	BECLOMETASONE	€ 3,63575	3,425	€ 5,63138	5,221	€ 7.997.070,95	€ 1,99563	1,796	54,89%	52,44%	€ 4.389.592,24	D.G.R. N. 473 DEL 28/03/2017
		R03BA03	FLUNISOLIDE	€ 0,70891	1,013	€ 1,41586	2,027	€ 2.010.656,46	€ 0,70695	1,015	99,72%	100,20%	€ 2.005.026,62	
		R03BA05	FLUTICASONE	€ 1,14453	0,928	€ 1,75758	1,391	€ 2.495.930,35	€ 0,61305	0,463	53,56%	49,94%	€ 1.336.820,30	
		R03BA02	BUDESONIDE	€ 0,98205	0,749	€ 1,08281	0,869	€ 1.537.689,75	€ 0,10076	0,120	10,26%	16,00%	€ 157.766,97	
	R03BB-Anticolinergici	R03BB05	ACLIDINIO BROMURO	€ 1,78730	1,111	€ 2,68873	1,671	€ 3.818.234,68	€ 0,90143	0,561	50,44%	50,47%	€ 1.925.917,57	
		R03BB06	GLICOPIRRONIO BROMURO	€ 1,65913	1,082	€ 2,21737	1,446	€ 3.148.870,87	€ 0,55824	0,364	33,65%	33,61%	€ 1.059.595,05	
		R03BB04	TIOTROPIO BROMURO	€ 5,38963	3,353	€ 5,92187	3,687	€ 8.409.600,45	€ 0,53225	0,334	9,88%	9,96%	€ 830.868,52	
	R03AK-Adrenergici Associati a Corticoster. O altri escl. Anticolin.	R03AK10	VILANTEROLO E FLUTICASONE FUROATO	€ 3,38917	2,053	€ 4,16161	2,522	€ 5.909.860,17	€ 0,77244	0,468	22,79%	22,82%	€ 1.346.857,13	
		R03AK06	SALMETEROLO E FLUTICASONE	€ 8,62035	4,233	€ 9,50263	4,562	€ 13.494.593,43	€ 0,88228	0,329	10,23%	7,78%	€ 1.380.496,91	
	R03AL-Adrenergici in Associazione con Anticolinergici	R03AL02	SALBUTAMOLO E IPRATROPIO BROMURO	€ 0,53038	1,372	€ 1,06651	2,906	€ 1.514.540,82	€ 0,53613	1,534	101,09%	111,83%	€ 1.531.049,31	
		R03AL04	INDACATEROLO E GLICOPIRRONIO BROMURO	€ 0,61864	0,297	€ 0,96722	0,464	€ 1.373.540,56	€ 0,34858	0,167	56,35%	56,39%	€ 773.990,11	
		R03AL03	VILANTEROLO E UMECLIDINIUM BROMURO	€ 0,28835	0,138	€ 0,43331	0,208	€ 615.340,16	€ 0,14496	0,070	50,27%	50,31%	€ 309.331,50	
	R03AC-Agonisti Selettivi dei Recettori b2-Adrenergici	R03AC13	FORMOTEROLO	€ 0,61677	0,699	€ 0,72612	0,824	€ 1.031.150,21	€ 0,10934	0,125	17,73%	17,81%	€ 182.822,93	
		R03AC18	INDACATEROLO	€ 0,94052	0,890	€ 1,03341	0,977	€ 1.467.537,50	€ 0,09289	0,087	9,88%	9,83%	€ 144.992,71	
	R03DC-Antagonisti dei recett. Leucotrieni	R03DC03	MONTELUKAST	€ 1,35586	2,037	€ 1,48536	2,226	€ 2.109.339,74	€ 0,12949	0,188	9,55%	9,24%	€ 201.441,95	

Tabella VI – 11 (a). Categorie ATC a maggior impatti economico (segue)

				Elaborazione Dati rilevati dal Sistema Tessera Sanitaria - Farmaceutica Convenzionata - Periodo Gen-Dic 2016										
				ITALIA Gen-Dic 2016 - Farm. Convenzionata		PUGLIA Gen-Dic 2016 - Farm. Convenzionata			Confronto PUGLIA vs ITALIA Gen-Dic 2016					
ATC II	ATC IV	ATC 5	Descrizione ATC 5	spesa lorda x 1000 assistibili/die	DDD x 1000 assistibili/die	spesa lorda x 1000 assistibili/die	DDD x 1000 assistibili pesati su base nazionale/die	Spesa lorda 2016	Delta spesa lorda x 1000 assistibili/die	Delta DDD x 1000 assistibili/die	Delta % spesa lorda x 1000 assistibili/die	Delta % DDD x 1000 assistibili	Proiezione di Risparmio Annuale su Spesa Farmaceutica Convenzionata lorda in caso di allineamento dei dati di Spesa della PUGLIA alla media ITALIA	Atto Amministrativo Regionale adottato
C10	C10AA/C10AX - Inibitori dell'HmgCoa/Altre Sostanze modificatrici dei Lipidi	C10BA02	SIMVASTATINA ED EZETIMIBE	€ 8,04134	3,880	€ 11,75857	5,667	€ 16.698.243,18	€ 3,71724	1,787	46,23%	46,05%	€ 7.719.597,82	D.G.R. N. 2034 DEL 13/12/2016
		C10AA07	ROSUVASTATINA	€ 11,59234	12,472	€ 15,51749	16,582	€ 22.036.240,01	€ 3,92514	4,110	33,86%	32,95%	€ 7.461.470,87	
		C10AA03	PRAVASTATINA	€ 1,06415	3,040	€ 2,00230	5,757	€ 2.843.451,01	€ 0,93815	2,717	88,16%	89,37%	€ 2.506.786,41	
		C10AA01	SIMVASTATINA	€ 4,88660	14,014	€ 5,55546	16,642	€ 7.889.253,75	€ 0,66885	1,728	13,69%	11,56%	€ 1.080.038,84	
		C10AA02	LOVASTATINA	€ 1,07605	1,132	€ 1,35839	1,385	€ 1.929.037,50	€ 0,28234	0,254	26,24%	22,40%	€ 606.179,44	
		C10AA04	FLUVASTATINA	€ 0,29229	0,955	€ 0,27307	0,924	€ 387.765,31	-€ 0,01922	-0,031	-6,58%	-3,27%	€ 0,00	
		C10AA05	ATORVASTATINA	€ 9,96180	38,223	€ 10,25522	38,555	€ 14.563.351,60	€ 0,29342	-1,668	2,95%	-4,36%	€ 429.618,87	
		C10AX09	EZETIMIBE	€ 4,18912	2,373	€ 4,11681	2,345	€ 5.846.242,95	-€ 0,05231	-0,028	-1,25%	-1,19%	€ 0,00	
J01	J01DD - Cefalosporine di Terza Gen.	DATO AGGREGATO	DATO AGGREGATO	€ 8,35750	1,797	€ 13,91326	3,056	€ 19.758.092,75	€ 5,55576	1,259	66,48%	70,08%	€ 13.135.180,06	D.G.R. N. 177 DEL 14/02/2017
	J01MA - Fluorochinoloni	DATO AGGREGATO	DATO AGGREGATO	€ 6,07344	2,876	€ 9,31772	4,226	€ 13.232.010,47	€ 3,24428	1,350	53,42%	46,94%	€ 7.068.539,99	
	J01CR - Assoc. Di Penicilline, Inc. Inib. Delle b-lattamasi	DATO AGGREGATO	DATO AGGREGATO	€ 8,36580	8,804	€ 11,59218	12,009	€ 16.461.951,20	€ 3,22638	3,206	38,57%	36,41%	€ 6.349.374,58	
	J01FA - Macrolidi	DATO AGGREGATO	DATO AGGREGATO	€ 4,45174	3,715	€ 6,26595	5,159	€ 8.898.226,92	€ 1,81422	1,444	40,75%	38,87%	€ 3.626.027,47	
	J01XX - Altri Antibatterici	DATO AGGREGATO	DATO AGGREGATO	€ 1,59582	0,347	€ 2,37279	0,537	€ 3.369.574,48	€ 0,77717	0,190	48,71%	54,70%	€ 1.641.319,72	
	J01DE - Cefalosporine di Quarta Gen.	DATO AGGREGATO	DATO AGGREGATO	€ 0,12271	0,007	€ 0,43548	0,025	€ 618.416,62	€ 0,31276	0,018	254,88%	255,80%	€ 1.576.220,26	
	J01GB - Altri Aminoglicosidici	DATO AGGREGATO	DATO AGGREGATO	€ 0,19304	0,021	€ 0,46363	0,050	€ 658.396,71	€ 0,27059	0,029	140,18%	140,62%	€ 922.940,51	
	J01XA - Antibatterici Glicopeptidici	DATO AGGREGATO	DATO AGGREGATO	€ 0,35915	0,004	€ 0,62654	0,008	€ 889.748,53	€ 0,26739	0,003	74,45%	74,51%	€ 662.416,29	
	J01DC - Cefalosporine di Seconda Gen.	DATO AGGREGATO	DATO AGGREGATO	€ 0,34998	0,218	€ 0,51539	0,333	€ 731.906,36	€ 0,16543	0,114	47,27%	52,39%	€ 345.972,14	
	J01FF - Lincosamidi	DATO AGGREGATO	DATO AGGREGATO	€ 0,15570	0,029	€ 0,23658	0,046	€ 335.959,00	€ 0,08087	0,017	51,94%	59,53%	€ 174.497,10	
	J01CA - Penicilline ad Ampio spettro	DATO AGGREGATO	DATO AGGREGATO	€ 0,81529	2,009	€ 0,90953	2,192	€ 1.291.820,84	€ 0,09424	0,182	11,56%	9,06%	€ 149.311,35	
	J01EE - Assoc. Di Sulfonamidi con Trimetoprim, Inc. i derivati	DATO AGGREGATO	DATO AGGREGATO	€ 0,13675	0,251	€ 0,20634	0,419	€ 293.018,25	€ 0,06959	0,168	50,89%	49,25%	€ 149.115,97	
	J01DB - Cefalosporine di Prima Gen.	DATO AGGREGATO	DATO AGGREGATO	€ 0,08032	0,035	€ 0,11842	0,043	€ 168.171,65	€ 0,03811	0,008	47,45%	24,04%	€ 79.797,45	
	J01AA - Tetracicline	DATO AGGREGATO	DATO AGGREGATO	€ 0,20200	0,300	€ 0,22656	0,324	€ 325.994,83	€ 0,02756	0,025	13,64%	8,24%	€ 44.465,67	
	J01CF - Penicilline resistenti alle b-lattamasi	DATO AGGREGATO	DATO AGGREGATO	€ 0,01353	0,007	€ 0,01968	0,011	€ 27.943,66	€ 0,00615	0,004	45,47%	49,28%	€ 12.705,98	
	J01XD - Derivati Imidazolici	DATO AGGREGATO	DATO AGGREGATO	€ 0,00195	0,000	€ 0,00266	0,000	€ 3.780,00	€ 0,00071	0,000	36,56%	36,11%	€ 1.383,10	
	J01MB - Altri Chinolonici	DATO AGGREGATO	DATO AGGREGATO	€ 0,00823	0,012	€ 0,00881	0,013	€ 12.507,44	€ 0,00058	0,002	7,05%	12,95%	€ 881,77	
	J01BA - Amfenicoli	DATO AGGREGATO	DATO AGGREGATO	€ 0,00085	0,000	€ 0,00000	0,000	€ 0,00	-€ 0,00085	0,000	-100,00%	-100,00%	€ 0,00	
	J01CE - Penicilline sensibili alle b-lattamasi	DATO AGGREGATO	DATO AGGREGATO	€ 0,01175	0,000	€ 0,00000	0,000	€ 0,00	-€ 0,01175	0,000	-100,00%	-100,00%	€ 0,00	
	J01XB - Polimixine	DATO AGGREGATO	DATO AGGREGATO	€ 0,00038	0,000	€ 0,00000	0,000	€ 0,00	-€ 0,00038	0,000	-100,00%	-100,00%	€ 0,00	

Tabella VI – 11 (b). Categorie ATC a maggior impatti economico (segue)

SEZIONE AMMINISTRAZIONE FINANZA SANITARIA REGIONE PUGLIA
COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE

163

				Elaborazione Dati rilevati dal Sistema Tessera Sanitaria - Farmaceutica Convenzionata - Periodo Gen-Dic 2016										
				ITALIA Gen-Dic 2016 - Farm. Convenzionata		PUGLIA Gen-Dic 2016 - Farm. Convenzionata			Confronto PUGLIA ve ITALIA Gen-Dic 2016					
ATC II	ATC IV	ATC 5	Descrizione ATC 5	spesa lorda x 1000 assistibili/die	DDD x 1000 assistibili/die	spesa lorda x 1000 assistibili/die	DDD x 1000 assistibili pesati su base nazionale/die	Spesa lorda 2016	Delta spesa lorda x 1000 assistibili/die	Delta DDD x 1000 assistibili/die	Delta % spesa lorda x 1000 assistibili/die	Delta % DDD x 1000 assistibili	Proiezione di Risparmio Annuale su Spesa Farmaceutica Convenzionata lorda in caso di allineamento dati di Spesa della PUGLIA alla media ITALIA	Atto Amministrativo Regionale adottato
G04	G04C - Inib. Della 5-a-Reduttasi	G04CB02	DUTASTERIDE	€ 7,12970	7,270	€ 9,48534	9,674	€ 13.470.051,82	€ 2,35564	2,404	33,04%	33,07%	€ 4.450.505,12	PROVVEDIMENTO IN FASE DI ADOZIONE
	G04C - Inib. Della 5-a-Reduttasi	G04CB01	FINASTERIDE	€ 1,57688	3,479	€ 1,25747	2,688	€ 1.765.727,88	-€ 0,31941	-0,791	-20,26%	-22,74%	-€ 590.004,49	
B01	B01AB-Eparinici	B01AB05	ENOXAPARINA	€ 6,72837	2,594	€ 12,24865	4,671	€ 17.394.190,74	€ 5,52028	2,076	82,04%	80,03%	€ 14.270.194,08	PROVVEDIMENTO IN FASE DI ADOZIONE
		B01AB06	NADROPARINA	€ 1,92233	0,658	€ 2,77612	0,940	€ 3.942.345,44	€ 0,85379	0,282	44,41%	42,85%	€ 1.750.795,61	
		B01AB07	PARNAPARINA	€ 0,70469	0,233	€ 1,33437	0,437	€ 1.894.925,58	€ 0,62975	0,204	89,38%	87,57%	€ 1.693.684,48	
		B01AB12	BEMPARINA	€ 0,07395	0,061	€ 0,23178	0,185	€ 329.154,09	€ 0,15783	0,123	213,44%	200,92%	€ 702.548,49	
		B01AB01	EPARINA	€ 0,13063	0,044	€ 0,10680	0,034	€ 151.664,46	-€ 0,02383	-0,010	-18,24%	-22,74%	€ 0,00	
		B01AB04	DALTEPARINA	€ 0,01427	0,005	€ 0,00000	0,000	€ 0,00	-€ 0,01427	-0,005	-100,00%	-100,00%	€ 0,00	
		B01AB08	REVIPARINA	€ 0,04762	0,022	€ 0,01679	0,008	€ 23.847,93	-€ 0,03083	-0,014	-64,74%	-64,79%	€ 0,00	
		B01AB11	SULODEXIDE	€ 0,00298	0,002	€ 0,00000	0,000	€ 0,00	-€ 0,00298	-0,002	-100,00%	-100,00%	€ 0,00	
Totale Azioni di Appropriatezza prescrittiva previste in Farmaceutica Convenzionata													€ 109.539.708,40	

Tabella VI – 11 (c). Categorie ATC a maggior impatti economico

SEZIONE AMMINISTRAZIONE FINANZA E CONTROLLO - REGIONE PUGLIA - SANITARIA REGIONALE

464

Ai Servizi Farmaceutici Territoriali della Aziende Sanitarie viene assegnato il compito specifico di:

- verificare il rispetto delle disposizioni regionali sul corretto utilizzo del farmaco effettuando uno stretto monitoraggio delle prescrizioni mediche;
- monitorare l'andamento relativo a spesa e consumi di tali medicinali in farmaceutica Convenzionata A-SSR rispetto al raggiungimento degli obiettivi economici prefissati;
- fornire supporto alle Direzioni Generali ed ai Distretti sociosanitari nei procedimenti sanzionatori a carico dei prescrittori inadempienti che inducono un aumento della spesa farmaceutica causato da un uso inappropriato dei farmaci.

È previsto, inoltre, il rafforzamento delle procedure disciplinari nei confronti dei medici convenzionati che non rispettino le linee guida regionali ed aziendali, determinando un utilizzo inappropriato delle risorse pubbliche.

Infatti ai sensi dell'art. 45 del vigente Accordo Collettivo Nazionale (ACN) con la Medicina Generale, tra i compiti del MMG è previsto:

"m) l'appropriatezza delle scelte assistenziali e terapeutiche, la necessità di un uso appropriato delle risorse messe a disposizione dal Servizio sanitario nazionale, nonché l'adesione a specifici progetti concordati a livello regionale e/o aziendale;...

o) la partecipazione ai programmi di attività e agli obiettivi, finalizzati al rispetto dei conseguenti livelli programmati di spesa, concordati a livello regionale e/o aziendale con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative. Tali accordi prevedono le modalità di attuazione dei programmi, le forme di verifica e gli effetti, anche economici, del raggiungimento, o meno, degli obiettivi;"

Analoga previsione è riportata negli accordi con i pediatri di libera scelta.

Attraverso opportuni strumenti di monitoraggio dell' attività prescrittiva ed il potenziamento delle azioni di controllo da parte delle strutture aziendali preposte si procederà alla applicazione della procedura per mancato rispetto dei compiti sopra elencati, in caso di evidenti e ripetute difformità prescrittive prive di valide motivazioni.

Le segnalazioni dei Servizi territoriali Farmaceutici delle ASL dovranno essere poste all'attenzione del Direttore del Distretto Sociosanitario competente che sente l'UDMG (Ufficio Distrettuale per la programmazione ed il monitoraggio delle attività in medicina generale), di cui all'art. 12 del vigente Accordo Integrativo Regionale, tra i cui compiti vi è quello di valutare "i *dati relativi alla appropriatezza prescrittiva, anche in relazione ai rapporti tra medicina generale e medicina specialistica ambulatoriale ed ospedaliera, con riferimento a linee guida condivise, alla appropriatezza di percorsi diagnostico terapeutici concordati, al rispetto delle note dell'AIFA, anche al fine di prevenire e rimuovere comportamenti non in linea con gli indirizzi regionali".*

Nei casi in cui, sentito l'UDMG, il Direttore del Distretto sociosanitari valuti la presenza di comportamenti prescrittivi in violazione dei compiti previsti dall'ACN c sopra richiamati,

SEZIONE FINANZIARIA - CENTRALE AMMINISTRAZIONE FINANZIARIA REGIONALE SANITARIA REGIONE PUGLIA

165

informa tempestivamente il Direttore Generale per l'avvio del procedimento di cui all'art. 30 dell'ACN, che qui sinteticamente si richiama.

- L'Azienda contesta per iscritto l'addebito al medico, entro 30 giorni dal momento in cui ne viene a conoscenza. Il medico ha la possibilità di produrre le proprie controdeduzioni entro 20 giorni dalla data della contestazione e di essere sentito se lo richiede;
- Il Direttore Generale dell'ASL, valutate le controdeduzioni addotte dallo stesso e sentito l'Ufficio di Coordinamento, procede all'archiviazione del caso o alla irrogazione della sanzione. Il provvedimento è notificato all'interessato entro 30 giorni dalla sua assunzione.
- Le violazioni di maggiore gravità danno luogo alle seguenti sanzioni:
  a) riduzione del trattamento economico in misura non inferiore al 10% e non superiore al 20% per la durata massima di cinque mesi per infrazioni gravi compreso il reiterarsi di infrazioni che hanno comportato il richiamo con diffida;
  b) sospensione del rapporto per durata non inferiore a 1 mese per recidiva di infrazioni che hanno comportato la riduzione del trattamento economico;
  c) revoca del rapporto per infrazioni particolarmente gravi e/o finalizzate all'acquisizione di vantaggi personali, compresa quella di cui all'art. 3019, comma 2, e per recidiva di infrazioni che hanno comportato la sospensione del rapporto.

Al fine della verifica della attuazione delle attività di controllo sulla appropriatezza prescrittiva, il Direttore Generale deve trasmette obbligatoriamente alla Regione con cadenza trimestrale un report riepilogativo delle attività di verifica effettuate nei singoli Distretti, delle valutazione dei Direttori di Distretto nell'alveo dell'UDMG e delle eventuali procedure sanzionatorie applicate.

In tale contesto è stata adottata la Determinazione Dirigenziale n. 16/2016 avente ad oggetto: *Misure urgenti per il contenimento della spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale convenzionata. Determinazione dei tetti di spesa per singola Azienda Sanitaria Locale per l'anno 2017* (Sistema Documentale Piani di Rientro al prot. n. 1 – A del 09/01/2017.)

Va inoltre evidenziato che dal 31.12.2017 il principio attivo ipolipemizzante rosuvastatina, oggetto di uno dei provvedimenti sull'appropriatezza prescrittiva, perderà il brevetto e ciò comporterà di conseguenza un'ulteriore riduzione della spesa farmaceutica convenzionata (al momento non valutabile nelle more della ridefinizione dei costi di acquisito).

Nella tabella che segue la sintesi delle azioni e gli impatti economici per la costruzione del documento programmatico che sono stati fortemente sottodimensionati rispetto ai risparmi possibili, indicati in tabella VI-11.

166

CRONOPROGRAMMA Intervento GOFAR 03.01: Appropriatezza Prescrittiva e Aderenza Terapeutica				
CRONOPROGRAMMA		**INDICATORE**	**ENTRO**	**Adempimento (e riferimento documentale)**
GOFAR 03.01.01	Sistema di Budget MMG/PLS per governo ATC critici con la collaborazione dell'AReSS	Atto amministrativo regionale di approvazione	31/03/2017	
GOFAR 03.01.02	Elaborazione prime linee guida di indirizzo al corretto utilizzo del farmaco	Atto amministrativo regionale di approvazione	30/06/2017	DGR 2034/2016 (prot. n. 4-A del 16/01/2017 e prot. 21-A del 02/02/2017) DGR 177/2017 (prot. 34-A del 27/02/2017) DGR 473/2017 (prot. 62-A del 10/04/2017) DGR 699/2017 (prot. 76-A del 23/05/2017) DGR 700/2017 (prot. 77-A del 23/05/2017) DGR 250/2017 (prot. 45 - A del 01/03/2017) DGR 1019/2017 (prot. 97-A del 04/07/2017
GOFAR 03.01.03	Elaborazione ulteriori linee guida di indirizzo al corretto utilizzo del farmaco	Atto amministrativo regionale di approvazione	31/12/2017	Nota prot. AOO_081/3487/ 2017 (prot. 152 - A del 24/07/2017)
Impatto Economico Intervento (in migliaia di euro)		**2016**	**2017**	**2018**
		-	*-€ 10.000*	*-€ 25.000.*

Tabella VI – 12. GOFAR 03.01. Cronoprogramma ed impatto economico

Intervento GOFAR 03.02: Governo Farmaci Innovativi Oncologici

Nell'ambito dell'assistenza oncologica si assiste ad un crescente aggravio della spesa sanitaria in relazione alla maggiore utilizzazione di farmaci ad alto costo rispetto ad altre branche della medicina clinica. In particolare, l'introduzione di terapie a bersaglio molecolare, note come *targeted therapy*, ed ancor più dell'immunoterapia nel trattamento di varie forme tumorali ha comportato un significativo allungamento della sopravvivenza e dei periodi di remissione a favore dei pazienti rispetto alle chemioterapie convenzionali con un conseguente miglioramento della qualità di vita.

Gli studi promossi da società scientifiche tra cui l'AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica) e l'ASCO (American Society of Clinical Oncology) hanno documentato come la *targeted therapy* comporti migliori risposte terapeutiche in quanto neutralizza selettivamente nelle cellule tumorali le anomalie funzionali dei geni correlati allo sviluppo del tumore senza danneggiare le cellule sane come invece avviene con i comuni chemioterapici. La minore tossicità della *targeted therapy* comporta peraltro un sensibile risparmio nei costi di gestione delle complicanze correlate al trattamento dei tumori. Infatti, l'insorgenza di infezioni, citopenie e malattie organiche da tossicità iatrogena, è molto ridotta se confrontata agli effetti collaterali delle chemioterapie citotossiche. Questi farmaci, superiori come efficacia terapeutica e minore tossicità, possono essere utilizzati soltanto dopo la caratterizzazione molecolare del genoma tumorale. Pertanto, la diagnostica oncogenomica dei più comuni tumori costituisce una condizione essenziale e necessaria per l'utilizzo dei farmaci della targeted therapy.

L'innovazione culturale dell'oncogenomica consente l'adozione di possibili strategie politiche in tema di farmaco-economia offrendo possibilità di razionalizzazione dell'uso dei farmaci ad alto costo. In questo senso, potenziali programmi attuativi comprendono le seguenti iniziative da attuarsi a cura dell' Agenzia Sanitaria Regionale (AReSS):

- **Qualificazione di centri oncologici per la prescrivibilità di farmaci ad alto costo,** soggetti a nota AIFA con relativi piani terapeutici, che deve essere limitata a centri oncologici di riferimento per specifiche tipologie tumorali configurati in PDTA (Percorso diagnostico Terapeutico Assistenziale), riducendo la spesa per farmaci ad alto costo utilizzati al di fuori di un percorso assistenziale riconosciuto.
- **Istituzione di centri di riferimento regionali per la diagnostica oncogenomica,** che può favorire una più razionale utilizzazione della *targeted therapy.* Si ritiene che siano sufficienti nel territorio pugliese tre centri clinici attrezzati per la diagnostica molecolare dei tumori che ricevono campioni tumorali da centri periferici collegati in rete L'attuazione di questa iniziativa si integra con la effettiva attivazione della Rete Oncologica Regionale e con un progetto regionale 'pilota' di oncogenomica è attualmente in corso presso la Divisione di Oncologia Medica del Policlinico di Bari, presso cui vengono studiate le alterazioni molecolari di quasi tutti i tumori eleggibili a trattamenti con la *targeted therapy* presso l'IRCCS Giovanni Paolo II di Bari e l'IRCCS Saverio De Bellis di Castellana Grotte.
- **Razionalizzazione della prescrivibilità dei farmaci ad alto costo.** Questa iniziativa può essere attuata secondo le seguenti modalità:
    a) Prescrivibilità affidata a specialisti in oncologia operanti presso strutture specifiche. clinicizzate con posti letto dedicati all'oncologia.;
    b) Prescrivibilità controllata in relazione alla diagnosi oncogenomica di tumore qualora prevista dall'AIFA.
- **Istituzione di un capitolo di spesa dedicato ai farmaci ad alto costo per l'oncologia.** La disponibilità di un fondo dedicato all'acquisto dei farmaci ad alto costo secondo l'incidenza territoriale dei vari tumori consentirebbe alle Aziende ospedaliere in carico

SEZIONE AMMINISTRAZIONE FINANZA CONTROLLO STRATEGICO REGIONE PUGLIA
168

operativi i centri oncologici autorizzati, di programmare piani di spesa per l'acquisizione di questi farmaci.

Si evidenzia inoltre la previsione di una azione relativa all'allestimento delle terapie oncologiche a livello sovraziendale nell'alveo della nuova rete oncologica pugliese (prevista quale intervento nel presente piano). Tale modello organizzativo permetterà al contempo di soddisfare i requisiti dei galenici oncologici e di liberare le risorse derivanti dal recupero degli avanzi di lavorazione dei farmaci, mediante la diminuzione dei laboratori e l'accorpamento delle attività di allestimento.

CRONOPROGRAMMA Intervento GOFAR 03.02: Governo Farmaci Innovativi Oncologici				
AZIONE		**INDICATORE**		**ENTRO**
GOFAR 03.02.01	Ricognizione e ridefinizione dei centri prescrittori dei farmaci oncologici ad alto costo con particolare riguardo agli impatti finanziari, maggiori, ai volumi e alle risposte cliniche, a cura di AReSS	Studio e DGR di recepimento		31/03/2017
GOFAR 03.02.02	Progettazione, in collaborazione con AReSS, della rete della diagnostica oncogenomica con relativa definizione dei requisiti dei centri, dei protocolli di accesso agli stessi e del programma di dotazione tecnologica e organica	Atto di istituzione e regolamentazione dei centri di diagnostica oncogenomica		31/05/2017
		2016	**2017**	**2018**
Impatto economico		*I risparmi, per quanto attesi, non sono stimabili anche a fronte di un altrettanto atteso incremento dei trattamenti legati al corrente trend epidemiologico*		

Tabella VI – 13. GOFAR 03.02. Cronoprogramma ed impatto economico

PROGRAMMA GOFAR 04: GOVERNANCE FARMACEUTICA REGIONALE

Intervento GOFAR 04.01: Commissione e Prontuario Regionale

L'analisi dei consumi dei farmaci all'interno delle varie Aziende Sanitarie ha messo in risalto un'elevata variabilità dei medicinali utilizzati, in quanto gli acquisti sono indirizzati attraverso i propri Prontuari Terapeutici Aziendali (PTA). Ciò ha reso evidente la necessità di ridurre gli elementi di disomogeneità all'interno della Regione.

Il Prontuario Terapeutico rappresenta uno strumento di governo clinico e di condivisione delle scelte in materia di appropriatezza nell'uso dei farmaci e di ottimizzazione delle risorse; per espletare appieno la funzione di indirizzo delle scelte terapeutiche verso i medicinali con maggior rapporto costo/efficacia clinica deve assumere carattere vincolante a livello regionale, sia in ambito ospedaliero che territoriale, delimitando considerevolmente il numero dei farmaci rispetto.

Con D.G.R. n. 984 del 06/07/2016, in alternativa al precedente Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (PTOR), è stato istituito il nuovo Prontuario Terapeutico Regionale (PTR) Ospedale-Territorio con carattere vincolante, inteso quale strumento di governo della

spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale e della relativa continuità terapeutica, con particolare riferimento all'appropriatezza e alla aderenza alla terapia successivamente alle dimissioni del paziente e presa in carico da parte del MMG e PLS.

Con la stessa D.G.R. n. 984/2016, è stata contestualmente istituita la Commissione Tecnica Farmaceutica Regionale (CTFR), quale organismo multidisciplinare tecnico-scientifico regionale cui sono stati assegnati i principali compiti specifici di:

- aggiornamento del PTR tenendo in doverosa considerazione:
  a) l'analisi delle prove di efficacia "*evidence-based medicine*" sulla base della letteratura scientifica pubblicata anche rispetto alle indicazioni terapeutiche registrate e alle vie di somministrazione più appropriate;
  b) la preferenza, nell'ambito delle categorie dei farmaci considerate omogenee, di farmaci dotati di rilevanti indicazioni terapeutiche aggiuntive oltre quella principale della categoria stessa;
  c) la valutazione del rapporto costo-efficacia dei farmaci;
  d) la valutazione del profilo rischio-beneficio dei farmaci e, in fase di aggiornamento, la valutazione dei dati di farmacovigilanza e di sicurezza nell'impiego dei farmaci e della loro via di somministrazione;
  e) la valutazione del grado di innovatività terapeutica dei nuovi farmaci;
  f) la disponibilità di farmaci di fascia C, Cnn, solo se ritenuti indispensabili per rispondere a particolari esigenze assistenziali che non trovano valida alternativa.
- elaborazione di Linee Guida/Raccomandazioni per il corretto utilizzo del farmaco a valenza regionale, per la fissazione di criteri di appropriatezza clinica nella definizione di interventi curativi per patologie particolari, nonché, percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali e studi di monitoraggio e valutazione dell'uso dei farmaci e Dispositivi Medici, che dovranno necessariamente coinvolgere figure sanitarie a vario titolo.

La DGR 6 luglio 2016, n. 984 "Governo dell'appropriatezza d'uso dei farmaci "Istituzione Commissione Tecnica Regionale Farmaci" e contestuale revoca Commissioni istituite con la DGR 350/2008 e s.m.i. e con la D.D. 15/2006 (ex DGR n. 1226 del 24.08.2005 DGR 08 novembre 2016, n. 1706", la DGR 08 novembre 2016, n. 1706 "DGR n. 984/2016. Nomina della Commissione Tecnica Regionale Farmaci" e la DD. n. 4/2017 recante "DGR n. 984/2016 e DGR n. 1706/2016. Approvazione delle modalità di funzionamento della Commissione Tecnica Regionale Farmaci (CTRF), sono stati trasmessi nella piattaforma documentale dei piani di rientro ed acquisiti al prot. n. 2 – A del 10/01/2017.

In particolare, si prevede di elaborare entro il primo trimestre 2017 le seguenti linee guida e di obiettivo:

- utilizzo dei farmaci ipolipemizzanti (Nota AIFA 13);
- utilizzo degli antibiotici;
- utilizzo di farmaci antiipertensivi (ace-sartani);
- utilizzo dei farmaci per il trattamento di ASMA e BPCO;
- utilizzo dei farmaci antiacidi

170

- utilizzo dei farmaci NAO
- utilizzo dei nuovi farmaci antidiabetici orali;
- utilizzo delle insuline a lunga durata di azione ad alto costo.

Nell'ambito dell'intervento in parola si ritiene opportuno evidenziare anche la attività di riorganizzazione della rete dei centri prescrittivi autorizzati per la diagnosi e cura delle malattie rare di cui al DM 279/2001, al fine di un più accurato controllo della spesa associata a tale categoria di assistiti. Tale revisione sarà effettuata dalla Commissione Regionale di concerto con il Coordinamento Malattie Rare (COREMAR) presso l'ARES Puglia.

Inoltre, al fine di introdurre un ulteriore strumento di governo della spesa farmaceutica anche nell'ambito della gestione delle Malattie Rare, notoriamente caratterizzata da frequente ricorso ad usi off-label dei medicinali oltre che da prescrizioni a carico SSN di prodotti farmaceutici o parafarmaceutici normalmente non rimborsabili, si intende procedere a:

- rendere effettivo e diffuso l'utilizzo nel Sistema Informativo Regionale per la gestione delle Malattie Rare (SIMaRRP) di un modulo specifico per la registrazione dei protocolli farmaceutici prescritti per ogni patologia rara;
- rafforzare la sinergia tra il Coordinamento Regionale delle Malattie Rare e la Commissione Regionale Farmaci al fine di verificare ed eventualmente autorizzare tutti i nuovi protocolli terapeutici registrati dai prescrittori nel sistema informativo regionale SIMaRRP, individuando opportunamente la rimborsabilità o meno di farmaci/parafarmaci/dispositivi medici prescritti nei casi di utilizzi off-label ovvero di prodotti normalmente non rimborsabili (ad es. farmaci di categoria C).

L'adozione di tale modello organizzativo e l'implementazione del SIMaRRP con il modulo per la gestione della terapia farmacologica, oltre ad aumentare l'appropriatezza prescrittiva e limitare le prescrizioni off-label/di prodotti parafarmaceutici messe a carico del SSR, consentirà di accedere ai protocolli terapeutici già validati da parte delle altre Regioni convenzionate con il Veneto per l'utilizzo del SIMaRRP (ad oggi Emilia Romagna, Liguria, Campania, Umbria, Trento e Bolzano) dando quindi la possibilità di esaminare e fare proprie le valutazioni già vagliate da parte di altri gruppi Tecnici operanti in altre regioni.

Una volta validati, i protocolli farmacologici prescritti nell'ambito delle varie patologie rare assumeranno una validità a livello regionale, saranno resi disponibili quali standard per il trattamento di una data malattia rara e condivisi sul Sistema Informativo SIMaRRP a livello Regionale, non necessitando di successive ulteriori valutazioni e/o autorizzazioni, garantendo a tutti i pazienti pari livello di accesso alle terapie su scala regionale.

Inoltre, tra le iniziative per il miglioramento della *governance* e del controllo della spesa farmaceutica si ritiene di dover apportare modifiche al Regolamento Regionale n. 17/2003 della Regione Puglia nella parte in cui inibisce ai medici specialisti dipendenti del Servizio Sanitario Regionale di effettuare prescrizioni in regime di assistenza farmaceutica

171

territoriale sul ricettario farmaceutico del SSR (o in modalità dematerializzata ai sensi del DM 2/11/2011) al fine di tracciare meglio la spesa farmaceutica rinveniente dagli stessi specialisti e differenziarla in maniera più netta rispetto a quella effettuata dai MMG e PLS (cosiddette prescrizioni indotte).

CRONOPROGRAMMA Intervento GOFAR 04.01: Commissione e Prontuario Regionale				
AZIONE		**INDICATORE**	**ENTRO**	**Adempimento (e riferimento documentale)**
GOFAR 04.01.01	Nomina commissione revisione PTR	DGR di nomina Commissione	31/12/2016	DGR 1706/2016 (prot. n. 2 – A del 10/01/2017)
GOFAR 04.01.02	Revisione del PTOR regionale ed istituzione del nuovo PTR vincolante ospedale/territorio	Atto di adozione nuovo PTR	30/06/2017	DD 151/2017 (prot. n. 59 – A del 23/03/2017) DD 230/2017 (prot. n. 78-A del 23/05/2017) DD 307/2017 (prot 174 - A del 06/11/2017)
GOFAR 04.01.03	Approvazione prime linee guida	DGR di approvazione linee guida	31/03/2017	DGR 869/2017 (prot. 95-A del 04/07/2017) DGR 870/20187 (prot. 96-A del 04/07/2017)
GOFAR 04.01.04	Approvazione ulteriori linee guida	DGR di approvazione linee guida	30/09/2017	
GOFAR 04.01.5	Revisione dei centri prescrittori per le malattie rare e potenziamento *governance*	Atto amministrativo di revisione	30/06/2017	
GOFAR 04.01.06	Modifica RR n. 17/2003	Regolamento di modifica	30/06/2017	DGR 1492/2017 (prot. 161 - A del 11/10/2017) RR 17/2017
Impatto Economico Intervento (in migliaia di euro)		**2016**	**2017**	**2018**
		0	*-€ 1.000*	*-€ 2.000*

Tabella VI – 14. GOFAR 04.01. Cronoprogramma ed impatto economico

Intervento GOFAR 04.02: Risk Sharing

Si intende potenziare le attività delle Aziende Sanitarie Locali inerenti la chiusura delle schede di monitoraggio AIFA in particolare relative ai medicinali per i quali sono stati sottoscritti

accordi con i fornitori per il recupero di somme da parte di Aziende sanitarie a fronte del raggiungimento di obiettivi specifici.

Si devie porre l'attenzione sulla necessità che per tutti i trattamenti dichiarati "RIMBORSABILI", a conclusione del trattamento, il medico è obbligato alla compilazione delle schede di fine trattamento, in modo da consentire al farmacista preposto di procedere alla richiesta di rimborso.

Da una attenta valutazione effettuata tramite i cruscotti di monitoraggio del sistema AIFA, si rileva le presenza di alcune criticità che si intende sanare:

- per molti trattamenti dichiarati rimborsabili non si è proceduto, da parte dello specialista, a compilare la scheda di fine trattamento con conseguente impossibilità di richiedere il relativo rimborso da parte del farmacista ospedaliero/territoriale;
- per i farmaci sottoposti a Piano Terapeutico i medici specialisti non procedono all'invio del relativo Piano Terapeutico ai Servizi Farmaceutici competenti per le attività di controllo della appropriatezza, della aderenza e della efficacia della terapia.

Saranno pertanto fornite opportune indicazioni e si procederà al potenziamento della azioni di monitoraggio da parte della Regione e delle Direzioni Sanitarie delle Aziende Sanitarie.

In considerazione del danno erariale derivante dal mancato inserimento dei dati nei registri di monitoraggio da parte degli operatori sanitari (medici e farmacisti), le Direzioni Generali, in accordo a quanto previsto dagli accordi contrattuali con il personale dipendente e convenzionato e dalla regolamentazione aziendale, dovranno ad attivare le procedure sanzionatorie, in caso di mancata osservanza delle disposizioni in materia di farmaci soggetti a monitoraggio, nonché l'avvio di procedimenti per il recupero delle somme non incassate.

CRONOPROGRAMMA Intervento GOFAR 04.02: Risk Sharing				
AZIONI		**INDICATORE**	**ENTRO**	**Adempimento (e riferimento documentale)**
GOFAR 04.02.01	Potenziamento della struttura regionale di verifica dello stato delle schede	Atto amministrativo regionale e circolari applicative	31/03/2017	
GOFAR 04.02.02	Monitoraggio continuo	Report trimestrali	Dal 31/03/2017 a cadenza trimestrale	Nota AOO_081/2529 del 23/11/2017 (prot. 22-A del 02/02/2017) Nota AOO_081 03-11-2017/5300 (prot. 175 - A del 06/11/2017).
Impatto Economico Intervento (in migliaia di euro)		**2016**	**2017**	**2018**
		-	*-€ 1.000.*	*-€ 1.000.*

Tabella VI – 15. GOFAR 04.02. Cronoprogramma

SEZIONE AMMINISTRAZIONE FINANZIARIA SANITARIA REGIONE PUGLIA
173
173

Intervento GOFAR 04.03: Sistema Direzionale Farmaceutico

In Regione Puglia si è ormai consolidato il processo di informatizzazione del sistema sanitario attraverso il sistema informativo Edotto. Tutti i domini assistenziali espressi dal SSR trovano oggi flussi di alimentazione, database, infrastrutture tecnologiche e procedure omogenee su tutto il territorio regionale.

Concluso il processo di uniformità tecnologica e informativa su scala regionale che ha richiesto del tempo per il superamento della eterogeneità tecnica delle organizzazioni (pubbliche e private) e delle inevitabili resistenze culturali, è possibile ora avviare con decisione la stagione delle "informazioni per le decisioni". Va in questa direzione il percorso avviato da qualche mese di realizzare un cruscotto direzionale per il monitoraggio della spesa farmaceutica.

La versione attuale utilizza, al momento, i flussi farmaceutici del sistema Tessera Sanitaria (ex comma 5 dell'art. 50 della l.n. 326/2003) e il contabilizzato mensile Edotto, ricavato dalla acquisizione ottica delle ricette rosse e dai dati dell'erogato della ricetta dematerializzata, integrati con le anagrafiche regionali degli assistiti e dei medici di famiglia; è in fase di perfezionamento l'integrazione con il più aggiornato flusso (in tempo reale) del prescritto ex DM 2/11/2011 (ricetta dematerializzata).

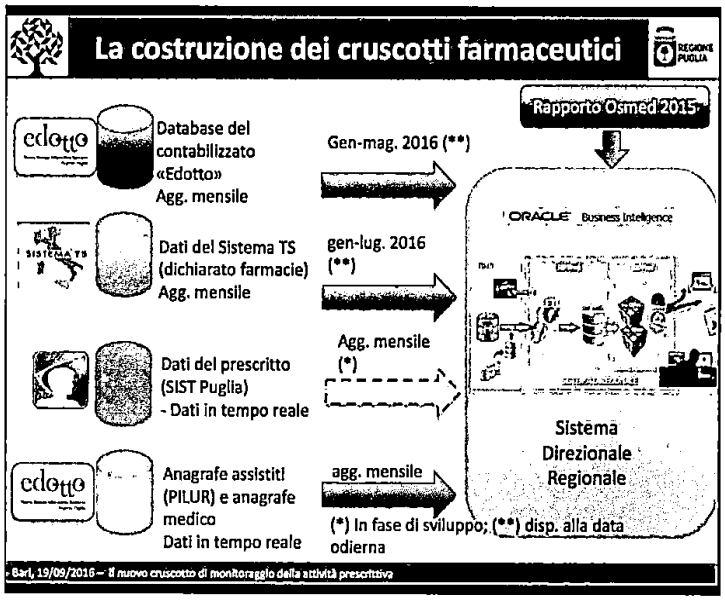


Figura VI – 3. Flussi di alimentazione del cruscotto farmaceutico territoriale

Il cruscotto si compone di diversi pannelli. Il primo offre una panoramica regionale dettagliata per ASL e con confronti rispetto alla media regionale e, soprattutto, rispetto alla media nazionale relativamente a tre metriche: importo lordo procapite (popolazione pesata), media confezioni per assistito pesato, DDD per 1000 assistibili pesati. Il secondo pannello approfondisce le stesse metriche (confronti con benchmark inclusi) a livello di singolo distretto socio-sanitario di una data ASL. Con la stessa logica di analisi verticale, il terzo pannello prosegue, in un distretto socio-sanitario, il confronto tra singoli medici di famiglia.

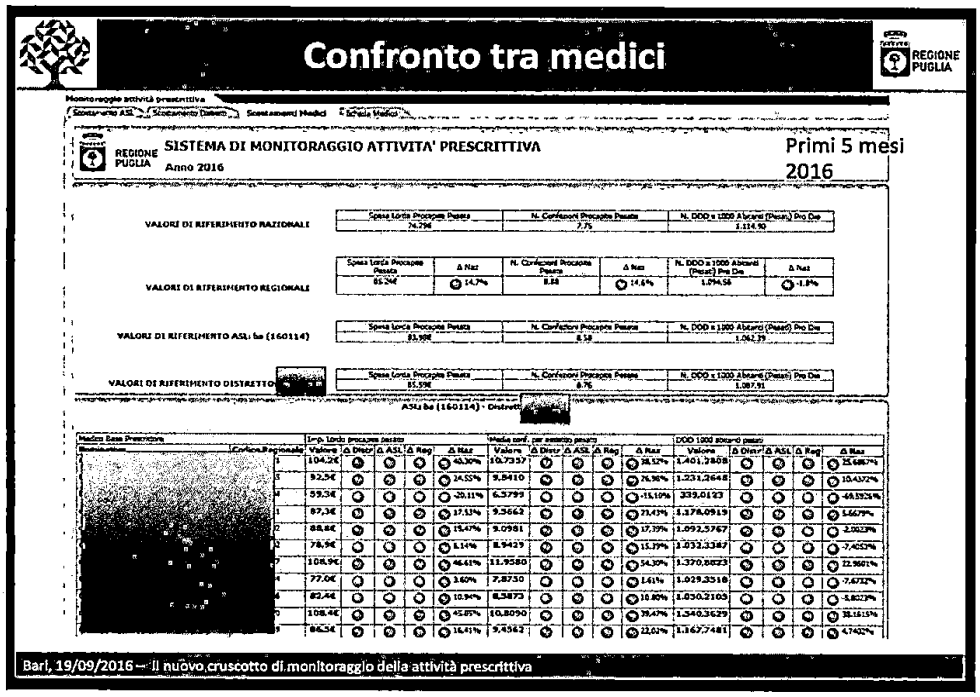


Figura VI – 4. Confronto tra medici dello stesso distretto sociosanitario o della stessa ASL

L'ultimo e più articolato pannello consente al singolo medico di avere una panoramica (grafica e tabellare) del proprio posizionamento in termini di spesa lorda pro-capite pesata (anche come obiettivo atteso, DDD per 1000 assistibili pesati, costo medio DDD, primi 8 ATC a maggior scostamento dalla spesa lorda nazionale e quota prescrizioni in liste di trasparenza.

Il medico di base può controllare il proprio cruscotto accedendo al sistema informativo con le stesse credenziali in uso per l'accesso ad altre funzioni a supporto della attività assistenziale. Il cruscotto viene modificato su base mensile e le variazioni sono notificate al medico a mezzo email.

Inoltre per ogni categoria di farmaci sottoposta per le quali si definiscono linee guida ed obiettivi di riduzione della spesa e dei consumi viene elaborata una apposita scheda di monitoraggio per il singolo medico prescrittore (esempio Scheda monitoraggio prescrizioni "*Ipolipemizzanti*")

Inoltre con lo stesso sistema si fornisce alle Direzioni Generali uno strumento per la verifica ed il monitoraggio mensile dell'andamento della spesa farmaceutica (sia ospedaliera ch territoriale) rispetto ai tetti prefissati con le specifiche degli scostamenti rispetti agli obiettivi del presente Piano Operativo.. Il cruscotto è costruito al fine di consentire una lettura a più livelli di approfondimento e supportare le direzioni strategiche delle Aziende Sanitarie nelle azioni di competenza.

SEZIONE AMMINISTRAZIONE FINANZA SANITARIA REGIONE PUGLIA
175

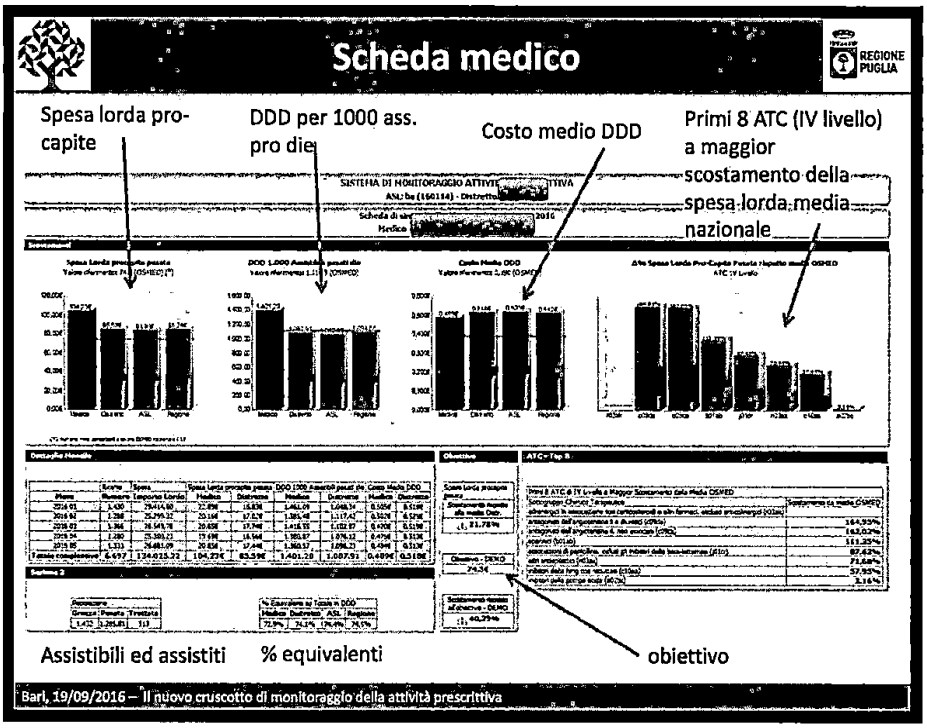


Figura VI – 5. Cruscotto del MMG/PLS

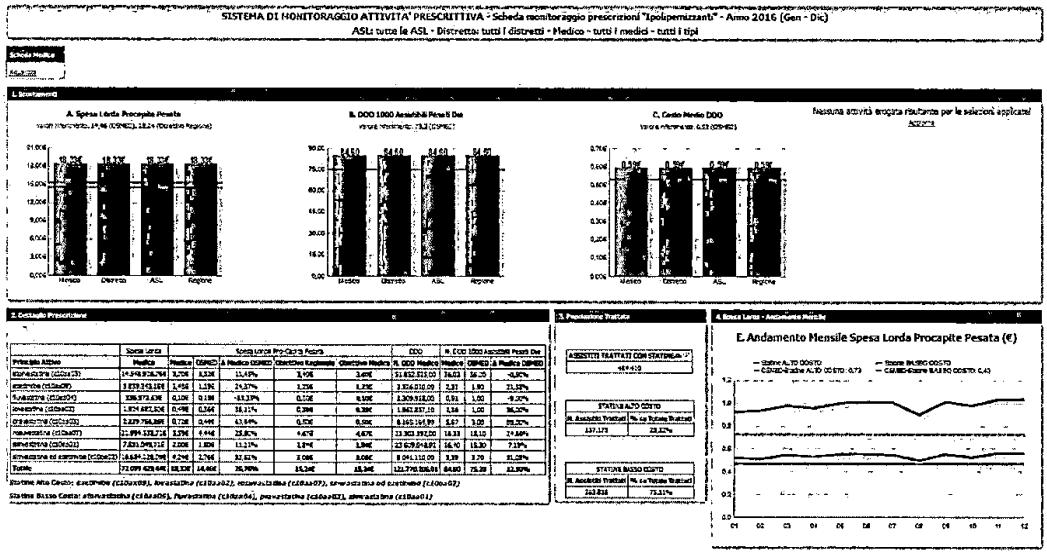


Figura VI – 6. Scheda monitoraggio prescrizioni "Ipolipemizzanti

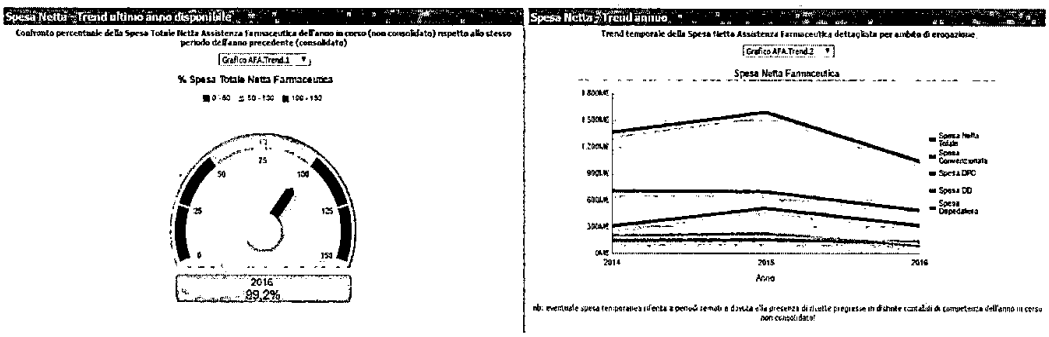


Figura VI – 7. Cruscotto di alto livello a supporto delle direzioni strategiche

Questa azione è complementare e di supporto alle azioni sopra descritte e concorre al raggiungimento degli obiettivi economici dell'intera misura. Tuttavia si ritiene di poter stimare un obiettivo di risparmio derivante dal solo potenziamento delle azioni di monitoraggio e di restituzione ai singoli prescrittori dei dati delle proprie prescrizioni.

Intervento GOFAR 04.03: Sistema Direzionale Farmaceutico				
AZIONE		**INDICATORE**	**ENTRO**	**Adempimento**
GOFAR 04.03.01	Implementazione del cruscotto di monitoraggio per singolo medico	Relazione tecnica sulla implementazione	31/01/2017	Note attuative e descrittive (prot. 20-A del 02/02/2017. prot. 58 – A del 20/03/2017. prot. 103 - A del 05/07/2017. prot. 159 - A del 10/10/2017).
GOFAR 04.03.02	Individuazione e condivisione con MMG e PLS di obiettivi strategici specifici relativa alla riduzione della spesa farmaceutica pro-capite	DGR di adozione degli obiettivi per singolo medico	28/02/2017	Prima fase individuazione obiettivi di spesa media procapite- allegato DGR 2198/2016 (prot. 10-A del 19/01/2017)
GOFAR 04.03.03	Individuazione e condivisione di un set di indicatori per il monitoraggio continui della spesa per l'acquisto diretto di farmaci	Relazione tecnica sulle funzioni implementate	31/03/2017	Relazione su cruscotti di monitoraggio continuo della spesa per l'acquisto diretto di farmaci (prot. 176 - A del 06/11/2017.)
Impatto Economico Intervento (in migliaia di euro)		**2016**	**2017**	**2018**
		-	*- 2.000.*	*- 3.000*

Tabella VI – 17. GOFAR 04.03. Cronoprogramma ed impatto economico

CAPITOLO VII

[GOAMM] INNOVARE E GOVERNARE I PROCESSI DI SUPPORTO E COMPLEMENTO TECNICO-AMMINISTRATIVO PER LA SALUTE

PROGRAMMA GOAMM 01: CENTRALIZZAZIONE ACQUISTI

Il Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti ha messo in atto nel corso del 2016 molteplici iniziative ed attività per conseguire gli obiettivi fissati dalla normativa nazionale in tema di centralizzazione degli acquisti, in costante sinergia con i referenti del Soggetto Aggregatore (SA), individuato nella società in house Innovapuglia spa, e con le Aziende Sanitarie.

Intento prioritario della struttura è la creazione di un centro di coordinamento regionale autorevole, nell'ambito del quale realizzare un confronto qualificato per la ricerca delle soluzioni ottimali e l'attivazione degli interventi conseguenti al fine della razionalizzazione e qualificazione della spesa sanitaria, a tutela dell'interesse collettivo prima ancora che in quello delle singole Aziende Sanitarie. Tale approccio, indispensabile per favorire meccanismi di condivisione e collaborazione con tutti i componenti del processo in funzione degli obiettivi fissati, si ritiene possa spiegare piena efficacia nel medio periodo.

Con deliberazione n. 2256/2015 "*Razionalizzazione degli acquisti sanitari. Abrogazione deliberazione n. 1391/2012, modifica DGR n. 2356 del 18/11/2014. Disposizioni*" ha impartito disposizioni per supportare il soggetto aggregatore Innovapuglia spa nell'indizione e gestione delle 14 categorie di acquisti individuate dal Tavolo degli Aggregatori Nazionali in adempimento al disposto del DL 66/2014 (DPCM 24/12/2015). Intento prioritario della struttura è la creazione di un centro di coordinamento regionale autorevole, nell'ambito del quale realizzare un confronto qualificato per la ricerca delle soluzioni ottimali e l'attivazione degli interventi conseguenti al fine della razionalizzazione e qualificazione della spesa sanitaria, a tutela dell'interesse collettivo prima ancora che in quello delle singole Aziende Sanitarie. Tale approccio, indispensabile per favorire meccanismi di condivisione e collaborazione con tutti i componenti del processo in funzione degli obiettivi fissati, si ritiene possa spiegare piena efficacia nel corso del triennio 2016-2018.

In particolare, sono state individuate le Azienda Capofila, riportate in tabella GOAMM-01, quali supporto al soggetto aggregatore per la gestione delle procedure di gara aggregate.

Procedura di Gara	**CAPOFILA**
Defibrillatori	**A.O.U. POLICLINICO**
Protesi d'anca	**A.O.U. POLICLINICO**
Stent	**ASL BT**
Pace-maker	**A.O.U. POLICLINICO**
Aghi e siringhe	**ASL BT**
Medicazioni generali	**ASL BR**
Ausili per incontinenza (ospedalieri e territoriali)	**ASL BT**
Farmaci Farmaci PHT	**ASL BA** **ARES**
Integrati per gestione apparecchiature elettromedicali	**ASL BR**
Ristorazione	**ASL BA**

178

Procedura di Gara	CAPOFILA
Lavanderia	ASL BA
Smaltimento rifiuti	ASL FG

Tabella GOAMM-01-01. Procedure di gara ed Aziende capofila

A febbraio 2016 è stata effettuata una attività di analisi e di ricognizione delle gare per beni e servizi appartenenti alle suddette categorie, dalla quale sono emerse le disposizioni di cui alla **DGR n. 73 del 10/02/2016**, con la quale la Giunta Regionale ha stabilito quanto segue in relazione alle gare afferenti le 14 categorie merceologiche del DPCM 24/12/2015.

Procedura di Gara	Stato (febbraio 2016)	Decisione (febbraio 2016)
Defibrillatori	Gara da bandire	
Protesi d'anca	Esistono due procedure in corso: 1)Gara bandita a livello centrale in Unione di Acquisto, capofila ASL TA, per n. 351 lotti di cui n. 32 lotti per protesi d'anca (dal n. 274 al n.305), l'importo complessivo per tali lotti a base di gara (quadriennale) di euro 33.578.293,49. La gara è stata bandita su piattaforma telematica. 2)Gara bandita dall'A.O.U. Policlinico in data 18..12.2013	1)la gara, bandita In UTA regionale a metà agosto 2015, presenta i requisiti di cui alla DGR n. 2256/2015, risulta prioritaria per il SSR. 2) la gara è stata bandita In UTA tra A.O.U. Policllnico e ASL BA, è in corso di aggiudicazione, risulta prioritaria per il SSR. Per l'anno 2016 l' A.O.U. Policlinico di Bari è stata individuata, con DGR n. 2256/2015, come capofila a supporto del soggetto aggregatore. Considerando le procedure già in corso, tale procedura di gara è da bandire attraverso il soggetto aggregatore solo per le tipologie merceologiche residuali non ricomprese nelle gare già bandite e per tipologie di oggetti caratterizzati da particolari specificità tecniche e sulla base di motivate necessità.
Stent	Gara bandita in UTA tra A.O.U. Policlinico di Bari e OO.RR. di Foggia ad aprile 2015. L'aggiudicazione è prevista nel prossimo mese.	Occorre bandire la gara regionale attraverso il soggetto aggregatore per tutte le ASL territoriali e per gli IRCCS pubblici che tenga conto anche dei fabbisogni del Policlinico di Bari e OO.RR. di Foggia per la rispettiva adesione allo scadere dei contratti rivenienti dalla gara in LITA in via di aggiudicazione.
Pace-maker	Gara da bandire	
Aghi e siringhe	Gara da bandire	
Medicazioni generali	Gara da bandire	

Procedura di Gara	Stato (febbraio 2016)	Decisione (febbraio 2016)
Ausili per incontinenza (ospedalieri e territoriali)	Gara da bandire	
Farmaci	Gara indetta il 9 novembre 2015 in Unione Temporanea d'Acquisto tra OO.RR. capofila, ASL BT, ASL TA e ASL FG su SDAPA Consip con previsione di apertura offerte 28/01/2016. Per farmaci in PHT vedi di seguito. Gara da bandire	Le procedure di acquisizione di farmaci rientranti nel PHT regionale saranno bandite attraverso il soggetto aggregatore, capofila Ares Puglia. Le suddette procedure saranno calendarizzate da parte del soggetto aggregatore nel I trimestre 2016. La gara farmaci sarà bandita dal Soggetto Aggregatore con capofila la ASL BA, tenendo conto anche dei fabbisogni degli OO.RR. di Foggia, ASL BT, ASL FG e ASL TA per la rispettiva adesione allo scadere dei contratti rivenienti dalla gara in UTA in via di aggiudicazione.
Vaccini	Gara da bandire	
Servizi Integrati per gestione apparecchiature elettromedicali	Gara da bandire	
Pulizia	Il Servizio attribuito attualmente alle società in house per ASL Bari, BAT, BR, FG, LE, TA, A.O.U. Policlinico	
Ristorazione	Gara bandita dall'A.O.U Policlinico e dalla ASL di Lecce. Entrambe per esigenze delle singole aziende e in Cartaceo	Le procedure di gara contrastano con quanto disposto sia a livello nazionale che a livello regionale. Gare aziendali da revocare ed indire procedura regionale
Lavanderia	Gara bandita da ASL BA e A.O.U. Policlinico per esigenze delle singole Aziende, non in UTA. La gara della ASL TA è in aggiudicazione provvisoria	Le procedure di gara contrastano con quanto disposto sia a livello nazionale che a livello regionale. Gare aziendali da revocare ed indire procedura regionale.
Smaltimento rifiuti	Gara da bandire	

Tabella GOAMM-01-02. Situazione delle procedure di gara per l'anno2016 (come da DGR 73/2016)

Il processo avviato ha prodotto, nei primi nove mesi di attività del 2016, l'approvazione degli atti propedeutici per le seguenti procedure di acquisto:

1. Ausili per incontinenza, Importo a base d'asta di € 149.097.395,95
2. Medicazioni generali, importo a base d'asta di € 49.668.477,98
3. Aghi e Siringhe, importo a base d'asta € 50.648.791,95
4. Defibrillatori e Pacemakers, importo a base d'asta € 138.514.240,00

180

5. Farmaci PHT, importo a base d'asta complessivo € 169.701.666,00
6. Avvio del sistema dinamico di acquisizione (SDA) regionale per l'acquisto di farmaci

Successivamente con DGR 11 ottobre 2016, n. 1584 recante "Procedure di acquisto aggregate del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2016. Modifica DGR n. 2256/2015. Ulteriori disposizioni" si è proceduto ad aggiornare le procedure per la centralizzazione degli acquisti e la aggregazione dei fabbisogni al fine di accelerarne l'attuazione.

Inoltre con nota circolare prot. AOO_081/PROT/18/11/2016/0002459 sono state fornire ulteriori indicazioni alle Aziende Sanitarie Locali per la aggregazione dei fabbisogni e la gestione delle gare non ricomprese nelle categorie merceologiche di cui al DPCM 24/12/2015.

La documentazione sopra indicata è stata trasmessa al sistema documentale ed acquisita al Sistema Documentale Piani di Rientro, prot. n. 11 – A del 19/01/2017.

Pertanto, entro il I trimestre del 2017, la Regione Puglia intende bandire per il tramite del proprio soggetto aggregatore tutte le gare per beni e servizi ricomprese nelle suddette categorie merceologiche.

Di seguito la tabella GOAMM-01 con i riepilogativi delle gare pianificate e dei relativi tempi di aggiudicazione dei risparmi presenti che si ipotizza di conseguire nel 2017 e nel 2018 prudenzialmente (importi abbattuti anche percentualmente per tener conto di eventuali ritardi medi di aggiudicazione).

Tipologia	Intervento	Spesa annua	Scadenza	Indicatore	Risparmi previsti		
					2016	2017	2018
Farmaci	Indizione IV TRIM 2016 e aggiudicazione III TRIM 2017 per un consumo annuo di € 874 mln (nota_1)		30/09/17	gara aggiudicata	-	Si veda intervento GOFAR 01.04: Aggregazione e centralizzazione delle gare dei farmaci	Si veda intervento GOFAR 01.04: Aggregazione e centralizzazione delle gare dei farmaci
Vaccini	Indizione II TRIM 2017 e aggiudicazione IV TRIM 2017 per un consumo annuo in corso di definizione (nota_2)		31/12/17	gara aggiudicata	-	Non quantificato (fabbisogno in corso di definizione)	Non quantificato (fabbisogno in corso di definizione)
Stent	Indizione II TRIM 2017 e aggiudicazione II TRIM 2018 per un consumo annuo di € 9.072.140	9.071.140 €	30/06/18	gara aggiudicata	-		453.557 €
Ausili per incontinenza	Gara bandita a maggio 2016 e aggiudicazione attesa nel III TRIM 2017 per un consumo annuo di € 23.296.468	23.296.468 €	30/09/17	gara aggiudicata	-	582.412 €	2.329.647 €

Protesi d'anca	Aggiudicazione nel II semestre 2017 su due diverse UTA regionali per un consumo annuo di circa € 10.000.000 (nota_3), (*)	10.000.000 €	30/06/17	gara aggiudicata	-	500.000 €	1.000.000 €
Medicazioni generali	Gara bandita a luglio 2016 e aggiudicazione attesa nel III TRIM 2017 per un consumo annuo di € 8.737.813	8.737.813 €	30/09/17	gara aggiudicata	-	218.445 €	873.781 €
Defibrillatori	Indizione IV TRIM 2016 e aggiudicazione IV TRIM 2017 per un consumo annuo di € 22.291.875	22.291.875 €	31/12/17	gara aggiudicata	-		2.229.188 €
Pace-maker	Indizione IV TRIM 2016 e aggiudicazione III TRIM 2017 per un consumo annuo di € 3.238.875	3.238.875 €	30/09/17	gara aggiudicata	-	80.972 €	323.888 €
Aghi e siringhe	Indizione IV TRIM 2016 e aggiudicazione III TRIM 2017 per un consumo annuo di € 8.127.074.	8.127.074 €	30/09/17	gara aggiudicata	-	203.177 €	812.707 €
Servizi integrati gestione apparecchiature elettromedicali	Indizione II semestre 2017 e aggiudicazione I TRIM 2018 per un consumo annuo di € 3.250.000	3.250.000 €	31/03/18	gara aggiudicata	-		243.750 €
Ristorazione	Indizione II TRIM 2017 e aggiudicazione II TRIM 2018 per un consumo annuo di € 30.562.200	30.562.200 €	30/06/18	gara aggiudicata	-		1.528.110 €
Lavanderia	Indizione II TRIM 2017 e aggiudicazione I TRIM 2018 per un consumo annuo di € 23.713.313	23.713.313 €	31/03/18	gara aggiudicata	-		1.778.498 €
Smaltimento rifiuti sanitari	Indizione II TRIM 2017 e aggiudicazione II TRIM 2018 per un consumo annuo di € 16.562.250	16.562.250 €	30/06/18	gara aggiudicata	-		828.113 €
				TOTALE		**1.585.006 €**	**12.401.238 €**

Note

Nota_1: avviato il sistema dinamico di acquisizione (SDA farmaci)

Nota_2: l'iniziativa in atto è in corso di conclusione per cui si rende necessario procedere ad una ulteriore procedura aggregata

Nota_3: la procedura di gara di riferimento regionale è quella della ASL di Taranto, la gara del Policlinico di Bari in UTA con la ASL di Bari si riferisce solo ad alcune particolari tipologie di protesi

(*)documento acquisito alla piattaforma documentale prot. 70 – A del 19/04/2017.

Tabella GOAMM 01-03. Stima dei risparmi

La suddetta pianificazione può essere costantemente consultata mediante il "Piano delle Iniziative" che rappresenta l'insieme di tutte le iniziative di acquisto aggregate dei Soggetti Aggregatori, inerenti le categorie merceologiche di beni e servizi di cui al DPCM 24 dicembre 2015., disponibile alla pagina:

182

https://www.acquistinretepa.it/opencms/opencms/soggetti_aggregatori_new/iniziative/

La pianificazione e l'ulteriore aggregazione delle gare nel 2017 e nel 2018 potrà essere ulteriormente integrata sulla base delle decisioni del Tavolo Nazionale dei Soggetti Aggregatori e delle pianificazioni annuali previste dal DPCM 14/11/2014.

CRONOPROGRAMMA		INDICATORE	ENTRO	Adempimento (e riferimento documentale)
GOAMM01.01.01	Ricognizione gare aggregate	Relazione sullo stato delle attività 2016	31/01/2017	DGR 1584/2016 (prot. 11 – A del 19/01/2017) Relazione (prot. 17-A del 30/01/2017)
GOAMM 01.01.02	Pianificazione gare anno 2017	Relazione sulla pianificazione delle attività	31/03/2017	Relazione pianificazione 2017 (prot. 64-A del 13/04/2017)
GOAMM 01.01.03	Ricognizione gare aggregate (nota_1)	Relazione annuale sullo stato delle attività Stato intermedio semestrale	31/12/2017 Entro il 31/7/2017 e 31/7/2018 con riferimento al semestre precedente	Relazione stato gare (prot. 108- A del 05/07/2017) Accordo quadro attrezzature informatiche. (prot. 180-A del 06/11/2017) DD 12/2017 (prot. 184 - A del 06/11/2017)
GOAMM 01.01.04	Pianificazione gare anno 2018	Relazione sulla pianificazione delle attività	31/03/2018	
GOAMM 01.01.05	Ricognizione gare aggregate	Relazione sullo stato delle attività	31/12/2018	
Impatto Economico Intervento (in migliaia di euro)		**2016** -	**2017** - 1.585	**2018** - 12.401

Nota_1: in aggiunta alla ricognizione disponibile su:
https://www.acquistinretepa.it/opencms/opencms/soggetti_aggregatori_new/iniziative/

Tabella GOAMM 01-04. Cronoprogramma GOAMM 01.01

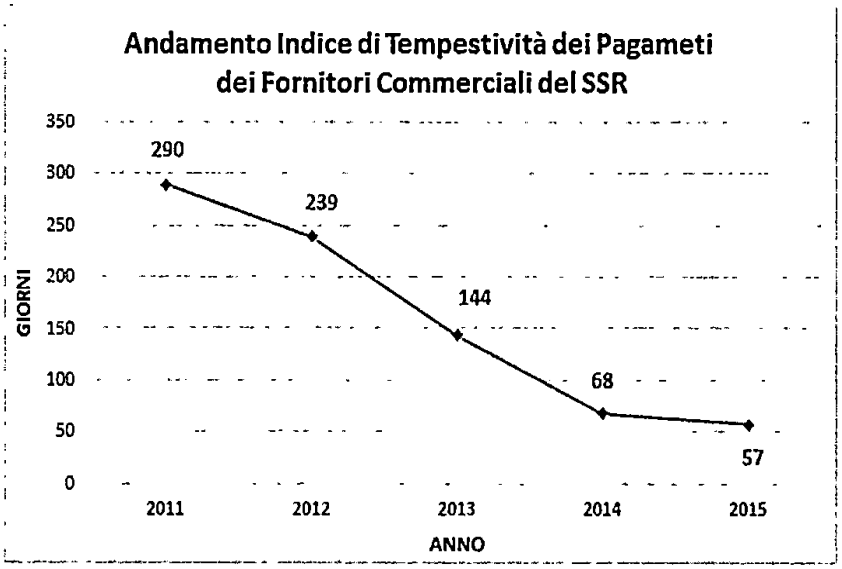
La responsabilità del coordinamento delle azioni è della Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche insieme al Soggetto Aggregatore (InnovaPuglia S.p.A.)

183

PROGRAMMA GOAMM 02: ARMONIZZAZIONE E REGOLARITÀ AMM.VO-CONTABILE

Intervento GOAMM 02.01: Tempestività Pagamento Fornitori

Lo stretto monitoraggio dei debiti commerciali delle Aziende Sanitarie pugliesi con lo scopo di migliore i tempi medi di pagamento dei fornitori, con particolare riferimento alla Direttiva 2011/7/UE in materia di riduzione dei tempi di pagamento, ha permesso alle aziende sanitarie di passare da un ritardo medio di 290 giorni del dicembre 2011 ai 42 giorni di giugno 2016.



Risultati programmati

La Regione Puglia si impegna a ridurre l'ITP a zero entro il 31 dicembre 2017 mettendo in atto una serie di iniziative economico organizzative insieme alle Aziende del SSR. Per raggiungere tale risultato la Sezione Amministrazione, Finanza e Controllo (AFC) intende porre in essere alcune azioni:

- **Riorganizzazione delle procedure aziendali e applicazione del Manuale:** avviare una fase riorganizzativa all'interno delle aziende che registrano i maggiori ritardi anche mediante l'applicazione del "Manuale standard delle procedure amministrativo-contabili" adottato dalla Regione Puglia con Atto Dirigenziale della Sezione Controlli n.27 del 18 dicembre 2015.

  La Sezione AFC intende potenziare il monitoraggio del "ciclo passivo" per la definitiva risoluzione delle problematiche anche attraverso la responsabilizzazione dei funzionari aziendali e lo snellimento delle procedure per il pagamento delle fatture. Le aziende dovranno:

  - recepire, implementare ed applicare il Manuale precedentemente citato al fine di riorganizzare tutta la macchina amministrativa;

  - avviare, attraverso l'Area Gestione Risorse Economico Finanziarie (AGREF), il monitoraggio mensile delle fatture in attesa di liquidazione presso ciascuna Unità Operativa per anno di formazione e scadenza;

184

- formalizzare e mettere a sistema, se non è stata già avviata, la procedura di circolarizzazione dei fornitori;

- definire una più complessiva regolamentazione delle procedure di liquidazione e pagamento delle fatture, individuando puntualmente ruoli e responsabilità cui è assegnato l'obiettivo di garantire il rispetto dei termini di pagamento previsti dalla normativa;

- pensare ad un sistema organizzativo che "accorpi" e "riduca" le Unità Organizzative coinvolte nella fase di ordinazione delle forniture e successiva liquidazione e pagamento;

- implementare un sistema di monitoraggio e verifica dei tempi di ciascuna fase;

- responsabilizzare i dirigenti preposti alle procedure di liquidazione delle fatture inserendo specifici obiettivi nei rispettivi contratti di lavoro, funzionali a perseguire l'obiettivo regionale di ITP.

Sarà compito della Sezione AFC:

- Controllare trimestralmente la reale applicazione del Manuale all'interno delle singole Aziende e verificare la reale definizione di nuove procedure del "ciclo passivo" volte alla definizione di tempi certi per il pagamento delle fatture;

- Creare un flusso informativo per il monitoraggio mensile del Debito e dei Pagamenti;

- Monitorare gli obiettivi specifici ai Direttori Generali assegnati con la DGR 2189/2016;

- Responsabilizzare i Direttori Generali a dare specifici obiettivi ai Dirigenti preposti alla liquidazione;

- Creare un flusso informativo utile a monitorare trimestralmente lo stato dei pagamenti e dei debiti aziendali.

- **Verifica delle risorse finanziarie:** La Sezione AFC continuerà nel monitoraggio mensile del fabbisogno finanziario aziendale allibrando le risorse in tempo reale con lo scopo ultimo di erogare alle Aziende tutto il necessario per il pagamento dei fornitori. La Regione Puglia, quindi, proseguirà nel trasferimento delle risorse agli enti del SSR anche modulando le esigenze di liquidità degli stessi in corso dell'anno. Giova evidenziare che la Regione Puglia ha vietato le anticipazioni bancarie, disponendo delle risorse necessarie per far fronte ai saldi da erogare.

- **Rafforzamento della macchina amministrativa:** Per poter affrontare in modo forte e responsabile la presente problematica, ma anche tutto ciò che concerne le dinamiche aziendali, non meno importante sarà l'inserimento in organico di nuovo personale per rafforzare le aree gestionali-aziendali del SSR, con un occhio particolare alle strutture amministrativo-contabili deputate all'esecuzione delle procedure di pagamento dei fornitori.

Responsabile del procedimento attuativo

Struttura/Dirigente responsabile è il Dirigente della Sezione Amministrazione, Finanza e Controllo.

Risoluzione della problematica Riduzione Tempestività Pagamento Fornitori **Obiettivi, Azioni da realizzare e Crono programma**			
Programma	**Obiettivo Generale**	**Obiettivi Specifici**	**Indicatori di Risultato**
Riorganizzazione delle procedure aziendali e applicazione del Manuale	Applicazione del Manuale	▪ Definizione di un sistema di controllo in merito alla reale applicazione del manuale ▪ Creazione di un flusso informativo per il monitoraggio mensile del Debito e dei Pagamenti. ▪ Creazione di un flusso informativo per il monitoraggio del fabbisogno finanziario aziendale.	Tenuto conto dell'obiettivo generale di ITP a zero, l'obiettivo sfidante massimo è: ▪ ITP medio pari a 30 al 31/12/2016; ▪ ITP medio pari a -5 al 31/12/2017; ▪ ITP medio pari a -10 al 31/12/2018.
Verifica delle risorse finanziarie	Monitoraggio		
Rafforzamento della macchina amministrativa	Individuazione fabbisogno finanziario delle Aziende del SSR		
Cronoprogramma	**Entro dicembre 2016** ▪ Creazione di un flusso informativo per il monitoraggio mensile del Debito e dei Pagamenti. [Adempimento: Rif. A00/168 n. 158,159,160,161,162,163,164,165,166,167 del 13 febbraio 2017] **Entro Agosto 2017** ▪ Creazione di un flusso informativo per il monitoraggio del fabbisogno finanziario aziendale. [Adempimento: Rif. A00/168 n. 711 del 3 Luglio 2017] **Entro Ottobre 2018** ▪ Definizione di un sistema di controllo in merito alla reale applicazione del manuale delle procedure.		
Impatto Economico	▪ **In riferimento al triennio 2016-2018, il presente programma non impatta sulla spesa, anzi sono previsti minori costi per conteziosi e risparmi sugli interessi di mora, quantificabili nel 2017con -2.000.000 per gli accantonamenti per interessi e -2.000.000 per gli interessi addebitati.** ▪ **Nel 2018 -6.000.000 per gli accantonamenti per interessi e -3.000.000 per gli interessi addebitati**		
Responsabile del Processo Attuativo	**Sezione Amministrazione, Finanza e Controllo**		

SEZIONE AMMINISTRAZIONE FINANZA E CONTROLLO - REGIONE PUGLIA - FINANZA SANITARIA REGIONALE

186

Intervento GOAMM 02.02: Sistemi di Contabilità Analitica

Analisi del Contesto ed attività concluse

Rispetto al 2012, gli attuali sistemi di contabilità analitica presso le Aziende Sanitarie della Regione e le metodiche in uso sono notevolmente omogenei e nel complesso sufficientemente implementati.

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

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

Attività avviate e da avviare

Verrà costituito un panel di referenti regionali ed aziendali sul "Controllo di Gestione";

Sarà previsto, inoltre, lo sviluppo di una piattaforma di Business Intelligence per:

- la gestione dei flussi informativi (da azienda a regione ed a Ministero (NSIS).
- fornire un interfaccia web alle Aziende Sanitarie per l'invio dei flussi informativi e la successiva esplorazione degli esiti dei controlli logico-formali automaticamente elaborati sul flusso inviato.
- L'implementazione di un sistema direzionale di controllo a livello regionale ed aziendale.

Rispetto agli adempimenti LEA, le attività già implementate sono:

a. verifica della coerenza del piano dei centri di costo con la struttura organizzativa aziendale.
b. verifica della coerenza del Piano dei Fattori Produttivi con Piano dei Conti unico aggiornato ai sensi del D.Lgs. 118/2011.
c. verifica della quadratura tra contabilità generale ed analitica;
d. verifica dei sistemi informativi aziendali con verifica dell'implementazione e collegamento con quelli regionali esistenti e da prevedere.
e. verifica della compilazione del modello L.A. attraverso l'utilizzo della contabilità analitica;
f. verifica di criteri uniformi per il ribaltamento dei costi indiretti.
g. verifica dei criteri per la quantificazione dell'attività territoriale svolta in ospedali e, in generale, dei criteri per la gestione e rappresentazione dei costi fra i diversi livelli di assistenza;

Le attività da ultimare sono:

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

In tale ottica si inserisce il progetto di **Activity Based Funding secondo metodologia Costi Standard**

SEZIONE FINANZA SANITARIA REGIONALE - RAGIONERIA E CONTROLLO - AMMINISTRAZIONE FINANZA E CONTROLLO

187

Il Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti della Regione Puglia ha tra i suoi obiettivi il rispetto dei parametri economici di appropriatezza e di efficacia delle prestazioni erogate su tutto il territorio regionale.

In data 27 maggio 2016 è stato sottoscritto un protocollo di intesa con la società Roche S.p.A. (Nr. Rep. 018438 del 9 giugno 2016) volto alla realizzazione di un sistema di Activity - Based Funding (ABF) utile alla determinazione dei costi standard e degli indicatori di benchmarking per la Sanità della Regione Puglia. Il protocollo di cui sopra è stato successivamente recepito mediante Determina Dirigenziale 005/DIR/2016/00006 del 13 giugno 2016.

I costi standard costituiscono un elemento imprescindibile affinché la Regione riesca a: superare "l'approccio a spesa storica" e quello dei "tagli lineari", e possa realmente controllare la spesa sanitaria senza dequalificarla; realizzare un sistema di programmazione di economia sanitaria per poter individuare i cambiamenti futuri e "simularne" gli effetti e monitorarli. Per fare in modo che avvenga tutto ciò, è indispensabile che la Regione:

1) costruisca correttamente i costi standard, fissando non dei parametri generici ma analitici, ovvero stabiliti per:
   prodotto (DRG), in modo da evincere "che cosa si vuole fare", al fine di sapere che cosa si va a finanziare;
   disciplina (unità erogante), in modo da individuare "chi lo fa", per sapere chi si va a finanziare;
   attività (degenza I° e II° livello, sala operatoria, ecc.), per conoscere la composizione del prodotto, ovvero "che cosa si dà al paziente";
   fattore produttivo (personale, farmaci, dispositivi sanitari, ecc.), per sapere "quanto si dà al paziente" (quali/quante risorse sono destinate ad un dato "prodotto".
2) disponga di uno specifico sistema di programmazione/valutazione dell'attività secondo la logica dell'Activity-based Funding (ABF), mediante il quale impiegare opportunamente i costi standard prima formulati e ricalcolare gli stessi; mentre i costi standard rappresentano il necessario "propellente" informativo, l'ABF costituisce la "macchina" che consente ad una Regione di raggiungere l'equilibrio tra vincoli di spesa ed esigenze socio-sanitarie;
3) abbia un'équipe di dipendenti regionali/delle aziende che siano in grado di utilizzare il sistema ABF.

Risultati programmati

a) ottemperare ai dettami del Decreto legislativo n°502 del 30/12/1992, del Decreto del Ministero della Salute del 15/4/2004, e soprattutto della Legge n°133 del 6/8/2008 (art.79, comma 1 quinquies), che ribadisce l'esigenza di elaborare i costi standard a livello regionale;
b) rispettare i requisiti internazionali per determinare i costi standard in Sanità ma calati nella realtà pugliese; ciò si traduce nel determinare i valori di riferimento (standard) economici di tipo analitico (ovvero per fattore produttivo/attività) per tipo di ricovero (ordinario, outliers, 0-1 gg., day hospital), DRG, disciplina di dimissione (Chirurgia generale, Ortopedia, Neurochirurgia, Medicina generale, Cardiologia, Oncologia, Pediatria, ecc.);
c) calcolare degli indicatori di benchmarking di 1° livello al fine di evincere dove eventualmente possibile migliorare l'efficienza e/o contenere le risorse. Ciò consentirà di formulare delle

188

valutazioni gestionali per la regione nel suo complesso e per ognuna delle aziende, sia sul totale delle risorse che per aggregazioni di fattori produttivi (personale, dispositivi sanitari, ecc.);

d) calcolare degli indicatori di benchmarking di 2° livello (confronto tra i costi effettivi delle aziende e standard di cui al punto b);

e) realizzare dei confronti di benchmarking, seppur di livello meno approfondito di quello realizzato per l'attività di ricovero, anche per le altre macroattività (PS, Ambulatorio per esterni, Territorio), in modo da evincere un sistema di benchmarking per il complesso dell'attività delle aziende;

f) disporre di uno strumento per elaborare simulazioni gestionali HMG (Health Management Game) a fini decisionali (ad esempio: supporto all'allocazione risorse tra le aziende) e programmatori (ivi compreso il sistema di budgeting);

g) formare un'équipe (4-5 persone) per la Regione (dipendenti regionali e delle aziende) sull'impiego del programma di cui al punto f, affinché la Regione sia "autosufficiente" nell'utilizzo del sistema ABF.

Il raggiungimento dei suddetti obiettivi avverrà attraverso la realizzazione di un percorso composto da 10 fasi. Le prime due fasi riguardano il "debito informativo" per realizzare il progetto; le restanti fasi si concentrano sull'utilizzo dei dati forniti con le prime due fasi. Ogni fase raggiunge specifici risultati; perciò, non occorrerà aspettare la fine del progetto per avere dei risultati, ma alcuni di essi potranno essere fruibili già durante lo svolgimento del progetto medesimo.

Fase 1. Elaborazione da parte di ciascuna delle Aziende ospedaliere/ASL regionali di una matrice dei costi (tabella 1), in modo da evincere l'allocazione delle risorse per macroattività aziendali.

Fase 2. Analisi della produzione del 2015 per ogni azienda ospedaliera pubblica/ASL della Regione. Ciò si traduce nella richiesta di dati relativi ai ricoveri (attraverso alcune informazioni non sensibili contenute nelle SDO), all'attività ambulatoriale (n°/tipologia di prestazioni e relativo tariffato), alle macroattività PS e Territorio (n° accessi e residenti).

Fase 3. Determinazione dei benchmark di 1° livello dei DRG di tutta la regione, applicando ad ogni episodio di ricovero analizzato nel punto 1, i relativi standard N.I.San . Sommando tali valori di benchmark per tutti gli episodi di ricovero, si otterrà la valorizzazione economico-organizzativa complessiva dell'attività di ricovero per azienda e per la regione nel suo complesso, ossia quante risorse e di che tipo (medici, infermieri, farmaci, ecc.) sarebbe necessario disporre per "produrre" il mix dei ricoveri e delle altre macro-attività.

Fase 4. Comparazione dei costi per l'attività di ricovero scaturiti dalla fase 1 con i relativi benchmark calcolati nella fase 3, in modo da realizzare l'analisi di benchmarking di 1° livello, per ogni azienda e per la regione nel suo complesso, sia a livello generale (costi totali), che per aggregazioni di fattori produttivi.

Fase 5. Determinazione degli standard economici regionali "pugliesi" o standard di 2° livello, sulla base dell'analisi di cui al punto precedente, riparametrando gli standard N.I.San. in funzione dei costi e del mix dei ricoveri effettivamente realizzati.

Fase 6. Determinazione dei benchmark di 2° livello dei DRG di tutta la regione, applicando ad ogni episodio di ricovero analizzato nel punto 1, i relativi standard di cui al punto 5;

SEZIONE AMMINISTRAZIONE FINANZA E CONTROLLO

Sommando poi tali valori di benchmark per ogni episodio di ricovero, si otterrà la "valorizzazione economico-organizzativa complessiva dell'attività di ricovero" per azienda e per la regione nel suo complesso, ossia quante risorse e di che tipo (medici, infermieri, farmaci, ecc.) sarebbe necessario disporre per "produrre" il mix dei ricoveri e delle altre macro-attività sulla base degli standard "pugliesi".

Fase 7. Confronto di benchmarking di 2° livello dell'attività di ricovero, tra i costi effettivi aziendali/regionali ed i benchmark relativi scaturiti dalla fase 6, per ogni azienda e per la regione nel suo complesso, sia a livello generale (costi totali), che per aggregazioni di fattori produttivi (personale, farmaci, dispositivi sanitari, ecc.).

Fase 8. Confronto di benchmarking di 2° livello tra i costi effettivi aziendali/regionali per le macroattività "finali" non relative all'attività di ricovero (PS, Ambulatorio per esterni, Territorio) e standard elaborati a partire da parametri di sintesi sulla base dei dati della fase 2. In tal modo, "sommando" tali risultati con quelli scaturiti dalla fase 6, sarà possibile realizzare un'analisi di benchmarking complessiva delle aziende sanitarie regionali;

Fase 9. Elaborazione di un programma informatico di ABF, personalizzato per la Regione Puglia. Tale fase inizierà contestualmente alla fase 1, in tal modo il programma non sarà disponibile solo alla fine del progetto, ma "crescerà" lungo tutta la durata del medesimo.

Fase 10. Formazione per i dipendenti regionali ed un pool di funzionari delle aziende sull'impiego dell'ABF e del relativo programma informatico, affinché la Regione sia nelle condizioni di poter impiegare l'ABF e possa procedere autonomamente alla rielaborazione dei costi standard e dell'analisi di benchmarking.

Indicatori di risultato

- Determinazione dei benchmark di 1° livello;
- Determinazione degli standard economici regionali "pugliesi";
- Determinazione dei benchmark di 2° livello dei DRG di tutta la regione;
- Elaborazione di un programma informatico di ABF e relativa attività di formazione.

Attività avviate

La Sezione Amministrazione, Finanza e Controllo, di concerto con le Aziende del SSR, ha costituito un Tavolo di Lavoro "Costi Standard" per l'avvio delle attività. E' attualmente in corso una prima raccolta di informazioni dalle Aziende per la definizione di un primo foglio di lavoro e per completare la prima fase.

Responsabile del procedimento attuativo

Struttura/Dirigente responsabile è il Dirigente della Sezione Amministrazione, Finanza e Controllo.

190

Contabilità Analitica

Obiettivi, Azioni da realizzare e Crono programma

Programma	Obiettivo Generale	Indicatori di Risultato
Contabilità Analitica	Puntuale definizione di un sistema di reporting uniforme che costituirà il mezzo naturale di espressione per la rappresentazione dei fatti di gestione e l'individuazione di un sistema di indicatori in grado di descrivere le attività svolte da ciascun centro di responsabilità e di costo; Istituzione di un sistema di raccolta ed elaborazione dei dati a livello regionale.	▪ Provvedimento di Giunta per l'istituzione di un sistema di raccolta ed elaborazione dei dati a livello regionale; ▪ E' prevista la definizione di un capitolato di appalto con l'obiettivo di acquisire un sistema contabile unico a livello regionale anche per il supporto e la gestione della contabilità analitica ed, inoltre, la creazione di una piattaforma Business Intelligence.
Activity Based Funding secondo metodologia Costi Standard	a) Elaborazione matrice dei costi per Azienda con lo scopo di individuare l'allocazione delle risorse per macroattività (PS/Territorio). b) Analisi della produzione 2015 per Azienda c) Comparazione dei costi per attività di ricovero e determinazione dei benchmarking di 1° livello per singole Aziende d) Confronto dei benchmarking di 2° livello per attività di ricovero e non ricovero e) Realizzare un'analisi di benchmarking complessiva delle Aziende Sanitarie	1. Determinazione dei benchmark di 1° livello per Regione; 2. Determinazione degli standard economici regionali "pugliesi"; 3. Determinazione dei benchmark di 2° livello dei DRG per Regione; 4. Elaborazione di un programma informatico di ABF e relativa attività di formazione.
Cronoprogramma	**Entro giugno 2017** ▪ Determinazione dei benchmark di 1° livello; [Adempimento – Rif. Stato Avanzamento PO – prot. 105-A del 5-7-17] **Entro giugno 2017** ▪ Determinazione degli standard economici regionali "pugliesi"; [Adempimento – Rif. Stato Avanzamento PO – prot. 105-A del 5-7-17] **Entro giugno 2018** ▪ Determinazione dei benchmark di 2° livello dei DRG di tutta la Regione; **Entro dicembre 2018** ▪ Elaborazione di un programma informatico di ABF e relativa attività di formazione; ▪ Definizione report regionale per il Controllo di Gestione; ▪ Istituzione di un sistema di raccolta ed elaborazione dei dati a livello regionale per il Controllo di Gestione.	
Impatto Economico	**▪ In riferimento al triennio 2016-2018, il presente programma non impatta sulla spesa con maggiori costi.** **▪ Sono previsti miglioramenti nella gestione dei processi contabili e si stima, in linea con quanto già realizzato negli ultimi esercizi:** o **Proventi straordinari, 2017 (- 3mln) e 2018 (-6 mln)** o **Oneri straordinari, 2017 (- 5 mln) e 2018 (-10 mln)** Inoltre in continuità con quanto previsto con le DGR 2582/13 e DGR 867/15, nel 2017 saranno ulteriormente fissati budget per l'utilizzo di fondi propri per l'acquisto di beni durevoli e spese di investimento, anche con lo stanziamento di apposite risorse del bilancio autonomo e fondi comunitari (-7 mln). Nel 2018 sarà invece necessario sulla base della programmazione regionale, per la realizzazione a pieno dei nuovi LEA sostenere gli investimenti sanitari e pertanto si prevede un incremento della spesa di 62 mln di euro, in quanto il nuovo sistema informativo sostituirà quello delle singole aziende. Sono in corso inoltre anche le verifiche di utilizzo dei fondi comunitari e strutturali.	
Responsabile Pr. A.	**Sezione Amministrazione, Finanza e Controllo**	

SEZIONE AMMINISTRAZIONE FINANZA E CONTROLLO
FINANZA SANITARIA REGIONALE
REGIONE PUGLIA

192

Proventi straordinari	2016	2017	2018
	-	*- K€ 3.000-*	*- K€ 6.000.*

Oneri straordinari	2016	2017	2018
	-	*- K€ 5.000*	*- K€ 10.000.*

Intervento GOAMM 02.03: Miglioramento Organizzativo *Lean*

Come in altre realtà italiane anche in Puglia negli ultimi anni si sono svolte promettenti sperimentazioni di *lean management* applicato ai processi sanitari.

La filosofia manageriale, che trae origine dai principi di gestione operativa dell'industria automobilistica giapponese (Toyota, in particolare) e che successivamente è stata introdotta – integrandola in maniera occidentale – da Womack e Jones nei primi anni novanta in contesti produttivi più eterogenei, si pone l'obiettivo di produrre un bene o erogare un servizio solo al momento giusto, nella quantità corretta, al prezzo più basso e con la migliore qualità.

Per raggiungere questo obiettivo di massima i *lean thinker* fanno ricorso a una svariata gamma di metodologie e strumenti operativi con cui si standardizzano le procedure, si semplificano/snelliscono i processi, si riducono gli sprechi e si ricercano continuamente miglioramenti incrementali della qualità del ben/servizio.

Sul finire degli anni 90 la metodologia *lean* fa il suo ingresso anche nel mondo sanitario con effetti sorprendenti. L'Italia coltiva da anni, in alcune realtà ospedaliere che ne hanno fatto sistema, l'esperienza e anche in Puglia sono stati realizzati progetti in ASL Bt (LeanLAB), Policlinico di Bari e, più recente, in un'altra ventina di realtà (Going Lean).

Per le opportunità che le sperimentazioni regionali hanno lasciato intravedere in termini di razionalizzazione e semplificazione organizzative e di riduzione degli sprechi, si ritiene ora opportuna di portare a sistema le esperienze. Analogamente a quanto fatto ad Andria si procederà con l'addestramento di cinquanta *lean leader* che saranno assegnati ad altrettanti progetti promossi dalle aziende sanitarie pubbliche in concorrenza per il conseguimento di un premio.

L'intento nei primi due anni di esercizio del progetto non è certo quello di ottenere cospicui ritorni in termini di risparmi quanto di creare un percorso iterativo di disseminazione culturale per fare in modo di generare un duraturo cambiamento culturale nel modo con cui si approcciano i processi organizzativi. Solo a quel punto si potranno apprezzare cambiamenti su larga scala che non i soli cinquanta progetti del primo anno.

Con i documenti di cui al prot. 98-A del 4/7/2017 e al prot. 109-A del 5/7/2017 sono state fornite la Deliberazione del Commissario Straordinario di ARES Puglia per la definizione di un Accordo di collaborazione con la Azienda Ospedaliera Senese per l'attivazione di corsi di Lean Thinking ed i programmi dei Corsi inerenti al Programma di formazione regionale "Sanità LEAN. Salute diValore". La formazione ha avuto inizio il 10 giugno 2017.

193

CRONOPROGRAMMA		INDICATORE	ENTRO	Adempimenti (e riferimento documentale)
GOAMM 02.03.01	Formazione dei primi 50 *lean* leader sugli elementi di base del *lean management*	Avvio, conduzione e conclusione del percorso formativo	28/02/17 (1° ciclo) 31/10/17 (2° ciclo) 30/09/18 (3° ciclo)	Relazione formazione programmata (prot. 109-A del 5/7/2017)
GOAMM 02.03.02	Call alle aziende sanitarie pubbliche per la candidatura di progetti di miglioramento organizzativo-assistenziale	Atti amministrativi regionali per bando e selezione progetti in concorso	31/03/17 (1° ciclo) 30/11/17 (2° ciclo) 15/10/18 (3° ciclo)	
GOAMM 02.03.03	Conduzione e conclusione dei progetti	Evento di restituzione e premiazione	30/06/17 (1° ciclo) 28/02/18 (2° ciclo) 15/12/18 (3° ciclo)	
Impatto Economico Intervento*		**2016**	**2017**	**2018**
		Prudenzialmente i risparmi non sono quantificati.		

Intervento GOAMM 02.04 – Certificabilità dei bilanci del SSR

Analisi del contesto

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

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

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

In data 17 settembre 2012 con Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, in adempimento all'art. 1 comma 291 della Legge 266/2005 e dell'art. 11 del Patto per la Salute 2010-2012, che ha stabilito all'art. 2 "l'Obbligo di certificabilità dei dati", prevedendo che gli Enti Sanitari devono garantire, sotto la

194

responsabilità e il coordinamento delle Regioni di appartenenza, la certificabilità dei propri dati e dei propri bilanci. Per certificabilità si intende l'applicazione di una regolamentazione della materia contabile e di un sistema di procedure amministrativo contabili che ponga gli Enti Sanitari nella condizione, in ogni momento, di sottoporsi con esito positivo alle verifiche e alle revisioni contabili.

Da ultimo, il Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze del 1 marzo 2013, così come previsto dall'art.3 del decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze di cui sopra, ha definito le indicazioni e le linee guida per le fasi di predisposizione, presentazione, approvazione e verifica dell'attuazione del Piano Attuativo della Certificabilità (PAC).

Attività Svolte

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

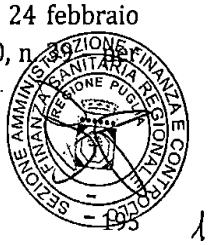
1) ricognizione e valutazione straordinaria delle procedure amministrativo-contabili e delle risultanze contabili all'interno delle aziende;

2) accompagnamento degli Enti del S.S.R. nel percorso di adeguamento delle procedure, dei sistemi e delle competenze finalizzate alla certificabilità dei bilanci;

3) certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie.

In relazione alla prima fase, la Regione, così come previsto dall'art. 1, c. 2 del DM n. 42/2011, ha provveduto alla valutazione straordinaria finalizzata alla verifica della qualità e del rispetto delle procedure amministrativo-contabili, come da nota prot. n. 168/249 del 20.03.2012 indirizzata al "Tavolo adempimenti e Comitato LEA - Verifica annuale Piano di Rientro" ed avente ad oggetto la relazione sullo stato di implementazione delle attività di cui al D.lgs 118/11, Titolo II.

Per l'implementazione della seconda fase, la D.G.R. n. 1060/2012 ha demandato al Dirigente del Servizio Controlli il coordinamento e la supervisione del "piano di adeguamento ai requisiti per la certificazione dei bilanci degli enti sanitari", ivi comprese le attività per l'espletamento di idonea procedura ad evidenza pubblica (gara europea) - riservata a società di revisione iscritte nell'Albo Speciale CONSOB ai sensi dell'art. 161 del D.Lgs. 24 febbraio 1998, n. 58 (T.U.F.) e dell'art. 43, comma 1, lettera i), del D.Lgs. 27 gennaio 2010, n. 39 per l'affidamento dei servizi di seguito dettagliati:



- implementazione di un piano di azione che partendo dai risultati della verifica straordinaria e dalla ricognizione sul campo delle prassi amministrativo-contabili degli Enti Sanitari, definisca in modo puntuale le attività da svolgere;

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

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

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

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

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

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

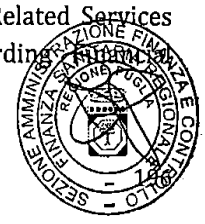
- emissione, in relazione all'avanzamento della procedura di affiancamento, di lettere e rapporti intermedi e finali.

Con Determinazione Dirigenziale del Servizio Controlli n. 23 del 17 luglio 2012 è stata indetta la procedura di gara per l'affidamento alle società di revisione dei suddetti servizi.

Con Determina Dirigenziale n. 20/2013, il Servizio Controlli ha approvato il Piano operativo per l'attuazione della D.G.R. n. 1060/2012, conformando i piani di attività presentati dalle società di revisione mandatarie degli RR.TT.II aggiudicatari. Il citato Piano Operativo, individua il cronoprogramma delle attività da svolgere da parte degli RR.TT.II a supporto degli Enti del SSR e i connessi output.

Successivamente con Determina Dirigenziale n.12 del 22 aprile 2015 il Servizio Controlli, al fine di garantire il perseguimento degli obiettivi di cui alla DGR 1060/2012, ha prorogato la scadenza originarie del Piano Operativo.

Nell'ambito del Piano operativo 2013-2015, all'attività 6.1, è stata prevista la realizzazione di procedure di verifiche concordate, ai sensi dell'International Standard on Related Services "ISRS 4400- Engagements to Perform Agreed-Upon Procedures Redarding Financial



196

Information", sulle principali voci di bilancio d'esercizio chiuso al 31 dicembre 2012 e al 31 dicembre 2013 degli Enti del Servizio Sanitario Regionale.

Pertanto, la strategia seguita dall'amministrazione regionale nel perseguire l'obiettivo della certificabilità ha previsto da un lato il supporto agli Enti del Servizio Sanitario Regionale attraverso la predisposizione e l'adozione di manuali delle procedure allo scopo di rafforzare il sistema di controllo interno, e dall'altro il supporto operativo nell'individuazione delle principali criticità contabili che ostano al raggiungimento dell'obiettivo stesso.

Nuovi Obiettivi

Al termine dell' attività di affiancamento delle società di Revisione nell'ambito del PAC, Le Aziende sanitarie, pur avendo raggiunto risultati in termini di miglioramento della bontà dei dati contabili per aree di bilancio e di proceduralizzazione delle attività, hanno ancora la necessità comune di portare a compimento il Percorso attuativo di certificabilità fatta eccezione dell'IRCCS Giovanni Paolo II, il quale, ha già ottenuto la certificazione del bilancio per l'esercizio 2015.

A fronte di questa comune esigenza e come anticipato in sede di verifica ministeriale del 21 marzo 2017, si è previsto di prorogare la scadenza del PAC alla data del 31 dicembre 2019.

La Regione per permettere la certificabilità dei bilanci delle Aziende del S.S.R. pugliese entro il 31 dicembre 2019, ha predisposto, un' apposita gara, in corso di pubblicazione, il cui oggetto consiste nella prestazione di servizi professionali diretti a supportare gli Enti del S.S.R. Pugliese nelle attività connesse al raggiungimento dei requisiti di certificabilità dei bilanci degli Enti del S.S.R. Pugliese.

Di seguito riportiamo il programma delle attività:

N.	DATE	Azioni / obiettivi specifici	Soggetti
1	MAG-AGO 2017:	Pubblicazione gara	Regione
2	SET-NOV 2017:	- Verifica e aggiornamento delle procedure scritte presenti nella manualistica predisposta nelle precedenti fasi; - definizione ed estensione di test formali e sostanziali, diretti ed indiretti, volti a migliorare il grado di affidabilità del sistema amministrativo contabile;	Aziende/Soc. Revisione
3	NOV 2017 - DIC 2017:	- predisposizione di inventariazione fisica delle immobilizzazioni e delle Rimanenze di Magazzino	Aziende/Soc. Revisione
4	GEN 18-LUG	Attività di assistenza per il superamento dei	Aziende/Soc.

197

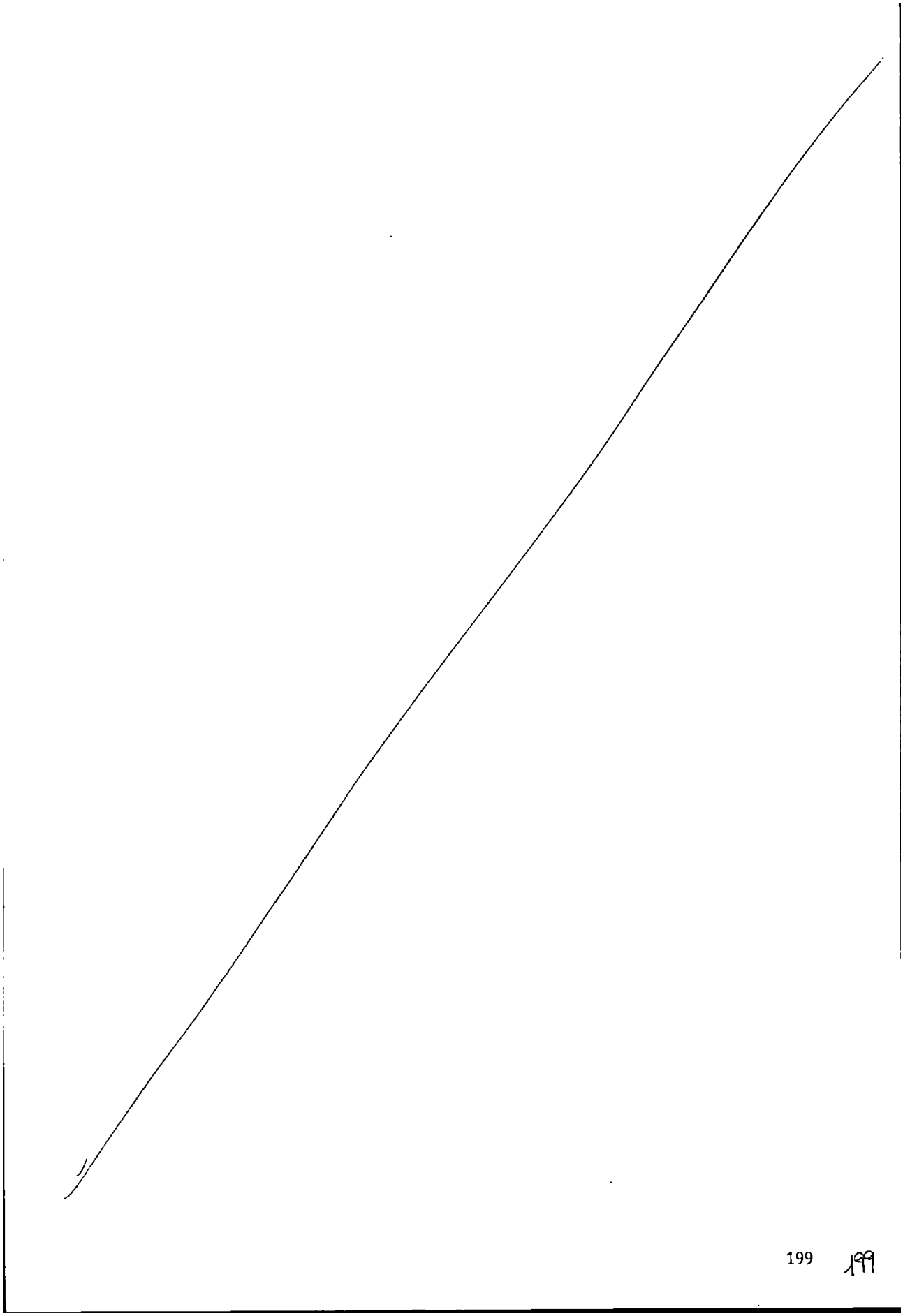
	2018	limiti ancora presenti nelle diverse aree di bilancio e che ostano alla certificabilità dello stesso. (Esercizio 2017)	Revisione
5	LUG 2018 - AGO 2018	Predisposizione di report riepilogativi delle risultanze di lavoro che permettano di individuare lo stato avanzamento lavori per il completamento del PAC e dunque le attività correttive da espletare nell'anno 2018/2019	Aziende/Soc. Revisione
6	SET 2018 - OTT 2019	- Verifica e aggiornamento delle procedure scritte presenti nella manualistica predisposta nelle precedenti fasi; - definizione ed estensione di test formali e sostanziali, diretti ed indiretti, volti a migliorare il grado di affidabilità del sistema amministrativo contabile;	Aziende/Soc. Revisione
7	NOV 2018 - DIC 2018:	-Verifica della correttezza delle procedure inventariali eseguite dall'azienda e dell'eventuale recepimento delle rettifiche inventariali	Aziende/Soc. Revisione
8	GEN 19-LUG 2019	Attività di assistenza per il superamento dei limiti ancora presenti nelle diverse aree di bilancio 2018 e che ostano alla certificabilità dello stesso.	Aziende/Soc. Revisione
9	AGO 19-OTT 2019	Predisposizione report Finali	Aziende/Soc. Revisione

Con l'attuazione del crono programma verranno di fatto rispettate ma anche riprogrammate le attività previste nello schema fornito nell'allegato A della citata D.G.R. n.1170 del 21/06/2013 con cui è stato adottato il Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC) degli Enti del Servizio Sanitario Regionale.

Responsabile del Processo Attuativo	GSA – Amministrazione Finanza e Controlli e Struttura di Raccordo regionale

	2016	**2017**	**2018**
Proventi straordinari	-	-	*- K€ 1.500.*

198



CAPITOLO VIII

PIANO ASSUNZIONALE

Fabbisogno ed esigenze assunzionali

Per quanto concerne il personale del Servizio Sanitario Regionale si registra che di fatto, dopo il blocco del turnover degli anni 2010-2012, nel successivo triennio si è riusciti a compensare con nuove assunzioni solo il personale cessato del periodo 2013-2015.
Si rileva dunque la stringente necessità, al fine di garantire i LEA nonchè l'attuazione del D.Lgs. 161/2014 su orario di lavoro e riposi compensativi del personale sanitario, di procedere ad assunzioni a tempo indeterminato nel rispetto dei limiti imposti dall'art. 2, comma 71 della L.191/2009 s.m.i., garantendo comunque la sostituzione del turnover e la stabilizzazione del personale precario in possesso dei requisiti previsti per legge.

Peraltro, l'andamento della spesa del personale a livello regionale nel triennio 2013-2015 non è sensibilmente variato, nonostante le assunzioni sia a tempo determinato che indeterminato, come risulta dalla seguente tabella.

Tab. 1 – SPESA DEL PERSONALE S.S.R. 2013-2015

Spesa del personale al netto dei rinnovi contrattuali post 2004 ai fini del controllo di cui all'art.2 comma 71 della L.191/2009 s.m.i.			
2013	2014	2015	Tetto di spesa (2004-1,4%)
€ 1.754.151.688	€ 1.752.366.000	€ 1.755.714.000	€1.961.863.417

Con riferimento al fabbisogno di personale si evidenzia che il Piano sul fabbisogno di personale ospedaliero della Regione Puglia, predisposto in attuazione dell'art. 1, co. 541 della Legge n. 208/2015, è stato trasmesso al Tavolo tecnico del D.M. 70/2015 nel marzo 2016, e successivamente integrato - da ultimo - in data 24/1/2018, in adeguamento alla metodologia ministeriale di determinazione del fabbisogno condivisa in sede di Tavolo ex DM 70/2015 nel febbraio 2017 ed opportunamente revisionato per renderlo coerente con l'attuale rete ospedaliera regionale.
Sulla base di tale Piano sul fabbisogno di personale, attualmente al vaglio del Tavolo tecnico, emerge un fabbisogno complessivo di personale ospedaliero pari a n. 30.939 unità, per un costo complessivo di € 1.241.023.510. Nell'ambito del predetto fabbisogno, n. 2.797 unità di personale medico si riferiscono all'Area dell'Emergenza-urgenza (che comprende – secondo le indicazioni ministeriali – le seguenti discipline: Cardiologia; Chirurgia Generale; Medicina e Chirurgia d'Accettazione e Urgenza; Medicina Generale; Terapia Intensiva Neonatale; Terapia Intensiva e Anestesia; Rianimazione), la cui centralità e rilevanza all'interno del sistema sanitario ne rende prioritarie le assunzioni.
Al fabbisogno di personale ospedaliero di cui innanzi deve essere poi aggiunto il fabbisogno di personale relativo all'assistenza territoriale, che può stimarsi in un ulteriore 30-35%.
Ad avvenuta approvazione del predetto Piano di fabbisogno da parte dei Ministeri affiancanti e ad avvenuta emanazione di apposite linee guida regionali in materia di dotazioni organiche ai sensi dell'art. 3, co. 5, lett. g) del D.Lgs. 502/1992, le Aziende ed Enti del S.S.R. potranno

procedere all'adozione delle nuove dotazioni organiche, da sottoporre al controllo della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 30 della L.R. n. 36/1994.

Per ciò che riguarda le assunzioni, sono state finora autorizzate – sulla base delle Deliberazioni di Giunta Regionale n. 581/2013 s.m.i., n. 183/2014 s.m.i., n. 1824/2014 s.m.i. e n. 1072/2016 ed entro il limite dei risparmi certificati al 31.12.2013 e quantificati dal M.E.F. in € 207.712.000 – le assunzioni riportate nella seguente Tabella 2. Si ritiene utile precisare che con l'ultimo degli atti deliberativi citati, la DGR n. 1072/2016, la Regione ha modificato l'impostazione metodologica, non autorizzando più l'assunzione di singole unità (per disciplina) con indicazione dei corrispondenti costi, ma autorizzando l'utilizzo a fini assunzionali di un importo massimo per ciascuna Azienda e definendo i criteri per l'elaborazione da parte delle medesime Aziende dei piani assunzionali, volti a "*fronteggiare le criticità verificatesi con l'entrata in vigore del nuovo orario di lavoro di cui all'art.14 della L. 161/2014 e tenendo conto delle nuove esigenze assistenziali derivanti dall'applicazione del riordino della rete ospedaliera*".

Tab. 2 - ASSUNZIONI AUTORIZZATE

AZIENDA/ENTE	DGR 581/2013 s.m.i.		DGR 183/2014 s.m.i.		DGR 1824/2014 s.m.i.		DGR 1072/2016	COSTI COMPLESSIVI
	UNITA'	COSTI	UNITA'	COSTI	UNITA'	COSTI (66,96%)	COSTI	
ASL BA	65	€ 4.968.000	418	€ 25.952.000	277	€ 15.475.126	€ 7.695.060	€ 54.090.186
ASL BR	10	€ 1.154.000	60	€ 5.768.000	207	€ 9.205.661	€ 4.542.339	€ 20.670.000
ASL BT	21	€ 1.468.000	/	€ 0	181	€ 8.246.794	€ 4.083.744	€ 13.798.538
ASL FG	9	€ 1.008.000	25	€ 1.874.000	155	€ 7.945.474	€ 6.800.244	€ 17.627.718
ASL LE	5	€ 560.000	28	€ 1.810.000	150	€ 7.125.883	€ 6.165.117	€ 15.661.000
ASL TA	15	€ 1.544.000	158	€ 11.236.000	242	€ 10.972.066	€ 10.823.777	€ 34.575.843
AOU "Policlinico"	251	€ 11.146.000	6	€ 876.000	260	€ 11.112.682	€ 5.510.772	€ 28.645.454
AOU "Ospedali Riuniti"	43	€ 2.776.000	/	€ 0	145	€ 7.404.437	€ 3.653.563	€ 13.834.000
IRCCS "De Bellis"	0	€ 0	2	€ 224.000	53	€ 2.257.891	€ 1.114.109	€ 3.596.000
IRCCS "Giovanni Paolo II"	26	€ 1.807.000	4	€ 328.000	52	€ 2.057.011	€ 1.014.989	€ 5.207.000
TOTALE	**445**	**€ 26.431.000**	**701**	**€ 48.068.000**	**1722**	**€ 81.803.023**	**€ 51.403.714**	**€ 207.705.737**

Gli importi autorizzati riportati nella precedente tabella sono stati utilizzati, comunque in misura parziale, per assunzioni di nuovo personale in larga parte in sostituzione del personale cessato dalle Aziende del SSR.
Il costo delle assunzioni effettuate al 31/12/2016, rispetto a quelle autorizzate, è esplicitato nella seguente Tabella 3, costruita sulla base dei dati forniti dalle singole Aziende in riscontro ad apposita richiesta regionale prot. AOO_151-3121 del 27/3/2017.

Tab. 3 - COSTO ASSUNZIONI EFFETTUATE AL 31/12/2016 (su autorizzate)

AZIENDA/ENTE	COSTI AUTORIZZATI	COSTI EFFETTIVAMENTE SOSTENUTI
ASL BA	€ 54.090.186	€ 33.169.128
ASL BR	€ 20.670.000	€ 15.439.176
ASL BT	€ 13.798.538	€ 10.752.448
ASL FG	€ 17.627.718	€ 3.402.255
ASL LE	€ 15.661.000	€ 13.174.807
ASL TA	€ 34.575.843	€ 8.861.907
AOU "Policlinico"	€ 28.645.454	€ 26.107.181,93
AOU "Ospedali Riuniti"	€ 13.834.000	€ 5.708.082
IRCCS "De Bellis"	€ 3.596.000	€ 2.538.377
IRCCS "Giovanni Paolo II"	€ 5.207.000	€ 3.409.772
TOTALE	**€ 207.705.737**	**€ 122.563.133**

Con i risparmi non ancora utilizzati si procederà alla definizione di un nuovo piano assunzionale per il biennio 2017-2018, che non implichi il superamento del limite di spesa regionale certificato dal M.E.F. di € 1.961.863.417, al netto dei rinnovi contrattuali intervenuti dopo il 2004.

Personale cessato

Il personale cessato annualmente, per mobilità o quiescenza, nel triennio 2013-2015 ha prodotto nuovi risparmi. La percentuale di riduzione annuale del personale nel predetto triennio è stata in costante crescita, passando dal 4 al 7% e creando non pochi problemi di gestione delle strutture assistenziali.
Una stima dei minori costi per cessazioni è di circa 86 milioni annui, al netto dei rinnovi contrattuali e dei fondi contrattuali aziendali.
Si riportano di seguito, in Tab. 4, i dati relativi al personale cessato nell'anno 2016 ed ai conseguenti risparmi, nonché le previsioni di cessazioni e connessi risparmi per gli anni 2017 e 2018.

Tab. 4 - PERSONALE CESSATO 2016-2017-2018

AZIENDA/ENTE	Cessazioni 2016	Risparmio	Cessazioni 2017 (previsione)	Risparmio	Cessazioni 2018 (previsione)	Risparmio
ASL BA	324	€ 18.000.973	261	€ 13.467.916	95	€ 5.821.655,06
ASL BR	80	€ 3.745.091	84	€ 4.032.947	21	€ 1.231.269,35
ASL BT	105	€ 4.452.839	117	€ 5.340.798	29	€ 1.670.022,28
ASL FG	91	€ 1.351.891	90	€ 2.031.847	70	€ 1.386.884,40
ASL LE	210	€ 9.593.087	73	€ 3.883.936	87	€ 3.789.034,00
ASL TA	89	€ 2.233.203	112	€ 2.987.267	31	€ 1.219.167,67
AOU "Policlinico"	146	€ 7.153.780	167	€ 8.470.458	87	€ 5.186.643,82
AOU "Ospedali Riuniti"	36	€ 2.213.643	40	€ 1.817.152	18	€ 1.661.343,00
IRCCS "De Bellis"	7	€ 452.307	7	€ 596.195	[illegible]	€ 195.175,00

602

IRCCS "Giovanni Paolo II"	4	€ 250.000	3	€ 170.000	8	€ 400.000,00
TOTALE	*1092*	*€ 49.446.814*	*954*	*€ 42.798.514*	*449*	*€ 21.553.693*

La valorizzazione delle assunzioni che si intende programmare per garantire il turn-over, oltre che risultare coerente con le disposizioni di cui all'art. 1, co. 541 e 543 della L. 208/2015, sconterà l'ammontare dei costi stimati delle assunzioni già autorizzate nel triennio 2013-2015, ma non ancora effettuate.

Personale a tempo determinato e con altre forme di lavoro flessibile

Per il personale a tempo determinato e con altre forme di lavoro flessibile devono essere bandite procedure assunzionali, riservate e non, ai sensi del D.P.C.M. 6.3.2015, dell'art. 1, co. 543, L. 208/2015 nonché dell'art. 20 D.Lgs. 75/2017.
L'assunzione del suddetto personale a tempo indeterminato produrrà una sostanziale riduzione del precariato, senza peraltro determinare – trattandosi di spesa consolidata – un incremento della spesa del personale.

Nella seguente Tabella n. 5, costruita sulla base dei dati forniti dalle singole Aziende in riscontro ad apposite richieste regionali prot. AOO_151-3121 del 27/3/2017 e prot. AOO_151-3832 del 7/4/2017, sono riportate le unità di personale S.S.R. a tempo determinato e con altre forme di lavoro flessibile, distinto per profili professionali, in possesso dei requisiti per beneficiare delle procedure assunzionali previste dal DPCM 6.3.2015 e dall'art. 1, co. 541 e 543 della L. 208/2015:

TAB. 5 - PERSONALE S.S.R. A TEMPO DETERMINATO E CON ALTRE FORME DI LAVORO FLESSIBILE

PROFILO PROFESSIONALE	Personale t.d. in possesso dei requisiti DPCM 6.3.2015	Personale con contratti di lav. flessibile in possesso dei requisiti art.1, c.543 L.208/2015 al 31.12.2017
Ausiliario Specializzato	15	0
Oss-Ota	37	40
Personale Amministrativo	0	1
Personale Della Riabilitazione	23	22
Personale Di Vigilanza Ed Ispezione	0	13
Personale Dirigente Amministrativo	0	2
Personale Dirigente Medico	80	98
Personale Dirigente Veterinario	30	20
Personale Dirigente Non Medico	17	30
Personale Infermieristico	398	280
Personale Professionale	0	1
Personale Tecnico	7	9
Personale Tecnico-Sanitario	56	65
Autista-Commesso	0	0
Altro	2	0

SEZIONE AMMINISTRAZIONE FINANZA E CONTROLLO FINANZA SANITARIA REGIONALE REGIONE PUGLIA - 2018

203

TOTALE	665	581

Prestazioni aggiuntive

Considerato che il ricorso alle prestazioni aggiuntive è finalizzato, in via temporanea ed eccezionale, alla riduzione delle liste di attesa ovvero all'erogazione di prestazioni in carenza di organico, se ne prevede per gli anni 2017 e 2018 una riduzione proporzionale rispetto alle nuove assunzioni di personale, come di seguito schematizzato:

Azione	2017 Migliaia di euro	2018 Migliaia di euro
Riduzione Prestazioni aggiuntive Conto CE BA1390-B.2.A.15.3.A) Consulenze sanitarie da privato - articolo 55, comma 2, CCNL 8 giugno 2000	-546	-1.500

Spesa Programmatica 2017 e 2018

La maggiore spesa del personale per il biennio 2017-2018, rispetto agli importi consuntivi del 2016, programmabile sulla base dei risparmi previsti con il presente Piano di Rientro, è riportata nella seguente Tabella n. 6 :

TAB. 6 – SPESA DEL PERSONALE PROGRAMMATICA 2017-2018

Voci di spesa (incluso costo dei rinnovi contrattuali)	Anno 2017 (migliaia di euro)	Anno 2018 (migliaia di euro)	Voce CE
DIRIGENTE MEDICO	17.743,00	21.337,00	BA2120
DIRIGENTE SANITARIO	317,00	487,00	BA2160
INFERMIERISTICO	5.445,00	8.476,00	BA2200
TECNICO SANITARIO	1.247,00	1.724,00	BA2380
RIABILITAZIONE	934,00	1.435,00	BA2380
OSS	4.571,00	7.509,00	BA2200
AUSILIARIO	173,00	264,00	BA2380
PTA-Amministrativi: Dirigenti	483,00	947,00	BA2430
PTA-Amministrativi: Comparto	382,00	1.269,00	BA2470
IRAP	2.123,00	2.955,0	YA0020
Totale	33.418,00	46.403,0	

Non rientra nella spesa riportata in Tabella 6 la spesa per il personale a tempo determinato convertito a tempo indeterminato nonché la spesa per il turn-over del personale cessato, trattandosi di spesa storica consolidata e dunque già presente sia nel consuntivo 2016 che nei tendenziali 2017 e 2018.

Tale maggiore spesa del personale risulta necessaria ai fini dell'erogazione dei LEA, dell'applicazione del D.M. 70/2015 e del rispetto della disciplina normativa in materia di orario di lavoro di cui al D.Lgs. 161/2014.

D'altra parte, alcune criticità ascrivibili al percorso nascita, all'emergenza-urgenza, all'assistenza territoriale ed alla prevenzione – anche sulla base di quanto rilevato nei più recenti report del Ministero della Salute sugli adempimenti Lea – potrebbero essere superate con l'assunzione di personale specifico dedicato.

Si fa presente, infine, che la riorganizzazione della rete ospedaliera e la razionalizzazione di specifici reparti e servizi (quali ad esempio i laboratori d'analisi) potrebbe produrre esuberi di personale che dovranno essere ricollocati o nell'ambito delle stesse strutture ospedaliere, in coerenza con il relativo fabbisogno, ovvero nelle strutture sanitarie territoriali già esistenti o da avviare a seguito di programmi di ristrutturazione. Risultano applicabili, in tali circostanze, i Regolamenti regionali n. 25, 26 e 27 del 2012 in materia di ricollocazione e mobilità del personale a seguito di processi di ristrutturazione.

Dotazioni Organiche e fondi aziendali

La riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale delle Aziende ed Enti del SSR in applicazione del DM 70/2015 e del D.lgs. n. 161/2014 richiede atti di rideterminazione delle dotazioni organiche del personale di ciascuna Azienda ed Ente, da adottarsi da parte delle rispettive Direzioni generali e da sottoporre poi al controllo della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 30 della L.R. n. 36/1994.

Le nuove dotazioni organiche di ciascuna Azienda dovranno tenere conto del Piano di fabbisogno di personale predisposto in attuazione dell'art. 1, co. 541 della Legge n. 208/2015 e validato dal Tavolo tecnico interministeriale di cui al D.M. 70/2015.

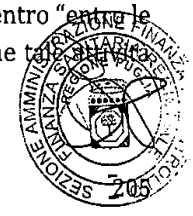
La rideterminazione delle dotazioni organiche dovrà essere seguita dalla tempestiva rideterminazione dei fondi contrattuali aziendali.

Attività Libero Professionale Intramuraria

La Regione ha sviluppato i seguenti strumenti di governo dell'attività libero professionale intra-muraria (ALPI) a livello regionale:

- Con DGR n. 787 del 22.10.2013 si è provveduto a costituire la Commissione paritetica regionale ALPI, composta da rappresentanti della Regione, delle Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative e da cittadini.
- Con Regolamento regionale n. 2 del 11.02.2016 la Regione ha definito le linee guida che ogni Azienda ed Ente del SSR deve recepire nei propri regolamenti aziendali per l'erogazione dell'ALPI.

Tali strumenti di governo si sono rivelati efficaci, producendo un progressivo rientro "entro le mura" aziendali delle attività di ALPI: le ultime rilevazioni, infatti, attestano che tale attività presso gli studi privati è divenuta del tutto residuale.



205

Si può prevedere, inoltre, che le nuove assunzioni di personale medico – ed il conseguente miglioramento dei tempi di erogazione delle prestazioni in ambito istituzionale – determineranno un'ulteriore riduzione del ricorso all'ALPI, generalmente connesso ai minori tempi di attesa.

206

CAPITOLO XI

COSTRUZIONE DEL TENDENZIALE E PROGRAMMATICO

Per quanto concerne i Piani Economici Tendenziali e programmatici giusta proposta prot. 74 – A del 21/04/2017, rispetto a quanto riportato in calce, si procederà in sede di verifica periodica alla eventuale riclassificazione ed aggiornamento delle voci riguardanti le quote del FSN Indistinto e Vincolato, tenuto conto delle Intese CSR, rettifiche degli investimenti con fondi propri, altro payback, e degli accantonamenti per il personale dipendente e convenzionato così come comunicato durante la verifica del 23 novembre u.s.

Il Tendenziale 2016-2018 è stato costruito sulla base dei dati e/o informazioni che seguono:

- Conti Economici – Bilanci di Esercizio degli anni 2013-2015
- Conto Economico Preconsuntivo 2016;
- Tendenze e flussi derivate anche dalle azioni e misure avviate con l Piani di Rientro precedenti
- Flussi gestionali dell'esercizio 2015 e proiezione dati 2016;
- Legge di Stabilità 2015 e Legge di Stabilità 2016

Inoltre nella determinazione dei valori tendenziali sono stati tenuti in considerazione gli effetti derivanti dall'applicazione del D.Lgs.118/2011, del DM 17/09/2012 (e della relativa casistica applicativa), e delle successive circolari ministeriali.

Analisi dei valori tendenziali.

A) RICAVI

Contributi in c/esercizio – Quote Fondo Sanitario

Per quanto riguarda il 2016 si è tenuto conto delle Intese n. 62/CSR e 63/CSR del 14 aprile 2016. Per quanto riguarda il finanziamento del Fondo Sanitario Regionale 2017 e 2018 si è tenuto conto delle previsioni del Fabbisogno del Servizio Sanitario Nazionale e Livelli Essenziali di Assistenza pari a:

- 113 MLD di euro per l'anno 2017;
- 114 MLD di euro euro per l'anno 2018.

Al fine di determinare il finanziamento annuo per la Regione Puglia, si è tenuto conto della quota di accesso 2016, pari a circa il 6,65% del totale.

Considerato l'incremento previsto per il FSN ed i vincoli/accantonamenti previsti per la Regione Puglia ad invarianza di criteri si prevede nel tendenziale un maggior finanziamento di 130 milioni di euro nel 2017 e 70 milioni di euro nel 2018.

Per quanto riguarda i finanziamenti vincolati del FSN gli stessi si prevedono prudenzialmente in misura pari agli importi definiti per il 2016, nonostante la previsione per il 2017 del Fondo farmaci oncologici e del Fondo per il Piano Vaccini. L'importo è così determinato.

Finanziamento Vincolato	Fonte dell'importo	Importo 2016 e tendenziale 2017-2018
B.Studio MMG	Stima su Proposta riparto 2015 (Intesa n. 27/CSR del 11/02/2016)	4.467.648,00
Extracom	Stima su Proposta riparto 2014 (Intesa CSR n. 230 del 17/12/2015)	1.551.979,00
Medicina Penitenziaria	Proposta riparto 2016 (Intesa CSR n. 62 del 14/04/2016) + Legge 147/2013	551.000,00
Fondo per l'esclusività	Stima su Proposta riparto 2015 (Intesa n. 19/CSR del 11/02/2016)	1.983.970,98
Obiett.di Piano	Proposta riparto 2016 (Intesa CSR n. 64 del 14/04/2016)	70.454.542,90
Medicina Penitenziaria	Stima su Proposta riparto 2015 (Intesa n. 15/CU dell'11/02/2016)	9.511.332,00
OPG	Stima su Proposta di riparto 2015	2.584.807,00
Screening neonatale	Stima riparto 2016	735.348,44
Farmaci innovativi	Stima riparto fondo farmaci innovativi in proporzione al 2015	28.853.282,02
	TOTALE VINCOLATE	120.693.910,34

Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti

L'importo 2016 è stato determinato sulla base preconsuntivi elaborati dalla aziende sanitarie.

L'importo in linea con il budget assegnato alle aziende ex DGR 867/2015.

Per l'anno 2016 si evidenzia che il bilancio autonomo, con la L.R. n. 39 del 12.12.2016 (art.1) ha previsto 30 milioni di stanziamento per gli acquisti di beni durevoli e spese di investimento in conto capitale e pertanto la rettifica rispetto agli esercizi precedenti è risultata inferiore.

Per gli anni 2017 e 2018, sebbene si auspica che tale finanziamento sia replicato, tale importo non si è previsto.

Si è previsto nel modello CE tendenziale nel 2017 una minima riduzione del budget per gli investimenti con fondi propri in linea a quanto già stabilito con le DGR 2582/2013 e DGR 867/2015 e per il 2018 un incremento per sostenere gli investimenti sanitari anche per i nuovi LEA e le ristrutturazioni e riconversioni dei presidi, subordinato sempre ai risparmi derivanti dalle azioni a contrasto della maggiore spesa farmaceutica.

Contributi da Regione

L'importo complessivo iscritto nel 2016 comprende progetti minori ed in linea con gli esercizi precedenti la quota del Bilancio di Regionale per il Contratto integrativo regionale MMG-PLS-118 pari per il 2016 ed anni seguenti ad euro 32,4 mln di euro (DGR 1033/2015, DGR 425/2011, DGR 2488/2009).

Non sono stati riportati finanziamenti aggiuntivi per c.d. extra LEA.

Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti

Gli importi iscritti nei modelli economici sono stati determinati quale media tendenziale degli importi relativi agli anni precedenti e sulla base dei dati storici.

Mobilità attiva intra regionale

Gli importi iscritti nei modelli economici sono stati determinati quale media tendenziale degli importi relativi agli anni precedenti.

208 608

Mobilità attiva extra regionale

Gli importi iscritti nei modelli economici sono stati allibrati, così come richiesto, sulla base dei dati del FSN 2015 al fine di ricomprendere prudenzialmente il saldo di mobilità relativo ai farmaci innovativi ed i conguagli annui.

Con specifico riferimento alla manovra che coinvolge il governo della mobilità interregionale si conferma che nel modello programmatico 2018 non è stato scontato alcun risparmio, in quanto le azioni previste da implementare troveranno la loro realizzazione solamente a partire dall'anno 2017 e, pertanto, con effetti che potranno essere registrati dalla matrice di mobilità solo due anni dopo la loro effettiva realizzazione (quindi dal 2019).

Payback

L'importo iscritto nel 2016 riporta l'incasso aggiornato al 31.12.2016 registrato per altro payback diverso da quello per il superamento dei tetti. Nel 2017 e 2018 si riporta solo una stima prudenziale dell'altro payback con riduzione progressiva. Non è riportata la quota per il superamento dei tetti.

Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)

Gli importi iscritti nei modelli economici sono stati determinati quale media tendenziale degli importi relativi agli anni precedenti e sulla base dei dati 2016.

Altre entrate

Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria

Gli importi iscritti nei modelli economici sono stati determinati quale media tendenziale degli importi relativi agli anni precedenti e sulla base dei dati 2016.

Concorsi, recuperi e rimborsi

Gli importi iscritti nei modelli economici sono stati determinati quale media tendenziale degli importi relativi agli anni precedenti e sulla base dei dati 2016.

Altri ricavi e proventi

Gli importi iscritti nei modelli economici sono stati determinati quale media tendenziale degli importi relativi agli anni precedenti e sulla base dei dati 2016.

Costi capitalizzati

Gli importi iscritti nei modelli economici sono stati determinati quale media tendenziale degli importi relativi agli anni precedenti e sulla base dei dati 2016, nonché sulla base dei principi ex D.Lgs 118/2011 e s.m.i. e casistiche applicative ministeriali. Si è tenuto conto del tendenziale degli investimenti con fondi propri.

Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni.

Importo storicamente non valorizzato.

B) COSTI

Personale

Il costo riportato nel modello CE del 2016 è stato determinato sulla base dei dati pre-consuntivi 2016 tenendo delle assunzioni già avviate e programmate.

Il costo tendenziale 2017 e 2018 è calibrato sul costo storico registrato al 31.12.2016 [di fatto comprende le assunzioni, ad invarianza di spesa, relative alla sostituzione del personale cessato e alla trasformazione del tempo determinato in tempo indeterminato].

Per quanto concerne il costo tendenziale non sono riportate le assunzioni già autorizzate nel triennio 2013-2015 e non ancora effettuate in quanto le assunzioni sono sempre autorizzate in presenza di risparmi ed in condizione di equilibrio economico.

Inoltre dall'analisi dei modelli CE 2013-2015 si evince che, indipendentemente dalle autorizzazioni, le assunzioni hanno di fatto coperto a mala pena il turnover.

Il costo programmatico 2017 e 2018 tiene conto delle assunzioni autorizzabili sulla base delle cessazioni e nel rispetto dei limiti di spesa (spesa 2004 – 1,4% e 50% tempo determinato 2009).

Le assunzioni previste sono coerenti con le disposizioni di cui ai commi 541 e 543 dell'articolo 2 della legge n. 208/2015.

Il costo programmato alla fine dell'esercizio 2018 è al di sotto del limite massimo di spesa previsto dalla normativa vigente.

L'Irap è calcolata in misura proporzionale al costo del personale.

Si riportano le tabelle di sintesi del saldo incrementale del costo del personale.

Voci di spesa (incluso costo dei rinnovi contrattuali)	Anno 2017	Anno 2018	Voce CE
DIRIGENTE MEDICO	17.743,00	21.337,00	BA2120
DIRIGENTE SANITARIO	317,00	487,00	BA2160
INFERMIERISTICO	5.445,00	8.476,00	BA2200
TECNICO SANITARIO	1.247,00	1.724,00	BA2380
RIABILITAZIONE	934,00	1.435,00	BA2380
OSS	4.571,00	7.509,00	BA2200
AUSILIARIO	173,00	264,00	BA2380
PTA-Amministrativi: Dirigenti	483,00	947,00	BA2430
PTA-Amministrativi: Comparto	382,00	1.269,00	BA2470
IRAP	2.123,00	2.955,0	YA0020
Totale	33.418,00	46.403,0	

Si evidenzia che, anche sulla base di quanto rilevato nel report finale del Ministero della Salute sugli adempimenti Lea, le criticità ascrivibili al percorso nascita, all'emergenza-urgenza e all'assistenza territoriale, prevenzione, nuovi LEA, ecc., possono essere superate soprattutto con l'assunzione di personale specifico.

Il Piano assunzionale, nel rispetto dell'equilibrio di bilancio, è subordinato ai risparmi derivanti dalle altre voci di spesa ed in particolare della spesa farmaceutica.

Nel 2016 è riportato l'accantonamento per il rinnovo contrattuale del personale dipendente nella misura dello 0,4% alle voci B.16.D.4), B.16.D.5) e B.16.D.6) – (oltre a quanto già riportato come vacanza contrattuale nel costo del personale).

Nel 2017 e 2018 la quota di costo dello 0,4% è stata riclassificata nelle voci di costo del personale alle voci B5,B6,B7,B8 del modello CE.

210

240

Beni sanitari

Farmaci

Il costo tendenziale è stato calcolato tenendo conto dell'andamento dei costi e dei consumi registrati in Puglia negli ultimi tre anni (2014-2015-2016) ed, in particolare, dell'esercizio 2016.

Si è tenuto conto anche dell'andamento della spesa nazionale e degli effetti "da trascinamento" delle azioni già avviate dalla Regione con i precedenti Piano di Rientro.

Il costo 2016, anche per effetto delle azioni di contenimento e monitoraggio avviate dalle Aziende Sanitarie, infatti, è pressoché in linea con il dato consuntivo 2015. L'incremento registrato nel 2016 risulta pari allo 0,58%.

Ciò nonostante, per ragioni prudenziali e tenendo conto dell'andamento storico pluriennale, nel conto tendenziale 2017 si è previsto un incremento di spesa annuo di 55 milioni di euro e nel 2018 di 53,5 milioni di euro, corrispondenti ad una variazione percentuale di +7% nel 2017 rispetto al 2016 e +13,86% nel 2018 rispetto al 2016.

Nel programmatico sono stati riportati i risparmi derivanti dalle azioni dettagliatamente riepilogati nel paragrafo GOFAR.

Sangue ed Emoderivati.

Gli importi iscritti nei modelli economici tendenziali e programmatici, sono stati determinati sulla base dei dati 2016.

Altri Beni sanitari e beni non sanitari

I costi tendenziali e programmatici sono stati elaborati sulla base dei dati 2016 e biennio precedente.

I costi programmatici tengono conto, in analogia a quanto riportato per i farmaci, dei risparmi attesi da gare centralizzate, Riordino Ospedaliero, Piani Rientro AOU-IRCCS e P.O. ASL.

Il dettaglio degli interventi è puntualmente riportato nei programmi specifici.

Per quanto concerne i vaccini il costo tendenziale è previsto in incremento.

Occorre evidenziare che i risparmi che saranno raggiunti con le gare centralizzate per la voce vaccini non sono stati riportati nel programmatico in quanto prudenzialmente si prevede che saranno compensati dai maggiori consumi previsti.

Servizi

Servizi Sanitari.

Gli importi iscritti nei modelli economici sono stati determinati sulla base dei dati preconsuntivi 2016 che risultano in linea con quanto registrato nel biennio 2014-2015.

Convenzioni

Per quanto riguarda le convenzioni si è potuto partiti dai dati 2016 oramai definitivi, i quali hanno confermato sostanzialmente gli importi medi e gli andamenti di spesa degli ultimi anni.

In particolare per MMG, PLS, Continuità assistenziale il costo è oramai consolidato negli ultimi anni ed il costo 2016 tiene conto anche dell'incremento dell'Accordo integrativo regionale previsto con la DGR 1033/2015 (Integrazione dell'Accordo Regionale per la Medicina Generale).

Per quanto concerne la farmaceutica convenzionata, gli obiettivi previsti nei prossimi mesi, sono dettagliatamente riportati nel Programma GOFAR.

Assistenza specialistica ed ospedaliera

Occorre evidenziare che all'interno della spesa da privato rientrano gli Ospedali Enti Ecclesiastici ed IRCCS privati per i quali il finanziamento tiene conti di specifici accordi contrattuali. Gli stessi partecipano anche alla rete di emergenza-urgenza e svolgono specifiche funzioni non tariffate.

Per quanto riguarda la spesa accreditata per specialistica ed ospedaliera da operatori privati accreditati si è tenuto conto nella costruzione del tendenziale della spesa storica, dei tetti di spesa e dei contratti sottoscritti con le strutture.

La spesa accreditata per specialistica ed ospedaliera va complessivamente analizzata, ai fini della corretta determinazione dei risparmi, considerando che, negli ultimi anni, la spesa ospedaliera si è gradualmente trasferita su quella specialistica in attuazione dei Piani di intervento e riqualificazione dell'assistenza ospedaliera (ad esempio attraverso l'implementazione dei day service).

I costi tendenziali e programmatici pertanto tengono conto dei valori registrati nel 2016, che sono sostanzialmente in linea con quanto rilevato nel biennio precedente.

La Regione Puglia ha applicato integralmente quanto previsto dall'art. 15 co. 14 del DL 95/2012 per le Case di Cura e Struttura specialistiche.

Dall'analisi dei modelli CE dell'ultimo quadriennio risulta, comparando il dato 2015 con il dato 2011, per contro, una maggiore spesa per:

- un incremento dei costi di alta specialità degli Enti Ecclesiastici ed IRCCC privati, con i quali è stato già sottoscritto un contratto triennale 2017-2019;
- un incremento dei costi relativi a specifiche attività progettuali avviate dopo il 2012;
- un incremento della mobilità attiva extraregionale erogata da strutture private;
- voci di costo che necessitano di essere riclassificate in altri conti.

Il comma 574 dell'art. 1 della L.208/2015 ha previsto la possibilità di programmare l'acquisto da strutture accreditate e IRCCS di prestazioni di alta specialità sia per pazienti residenti in regione che per i pazienti residenti fuori dalla regione, nonché ricomprese negli accordi di confine, in deroga ai limiti del Dl 95/2012, purché sia garantito il rispetto dell'equilibrio economico complessivo del Servizio Sanitario Regionale.

Il rispetto dell'equilibrio economico complessivo del Servizio Sanitario Regionale può essere garantito attraverso misure compensative sia sulla stessa spesa ospedaliera che su qualsiasi altro settore della spesa sanitaria (Nota 4723 del 1/8/2016della Direzione generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute).

Nei modelli tendenziali e programmatici si prevede una prima riduzione della spesa (complessivamente ospedaliera e specialistica), in particolare sul fronte dei progetti specifici

212

con l'obiettivo di determinare il costo che assicuri il rispetto della normativa nazionale sopra richiamata (DL 95/2012 e L.208/15).

Per quanto riguarda la specialistica ambulatoriale, si evidenzia che l'incremento di spesa rispetto al 2012 è attribuibile all'introduzione del modello assistenziale del day service che, - comportando una consistente riduzione del ricorso al ricovero ospedaliero (come evidenziabile dal decremento del tasso di ospedalizzazione registrato in Regione Puglia dal 2012 al 2015), ha determinato conseguentemente una riclassificazione della spesa dal setting ospedaliero a quello ambulatoriale, soprattutto per gli enti ecclesiastici e gli IRCCS privati.

Assistenza riabilitativa e Altre prestazioni da privato

Si è tenuto conto nella costruzione del tendenziale della spesa storica e per il 2017 e 2018 delle azioni già avviate in continuità con il precedente piano di rientro.

Gli importi tendenziali e programmatici sono stati determinati sulla base dei dati 2016 e sulla base degli andamenti di spesa degli ultimi anni, nonché sulla base delle azioni avviate in materia di deospedalizzazione e potenziamento dell'assistenza territoriale dettagliatamente riportate nei programmi specifici.

Per quanto concerne la costruzione del programmatico, come analiticamente riportato nei programmi specifici si è previsto:

- Potenziamento della Rete dell'Assistenza Residenziale ExtraOspedaliera a Elevato Impegno Sanitario;
- Potenziamento della Rete dell'Assistenza Residenziale e Semiresidenziale per Disabili;
- Potenziamento della Rete dell'Assistenza Residenziale Anziani non Autosufficienti e Affetti da Demenza;
- Potenziamento della Rete dell'Assistenza Residenziale per persone con Disturbi Mentali, Anziani non Autosufficienti e Affetti da Demenza;
- Potenziamento dell'Assistenza Domiciliare;
- Razionalizzazione della spesa per l'assistenza protesica.

Prestazioni da pubblico e mobilità passiva

Si veda quanto riportato nel paragrafo "Mobilità attiva extra regionale".

Servizi non sanitari

Il valore tendenziale tiene conto dei costi aziendali 2016 e della programmazione dei costi regionali.

Occorre evidenziare che in materia di servizi non sanitari influiscono le utenze energetiche e di riscaldamento, legate inevitabilmente all'aumento del costo dei carburanti ed energia elettrica, per le quali non si può prevedere in modo puntuale un risparmio, tenendo conto dell'inevitabile incremento dei prezzi al consumo.

Sono stati previsti sia nel tendenziale che nel programmatico variazioni in aumento ed in diminuzione sulla base dell'andamento dell'ultimo triennio e sulla base delle azioni avviate in materia di conversione di presidi e contratti di noleggio e leasing.

Accantonamenti

Gli importi iscritti nei modelli economici sono stati determinati sulla base dei dati [illegible] che comunque corrispondono al costo medio degli ultimi esercizi.

213

Si registra un decremento per l'accantonamento degli interessi di mora correlato alle attività di monitoraggio e governo del pagamento dei fornitori avviato negli ultimi due anni che ha permesso la riduzione sensibile del debito commerciale e dei giorni di ritardo del pagamento ai fornitori.

Proventi ed oneri finanziari.

Sulla base degli importi 2016, con riferimento alla soprariportata azione di riduzione dei debiti dei fornitori si prevede una costante riduzione degli interessi passivi così come già riscontrato negli ultimi esercizi.

Oneri fiscali (netto IRAP)

Gli importi iscritti nei modelli economici sono stati determinati sulla base dei dati 2016, che comunque corrispondono al costo medio degli ultimi esercizi.

Saldo poste straordinarie

Le poste straordinarie tendenziali e programmatiche sono state calcolate tenendo conto dell'andamento dei costi e dei ricavi registrati negli ultimi tre anni, dei dati 2016, nonché tenendo conto degli effetti derivanti dalle azioni avviate dalla Regione di "verifica" delle poste patrimoniali che hanno permesso anche la riduzione delle poste negli ultimi anni.

Sono previste minime riduzione degli oneri e dei proventi straordinari.

Ammortamenti

Gli importi iscritti nei modelli economici sono stati determinati quale media tendenziale degli importi relativi agli anni precedenti e sulla base dei dati 2016, nonché sulla base dei principi ex D.Lgs 118/2011 e s.m.i. e casistiche applicative ministeriali.

Rivalutazioni e svalutazioni

Non risultano storicamente importi significativi.

MEZZI DI COPERTURA: EQUILIBRIO SSR

Esercizio 2016:	
Risultato di gestione Programmatico da CE Il risultato tiene conto delle minori risorse per payback e delle risorse stanziate con la L.R. 39/2016.	**-38.351 k€**

Mezzi di copertura come da Tavolo di Verifica 21 marzo 2017:

1. Residui utili GSA 2015 non utilizzati e portati a nuovo nel Bilancio di Esercizio 2015 pari a 20,345;
2. Stanziamento di 20 mln di euro con LEGGE REGIONALE 30 dicembre 2016, n. 40 "Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2017 e bilancio pluriennale 2017–2019 della Regione Puglia (legge di stabilità regionale 2017)"Apposito stanziamento da iscrivere nel Bilancio di Previsione della Regione Puglia 2017, in corso di adozione con Legge Regionale.
   L'art. 3 Risorse aggiuntive a favore del Servizio Sanitario Regionale per l'esercizio 2016 ha previsto:

   1. Al fine di far fronte ai costi per i livelli essenziali di assistenza non coperti dai finanziamenti ordinari a valere sui conti economici delle aziende sanitarie per l'esercizio 2016, nel bilancio regionale autonomo, 60820 Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 150 del 30-12-2016 nell'ambito della missione 13, programma 1, titolo 1, è assegnata una dotazione finanziaria per l'esercizio finanziario 2017, in termini di competenza e cassa, di euro 20 milioni.

In ogni caso le manovre regionali sono prioritariamente destinate alla sanità.

Esercizio 2017:	
Risultato di gestione Programmatico da CE	**+ 144 K€**

Mezzi di copertura: non necessari.

Con la DGR 2200 del 28.12.2016 si è previsto in particolare:
<<Si ritiene in via del tutto prudenziale di prevedere per l'esercizio 2017, così come richiesto dai Ministeri dell'Economia e Finanze e della Salute, nell'incontro tecnico del 21 dicembre u.s., in caso di disavanzo sanitario, quali coperture:

- *I maggiori incassi registrati nel 2017 per il recupero di bollo auto non pagati negli anni precedenti;*
- *Gli incassi registrati nel 2017 per la vendita di immobili operata da Puglia V*

Immobiliare S.r.l.; *Ulteriori fondi destinati a tale misura provenienti dal Bilancio regionale. del Bilancio autonomo che si rendano necessarie con variazione al Bilancio di Previsione 2017e 2018 ai sensi della DGR .>>*
In ogni caso le manovre regionali sono prioritariamente destinate alla sanità oltre quanto disposto con la DGR n. 2220 del 28.12.2016

Esercizio 2016:	
Risultato di gestione Programmatico da CE	**+ 38 K€**
Mezzi di copertura: non necessari.	
In ogni caso le manovre regionali sono prioritariamente destinate alla sanità oltre quanto disposto con la DGR n. 2220 del 28.12.2016	

Prospetti sintetici

Riepilogo azioni programmate			2017	2018
Ricavi	Rettifica Investimenti Fondi propri		-	-
Personale	Saldo incrementi assunzioni / cessazioni		33.418	46.403
Farmaci (acquisti)	Contenimento dei costi e risparmi		(22.000)	(64.000)
Beni sanitari e non	Contenimento dei costi e risparmi		(1.584)	(14.497)
Servizi non sanitari	Contenimento dei costi e risparmi		1.854	(8.394)
Farmaceutica convenzionata	Contenimento dei costi e risparmi		(19.000)	(42.000)
Altre prestazioni da privato	Saldo incrementi per potenziamento/risparmi		1.250	81.517
Mobilità extraregionale - saldo	Risparmi su accordi bilaterali		-	-
Accantonamenti	Minori costi per interessi di mora		(2.000)	(6.000)
Oneri finanziari	Minori costi per interessi di mora		(2.000)	(3.000)
Saldo poste straordinarie			(2.000)	(4.000)
		Totale	(12.062)	(13.971)
		CHECK	(12.062)	(13.971)
			VERO	VERO

RICAVI

Cod.	VOCE	2013	2014	2015	Tendenziale 2016	Tendenziale 2017	Tendenziale 2018	Programmatico 2016	Programmatico 2017	Programmatico 2018
1	Contributi da Regione ... per quota F.S. regionale	6.992.805	7.181.148	7.149.793	7.208.182,000	7.342.182	7.412.182,0	7.208.182,0	7.342.182,00	7.412.182
2	Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione	(18.064)	(42.149)	(70.438)	-23.755,000	(48.755)	(53.755,0)	(23.755,0)	(48.755,00)	(53.755)
3	Contributi da regione a titolo di copertura extra LE	-	-	-	0,000	-	-	-	-	-
4	Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di ese	4.646	9.987	6.962	8.076,000	8.076	8.076,0	8.076,0	8.076,00	8.076
5	Altri contributi in conto esercizio	42.547	57.593	89.486	96.577,000	76.577	76.577,0	96.577,0	76.577,00	76.577
6	Mobilità attiva intra	-	-	-	0,000	-	-	-	-	-
7	Mobilità attiva extra regionale	109.496	116.008	129.471	115.813,000	126.083	126.083,0	115.813,0	126.083,00	126.083
8	Payback	45.619	53.193	154.379	31.658,000	27.658	22.713,0	31.658,0	27.658,00	22.713
9	Compartecipazioni	58.785	54.189	50.657	46.699,000	46.099	45.019,0	46.699,0	46.099,00	45.019
10	Altre entrate	37.913	41.226	42.730	41.105,000	40.805	40.505,0	41.105,0	40.805,00	40.505
11	Costi capitalizzati	58.914	85.353	79.603	80.524,000	80.291	82.291,0	80.524,0	80.291,00	82.291
	Rettifica contributi in c/esercizio ... altri contributi	-	-	-	0,000	-	-	-	-	-
	TOTALE RICAVI	7.332.661	7.556.548	7.632.643	7.604.879,000	7.699.016	7.759.691,0	7.604.879,0	7.699.016,00	7.759.691

COSTI					Tendenziale			Programmatico		
Cod.	VOCE	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2016	2017	2018
14	Personale	1.983.385	1.988.499	1.992.764	1.985.209,000	1.993.077	1.993.077,0	1.985.209,0	2.024.372,00	2.036.525,0
15	Irap	143.703	142.751	142.016	140.623,000	141.174	141.174,0	140.623,0	143.297,00	144.129,0
16	Beni	1.159.363	1.241.317	1.367.555	1.333.161,000	1.393.031	1.452.951,0	1.333.161,0	1.369.447,00	1.374.454,0
16a	Beni sanitari	1.132.845	1.215.801	1.344.900	1.313.018,000	1.372.888	1.432.808,0	1.313.018,0	1.349.304,00	1.356.231,0
16b	Beni non sanitari	26.518	25.516	22.655	20.143,000	20.143	20.143,0	20.143,0	20.143,00	18.223,0
17	Servizi	766.999	767.999	762.742	774.107,000	758.814	759.830,0	774.107,0	760.668,00	751.436,0
17a	Servizi sanitari	134.359	128.787	118.149	134.978,000	118.978	118.978,0	134.978,0	118.432,00	117.478,0
17b	Servizi non sanitari	632.640	639.212	644.593	639.129,000	639.836	640.852,0	639.129,0	642.236,00	633.958,0
18	Prestazioni da privato	2.804.894	2.827.928	2.862.181	2.867.482,000	2.864.236	2.861.990,0	2.867.482,0	2.846.486,00	2.901.507,0
18a	Medicina di base	517.693	520.884	516.767	518.795,000	520.351	521.907,0	518.795,0	520.351,00	521.907,0
18b	Farmaceutica convenzionata	668.102	669.548	659.629	655.860,000	655.860	655.860,0	655.860,0	636.860,00	613.860,0
18c	Assistenza specialistica da privato	283.893	281.895	282.996	281.766,000	281.964	282.162,0	281.766,0	281.964,00	282.162,0
c1	di cui Enti Ecclesiastici ed IRCCS	67.373	65.671	65.671	65.671,000	65.671	65.671,0	65.671,0	65.671,00	65.671,0
c2	di cui privato accreditato	216.520	216.224	217.325	216.095,000	216.293	216.491,0	216.095,0	216.293,00	216.491,0
18d	Assistenza riabilitativa da privato	161.021	164.735	156.534	156.859,000	161.859	162.859,0	156.859,0	161.859,00	162.859,0
18e	Assistenza ospedaliera da privato	743.221	733.324	747.851	748.845,000	735.845	730.845,0	748.845,0	735.845,00	730.845,0
e1	di cui Enti Ecclesiastici ed IRCCS	375.634	377.338	377.338	377.339,000	377.339	377.339,0	377.339,0	377.339,00	377.339,0
e2	di cui privato accreditato	367.587	355.986	370.513	371.506,000	358.506	353.506,0	371.506,0	358.506,00	353.506,0
18f	Altre prestazioni da privato	430.964	457.542	498.404	505.357,000	508.357	508.357,0	505.357,0	509.607,00	589.874,0
19	Prestazioni da pubblico	2.006	1.414	340	276,000	276	276,0	276,0	276,00	276,0
20	Mobilità passiva intraregionale	-	-	-	0,000	-	-	-	-	-
21	Mobilità passiva extraregionale	289.555	303.273	318.575	300.723,000	318.579	318.579,0	300.723,0	318.579,00	318.579,0
22	Accantonamenti	99.114	117.822	130.543	116.508,000	106.606	110.606,0	116.508,0	104.606,00	104.606,0
23	Oneri finanziari	12.676	8.007	4.853	4.132,000	4.132	4.132,0	4.132,0	2.132,00	1.132,0
24	Oneri fiscali (netto irap)	9.341	10.810	10.985	11.423,000	11.423	11.423,0	11.423,0	11.423,00	11.423,0
25	Saldo poste straordinarie	3.547	3.891	(17.958)	16.377,000	16.377	16.377,0	16.377,0	14.377,00	12.377,0
26	Saldo intramoenia	(8.423)	(9.511)	(9.016)	-9.173,000	(9.173)	(9.173,0)	(9.173,0)	(9.173,00)	(9.173,0)
27	Ammortamenti	100.255	129.598	110.648	109.839,000	109.839	109.839,0	109.839,0	109.839,00	109.839,0
28	Rivalutazioni e svalutazioni	8.139	8.073	9.137	2.543,000	2.543	2.543,0	2.543,0	2.543,00	2.543,0
0	TOTALE COSTI	7.374.554	7.541.871	7.685.365	7.653.230,000	7.710.934	7.773.624,0	7.653.230,0	7.698.872,00	7.759.653
31	Contributi	47.197	-	60.000	10.000,000	-	-	10.000,0	-	-
	Risultato	5.304	14.677	7.278	-38.351,000	(11.918)	(13.933,0)	(38.351,0)	144,00	38
	Risultato da CE	5.304	14.677	7.278	-38.351,000	(11.918)	(13.933,0)	(38.351,0)	144,00	38
	Check				VERO-B	VERO-E	VERO-N	VERO-N	VERO-Y	VERO--

SEZIONE AMMINISTRAZIONE FINANZA E CONTROLLO - REGIONE PUGLIA - FINANZA SANITARIA REGIONALE

28

Allegati Modelli CE e Modelli LA

219

Allegato – Intervento GOFAR.01.01. Potenziamento distribuzione diretta di farmaci.

Si forniscono di seguito indicazioni di dettaglio ed organizzative relative al potenziamento della **Distribuzione Diretta (D.D.) del Primo Ciclo Terapeutico** (intervento **GOFAR 01.01**).

Al fine di garantire che la distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico venga effettuata:

a) **in maniera efficiente**, conciliando le esigenze operative dei reparti ospedalieri e dei Servizi di Farmacia Ospedaliera, in modo da garantire il corretto espletamento di tutte le verifiche sull'appropriatezza prescrittiva, senza causare ritardi e disagi agli assistiti a causa di eventuali code e rallentamenti del servizio;

b) **in maniera efficace**, in modo tale da produrre gli effetti desiderati in termini di riduzione della spesa farmaceutica e garantendo a tal fine l'accesso in distribuzione diretta per la totalità delle terapie farmacologiche prescritte nel post dimissione/visita specialistica ambulatoriale;

si propone di organizzare la consegna del primo Ciclo Terapeutico prevedendo che:

- per le terapie farmacologiche prescritte a seguito di Dimissione Ospedaliera, l'erogazione del primo ciclo venga effettuata presso le stesse Unità Operative (U.O.), in pacchetti personalizzati allestiti dalla Farmacia Ospedaliera;
- per le terapie farmacologiche prescritte a seguito di visita specialistica ambulatoriale, l'erogazione del primo ciclo venga effettuata mediante l'accesso diretto dei pazienti ai Servizi di Farmacia Ospedaliera del presidio presso cui si è svolta la visita specialistica;
- per ciò che riguarda la presa in carico in Distribuzione Diretta delle terapie farmacologiche relative ai pazienti outliers nello stesso mese di gennaio 2017, la Regione avvii un percorso di confronto con il rappresentanti di categoria dei Medici di Medicina Generale finalizzato all'individuazione dei pazienti a maggiore impatto sulla spesa farmaceutica convenzionata da indirizzare alla distribuzione diretta presso le farmacie ospedaliere;
- per ciò che riguarda le terapie farmacologiche relative a farmaci di fascia H (ex OSP 2), farmaci di fascia A-PHT erogabili in D.D. su disposizione regionale, farmaci emoderivati e farmaci di cui alla L.648/96, l'erogazione, sia del primo ciclo che della continuità terapeutica, venga effettuata mediante l'accesso diretto dei pazienti ai Servizi Farmaceutici Territoriali della propria ASL di residenza.

Al fine, inoltre, di garantire il governo dell'appropriatezza prescrittiva anche mediante il supporto di meccanismi di controllo informatici automatizzati, il sistema informativo regionale Edotto, quale strumento obbligatorio per effettuare le prescrizioni farmacologiche a livello ospedaliero, è stato configurato in modo tale da:

- individuare all'atto della prescrizione informatizzata ed escludere dalla distribuzione diretta sia i medicinali di fascia C che quelli di fascia A con Nota AIFA al di fuori delle indicazioni e limitazioni sulla rimborsabilità previste a carico S.S.N., indirizzando i pazienti presso le farmacie convenzionate territoriali per l'acquisto degli stessi a proprio carico;
- effettuare le prescrizioni farmaceutiche informatizzate indicando sempre il principio attivo del medicinale, al fine di incentivare l'utilizzo di farmaci generici rispetto

medicinali di marca, anche nella successiva presa in carico dei pazienti da parte dei MMG/PLS;
- effettuare le prescrizioni farmaceutiche informatizzate nel rispetto del PTR (Prontuario Terapeutico Regionale) al fine di garantire l'erogazione diretta di farmaci rivenienti da aggiudicazione di gare centralizzate a costi maggiormente vantaggiosi;
- escludere dalla distribuzione diretta gli assistiti residenti al di fuori della Regione Puglia che, stante quanto previsto dai vigenti accordi sulla mobilità sanitaria interregionale saranno indirizzati per la dispensazione del primo ciclo presso le farmacie convenzionate territoriali;
- alimentare un flusso specifico di dati (distribuzione post dimissione, distribuzione post visita specialistica ambulatoriale, distribuzione ADI/RSA, distribuzione pazienti Outliers), relativo a spesa e consumi farmaceutici, mediante il quale effettuare un monitoraggio mensile sull'andamento specifico di tale attività di distribuzione diretta e valutarne rapidamente i relativi risparmi.

Di seguito i dettagli del **Protocollo Organizzativo** per l'attivazione della Distribuzione Diretta del Primo Ciclo Terapeutico.

1) <u>Primo Ciclo Terapeutico post Dimissione ospedaliera.</u>

- **prescrizione** della terapia farmacologica **per i pazienti in dimissione,** da effettuare obbligatoriamente in maniera informatizzata prima della dimissione (dal lunedì al Sabato, indicativamente entro le ore 11,00 in modo da consentirne l'allestimento in tempo utile da parte della Farmacia Ospedaliera) mediante il sistema informativo regionale Edotto, avendo cura di selezionare il flag "*Primo Ciclo post Dimissione*";

- **controllo,** da parte del farmacista addetto alla D.D., sempre mediante il sistema informativo regionale Edotto delle richieste informatizzate pervenute, al fine di verificare la correttezza formale della prescrizione, ossia:

a) che siano prescritti medicinali nel rispetto delle indicazioni e limitazioni sulla rimborsabilità a carico S.S.N. previste dalle Note A.I.F.A.;

b) che siano in linea con il raggiungimento degli obiettivi strategici stabiliti dalla Regione Puglia in ambito di Assistenza Farmaceutica;

Nel caso in cui la richiesta non possa essere evasa, il farmacista addetto alla D.D. (previo contatto, ove ritenuto opportuno, con il medico prescrittore al fine di escludere eventuali errori intervenuti all'atto della registrazione informatica della terapia ed in tal caso richiederne la rettifica), annota sul sistema informativo la motivazione (es. utilizzo off-label del farmaco, mancato rispetto delle dosi massime somministrabili, mancato rispetto delle limitazioni previste dalle note A.I.F.A. etc...), avvisando l'U.O. del mancato invio della terapia

ovvero della non rimborsabilità di taluni medicinali in modo da indirizzare il paziente presso le farmacie convenzionate territoriali per l'acquisto degli stessi con oneri a proprio carico.

- **predisposizione** da parte del farmacista addetto alla D.D. di un pacchetto personalizzato per ciascun paziente, registrando sul modulo della prescrizione informatizzata in Edotto i dati salienti dell'erogazione quale certificazione dell'atto professionale dispensativo effettuato. Il Farmacista inoltre, al fine di garantire la tracciabilità del farmaco, avrà cura di applicare, fino a quanto non sarà disponibile un processo informatico sostitutivo, le fustelle autoadesive dei medicinali erogati sulla ricevuta di consegna stampata tramite il sistema Edotto che verrà a sua volta firmata dall'addetto dell'U.O. per la presa in carico e successiva consegna al paziente. Una copia della ricevuta di consegna è inserita nel pacchetto a beneficio del paziente; la copia della ricevuta di consegna, con le fustelle in originale dei medicinali apposte dal Farmacista, prima dell'archiviazione potrà essere utilizzata dal personale della Farmacia Ospedaliera per effettuare lo scarico informatico dei prodotti distribuiti, qualora il sistema gestionale di magazzino in utilizzo non risulti ancora integrato con il sistema regionale informativo Edotto (per ogni Ospedale verrà creato un centro di costo relativo all'erogazione del Primo Ciclo Terapeutico a seguito di dimissione);

- **consegna** indicativamente entro le ore 14,00 dei suddetti pacchetti alle singole Unità Operative dell'Ospedale in cui ha sede la Farmacia per la consegna all'assistito.

2) <u>Primo Ciclo Terapeutico a seguito di Visita Specialistica Ambulatoriale:</u>

- **prescrizione** della terapia farmacologica **per i pazienti a seguito di visita specialistica ambulatoriale,** da effettuare obbligatoriamente in maniera informatizzata mediante il sistema informativo regionale Edotto, avendo cura di apporre il Flag "*Primo Ciclo post Visita Specialistica Ambulatoriale*".

- **invio dei pazienti,** da parte degli Ambulatori Specialistici, alla Farmacia Ospedaliera per l'accesso diretto all'erogazione del Primo Ciclo terapeutico prescritto a seguito di visita specialistica ambulatoriale, <u>esclusivamente per pazienti residenti nella regione Puglia</u>, orientativamente dalle ore 8,30 alle ore 16,30 (dal lunedì al Venerdì) e dalle ore 8,30 alle ore 13,30 (il Sabato).

- **controllo,** da parte del farmacista addetto alla D.D., sempre mediante il sistema informativo regionale Edotto delle richieste informatizzate pervenute, al fine di verificare la correttezza formale della prescrizione, ossia:

a) che siano prescritti medicinali nel rispetto delle indicazioni e limitazioni sulla rimborsabilità a carico S.S.N. previste dalle Note A.I.F.A.;

b) che siano in linea con il raggiungimento degli obiettivi strategici stabiliti dalla Regione Puglia in ambito di Assistenza Farmaceutica;

222

Nel caso in cui la richiesta non possa essere evasa, il farmacista addetto alla D.D. (previo contatto con il medico prescrittore, al fine di escludere eventuali errori intervenuti all'atto della digitazione informatica della terapia ed in tal caso richiederne la rettifica) riporta sull'apposito campo predisposto nel modulo della prescrizione informatizzata presente sul sistema Edotto la motivazione (es. paziente residente fuori regione, es. utilizzo off-label del farmaco, mancato rispetto delle dosi massime somministrabili, mancato rispetto delle limitazioni previste dalle note A.I.F.A. etc...), avendo cura di informare il paziente rispetto alla modalità alternativa di dispensazione ed alle limitazioni sulla rimborsabilità previste dall'AIFA per taluni medicinali;

– **erogazione** da parte del farmacista addetto alla D.D. del primo ciclo completo di terapia farmacologica, registrando sul modulo della prescrizione informatizzata in Edotto i dati salienti della erogazione, quale certificazione dell'atto professionale dispensativo effettuato. Il Farmacista inoltre, al fine di garantire la tracciabilità del farmaco, avrà cura di applicare le fustelle autoadesive dei medicinali erogati sulla ricevuta di consegna stampata tramite il sistema Edotto che verrà a sua volta firmata dall'assistito per ricevuta della terapia. Una copia della ricevuta di consegna, viene rilasciata al paziente mentre la copia della ricevuta di consegna, con le fustelle in originale dei medicinali apposte dal Farmacista, prima dell'archiviazione potrà essere utilizzata dal personale della Farmacia Ospedaliera per effettuare lo scarico informatico dei prodotti distribuiti, qualora il sistema gestionale di magazzino in utilizzo non risulti ancora integrato con il sistema regionale informativo Edotto (per ogni Ospedale verrà creato un centro di costo relativo all'erogazione del Primo Ciclo Terapeutico a seguito di dimissione).

223

Allegato– Specifici interventi per l'area di Taranto

Con DGR 1980/2012 è stato adottato il Piano Straordinario Salute Ambiente, individuando un corpus di azioni strategiche e programmatiche da mettere in campo, denominato Centro Salute Ambiente, che rappresenta un modello di integrazione funzionale di competenze e attività a tutela della salute e dell'ambiente, finalizzato a valutare la correlazione tra esposizioni ambientali attraverso tutte le matrici e gli effetti sulla salute umana, implementando specifiche attività di monitoraggio e ricerca e le relative dotazioni strutturali e infrastrutturali.

Parallelamente, in funzione delle evidenze epidemiologiche disponibili circa le principali criticità sanitarie, sono implementate attività di prevenzione primaria e secondaria, nonché di potenziamento e ottimizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici delle patologie correlate all'inquinamento ambientale.

In particolare, il programma è stato implementato con l'obiettivo di produrre dati ambientali utili alla comprensione dei meccanismi attraverso cui si determinano gli effetti avversi sulla salute umana, in modo che sia possibile intervenire specificamente sulle sorgenti di emissione degli inquinanti.

La realizzazione delle attività passa anche attraverso il potenziamento dei servizi di vigilanza e controllo del Dipartimento ARPA di Taranto, del Dipartimento di Prevenzione della ASL di Taranto orientate alla ricerca tecnico-scientifica, l'interconnessione funzionale delle loro attività, il rafforzamento delle attività epidemiologica della S.C. Statistica Epidemiologia e del Dipartimento di Prevenzione della ASL di Taranto, di ARPA Puglia e AReS Puglia, l'attivazione di specifiche attività di sorveglianza sanitaria presso i distretti socio-sanitari e con il coinvolgimento dei MMG.

Il programma è stato inizialmente finanziato con 8 milioni di euro, la metà dei quali destinati ad interventi di natura strutturale ed infrastrutturale dei laboratori ARPA (strumentazione e personale) collocati all'interno dell'ex ospedale Testa di Taranto, previa effettuazione degli opportuni interventi per l'adeguamento della struttura, nonché degli spazi destinati agli operatori del Dipartimento di Prevenzione e dei distretti socio-sanitari delle aree oggetto di studio.

La pianificazione delle attività del Centro Salute Ambiente è stata rimodulata con la Deliberazione di Giunta Regionale n.2337/2013 prevedendo l'integrazione con il progetto CCM coordinato dall'ISS denominato "Studio di biomonitoraggio e tossicità degli inquinanti nel territorio di Taranto", nato nell'ambito dell'Osservatorio ILVA insediato nel dicembre 2012 presso il Ministero della Salute e sostenuto economicamente anche con le risorse regionali del Piano Straordinario, nonché con le attività di monitoraggio disposte dal decreto AIA di ILVA S.p.A. e con tutte le attività che ruotano intorno alla tematica ambiente e salute a Taranto. Per queste ulteriori attività sono stati previsti ulteriori 5 milioni di euro.

Su queste basi sono state identificate 5 macroaree di attività (ambiente, esposizione, epidemiologia, assistenza, comunicazione): ogni Macroarea è stata affidata ad un project manager ed è articolata in più linee di intervento.

Con la DGR 2731 del 18 dicembre 2014 sono stati stanziati ulteriori 5,2 milioni di euro per il Centro Salute Ambiente, prevedendo l'estensione di alcune attività anche per le aree di Brindisi e Lecce con il Progetto Jonico-Salentino e recependo il Piano delle Prestazioni sanitarie dell'ASL di Taranto, da realizzarsi a valere sul finanziamento assegnato con la L. 6/2014.

Con Deliberazione di Giunta Regionale n. 889/2015 è stato approvato il Piano delle attività 2015-2016 nonché il Piano di Offerta delle Prestazioni per Taranto (L. 6/2014).

Tali iniziative hanno consentito un sostanziale incremento di attività istituzionale.

Per quanto riguarda ARPA, con investimenti a valere sui fondi regionali, al 31.12.2015, si è provveduto al potenziamento della modellistica diffusionale (di supporto anche agli studi epidemiologici e alla valutazione del danno sanitario), all'acquisizione di campionatori sequenziali per il particolato atmosferico, di strumentazione per l'analisi dei metalli pesanti (ICP-MS) e la valutazione degli effetti tossicologici in vivo e in vitro, di accessori per campionamento a camino, di un sistema automatico per dosimetria del radon, al raddoppio del laboratorio microinquinanti, oltre che alla fornitura di tutto il materiale di consumo e funzionamento per l'esecuzione degli esami ambientali.

Per la ASL di Taranto, il Dipartimento di Prevenzione, accanto ai progetti condotti per la valutazione degli effetti sanitari legati all'esposizioni ambientali attraverso campagne di monitoraggio biologico su bambini e adulti, conduce il Piano Straordinario di controllo delle aziende zootecniche e agro-alimentari dell'area e al prelievo di campioni di prodotti di origine animale (mitili, latte, formaggi, carne) destinati al consumo umano e foraggi destinati all'alimentazione del bestiame, finalizzato alla verifica della contaminazione da parte di Diossine(PCDD e PCDF) e Policlorobifenili (PCB-DL e PCB-NDL).. Tale piano è peraltro accompagnato da un'azione di georeferenziazione dei prelievi e delle risultanze analitiche che consente di visualizzare la distribuzione dell'attività e dei suoi esiti man mano che la sorveglianza viene condotta. Nel 2015, su 442 campioni prelevati delle diverse matrici, 56 sono risultati positivi e 22 (5%) hanno evidenziato valori superiori ai limiti di azione.

La prosecuzione dell'attività di monitoraggio si rende necessaria anche alla luce dei risultati dello studio *"Stima del ruolo svolto dall'interazione tra esposizione a inquinanti ambientali (diossine, PCB e IPA) e caratteristiche genetiche relative ad enzimi coinvolti nella biotrasformazione degli stessi inquinanti sulla salute riproduttiva femminile, specificamente nell'insorgenza di endometriosi"*, condotto nell'ambito dello Studio CCM 2013 Studi di biomonitoraggio e tossicità degli inquinanti presenti nel territorio di Taranto coordinato dall'ISS. Infatti, i risultati dello studio evidenziano concentrazioni di PCDD, PCDF, DL-PCB e NDLPCB in linea con i valori osservati in un recente studio su gruppi di donne della popolazione generale italiana con caratteristiche confrontabili a quelle del presente studio. Ma complessivamente, le concentrazioni di contaminanti nel siero risultano essere più elevate nelle donne con endometriosi rispetto al gruppo di controllo. Risultati simili, relativamente ai PCB, erano stati evidenziati in uno studio analogo condotto su donne residenti a Roma (Porpora et al, 2009). Livelli medio/alti di concentrazione nel siero di Tot TE, PCDD+PCDF, NDL-PCB risultano associati, nei limiti della numerosità campionaria considerata, a un aumento di rischio di endometriosi statisticamente significativo, seppur contenuto, rispetto ai livelli bassi.

Lo studio *"Definizione dell'esposizione a metalli con proprietà neurotossiche (As, Cd, Hg, Mn e Pb) in fluidi e tessuti di soggetti in età evolutiva (6-12 anni) residenti nelle aree di Taranto in studio e in un gruppo di controllo al fine di individuare eventuali difformità di esposizione e valutare le possibili associazioni con deficienze nella sfera neuro-comportamentale e cognitiva"* condotto dalla ASL con il coordinamento dell'Istituto Superiore di Sanità ha tuttavia permesso di rilevare una **situazione di potenziale presenza di disturbi clinici e preclinici del neurosviluppo nell'area di Taranto, non riconosciuti e non adeguatamente sottoposti ad interventi preventivi, terapeutici e riabilitativi.** Il 15% di potenziali diagnosi cliniche osservato nel campione esaminato, basato per definizione su soggetti supposti sani, indica l'opportunità di ulteriori approfondimenti diagnostici ed epidemiologici.

Il gruppo di ricerca di Brescia è stato affiancato da personale (psicologo e neuropsichiatra) della ASL Taranto per le esigenze sanitarie che sono scaturite dalle valutazioni neurocognitive comportamentali di primo livello (e cioè per la presa in carico assistenziale dei soggetti positivi ai test di screening).

225

Tali figure professionali sono state previste nel Piano delle Prestazioni ex legge 6/2014 e sono coordinate e gestite dal punto di vista operativo dal Dipartimento di Salute Mentale della ASL TA.

Il Programma ha previsto infatti:

- assunzione a t.d. di uno psicologo e di un neuropsichiatra (con assunzione dal 1 febbraio 2016)
- supporto al lavoro di ricerca dell'Università di Brescia.

L'attività di biomonitoraggio sta proseguendo attraverso un accordo di collaborazione con l'Università di Brescia – che ha previsto un cofinanziamento da parte della ASL di Taranto di ulteriori 150.000 euro, a valere sulla seconda annualità di finanziamento, per portare a 720 bambini il campione in studio.

Nell'ambito del CSA prima e quindi del Piano di Offerta delle Prestazioni Sanitarie, formulato a valere sulle previsioni della L. 6/2014, con un finanziamento aggiuntivo per il primo anno pari a 8.069.000 euro, è in corso un imponente programma di sorveglianza per la salute cardiorespiratoria della popolazione che prevede interventi di promozione attiva della salute (potenziamento centri antifumo, definizione percorsi nutrizionali ad hoc, promozione attività fisica) e di prevenzione attraverso il raccordo con i medici di medicina generale che hanno aderito gratuitamente all'iniziativa e con specialisti ambulatoriali individuati dalla ASL.

L'attività mira da un lato alla riduzione degli eventi cardiovascolari acuti (IMA) tramite l'attivazione di un programma di prevenzione primaria cardiovascolare attraverso l'utilizzo dello score del rischio cardiovascolare individuale (considerando come soggetti a rischio potenziale coloro che hanno RCI >5-9%) in definite fasce di età e in aree a maggior incidenza di IMA; dall'altro alla diagnosi precoce di bronco pneumopatia cronico-ostruttiva.

Il programma, rivolto universalmente a uomini e donne residenti a Taranto e Statte, rispettivamente a partire dall'età di 40 anni per il sesso maschile e 45 anni per quello femminile, è realizzato in sinergia con i MMG e prevede evidenziare coloro i quali abbiano stili di vita inadeguati, incentivando la cooperazione ai vari livelli operativi (territorio, ospedale, distretti, dipartimento di prevenzione, università) e di rendere la popolazione maggiormente consapevole dei fattori predisponenti.

Tra i risultati attesi è prevista l'attivazione di percorsi atti a modificare gli stili di vita della popolazione, attraverso interventi di counselling e percorsi di salute, anche per ottenere dei riscontri in termini di riduzione dei valori pressori e glicemici.

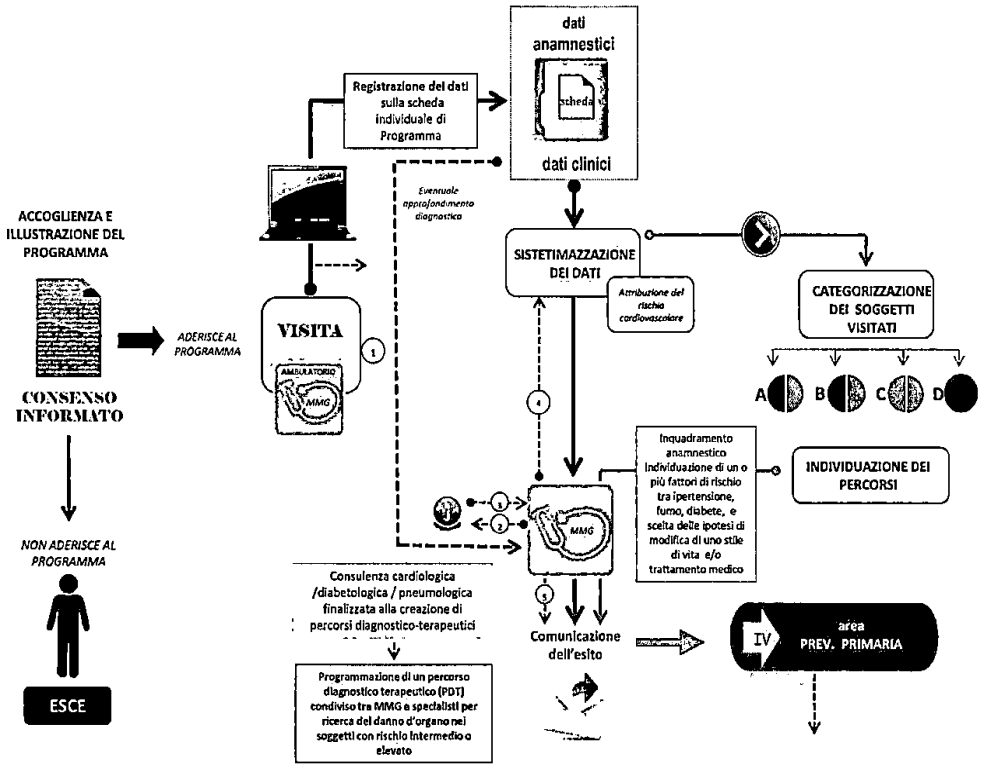
Il Dipartimento di prevenzione ha curato lo start-up, gli aspetti di accordo tra MMG e vertici aziendali, l'implementazione della "rete interna", attraverso la formazione di assistenti sanitari, assunti ad hoc, fino alla costruzione di un software dedicato realizzato dai Tecnici Informatici.

In particolare, la prima fase operativa ha visto una fase di affiancamento degli assistenti sanitari neo-assunti con il personale del Dipartimento di Prevenzione (medici igienisti e infermieri) per la formazione didattico-pratica relativa anche all'utilizzo degli strumenti clinici. Il personale suddetto è stato appositamente formato anche presso il Presidio Pneumologico da parte di specialisti pneumologi e ha eseguito un Corso teorico-pratico sulla fisiopatologia respiratoria e sull'esecuzione ed interpretazione dell'esame spirometrico.

Per ciascun soggetto sottoposto a visita di primo livello vengono valutati pressione arteriosa, glicemia, colesterolemia totale, curva spirometrica, peso e altezza. Inoltre, attraverso la somministrazione di un questionario standardizzato, vengono valutati gli stili di vita. I dati rilevati sono raccolti in una scheda valutativa ("bilancio di salute preventivo").

Il profilo di salute cardiovascolare è valutato attraverso il linkage di questi parametri alle carte del rischio cardiovascolare (RCV) del "Progetto Cuore".

La visita di screening (visita di primo livello) è effettuata dagli assistenti sanitari del Dipartimento di Prevenzione, inizialmente presso gli studi di alcuni MMG, successivamente presso gli ambulatori territoriali del Dipartimento di Prevenzione e del Distretto Socio Sanitario.



Nell'ambito di questo programma, per i soggetti a rischio sono stati attivati dei percorsi nutrizionali, di disassuefazione dall'abitudine tabagica, nonché delle visite specialistiche di secondo livello (cardiologiche e pneumologiche), finalizzate alla riduzione del rischio cardio-respiratorio, attraverso la promozione di stili di vita corretti e un potenziamento dell'offerta sanitaria gratuita.

Per questa attività, che ha già coinvolto oltre 7000 cittadini tarantini di età compresa tra 40 e 50 anni, sono stati chiamati attivamente da parte di 6 assistenti sanitari fino al gennaio 2016 (in base alle DGR 1980/2012 e 2337/2013) e da 12 assistenti sanitari a partire da febbraio 2016 (in base alla DGR 889/2015).

Al 20 dicembre 2016 sono stati sottoposti a visita 5.159 soggetti, sono state eseguite 4.818 spirometrie, 136 soggetti con fattori di rischio predisponenti a patologia cardiovascolare maggiore si sono sottoposti a visita cardiologica; il numero di soggetti in eccesso ponderale che, in seguito alla visita di screening, hanno comunicato la disponibilità ad aderire ai Percorsi Nutrizionali è pari a 2156, e 1479 assistiti hanno già effettuato la prima visita nutrizionale; 700 soggetti sono stati avviati a counselling per la disassuefazione dal fumo di sigaretta; a 199 soggetti è stato somministrato il questionario per la ricostruzione delle abitudini alimentari.

La Direzione Sanitaria ha garantito il potenziamento dei servizi consultoriali per organizzare i corsi di accompagnamento alla nascita, i corsi di Massaggio Infantile e gli incontri di promozione e sostegno all'allattamento al seno; sono stati potenziati gli screening oncologici previsti dai LEA (estensione screening cervice uterina dal 62% all'84%; estensione screening mammella dal 48% al 69%, sceso al 61% nel 2016 per temporanea sospensione delle attività per adeguamento della piattaforma informatica).

La SC di Statistica ed Epidemiologia, oltre a supportare attivamente i complessi studi di epidemiologia descrittiva e analitica riportati nella sezione di descrizione del contesto del presente Piano, garantisce l'aggiornamento del registro nominativo delle cause di morte e del registro tumori e la conduzione di attività di sorveglianza epidemiologica, oltre che il supporto ai sistemi informativi aziendali. Tali attività sono indispensabili per la valutazione aggiornata dello stato di salute della popolazione che guida le strategie di programmazione regionale, nonché per la verifica dell'efficacia delle azioni avviate.

In virtù delle iniziative assunte dal 2013 con il Piano Straordinario Salute Ambiente della Regione Puglia e quindi dal 2015 con il Piano di Offerta delle Prestazioni Sanitarie (L. 6/2014), sono stati creati i percorsi diagnostico-terapeutici con riferimento a tutte le specialità mediche coinvolte nel percorso assistenziale delle patologie neoplastiche, cardiovascolari, respiratorie, quali: oncologia, radioterapia, medicina nucleare, anatomia patologica, radiologia, cardiologia e pneumologia.

Sono state garantite prestazioni prima non disponibili (IMRT/VMAT e trattamenti di brachiterapia ad alto rateo di dose) e per altre è stato possibile aumentare l'offerta: rispetto al 2014 si è registrato un incremento di 4.116 protocolli di terapia gestiti dall'UFA e di 5.120 allestimenti; servizio di endoscopia digestivo ora attivo h12 con un incremento del 45% dell'attività; Dal settembre 2013 fino al 31.12.2015, sono stati effettuati complessivamente 197 trattamenti in 195 pazienti con carcinoma differenziato della tiroide (CDT), di cui, 2 ritrattamenti.

Nel 2016 sono stati effettuati 103 primi trattamenti e 5 ritrattamenti. La maggior parte dei pazienti provengono dal territorio della Provincia di Taranto, circa il 7% dalle province di Brindisi, di Lecce e Bari.

Per quanto attiene le attività della Medicina Nucleare dell'Ospedale SS. Annunziata si registra un numero totale di 8.715 prestazioni, comprensive di ecografie tiroidee (322), densitometrie ossee (1.759), visite specialistiche (2.336), scintigrafie (4.298).

I costi sostenuti e programmati per lo svolgimento dell'attività descritta, a valere sul finanziamento erogato in applicazione della L. 6/2014, sono riportati nelle tabelle che seguono.

Si allega il dettaglio delle spese.

DESCRIZIONE progetto	importo contributo (a)	ENTRATE (b)	CREDITO RESIDUO (c)	SPESA SOSTENUTA AL 31/12/2015 (d)	DISPONIBILITA' RESIDUE AL 31/12/2015	SPESA SOSTENUTA NEL 2016 (e)	SPESA SOSTENUTA AL 31/12/2016 (f)	DISPONIBILITA' RESIDUE AL 31/12/2016	SPESE PROGRAMMATE	SPESE TOTALI	RESIDUO TOTALE
TERRA DEI FUOCHI DIREZIONE SANITARIA	3.743.554,07	3.743.554,07	-	2.650.533,75	1.093.020,32	1.093.020,32	3.743.554,07	0,00	-	3.743.554,07	0,0
TERRA DEI FUOCHI DIPARTIMENTO PREVENZIONE SVILUPPO NEUROCOGNITIVO BAMBINI	278.848,91	278.848,91	-	-	278.848,91	188.848,91	188.848,91	90.000,00	90.000,00	278.848,91	
TERRA DEI FUOCHI DIPARTIMENTO PREVENZIONE SORVEGLIANZA RESPIRATORIA E CARDIOVASCOLARE	2.732.884,60	2.732.884,60	-	57.333,30	2.675.551,30	864.302,35	921.635,65	1.811.248,95	1.811.248,95	2.732.884,60	
TERRA DEI FUOCHI ATTREZZATURE	1.314.266,49	1.314.266,49	-	-	1.314.266,49	991.062,93	991.062,93	323.203,56	323.203,56	1.314.266,49	
TOTALI	**8.069.554,07**	**8.069.554,07**	**-**	**2.707.867,05**	**5.361.687,02**	**3.137.234,51**	**5.845.101,56**	**2.224.452,51**	**2.224.452,51**	**8.069.554,07**	**0,00**

DESCRIZIONE progetto	importo contributo (a)	ENTRATE (b)	CREDITO RESIDUO (c)	SPESA SOSTENUTA AL 31/12/2015 (d)	DISPONIBILITA' RESIDUE AL 31/12/2015	SPESA SOSTENUTA NEL 2016 (e)	SPESA SOSTENUTA AL 31/12/2016 (f)	DISPONIBILITA' RESIDUE AL 31/12/2016	SPESE PROGRAMMATE	SPESE TOTALI	RESIDUO TOTALE
TERRA DEI FUOCHI DIREZIONE SANITARIA II ANNO	3.743.554,07	-	3.743.554,07	-	-	3.743.554,07	3.743.554,07	-	-	3.743.554,07	-
TERRA DEI FUOCHI DIPARTIMENTO PREVENZIONE SVILUPPO NEUROCOGNITIVO BAMBINI II ANNO	326.000,00	-	326.000,00	-	-	-	-	326.000,00	-	-	326.000,00
TERRA DEI FUOCHI DIPARTIMENTO PREVENZIONE SORVEGLIANZA RESPIRATORIA E CARDIOVASCOLAR E II ANNO	3.367.263,39	-	3.367.263,39	-	-	-	-	3.367.263,39	-	-	3.367.263,39
TERRA DEI FUOCHI GENERICO	57.109,69	-	57.109,69	-	-	57.109,69	57.109,69	-	3.693.263,39	3.750.373,08	- 3.693.263,39
TERRA DEI FUOCHI ATTREZZATURE II ANNO	575.626,92	-	575.626,92	-	-	26.425,90	26.425,90	549.201,02	549.201,02	575.626,92	-
TOTALI	**8.069.554,07**	**-**	**8.069.554,07**	**-**	**-**	**3.827.089,66**	**3.827.089,66**	**4.242.464,41**	**4.242.464,41**	**8.069.554,07**	**-**
Tot. complessivo	**16.139.108,14**	**8.069.554,07**	**8.069.554,07**	**2.707.867,05**	**5.361.687,02**	**6.964.324,17**	**9.672.191,22**	**6.466.916,92**	**6.466.916,92**	**16.139.108,14**	**0,00**

SEZIONE AMMINISTRAZIONE FINANZA SANITARIA REGIONALE PUGLIA CONTROLLO E FINANZA

Nel contesto delle iniziative di riqualificazione complessiva del SSR della Regione Puglia, il quadro epidemiologico suggerisce un fabbisogno di salute specifico, in termini di prevenzione e assistenza, che richiede l'attivazione di presidi dedicati nonché un potenziamento straordinario della rete dei servizi in termini di risorse umane e strumentali, anche oltre gli ordinari trasferimenti riconosciuti a livello di riparto del FSN.

Tale esigenza è stata di fatto già riconosciuta in passato con le previsioni di cui all'art. 3 bis, comma 1 del decreto-legge 3 dicembre 2012, n. 207, coordinato con la legge di conversione 24 dicembre 2012, n. 231, recante: «Disposizioni urgenti a tutela della salute, dell'ambiente e dei livelli di occupazione, in caso di crisi di stabilimenti industriali di interesse strategico nazionale.», nonché con l'art. 2 comma 4 *octies* del decreto-legge 10 dicembre 2013, n. 136, coordinato con la legge di conversione 6 febbraio 2014, n. 6, recante: «Disposizioni urgenti dirette a fronteggiare emergenze ambientali e industriali ed a favorire lo sviluppo delle aree interessate.»

Come risulta evidente dall'aggiornamento delle evidenze epidemiologiche, infatti, perdurano criticità nel profilo di salute che richiedono non solo che vengano confermate le iniziative regionali e nazionali già attivate ma che, alla luce del permanere in attività delle sorgenti inquinanti da un lato, e dall'altro dei risultati positivi raggiunti con le azioni avviate, queste vengano potenziate e consolidate nel tempo.

A seguito dell'incontro di verifica dello stato di attuazione del Piano di Offerta delle Prestazioni Sanitarie tenutosi presso il Ministero della Salute in data 20/12/2016, con nota prot. 0012676 –P-23/12/2016 il Ministro della Salute ha trasmesso lo schema di decreto interministeriale (Salute – MEF) di ripartizione delle risorse integrative pari a complessivi 25 milioni di euro per il 2015 ai sensi dell'articolo 2, comma 4-octies, del decreto legge 10 dicembre 2013, n. 136, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 febbraio 2014, n. 6. Lo schema di decreto prevede all'articolo 1 un finanziamento per la seconda annualità pari a 8.069.554,07 destinato alla Regione Puglia.

Nello stesso senso operano evidentemente le previsioni del Decreto Legge 29 dicembre 2016, n. 243 *Interventi urgenti per la coesione sociale e territoriale, con particolare riferimento a situazioni critiche in alcune aree del Mezzogiorno* che, all'art. 1 comma 2 lettera b) stabilisce che: *"nel limite di 50 milioni di euro per il 2017 e di 20 milioni di euro per il 2018, sono versate all'entrata del bilancio dello Stato per essere riassegnate in spesa nello stato previsione del Ministero della salute e successivamente trasferite alla Regione Puglia per la realizzazione di un progetto volto all'acquisizione dei beni e dei servizi necessari alla realizzazione di interventi di ammodernamento tecnologico delle apparecchiature e dei dispositivi medico-diagnostici delle strutture sanitarie pubbliche ubicate nei Comuni di Taranto, Statte, Crispiano, Massafra e Montemesola, avvalendosi, in via esclusiva, della CONSIP S.p.A., nonché alla conseguente e necessaria formazione e aggiornamento professionale del personale sanitario".*

Intervento Taranto 01.01: Potenziamento Attività di prevenzione e promozione attiva della salute

Sulla base della situazione di partenza e della programmazione regionale e nazionale di cui alle DGR 889/2015 e DGR 302/2016 si possono così sintetizzare le Azioni di Intervento.

CRONOPROGRAMMA		INDICATORE	ENTRO
Taranto 01.01	Implementazione Programma di Sorveglianza attiva cardiorespiratoria	N. soggetti reclutati	31/01/18

CRONOPROGRAMMA		INDICATORE	ENTRO
Taranto 01.02	Implementazione Programma per la sicurezza alimentare	N. campionamenti effettuati/N. campionamenti programmati dal Piano Straordinario di Monitoraggio degli alimenti	90% (31/12/17) 100% (31/12/18)
Taranto 01.03	Screening Oncologici	Vd. GOPRO 01	Vd GOPRO 01
Taranto 01.04	Sorveglianza epidemiologica	N. studi epidemiologici effettuati	2 (31/12/17) 3 (31/12/18)
Taranto 01.05	Comunicazione e informazione	Piano di comunicazione nell'ambito delle attività nell'area a rischio di Taranto.	70% attività previste (31/12/17) 100% attività previste e valutazione efficacia (31/12/18)

Gli impatti economici che riguardano, per il 2017-2018, gli interventi già programmati a valere su risorse regionali e nazionali (DGR nn. 2337/2013; 889/2015-L. 6/2014), sono quantificabili in € 4.000.000, finalizzati al consolidamento delle attività di prevenzione, promozione attiva della salute e di sorveglianza epidemiologica.

Per quanto riguarda le spese relative a beni e servizi finalizzate al potenziamento dell'azione di vigilanza e controllo effettuata dalle diverse articolazioni del Dipartimento di Prevenzione della ASL di Taranto, nonché per la prosecuzione degli interventi di prevenzione e di promozione attiva della salute, è stimato un costo pari a 1.540.124,96 a valere sui fondi previsti dal Decreto Legge 243/2016. Il dettaglio delle attrezzature necessarie è riportato in allegato (Allegato Taranto_1).

Intervento Taranto 02.: Potenziamento Assistenza ospedaliera e territoriale

Con DGR n. 239 del 28.02.2017. di riordino della rete ospedaliera, infine, la Regione Puglia ha inteso rimodulare l'offerta ospedaliera in provincia di Taranto coerentemente con le indicazioni provenienti dalle evidenze epidemiologiche.

In particolare, l'attuale disponibilità di posti letto attivi nelle strutture ospedaliere pubbliche della provincia di Taranto è pari a 884; la nuova programmazione li porta a 1.088.

In particolare, con la nuova programmazione regionale, coerentemente con le evidenze epidemiologiche descritte, l'offerta pubblica si arricchisce, rispetto ai posti letto attualmente attivi, di:

5 posti letto di oncoematologia pediatrica
5 posti letto di chirurgia toracica
6 posti letto di chirurgia plastica a supporto della breast unit
+ 30 posti letto di pneumologia (disciplina in precedenza assente negli ospedali pubblici)
+56 posti letto di riabilitazione e recupero funzionale (disciplina in precedenza assente negli ospedali pubblici)
+ 15 posti letto di oncologia
+ 31 posti letto di ostetricia e ginecologia

+ 23 posti letto di terapia intensiva
+ 12 posti letto di neurologia

La programmazione regionale ha inoltre stabilito di modulare l'offerta assistenziale dell'Ospedale Moscati in senso oncologico, ridefinendo in questo senso la dotazione delle discipline e identificando un programma di adeguamento strutturale, infrastrutturale e tecnologico comprensivo della ristrutturazione delle sale operatorie, della piastra endoscopica e del laboratorio centralizzato per la preparazione dei farmaci antiblastici.

Già nel corso del 2016, nell'ambito della riorganizzazione con caratterizzazione oncologica dello Stabilimento "S.G. Moscati", è stata avviata l'attività Ambulatoriale di **Endoscopia Bronchiale Oncologica** e l'attività Ambulatoriale Polispecialistica di **Chirurgia Oncologica**, dedicate a pazienti afferenti le strutture di oncologia ed ematologia, per approfondimenti diagnostici prescritti nel follow-up assistenziale.

Dette attività sono assicurate per 5 giorni settimanali, dal lunedì al venerdì (3 ore al giorno) con dirigenti medici specialisti provenienti dalle UU.OO. del Presidio Ospedaliero Centrale "SS. Annunziata".

Sulla base della situazione di partenza e della programmazione regionale e nazionale di cui alle DGR 889/2015 e DGR 1933/2016 si possono così sintetizzare le Azioni di Intervento.

CRONOPROGRAMMA		INDICATORE	ENTRO
Taranto 02.01	Implementazione Nuova Rete Ospedaliera	Vd. GOOSP 01.01.02	Vd. GOOSP 01.01.02
Taranto 02.02	Riorganizzazione Polo Oncologico S. Moscati di Taranto e SS. Annunziata	Stato avanzamento procedure per ammodernamento tecnologico	70% (31/12/17) 100% (31/12/18)
Taranto 02.03	Implementazione PDTA oncologici	Nell'ambito della istituenda Rete Oncologica (vd. GOOSP 01.01.02)	GOOSP 01.01.02
Taranto 02.04	Potenziamento assistenza neuropsichiatrica infantile	N. prese in carico tempestive (non oltre 30 gg dalla richiesta di approfondimento o dalla certificazione)	50% (31/12/17) 100% (31/12/18)

Per gli anni successivi, occorre prevedere maggiori costi per spese di personale e beni e servizi, ma soprattutto per interventi di riqualificazione dei punti di erogazione dell'offerta assistenziale, per ristrutturazione degli ambienti ospedalieri, nonché per l'adeguamento del parco tecnologico sia per la diagnostica che per la terapia.

Gli impatti economici che riguardano gli interventi già programmati a valere su risorse regionali e nazionali (DGR nn. 2337/2013; 889/2015) sono quantificabili in € 4.000.000, parte dei quali trovano copertura negli stanziamenti già previsti per l'assunzione di personale.

Per quanto riguarda la programmazione di spesa a valere sui fondi previsti dal citato Decreto Legge n. 243/2016, il dettaglio dell'ipotesi di allestimento tecnologico a supporto delle attività diagnostiche terapeutiche previste è riportato nelle tabelle allegate (Allegato Taranto_02).

SEZIONE AMMINISTRAZIONE FINANZA E CONTROLLO - FINANZA SANITARIA REGIONALE - REGIONE PUGLIA
233

Fra i principali interventi di riqualificazione e potenziamento previsti vi è la trasformazione del plesso ospedaliero Moscati in un ospedale oncologico dotato di tecnologie all'avanguardia. Si provvederà infatti alla realizzazione di **sale operatorie di tipo integrato** che consentano un approccio multidisciplinare alle problematiche di carattere oncologico. L'allestimento strumentale e di attrezzature consentirà la massima flessibilità di utilizzo da parte delle chirurgie ad indirizzo oncologico relative ai vari distretti corporei. **Una delle sale sarà dedicata alla chirurgia robotica.**

È inoltre previsto il rinnovamento della **Radiologia** e il suo potenziamento, in particolare attraverso l'installazione di una **RM 3T e di una TAC 128 Dual Source** oltre che di una **sala di Radiologia interventistica** di tipo ibrido, caratterizzata quindi come una sala operatoria e ubicata nel gruppo operatorio, all'interno della quale troverà posto un **Angiografo** idoneo all'esecuzione di procedure di **termoablazione e di crioablazione.**

Anche la **Radioterapia** sarà potenziata mediante l'installazione di un **terzo acceleratore lineare (o di una Tomoterapia) e della sostituzione dei due esistenti.** Sarà inoltre prevista l'installazione di una apparecchiatura **IORT** per l'esecuzione di Radioterapia intraoperatoria. Nel potenziamento si è prevista anche l'installazione di un **apparecchio per TC/simulazione.**

Sarà realizzata, inoltre, la **Piastra endoscopica** che risponderà anche alle più avanzate richieste di **endoscopia bronchiale attraverso l'acquisizione di un sistema di videobroncoscopia/EBUS.**

Non sono previsti interventi si riqualificazione o potenziamento di strutture come l'UMACA poiché sono in corso lavori finanziati con Fondi ex art. 20 L. 66/88. Analogamente, per il Servizio di Anatomia Patologica, centralizzato e allocato nel Presidio Santissima Annunziata non si ritiene di intervenire se non prevedendo, a supporto del comparto operatorio, le tecnologie idonee all'attività di caratterizzazione istologica estemporanea. Il Laboratorio Analisi inoltre è già presente presso il plesso Moscati.

La stima dei costi è stata effettuata tenendo conto delle convenzioni CONSIP attualmente in corso, delle aggiudicazioni provenienti dall'attività di diverse centrali di committenza sul territorio nazionale, dei prezzi in privativa industriale per alcune tecnologie.

I costi sono stati calcolati tenendo conto, in alcuni casi, degli interventi strutturali necessari e inerenti al nuovo allestimento tecnologico e di un costo di manutenzione annuo pari a circa l'8% (valore medio). Il costo dei consumabili è stato esplicitato ove rilevante nelle singole schede e calcolato su un numero ipotizzabile di procedure annue certamente soggette ad incremento progressivo in linea con la crescita delle abilità professionali ed il superamento delle varie curve di apprendimento; Inoltre, tenendo conto del notevole investimento strutturale ed organizzativo che si dipanerà, si prevede di migliorare notevolmente l'attrattività del centro con un incremento delle prestazioni chirurgiche riservate a soggetti oncologici di almeno il 15% a partire dal 2018. (N. procedure inerenti a DRG chirurgici con diagnosi principale oncologica a Taranto pari a 2782 nel 2015).

234

RICAVI

Cod.	VOCE	2013	2014	2015	Tendenziale 2016	Tendenziale 2017	Tendenziale 2018	Programmatico 2016	Programmatico 2017	Programmatico 2018
1	Contributi da Regione ... per quota F.S. regionale	6.992.805	7.181.148	7.149.793	7.208.182,000	7.342.182	7.412.182,0	7.208.182,0	7.342.182,00	7.412.182
2	Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad	(18.064)	(42.149)	(70.438)	-23.755,000	(48.755)	(53.755,0)	(23.755,0)	(48.755,00)	(53.755)
3	Contributi da regione a titolo di copertura extra LEA	-	-	-	0,000	-	-	-	-	-
4	Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di eserc	4.646	9.987	6.962	8.076,000	8.076	8.076,0	8.076,0	8.076,00	8.076
5	Altri contributi in conto esercizio	42.547	57.593	89.486	96.577,000	76.577	76.577,0	96.577,0	76.577,00	76.577
6	Mobilità attiva intra	-	-	-	0,000	-	-	-	-	-
7	Mobilità attiva extra regionale	109.496	116.008	129.471	115.813,000	126.083	126.083,0	115.813,0	126.083,00	126.083
8	Payback	45.619	53.193	154.379	31.658,000	27.658	22.713,0	31.658,0	27.658,00	22.713
9	Compartecipazioni	58.785	54.189	50.657	46.699,000	46.099	45.019,0	46.699,0	46.099,00	45.019
10	Altre entrate	37.913	41.226	42.730	41.105,000	40.805	40.505,0	41.105,0	40.805,00	40.505
11	Costi capitalizzati	58.914	85.353	79.603	80.524,000	80.291	82.291,0	80.524,0	80.291,00	82.291
12	Rettifica contributi in c/esercizio ... altri contributi	-	-	-	0,000	-	-	-	-	-
	TOTALE RICAVI	**7.332.661**	**7.556.548**	**7.632.643**	**7.604.879,000**	**7.699.016**	**7.759.691,0**	**7.604.879,0**	**7.699.016,00**	**7.759.691**

COSTI

Cod.	VOCE	2013	2014	2015	Tendenziale 2016	Tendenziale 2017	Tendenziale 2018	Programmatico 2016	Programmatico 2017	Programmatico 2018
14	Personale	1.983.385	1.988.499	1.992.764	1.985.209,000	1.993.077	1.993.077,0	1.985.209,0	2.024.372,00	2.036.525,0
15	Irap	143.703	142.751	142.016	140.623,000	141.174	141.174,0	140.623,0	143.297,00	144.129,0
16	Beni	1.159.363	1.241.317	1.367.555	1.333.161,000	1.393.031	1.452.951,0	1.333.161,0	1.369.447,00	1.374.454,0
16a	Beni sanitari	1.132.845	1.215.801	1.344.900	1.313.018,000	1.372.888	1.432.808,0	1.313.018,0	1.349.304,00	1.356.231,0
16b	Beni non sanitari	26.518	25.516	22.655	20.143,000	20.143	20.143,0	20.143,0	20.143,00	18.223,0
17	Servizi	766.999	767.999	762.742	774.107,000	758.814	759.830,0	774.107,0	760.668,00	751.436,0
17a	Servizi sanitari	134.359	128.787	118.149	134.978,000	118.978	118.978,0	134.978,0	118.432,00	117.478,0
17b	Servizi non sanitari	632.640	639.212	644.593	639.129,000	639.836	640.852,0	639.129,0	642.236,00	633.958,0
18	Prestazioni da privato	2.804.894	2.827.928	2.862.181	2.867.482,000	2.864.236	2.861.990,0	2.867.482,0	2.846.486,00	2.901.507,0
18a	Medicina di base	517.693	520.884	516.767	518.795,000	520.351	521.907,0	518.795,0	520.351,00	521.907,0
18b	Farmaceutica convenzionata	668.102	669.548	659.629	655.860,000	655.860	655.860,0	655.860,0	636.860,00	613.860,0
18c	Assistenza specialistica da privato	283.893	281.895	282.996	281.766,000	281.964	282.162,0	281.766,0	281.964,00	282.162,0
c1	di cui Enti Ecclesiastici ed IRCCS	67.373	65.671	65.671	65.671,000	65.671	65.671,0	65.671,0	65.671,00	65.671,0
c2	di cui privato accreditato	216.520	216.224	217.325	216.095,000	216.293	216.491,0	216.095,0	216.293,00	216.491,0
18d	Assistenza riabilitativa da privato	161.021	164.735	156.534	156.859,000	161.859	162.859,0	156.859,0	161.859,00	162.859,0
18e	Assistenza ospedaliera da privato	743.221	733.324	747.851	748.845,000	735.845	730.845,0	748.845,0	735.845,00	730.845,0
e1	di cui Enti Ecclesiastici ed IRCCS	375.634	377.338	377.338	377.339,000	377.339	377.339,0	377.339,0	377.339,00	377.339,0
e2	di cui privato accreditato	367.587	355.986	370.513	371.506,000	358.506	353.506,0	371.506,0	358.506,00	353.506,0
18f	Altre prestazioni da privato	430.964	457.542	498.404	505.357,000	508.357	508.357,0	505.357,0	509.607,00	589.874,0
19	Prestazioni da pubblico	2.006	1.414	340	276,000	276	276,0	276,0	276,00	276,0
20	Mobilità passiva intraregionale	-	-	-	0,000	-	-	-	-	-
21	Mobilità passiva extraregionale	289.555	303.273	318.575	300.723,000	318.579	318.579,0	300.723,0	318.579,00	318.579,0
22	Accantonamenti	99.114	117.822	130.543	116.508,000	106.606	110.606,0	116.508,0	104.606,00	104.606,0
23	Oneri finanziari	12.676	8.007	4.853	4.132,000	4.132	4.132,0	4.132,0	2.132,00	1.132,0
24	Oneri fiscali (netto irap)	9.341	10.810	10.985	11.423,000	11.423	11.423,0	11.423,0	11.423,00	11.423,0
25	Saldo poste straordinarie	3.547	3.891	(17.958)	16.377,000	16.377	16.377,0	16.377,0	14.377,00	12.377,0
26	Saldo intramoenia	(8.423)	(9.511)	(9.016)	-9.173,000	(9.173)	(9.173,0)	(9.173,0)	(9.173,00)	(9.173,0)
27	Ammortamenti	100.255	129.598	110.648	109.839,000	109.839	109.839,0	109.839,0	109.839,00	109.839,0
28	Rivalutazioni e svalutazioni	8.139	8.073	9.137	2.543,000	2.543	2.543,0	2.543,0	2.543,00	2.543,0
0	**TOTALE COSTI**	**7.374.554**	**7.541.871**	**7.685.365**	**7.653.230,000**	**7.710.934**	**7.773.624,0**	**7.653.230,0**	**7.698.872,00**	**7.759.653**
31	Contributi	47.197	-	60.000	10.000,000	-	-	10.000,0	-	-
	Risultato	**5.304**	**14.677**	**7.278**	**-38.351,000**	**(11.918)**	**(13.933,0)**	**(38.351,0)**	**144,00**	**38**
	Risultato da CE	**5.304**	**14.677**	**7.278**	**-38.351,000**	**(11.918)**	**(13.933,0)**	**(38.351,0)**	**144,00**	**38**
	Check				VERO-B	VERO-E	VERO-N	VERO-N	VERO-Y	VERO-Y

SEZIONE AMMINISTRAZIONE FINANZA SANITARIA REGIONALE - REGIONE PUGLIA - FINANZA E CONTROLLO

235

Modello CE

		Bilanci di esercizio			Var %	Var %	CE TENDENZIALI			CE PROGRAMMATICI		
		2013	2014	2015	2014/2013	2015/2014	2016	2017	2018	2016	2017	2018
		7.490.394	7.665.224	7.782.591	2,3%	1,5%	7.685.020	7.769.157	7.829.832	7.685.020	7.766.157	7.823.832
		7.485.090	7.650.547	7.775.313	2,2%	1,6%	7.723.371	7.781.075	7.843.765	7.723.371	7.766.013	7.823.794
		5.304	14.677	7.278			(38.351)	(11.918)	(13.933)	(38.351)	144	38
							VERO	VERO	VERO	VERO	VERO	VERO
	A) Valore della produzione											
AA0010	**A.1) Contributi in c/esercizio**	7.082.549	7.238.741	7.299.279	2,2%	0,8%	7.314.759	7.418.759	7.488.759	7.314.759	7.418.759	7.488.759
AA0020	**A.1.A) Contributi da Regione ... per quota F.S. regionale**	6.992.805	7.181.148	7.149.793	2,7%	-0,4%	7.208.182	7.342.182	7.412.182	7.208.182	7.342.182	7.412.182
AA0030	A.1.A.1) da Regione ... per quota F.S. regionale indistinto	6.845.124	7.030.257	6.998.150	2,7%	-0,5%	7.087.488	7.221.488	7.291.488	7.087.488	7.221.488	7.291.488
AA0040	A.1.A.2) da Regione ... per quota F.S. regionale vincolato	147.681	150.891	151.643	2,2%	0,5%	120.694	120.694	120.694	120.694	120.694	120.694
AA0050	**A.1.B) Contributi c/esercizio (extra fondo)**	87.248	51.409	142.041	-41,1%	176,3%	102.545	72.545	72.545	102.545	72.545	72.545
AA0060	A.1.B.1) da Regione ... (extra fondo)	60.225	24.111	106.525	-60,0%	341,8%	53.659	39.659	39.659	53.659	39.659	39.659
AA0070	A.1.B.1.1) Contributi da Regione ... (extra fondo) vincolati	13.028	24.111	46.525	85,1%	93,0%	43.659	39.659	39.659	43.659	39.659	39.659
AA0080	A.1.B.1.2) Contributi da Regione ... (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio regionale per LEA	47.197	-	60.000	0,0%	0,0%	10.000	-	-	10.000	-	-
AA0090	A.1.B.1.3) Contributi da Regione ... (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio reg.le per extra LEA	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
AA0100	A.1.B.1.4) Contributi da Regione ... (extra fondo) - Altro	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
AA0110	A.1.B.2) Contributi da Az. sanit. pubbl. della Regione ... (extra fondo)	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
AA0120	A.1.B.2.1) Contributi da Az. sanit. pubbl. della Regione ... (extra fondo) vincolati	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
AA0130	A.1.B.2.2) Contributi da Az. sanit. pubbl. della Regione ... (extra fondo) altro	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
AA0140	A.1.B.3) Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo)	27.023	27.298	35.516	1,0%	30,1%	48.886	32.886	32.886	48.886	32.886	32.886
AA0150	A.1.B.3.1) Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) vincolati	2.346	36	31	-98,5%	-13,9%	12	12	12	12	12	12
AA0160	A.1.B.3.2) Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) L 210/92	21.882	20.897	21.555	-4,5%	3,1%	37.098	21.098	21.098	37.098	21.098	21.098
AA0170	A.1.B.3.3) Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) altro	2.795	6.365	13.930	127,7%	118,9%	11.776	11.776	11.776	11.776	11.776	11.776
AA0180	**A.1.C) Contributi c/esercizio per ricerca**	1.968	5.507	6.773	179,8%	23,0%	3.279	3.279	3.279	3.279	3.279	3.279
AA0190	A.1.C.1) Contributi da Ministero della Salute per ricerca corrente	1.695	3.132	4.821	84,8%	53,9%	2.897	2.897	2.897	2.897	2.897	2.897
AA0200	A.1.C.2) Contributi da Ministero della Salute per ricerca finalizzata	136	1.064	644	682,4%	-39,5%	12	12	12	12	12	12
AA0210	A.1.C.3) Contributi da Regione ed altri soggetti pubblici per ricerca	127	567	953	346,5%	68,1%	22	22	22	22	22	22
AA0220	A.1.C.4) Contributi da privati per ricerca	10	744	355	7340,0%	-52,3%	348	348	348	348	348	348
AA0230	**A.1.D) Contributi c/esercizio da privati**	528	677	672	28,2%	-0,7%	753	753	753	753	753	753
AA0240	**A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti**	(18.064)	(42.149)	(70.438)	133,3%	67,1%	(23.755)	(48.755)	(53.755)	(23.755)	(48.755)	(53.755)
AA0250	A.2.A) Rettifica contrib. in c/eserc. per ... investimenti ... per quota F.S. regionale	(18.064)	(42.149)	(70.438)	133,3%	67,1%	(23.755)	(48.755)	(53.755)	(23.755)	(48.755)	(53.755)
AA0260	A.2.B) Rettifica contributi in c/esercizio per ...investimenti - altri contributi	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
AA0270	**A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di eserciz**	4.646	9.987	6.962	115,0%	-30,3%	8.076	8.076	8.076	8.076	8.076	8.076
AA0280	A.3.A) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti ... per quota F.S. regionale v	2.223	4.536	3.550	104,0%	-21,7%	1.382	1.382	1.382	1.382	1.382	1.382
AA0290	A.3.B) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi prec. da soggetti pubblici (extra fondo) v	1.246	4.150	1.836	233,1%	-55,8%	3.860	3.860	3.860	3.860	3.860	3.860
AA0300	A.3.C) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti per ricerca	832	1.017	963	22,2%	-5,3%	1.858	1.858	1.858	1.858	1.858	1.858
AA0310	A.3.D) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti da privati	345	284	613	-17,7%	115,8%	976	976	976	976	976	976
AA0320	**A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanit**	161.072	170.576	182.492	5,9%	7,0%	171.560	181.830	181.830	171.560	181.830	181.830
AA0330	**A.4.A) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate**	71.229	78.356	87.983	10,0%	12,3%	78.883	89.153	89.153	78.883	89.153	89.153
AA0340	A.4.A.1) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate ad	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
AA0350	A.4.A.1.1) Prestazioni di ricovero	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
AA0360	A.4.A.1.2) Prestazioni di specialistica ambulatoriale	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
AA0370	A.4.A.1.3) Prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
AA0380	A.4.A.1.4) Prestazioni di File F	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
AA0390	A.4.A.1.5) Prestazioni servizi MMG, PLS, Contin. assistenziale	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
AA0400	A.4.A.1.6) Prestazioni servizi farmaceutica convenzionata	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
AA0410	A.4.A.1.7) Prestazioni termali	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
AA0420	A.4.A.1.8) Prestazioni trasporto ambulanze ed elisoccorso	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
AA0430	A.4.A.1.9) Altre prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
AA0440	A.4.B) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate ad	1.168	1.724	1.622	47,6%	-5,9%	1.714	1.714	1.714	1.714	1.714	1.714

SEZIONE CONTROLLO ATTI - GIUNTA REGIONALE - FINANZA REGIONALE PUGLIA

		Bilanci di esercizio			Var %	Var %	CE TENDENZIALI			CE PROGRAMMATICI		
		2013	2014	2015	2014/2013	2015/2014	2016	2017	2018	2016	2017	2018
AA0450	A.4.A.3) Ricavi per prestaz. sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a s	70.061	76.632	86.361	9,4%	12,7%	77.169	87.439	87.439	77.169	87.439	87.439
AA0460	A.4.A.3.1) Prestazioni di ricovero	51.821	58.699	57.062	13,3%	-2,8%	58.413	57.062	57.062	58.413	57.062	57.062
AA0470	A.4.A.3.2) Prestazioni ambulatoriali	5.810	6.143	6.370	5,7%	3,7%	6.564	6.370	6.370	6.564	6.370	6.370
AA0480	A.4.A.3.3) Prestazioni di psichiatria non soggetta a compensazione (resid. e semiresid.)	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
AA0490	A.4.A.3.4) Prestazioni di File F	7.123	6.145	5.995	-13,7%	-2,4%	4.861	5.995	5.995	4.861	5.995	5.995
AA0500	A.4.A.3.5) Prestazioni servizi MMG, PLS, Contin. assistenziale extrareg.	1.009	1.166	1.166	15,6%	0,0%	1.166	1.166	1.166	1.166	1.166	1.166
AA0510	A.4.A.3.6) Prestazioni servizi farmaceutica convenzionata extrareg.	1.142	1.241	2.629	8,7%	111,8%	1.562	2.629	2.629	1.562	2.629	2.629
AA0520	A.4.A.3.7) Prestazioni termali extrareg.	1.292	1.256	1.256	-2,8%	0,0%	1.256	1.256	1.256	1.256	1.256	1.256
AA0530	A.4.A.3.8) Prestazioni trasporto ambulanze ed elisoccorso extrareg.	-	627	629	0,0%	0,3%	627	629	629	627	629	629
AA0540	A.4.A.3.9) Altre prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria extrareg.	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
AA0550	A.4.A.3.10) Ricavi per cessione di emocomponenti e cellule staminali extrareg.	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
AA0560	A.4.A.3.11) Ricavi per differenziale tariffe TUC	1.549	981	10.972	-36,7%	1018,5%	1.360	10.972	10.972	1.360	10.972	10.972
AA0570	A.4.A.3.12) Altre prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria non soggette a compensazio	315	374	282	18,7%	-24,6%	1.360	1.360	1.360	1.360	1.360	1.360
AA0580	A.4.A.3.12.A) Prestazioni di assistenza riabilitativa non soggette a compensazione extrareg.	-	-	5	0,0%	0,0%	86	86	86	86	86	86
AA0590	A.4.A.3.12.B) Altre prestazioni sanitarie ... non soggette a compensazione extrareg.	315	374	277	18,7%	-25,9%	1.274	1.274	1.274	1.274	1.274	1.274
AA0600	A.4.A.3.13) Altre prestazioni sanitarie a rilevanza sanitaria - Mobilità attiva internazionale	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
AA0610	**A.4.B) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate**	**39.750**	**39.750**	**43.392**	**0,0%**	**9,2%**	**40.004**	**40.004**	**40.004**	**40.004**	**40.004**	**40.004**
AA0620	A.4.B.1) Prestazioni di ricovero da priv. extrareg. in compensazione (mobilità attiva)	34.356	34.356	37.998	0,0%	10,6%	34.356	34.356	34.356	34.356	34.356	34.356
AA0630	A.4.B.2) Prestazioni ambulatoriali da priv. extrareg. in compensazione (mobilità attiva)	3.718	3.718	3.718	0,0%	0,0%	3.172	3.172	3.172	3.172	3.172	3.172
AA0640	A.4.B.3) Prestazioni di File F da priv. extrareg. in compensazione (mobilità attiva)	1.676	1.676	1.676	0,0%	0,0%	2.476	2.476	2.476	2.476	2.476	2.476
AA0650	A.4.B.4) Altre prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate da privati v/r	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
AA0660	**A.4.C) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate**	**14.050**	**16.321**	**16.390**	**16,2%**	**0,4%**	16.405	16.405	16.405	16.405	16.405	16.405
AA0670	**A.4.D) Ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia**	**36.043**	**36.149**	**34.727**	**0,3%**	**-3,9%**	**36.268**	**36.268**	**36.268**	**36.268**	**36.268**	**36.268**
AA0680	A.4.D.1) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area ospedaliera	12.835	11.890	7.745	-7,4%	-34,9%	12.669	12.669	12.669	12.669	12.669	12.669
AA0690	A.4.D.2) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area specialistica	21.022	21.585	24.930	2,7%	15,5%	21.873	21.873	21.873	21.873	21.873	21.873
AA0700	A.4.D.3) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Area sanità pubblica	250	857	345	242,8%	-59,7%	258	258	258	258	258	258
AA0710	A.4.D.4) Ricavi per Prest. San. intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex art. 57	1.936	1.817	1.707	-6,1%	-6,1%	1.468	1.468	1.468	1.468	1.468	1.468
AA0720	A.4.D.5) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Consulenze (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
AA0730	A.4.D.6) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Altro	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
AA0740	A.4.D.7) Ricavi per prestazioni sanitarie intramoenia - Altro (Az. sanit. pubbl. della Regione)	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
AA0750	**A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi**	**56.856**	**64.520**	**163.723**	**13,5%**	**153,8%**	**42.530**	**38.530**	**33.585**	**42.530**	**38.530**	**33.585**
AA0760	**A.5.A) Rimborsi assicurativi**	**852**	**446**	**496**	**-47,7%**	**11,2%**	229	229	229	229	229	229
AA0770	**A.5.B) Concorsi, recuperi e rimborsi da Regione**	**123**	**419**	**158**	**240,7%**	**-62,3%**	**502**	**502**	**502**	**502**	**502**	**502**
AA0780	A.5.B.1) Rimborso degli oneri stipendiali del personale dell'azienda in posizione di comando p	123	419	158	240,7%	-62,3%	232	232	232	232	232	232
AA0790	A.5.B.2) Altri concorsi, recuperi e rimborsi da parte della Regione	-	-	-	0,0%	0,0%	270	270	270	270	270	270
AA0800	**A.5.C) Concorsi, recuperi e rimborsi da Az. sanit. pubbl. della Regione**	-	-	-	**0,0%**	**0,0%**	-	-	-	-	-	-
AA0810	A.5.C.1) Rimborso degli oneri stipendiali del personale dipendente dell'azienda in posizione di	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
AA0820	A.5.C.2) Rimborsi per acquisto beni da parte di Az. sanit. pubbl. della Regione	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
AA0830	A.5.C.3) Altri concorsi, recuperi e rimborsi da parte di Az. sanit. pubbl. della Regione	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
AA0840	**A.5.D) Concorsi, recuperi e rimborsi da altri soggetti pubblici**	**6.305**	**6.126**	**5.540**	**-2,8%**	**-9,6%**	**7.168**	**7.168**	**7.168**	**7.168**	**7.168**	**7.168**
AA0850	A.5.D.1) Rimborso degli oneri stipendiali del personale dipendente dell'azienda in posizione di	809	666	939	-17,7%	41,0%	999	999	999	999	999	999
AA0860	A.5.D.2) Rimborsi per acquisto beni da parte di altri soggetti pubblici	-	5	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
AA0870	A.5.D.3) Altri concorsi, recuperi e rimborsi da parte di altri soggetti pubblici	5.496	5.455	4.601	-0,7%	-15,7%	6.169	6.169	6.169	6.169	6.169	6.169
AA0880	**A.5.E) Concorsi, recuperi e rimborsi da privati**	***49.576***	***57.529***	***157.529***	***16,0%***	***173,8%***	***34.631***	***30.631***	***25.686***	***34.631***	***30.631***	***25.686***
AA0890	A.5.E.1) Rimborso da aziende farmaceutiche per Pay back	45.619	53.193	154.379	16,6%	190,2%	31.658	27.658	22.713	31.658	27.658	22.713
AA0900	A.5.E.1.1) Pay-back per il superamento del tetto della spesa farmaceutica territoriale	-	-	4.207	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
AA0910	A.5.E.1.2) Pay-back per superamento del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera	45.619	53.193	109.097	16,6%	105,1%	-	-	-	-	-	-
AA0920	A.5.E.1.3) Ulteriore Pay-back	-	-	41.075	0,0%	0,0%	31.658	27.658	22.713	31.658	27.658	22.713
AA0930	A.5.E.2) Altri concorsi, recuperi e rimborsi da privati	3.957	4.336	3.150	9,6%	-27,4%	2.973	2.973	2.973	2.973	2.973	2.973
AA0940	**A:6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)**	**58.785**	**54.189**	**50.657**	**-7,8%**	**-6,5%**	**46.699**	**46.099**	**45.019**	**46.699**	**46.099**	**45.019**
AA0950	A.6.A) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie - Ticket sulle prestazioni di specialistica	56.757	49.543	45.665	-12,7%	-7,8%	42.463	41.963	41.063	42.463	41.963	41.063
AA0960	A.6.B) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie - Ticket sul pronto soccorso	2.028	4.646	4.992	129,1%	7,4%	4.236	4.136	3.956	4.236	4.136	3.956
AA0970	A.6.C) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket) - Altro	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
AA0980	**A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio**	**58.914**	**85.353**	**79.603**	**44,9%**	**-6,7%**	**80.524**	**80.291**	**82.291**	**80.524**	**80.291**	**82.291**
AA0990	A.7.A) Quota imputata all'esercizio dei finanziamenti per investimenti dallo Stato	6.472	2.547	2.391	-60,6%	-6,1%	1.932	1.932	1.932	1.932	1.932	1.932
AA1000	A.7.B) Quota imputata all'esercizio dei finanziamenti per investimenti da Regione	49.676	75.071	63.781	51,1%	-15,0%	61.421	61.421	61.421	61.421	61.421	61.421
AA1010	A.7.C) Quota imputata all'esercizio dei finanziamenti per beni di prima dotazione	-	1.793	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-

		Bilanci di esercizio			Var.%	Var.%	CE TENDENZIALI			CE PROGRAMMATICI		
		2013	2014	2015	2014/2013	2015/2014	2016	2017	2018	2016	2017	2018
AA1020	A.7.D) Quota imputata all'esercizio dei contributi in c/ esercizio FSR destinati ad investimenti	2.437	5.451	12.994	123,7%	138,4%	16.718	16.518	18.518	16.718	16.518	18.518
AA1030	A.7.E) Quota imputata all'esercizio degli altri contributi in c/ esercizio destinati ad investiment	13	30	16	130,8%	-46,7%	21	21	21	21	21	21
AA1040	A.7.F) Quota imputata all'esercizio di altre poste del patrimonio netto	316	461	421	45,9%	-8,7%	432	399	399	432	399	399
AA1050	**A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni**	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
AA1060	**A.9) Altri ricavi e proventi**	8.197	9.030	12.643	10,2%	40,0%	8.399	8.099	7.799	8.399	8.099	7.799
AA1070	A.9.A) Ricavi per prestazioni non sanitarie	3.052	2.616	3.309	-14,3%	26,5%	3.751	3.651	3.551	3.751	3.651	3.551
AA1080	A.9.B) Fitti attivi ed altri proventi da attività immobiliari	2.879	3.236	3.092	12,4%	-4,4%	3.185	3.085	2.985	3.185	3.085	2.985
AA1090	A.9.C) Altri proventi diversi	2.266	3.178	6.242	40,2%	96,4%	1.463	1.363	1.263	1.463	1.363	1.263
AZ9999	**Totale valore della produzione (A)**	7.412.955	7.590.247	7.724.921	2,4%	1,8%	7.648.792	7.732.929	7.793.604	7.648.792	7.732.929	7.793.604
	B) Costi della produzione											
BA0010	**B.1) Acquisti di beni**	1.159.363	1.241.317	1.367.555	7,1%	10,2%	1.333.161	1.393.031	1.452.951	1.333.161	1.369.447	1.374.454
BA0020	**B.1.A) Acquisti di beni sanitari**	1.132.845	1.215.801	1.344.900	7,3%	10,6%	1.313.018	1.372.888	1.432.808	1.313.018	1.349.304	1.356.231
BA0030	B.1.A.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati	630.541	671.282	831.663	6,5%	23,9%	793.669	848.669	903.669	793.669	826.669	839.669
BA0040	B.1.A.1.1) Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale	604.664	661.348	824.221	9,4%	24,6%	783.081	838.081	893.081	783.081	816.081	829.081
BA0050	B.1.A.1.2) Medicinali senza AIC	1.127	2.433	2.829	115,9%	16,3%	7.021	7.021	7.021	7.021	7.021	7.021
BA0060	B.1.A.1.3) Emoderivati di produzione regionale	24.750	7.501	4.613	-69,7%	-38,5%	3.567	3.567	3.567	3.567	3.567	3.567
BA0070	B.1.A.2) Sangue ed emocomponenti	17.699	42.203	18.404	138,4%	-56,4%	17.866	17.866	17.866	17.866	17.866	17.866
BA0080	B.1.A.2.1) da pubblico (Az. sanit. pubbl. della Regione) – Mobilità intraregionale	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
BA0090	B.1.A.2.2) da pubblico (Az. sanit. pubbl. extra Regione) – Mobilità extraregionale	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
BA0100	B.1.A.2.3) da altri soggetti	17.699	42.203	18.404	138,4%	-56,4%	17.866	17.866	17.866	17.866	17.866	17.866
BA0210	B.1.A.3) Dispositivi medici	442.454	458.374	446.912	3,6%	-2,5%	448.985	453.475	458.015	448.985	451.891	445.438
BA0220	B.1.A.3.1) Dispositivi medici	253.445	269.128	257.729	6,2%	-4,2%	254.022	256.562	259.132	254.022	255.559	250.561
BA0230	B.1.A.3.2) Dispositivi medici impiantabili attivi	61.902	58.158	55.417	-6,0%	-4,7%	66.246	66.906	67.576	66.246	66.325	63.570
BA0240	B.1.A.3.3) Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)	127.107	131.088	133.766	3,1%	2,0%	128.717	130.007	131.307	128.717	130.007	131.307
BA0250	B.1.A.4) Prodotti dietetici	8.966	9.907	11.166	10,5%	12,7%	12.346	12.346	12.346	12.346	12.346	12.346
BA0260	B.1.A.5) Materiali per la profilassi (vaccini)	31.422	32.405	34.659	3,1%	7,0%	37.883	38.263	38.643	37.883	38.263	38.643
BA0270	B.1.A.6) Prodotti chimici	264	99	80	-62,5%	-19,2%	86	86	86	86	86	86
BA0280	B.1.A.7) Materiali e prodotti per uso veterinario	927	648	691	-30,1%	6,6%	503	503	503	503	503	503
BA0290	B.1.A.8) Altri beni e prodotti sanitari	572	883	1.325	54,4%	50,1%	1.680	1.680	1.680	1.680	1.680	1.680
BA0300	B.1.A.9) Beni e prodotti sanitari da Az. sanit. pubbl. della Regione	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
BA0310	**B.1.B) Acquisti di beni non sanitari**	26.518	25.516	22.655	-3,8%	-11,2%	20.143	20.143	20.143	20.143	20.143	18.223
BA0320	B.1.B.1) Prodotti alimentari	1.274	1.242	1.259	-2,5%	1,4%	1.130	1.130	1.130	1.130	1.130	1.020
BA0330	B.1.B.2) Materiali di guardaroba, di pulizia e di convivenza in genere	2.563	2.509	2.476	-2,1%	-1,3%	2.215	2.215	2.215	2.215	2.215	2.005
BA0340	B.1.B.3) Combustibili, carburanti e lubrificanti	8.484	8.389	6.807	-1,1%	-18,9%	5.649	5.649	5.649	5.649	5.649	5.069
BA0350	B.1.B.4) Supporti informatici e cancelleria	8.126	7.908	7.574	-2,7%	-4,2%	6.229	6.229	6.229	6.229	6.229	5.589
BA0360	B.1.B.5) Materiale per la manutenzione	4.812	4.501	3.484	-6,5%	-22,6%	3.891	3.891	3.891	3.891	3.891	3.591
BA0370	B.1.B.6) Altri beni e prodotti non sanitari	1.259	967	1.055	-23,2%	9,1%	1.029	1.029	1.029	1.029	1.029	949
BA0380	B.1.B.7) Beni e prodotti non sanitari da Az. sanit. pubbl. della Regione	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
BA0390	**B.2) Acquisti di servizi**	3.726.099	3.766.826	3.810.460	1,1%	1,2%	3.812.194	3.810.884	3.808.884	3.812.194	3.794.988	3.845.097
BA0400	**B.2.A) Acquisti servizi sanitari**	3.273.253	3.303.233	3.339.283	0,9%	1,1%	3.347.126	3.345.736	3.343.490	3.347.126	3.327.440	3.381.507
BA0410	**B.2.A.1) Acquisti servizi sanitari per medicina di base**	519.825	523.149	519.032	0,6%	-0,8%	521.060	522.616	524.172	521.060	522.616	524.172
BA0420	B.2.A.1.1) - da convenzione	517.693	520.884	516.767	0,6%	-0,8%	518.795	520.351	521.907	518.795	520.351	521.907
BA0430	B.2.A.1.1.A) Costi per assistenza MMG	326.755	332.359	330.686	1,7%	-0,5%	335.766	336.773	337.780	335.766	336.773	337.780
BA0440	B.2.A.1.1.B) Costi per assistenza PLS	81.131	79.848	78.098	-1,6%	-2,2%	77.261	77.493	77.725	77.261	77.493	77.725
BA0450	B.2.A.1.1.C) Costi per assistenza Continuità assistenziale	55.699	56.076	56.451	0,7%	0,7%	56.090	56.258	56.426	56.090	56.258	56.426
BA0460	B.2.A.1.1.D) Altro (medicina dei servizi, psicologi, medici 118, ecc)	54.108	52.601	51.532	-2,8%	-2,0%	49.678	49.827	49.976	49.678	49.827	49.976
BA0470	B.2.A.1.2) - M.G. da pubblico (Az. sanit. pubbl. della Regione) - Mobilità intrareg.	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
BA0480	B.2.A.1.3) - M.G. da pubblico (Az. sanit. pubbl. extrareg.) - Mobilità extraregionale	2.132	2.265	2.265	6,2%	0,0%	2.265	2.265	2.265	2.265	2.265	2.265
BA0490	**B.2.A.2) Acquisti servizi sanitari per farmaceutica**	671.854	672.723	666.267	0,1%	-1,0%	659.802	662.498	662.498	659.802	643.498	620.498
BA0500	B.2.A.2.1) - da convenzione	668.102	669.548	659.629	0,2%	-1,5%	655.860	655.860	655.860	655.860	636.860	613.860
BA0510	B.2.A.2.2) - Farm. da pubblico (Az. sanit. pubbl. della Regione)- Mobilità intrareg.	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
BA0520	B.2.A.2.3) - Farm. da pubblico (extrareg.)	3.752	3.175	6.638	-15,4%	109,1%	3.942	6.638	6.638	3.942	6.638	6.638
BA0530	**B.2.A.3) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale**	320.822	321.987	323.132	0,4%	0,4%	321.858	322.056	322.254	321.858	322.056	322.254
BA0540	B.2.A.3.1) - Specialistica da pubblico (Az. sanit. pubbl. della Regione)	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
BA0550	B.2.A.3.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	-	-	44	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-

		Bilanci di esercizio			Var %	Var %	CE TENDENZIALI			CE PROGRAMMATICI		
		2013	2014	2015	2014/2013	2015/2014	2016	2017	2018	2016	2017	2018
BA0560	B.2.A.3.3) - Specialistica da pubblico (extrareg.)	36.929	40.092	40.092	8,6%	0,0%	40.092	40.092	40.092	40.092	40.092	40.092
BA0570	B.2.A.3.4) - da privato - Medici SUMAI	62.784	66.263	66.013	5,5%	-0,4%	66.072	66.270	66.468	66.072	66.270	66.468
BA0580	B.2.A.3.5) - da privato	217.391	211.914	213.265	-2,5%	0,6%	212.522	212.522	212.522	212.522	212.522	212.522
BA0590	B.2.A.3.5.A) Servizi sanitari per assistenza specialistica da IRCCS privati e Policlinici privati	28.578	29.938	29.938	4,8%	0,0%	29.938	29.938	29.938	29.938	29.938	29.938
BA0600	B.2.A.3.5.B) Servizi sanitari per assistenza specialistica da Ospedali Classificati privati	38.795	35.733	35.733	-7,9%	0,0%	35.733	35.733	35.733	35.733	35.733	35.733
BA0610	B.2.A.3.5.C) Servizi sanitari per assistenza specialistica da Case di Cura private	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
BA0620	B.2.A.3.5.D) Servizi sanitari per assistenza specialistica da altri privati	150.018	146.243	147.594	-2,5%	0,9%	146.851	146.851	146.851	146.851	146.851	146.851
BA0630	B.2.A.3.6) - da privato per cittadini non residenti - extrareg. (mobilità attiva in compensazione	3.718	3.718	3.718	0,0%	0,0%	3.172	3.172	3.172	3.172	3.172	3.172
BA0640	**B.2.A.4) Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa**	**161.119**	**164.879**	**156.551**	**2,3%**	**-5,1%**	**157.092**	**162.092**	**163.092**	**157.092**	**162.092**	**163.092**
BA0650	B.2.A.4.1) - Riabilitativa da pubblico (Az. sanit. pubbl. della Regione)	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
BA0660	B.2.A.4.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	98	128	17	30,6%	-86,7%	233	233	233	233	233	233
BA0670	B.2.A.4.3) - Riabilitativa da pubblico (extrareg.) non soggetti a compensazione	-	16	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
BA0680	B.2.A.4.4) - da privato (intraregionale)	142.216	146.283	138.442	2,9%	-5,4%	139.471	144.471	145.471	139.471	144.471	145.471
BA0690	B.2.A.4.5) - da privato (extraregionale)	18.805	18.452	18.092	-1,9%	-2,0%	17.388	17.388	17.388	17.388	17.388	17.388
BA0700	**B.2.A.5) Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa**	**49.267**	**51.072**	**52.195**	**3,7%**	**2,2%**	**53.212**	**53.212**	**53.212**	**53.212**	**53.212**	**53.212**
BA0710	B.2.A.5.1) - Integrativa da pubblico (Az. sanit. pubbl. della Regione)	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
BA0720	B.2.A.5.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	2	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
BA0730	B.2.A.5.3) - Integrativa da pubblico (extrareg.)	12	-	-	0,0%	0,0%	5	5	5	5	5	5
BA0740	B.2.A.5.4) - da privato	49.253	51.072	52.195	3,7%	2,2%	53.207	53.207	53.207	53.207	53.207	53.207
BA0750	**B.2.A.6) Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica**	**59.196**	**65.449**	**69.843**	**10,6%**	**6,7%**	**68.462**	**68.462**	**68.462**	**68.462**	**62.462**	**56.462**
BA0760	B.2.A.6.1) - Protesica da pubblico (Az. sanit. pubbl. della Regione)	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
BA0770	B.2.A.6.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
BA0780	B.2.A.6.3) - Protesica da pubblico (extrareg.)	4	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
BA0790	B.2.A.6.4) - da privato	59.192	65.449	69.843	10,6%	6,7%	68.462	68.462	68.462	68.462	62.462	56.462
BA0800	**B.2.A.7) Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera**	**957.718**	**950.846**	**965.447**	**-0,7%**	**1,5%**	**966.414**	**953.287**	**948.287**	**966.414**	**953.287**	**948.287**
BA0810	B.2.A.7.1) - Ospedaliera da pubblico (Az. sanit. pubbl. della Regione)	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
BA0820	B.2.A.7.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	120	81	155	-32,5%	91,4%	1	1	1	1	1	1
BA0830	B.2.A.7.3) - da pubblico (extrareg.)	214.377	217.441	217.441	1,4%	0,0%	217.568	217.441	217.441	217.568	217.441	217.441
BA0840	B.2.A.7.4) - da privato	708.865	698.959	709.853	-1,4%	1,6%	714.489	701.489	696.489	714.489	701.489	696.489
BA0850	B.2.A.7.4.A) Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da IRCCS privati e Policlinici privati	200.808	199.451	199.451	-0,7%	0,0%	199.452	199.452	199.452	199.452	199.452	199.452
BA0860	B.2.A.7.4.B) Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da Ospedali Classificati privati	174.826	177.887	177.887	1,8%	0,0%	177.887	177.887	177.887	177.887	177.887	177.887
BA0870	B.2.A.7.4.C) Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da Case di Cura private	332.637	320.746	331.338	-3,6%	3,3%	336.544	323.544	318.544	336.544	323.544	318.544
BA0880	B.2.A.7.4.D) Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da altri privati	594	875	1.177	47,3%	34,5%	606	606	606	606	606	606
BA0890	B.2.A.7.5) - da privato per cittadini non residenti - extrareg. (mob. att. in compens.)	34.356	34.365	37.998	0,0%	10,6%	34.356	34.356	34.356	34.356	34.356	34.356
BA0900	**B.2.A.8) Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale**	**111.722**	**116.672**	**118.586**	**4,4%**	**1,6%**	**112.883**	**112.883**	**112.883**	**112.883**	**112.883**	**114.983**
BA0910	B.2.A.8.1) - Psichiatria da pubblico (Az. sanit. pubbl. della Regione)	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
BA0920	B.2.A.8.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
BA0930	B.2.A.8.3) - Psichiatria da pubblico (extrareg.) - non soggette a compensazione	81	121	111	49,4%	-8,3%	-	-	-	-	-	-
BA0940	B.2.A.8.4) - da privato (intraregionale)	103.519	108.283	114.648	4,6%	5,9%	109.905	109.905	109.905	109.905	109.905	112.005
BA0950	B.2.A.8.5) - da privato (extraregionale)	8.122	8.268	3.827	1,8%	-53,7%	2.978	2.978	2.978	2.978	2.978	2.978
BA0960	**B.2.A.9) Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F**	**36.331**	**37.584**	**54.587**	**3,4%**	**45,2%**	**50.228**	**50.228**	**50.228**	**50.228**	**50.228**	**50.228**
BA0970	B.2.A.9.1) - File F da pubblico (Az. sanit. pubbl. della Regione) - Mobilità intrareg.	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
BA0980	B.2.A.9.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
BA0990	B.2.A.9.3) - File F da pubblico (extrareg.)	9.555	10.808	10.808	13,1%	0,0%	10.808	10.808	10.808	10.808	10.808	10.808
BA1000	B.2.A.9.4) - da privato (intraregionale)	25.100	25.100	42.100	0,0%	67,7%	36.944	36.944	36.944	36.944	36.944	36.944
BA1010	B.2.A.9.5) - da privato (extraregionale)	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
BA1020	B.2.A.9.6) - da privato per cittadini non residenti - extrareg. (mobilità attiva in compensazione	1.676	1.676	1.679	0,0%	0,2%	2.476	2.476	2.476	2.476	2.476	2.476
BA1030	**B.2.A.10) Acquisto prestazioni termali in convenzione**	**10.495**	**10.790**	**10.692**	**2,8%**	**-0,9%**	**10.622**	**10.622**	**10.622**	**10.622**	**10.622**	**10.622**
BA1040	B.2.A.10.1) - Termale da pubblico (Az. San. pubbl. della Regione) - Mob. intrareg.	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
BA1050	B.2.A.10.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
BA1060	B.2.A.10.3) - Termale da pubblico (extrareg.)	2.976	3.071	3.072	3,2%	0,0%	3.071	3.071	3.071	3.071	3.071	3.071
BA1070	B.2.A.10.4) - da privato	7.519	7.573	7.620	0,7%	0,6%	7.551	7.551	7.551	7.551	7.551	7.551
BA1080R	B.2.A.10.5) - da privato per cittadini non residenti - extrareg. (mobilità attiva in compensazion	-	146	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
BA1090	**B.2.A.11) Acquisto prestazioni di trasporto sanitario**	**58.434**	**62.477**	**65.459**	**6,9%**	**4,8%**	**63.327**	**66.327**	**66.327**	**63.327**	**66.327**	**66.327**
BA1100	B.2.A.11.1) - Trasporto da pubb. (Az. sanit. pubbl. della Regione) - Mobilità intrareg.	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
BA1110	B.2.A.11.2) - da pubblico (altri soggetti pubbl. della Regione)	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
BA1120	B.2.A.11.3) - Trasporti da pubblico (extrareg.)	1.338	1.382	1.382	3,3%	0,0%	1.382	1.382	1.382	1.382	1.382	1.382
BA1130	B.2.A.11.4) - da privato	57.096	61.095	64.077	7,0%	4,9%	61.945	64.945	64.945	61.945	64.945	64.945

SEZIONE REGIONALE DI CONTROLLO

		Bilanci di esercizio			Var.%	Var.%	CE TENDENZIALI			CE PROGRAMMATICI		
		2013	2014	2015	2014/2013	2015/2014	2016	2017	2018	2016	2017	2018
BA1140	**B.2.A.12) Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria**	**117.866**	**127.498**	**140.406**	**8,2%**	**10,1%**	**160.618**	**160.618**	**160.618**	**160.618**	**167.868**	**252.035**
BA1150	B.2.A.12.1) - PSSRS da pubblico (Az. sanit. pubbl. della Regione) - Mobilità intrar.	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
BA1160	B.2.A.12.2) - da pubblico (altri soggetti pubblici della Regione)	1.395	936	1	-32,9%	-99,9%	-	-	-	-	-	-
BA1170	B.2.A.12.3) - da pubblico (extrareg.) non soggette a compensazione	310	132	12	-57,4%	-90,9%	42	42	42	42	42	42
BA1180	B.2.A.12.4) - da privato (intraregionale)	101.110	113.456	127.310	12,2%	12,2%	146.663	146.663	146.663	146.663	[redacted] 153.913	[redacted] 238.080
BA1190	B.2.A.12.5) - da privato (extraregionale)	15.051	12.974	13.083	-13,8%	0,8%	13.913	13.913	13.913	13.913	13.913	13.913
BA1200	**B.2.A.13) Compartecipazione al personale per att. libero-prof. (intramoenia)**	**29.010**	**27.271**	**26.026**	**-6,0%**	**-4,6%**	**26.940**	**26.940**	**26.940**	**26.940**	**26.940**	**26.940**
BA1210	B.2.A.13.1) Compart. al personale per att. libero prof. intramoenia - Area ospedal.	11.546	11.934	10.861	3,4%	-9,0%	11.711	11.711	11.711	11.711	11.711	11.711
BA1220	B.2.A.13.2) Compart. al personale per att. libero prof. intramoenia- Area special.	13.937	12.616	12.848	-9,5%	1,8%	13.669	13.669	13.669	13.669	13.669	13.669
BA1230	B.2.A.13.3) Compart.al personale per att. Lib. prof. intramoenia - Area San. pubb.	201	257	295	27,9%	14,8%	247	247	247	247	247	247
BA1240	B.2.A.13.4) Comp .al personale per att. Lib. prof. Intr. - Cons. (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex A	3.326	2.450	2.022	-26,3%	-17,5%	1.313	1.313	1.313	1.313	1.313	1.313
BA1250	B.2.A.13.4) Comp .al personale per att. Lib. prof. Intr. - Cons. (ex art. 55 c.1 lett. c), d) ed ex A	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
BA1260	B.2.A.13.6) Compartecipazione al personale per att. libero professionale intramoenia - Altro	-	14	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
BA1270	B.2.A.13.7) Compart. al personale per att. libero prof. intramoenia - Altro (Az. San. Pubb. Re	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
BA1280	**B.2.A.14) Rimborsi, assegni e contributi sanitari**	**74.091**	**63.751**	**60.763**	**-14,0%**	**-4,7%**	**76.929**	**60.929**	**60.929**	**76.929**	**60.929**	**60.929**
BA1290	B.2.A.14.1) Contributi ad associazioni di volontariato	4.021	3.367	3.042	-16,3%	-9,7%	3.190	3.190	3.190	3.190	3.190	3.190
BA1300	B.2.A.14.2) Rimborsi per cure all'estero	1.237	818	1.889	-33,9%	130,9%	1.132	1.132	1.132	1.132	1.132	1.132
BA1310	B.2.A.14.3) Contributi a società partecipate e/o enti dipendenti della Regione	26.470	26.131	20.632	-1,3%	-21,0%	20.453	20.453	20.453	20.453	20.453	20.453
BA1320	B.2.A.14.4) Contributo Legge 210/92	21.882	20.897	21.556	-4,5%	3,2%	37.098	21.098	21.098	37.098	21.098	21.098
BA1330	B.2.A.14.5) Altri rimborsi, assegni e contributi	20.481	12.538	13.644	-38,8%	8,8%	15.056	15.056	15.056	15.056	15.056	15.056
BA1340	B.2.A.14.6) Rimborsi, assegni e contributi v/Az. sanit. pubbl. della Regione	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
BA1350	**B.2.A.15) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanita**	**36.528**	**39.119**	**34.708**	**7,1%**	**-11,3%**	**34.322**	**34.322**	**34.322**	**34.322**	**33.776**	**32.822**
BA1360	B.2.A.15.1) Consulenze sanitarie e sociosan. da Az. sanit. pubbl. della Regione	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
BA1370	B.2.A.15.2) Consulenze sanitarie e sociosanit. da terzi - Altri soggetti pubblici	191	317	424	66,0%	33,8%	89	89	89	89	89	89
BA1380	B.2.A.15.3) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro sanitarie e soci	36.075	38.088	33.571	5,6%	-11,9%	34.105	34.105	34.105	34.105	33.559	32.605
BA1390	B.2.A.15.3.A) Consulenze sanitarie da privato - articolo 55, comma 2, CCNL 8 giugno 2000	8.681	9.866	6.526	13,7%	-33,9%	5.993	5.993	5.993	5.993	5.447	4.493
BA1400	B.2.A.15.3.B) Altre consulenze sanitarie e sociosanitarie da privato	1.289	1.209	825	-6,2%	-31,8%	915	915	915	915	915	915
BA1410	B.2.A.15.3.C) Collaborazioni coordinate e continuative sanitarie e socios. da privato	4.829	3.992	4.085	-17,3%	2,3%	3.192	3.192	3.192	3.192	3.192	3.192
BA1420	B.2.A.15.3.D) Indennità a personale universitario - area sanitaria	16.755	17.010	16.034	1,5%	-5,7%	18.040	18.040	18.040	18.040	18.040	18.040
BA1430	B.2.A.15.3.E) Lavoro interinale - area sanitaria	99	95	-	-4,0%	0,0%	332	332	332	332	332	332
BA1440	B.2.A.15.3.F) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area sanitaria	4.422	5.916	6.101	33,8%	3,1%	5.633	5.633	5.633	5.633	5.633	5.633
BA1450	B.2.A.15.4) Rimborso oneri stipendiali del personale sanitario in comando	262	714	713	172,5%	-0,1%	128	128	128	128	128	128
BA1460	B.2.A.15.4.A) Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da Az. sanit. pubbl. della Regio	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
BA1470	B.2.A.15.4.B) Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da Regioni, soggetti pubblici e c	153	125	212	-18,3%	69,6%	96	96	96	96	96	96
BA1480	B.2.A.15.4.C) Rimborso oneri stipendiali personale sanitario in comando da aziende di altre Regioni (ext	109	589	501	440,4%	-14,9%	32	32	32	32	32	32
BA1490	**B.2.A.16) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria**	**40.495**	**42.927**	**38.712**	**6,0%**	**-9,8%**	**41.767**	**41.767**	**41.767**	**41.767**	**41.767**	**41.767**
BA1500	B.2.A.16.1) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico - Az. sanit. pul	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
BA1510	B.2.A.16.2) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico - Altri soggett	15.957	15.902	17.216	-0,3%	8,3%	18.060	18.060	18.060	18.060	18.060	18.060
BA1520	B.2.A.16.3) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria da pubblico (extrareg.)	499	555	963	11,2%	73,5%	509	509	509	509	509	509
BA1530	B.2.A.16.4) Altri servizi sanitari da privato	14.950	19.594	20.533	31,1%	4,8%	23.198	23.198	23.198	23.198	23.198	23.198
BA1540	B.2.A.16.5) Costi per servizi sanitari - Mobilità internazionale passiva	9.089	6.876	-	-24,3%	0,0%	-	-	-	-	-	-
BA1550	**B.2.A.17) Costi per differenziale tariffe TUC**	**18.480**	**25.039**	**36.877**	**35,5%**	**47,3%**	**21.590**	**36.877**	**36.877**	**21.590**	**36.877**	**36.877**
BA1560	**B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari**	**452.846**	**463.593**	**471.177**	**2,4%**	**1,6%**	**465.068**	**465.148**	**465.394**	**465.068**	**467.548**	**463.590**
BA1570	**B.2.B.1) Servizi non sanitari**	**445.623**	**455.539**	**462.623**	**2,2%**	**1,6%**	**458.522**	**458.602**	**458.848**	**458.522**	**461.002**	**457.044**
BA1580	B.2.B.1.1) Lavanderia	18.266	20.753	20.227	13,6%	-2,5%	19.135	19.055	18.904	19.135	19.055	17.126
BA1590	B.2.B.1.2) Pulizia	68.650	75.231	74.376	9,6%	-1,1%	75.626	75.456	75.057	75.626	75.456	75.057
BA1600	B.2.B.1.3) Mensa	43.735	42.824	42.785	-2,1%	-0,1%	41.487	41.397	41.195	41.487	41.397	39.667
BA1610	B.2.B.1.4) Riscaldamento	22.879	27.405	23.021	19,8%	-16,0%	22.524	22.524	22.521	22.524	22.524	21.391
BA1620	B.2.B.1.5) Servizi di assistenza informatica	44.343	45.898	51.380	3,5%	11,9%	54.205	54.605	55.155	54.205	54.605	55.155
BA1630	B.2.B.1.6) Servizi trasporti (non sanitari)	2.277	2.550	3.733	12,0%	46,4%	3.723	3.723	3.723	3.723	3.723	3.723
BA1640	B.2.B.1.7) Smaltimento rifiuti	10.754	10.650	11.113	-1,0%	4,3%	10.579	10.679	10.899	10.579	10.679	10.071
BA1650	B.2.B.1.8) Utenze telefoniche	15.503	15.886	15.446	2,5%	-2,8%	13.182	13.002	12.746	13.182	13.002	12.086
BA1660	B.2.B.1.9) Utenze elettricità	37.976	37.547	40.571	-1,1%	8,1%	40.846	40.746	40.946	40.846	40.746	39.306
BA1670	B.2.B.1.10) Altre utenze	18.591	18.988	19.673	2,1%	3,6%	17.817	17.917	18.117	17.817	17.917	17.577
BA1680	B.2.B.1.11) Premi di assicurazione	36.311	30.164	31.840	-16,9%	5,6%	28.965	28.865	28.552	28.965	28.865	28.552
BA1690	B.2.B.1.12) Premi di assicurazione - R.C. Professionale	33.330	27.248	29.061	-18,2%	6,7%	26.393	26.243	25.880	26.393	26.243	25.880
BA1700	B.2.B.1.13) Premi di assicurazione - Altri premi assicurativi	2.981	2.916	2.779	-2,2%	-4,7%	2.572	2.622	2.672	2.572	2.622	2.672
BA1710	B.2.B.1.14) Altri servizi non sanitari	126.338	127.643	128.458	1,0%	0,6%	130.433	130.633	131.033	130.433	133.033	137.333

		Bilanci di esercizio			Var %	Var %	CE TENDENZIALI			CE PROGRAMMATICI		
		2013	2014	2015	2014/2013	2015/2014	2016	2017	2018	2016	2017	2018
BA1720	B.2.B.1.12.A) Altri servizi non sanitari da pubblico (Az. San. Pubbl. Regione)	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
BA1730	B.2.B.1.12.B) Altri servizi non sanitari da altri soggetti pubblici	69	139	319	101,4%	129,5%	168	168	168	168	168	168
BA1740	B.2.B.1.12.C) Altri servizi non sanitari da privato	126.269	127.504	128.139	1,0%	0,5%	130.265	130.465	130.865	130.265	132.865	137.165
BA1750	**B.2.B.2) Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro non san**	4.422	4.672	5.271	5,7%	12,8%	3.796	3.796	3.796	3.796	3.796	3.796
BA1760	B.2.B.2.1) Consulenze non sanitarie da Az. sanit. pubbl. della Regione	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
BA1770	B.2.B.2.2) Consulenze non sanitarie da Terzi - Altri soggetti pubblici	9	39	2	333,3%	-94,9%	-	-	-	-	-	-
BA1780	B.2.B.2.3) Consulenze, Collaborazioni, Interinale ... non sanitarie da privato	4.289	4.422	5.149	3,1%	16,4%	3.764	3.764	3.764	3.764	3.764	3.764
BA1790	B.2.B.2.3.A) Consulenze non sanitarie da privato	1.329	671	447	-49,5%	-33,4%	437	437	437	437	437	437
BA1800	B.2.B.2.3.B) Collaborazioni coordinate e continuative non sanitarie da privato	1.399	1.197	1.344	-14,4%	12,3%	1.520	1.520	1.520	1.520	1.520	1.520
BA1810	B.2.B.2.3.C) Indennità a personale universitario - area non sanitaria	378	430	1.572	13,8%	265,6%	509	509	509	509	509	509
BA1820	B.2.B.2.3.D) Lavoro interinale - area non sanitaria	867	1.637	1.111	88,8%	-32,1%	875	875	875	875	875	875
BA1830	B.2.B.2.3.E) Altre collaborazioni e prestazioni di lavoro - area non sanitaria	316	487	675	54,1%	38,6%	423	423	423	423	423	423
BA1840	B.2.B.2.4) Rimborso oneri stipendiali del personale non sanitario in comando	124	211	120	70,2%	-43,1%	32	32	32	32	32	32
BA1850	B.2.B.2.4.A) Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando da Az. sanit. pubbl	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
BA1860	B.2.B.2.4.B) Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando da Regione, sogge	98	92	62	-6,1%	-32,6%	7	7	7	7	7	7
BA1870	B.2.B.2.4.C) Rimborso oneri stipendiali personale non sanitario in comando da aziende di altre	26	119	58	357,7%	-51,3%	25	25	25	25	25	25
BA1880	**B.2.B.3) Formazione (esternalizzata e non)**	2.801	3.382	3.283	20,7%	-2,9%	2.750	2.750	2.750	2.750	2.750	2.750
BA1890	B.2.B.3.1) Formazione (esternalizzata e non) da pubblico	1.266	1.427	1.511	12,7%	5,9%	1.126	1.126	1.126	1.126	1.126	1.126
BA1900	B.2.B.3.2) Formazione (esternalizzata e non) da privato	1.535	1.955	1.772	27,4%	-9,4%	1.624	1.624	1.624	1.624	1.624	1.624
BA1910	**B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)**	121.201	115.873	119.462	-4,4%	3,1%	115.700	115.877	116.342	115.700	115.877	111.252
BA1920	B.3.A) Manutenzione e riparazione ai fabbricati e loro pertinenze	35.686	30.288	28.257	-15,1%	-6,7%	25.165	24.765	24.665	25.165	24.765	19.575
BA1930	B.3.B) Manutenzione e riparazione agli impianti e macchinari	35.763	33.600	37.551	-6,0%	11,8%	36.802	36.302	35.552	36.802	36.302	35.552
BA1940	B.3.C) Manutenzione e riparazione alle attrezzature sanitarie e scientifiche	46.468	48.656	49.922	4,7%	2,6%	49.759	50.709	51.909	49.759	50.709	51.909
BA1950	B.3.D) Manutenzione e riparazione ai mobili e arredi	1.277	1.378	1.222	7,9%	-11,3%	1.432	1.482	1.552	1.432	1.482	1.552
BA1960	B.3.E) Manutenzione e riparazione agli automezzi	1.250	1.211	1.281	-3,1%	5,8%	1.101	1.078	1.045	1.101	1.078	1.045
BA1970	B.3.F) Altre manutenzioni e riparazioni	757	740	1.229	-2,2%	66,1%	1.441	1.541	1.619	1.441	1.541	1.619
BA1980	B.3.G) Manutenzioni e riparazioni da Az. sanit. pubbl. della Regione	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
BA1990	**B.4) Godimento di beni di terzi**	39.136	39.278	36.175	0,4%	-7,9%	40.435	40.885	41.190	40.435	40.885	41.190
BA2000	B.4.A) Fitti passivi	9.728	8.770	8.562	-9,8%	-2,4%	8.264	8.114	7.864	8.264	8.114	7.864
BA2010	B.4.B) Canoni di noleggio	27.878	29.323	27.531	5,2%	-6,1%	29.910	30.310	30.765	29.910	30.310	30.765
BA2020	B.4.B.1) Canoni di noleggio - area sanitaria	22.630	23.978	22.744	6,0%	-5,1%	24.435	24.685	24.965	24.435	24.685	24.965
BA2030	B.4.B.2) Canoni di noleggio - area non sanitaria	5.248	5.345	4.787	1,8%	-10,4%	5.475	5.625	5.800	5.475	5.625	5.800
BA2040	B.4.C) Canoni di leasing	1.530	1.185	82	-22,5%	-93,1%	2.261	2.461	2.561	2.261	2.461	2.561
BA2050	B.4.C.1) Canoni di leasing - area sanitaria	1.496	1.135	77	-24,1%	-93,2%	26	226	326	26	226	326
BA2060	B.4.C.2) Canoni di leasing - area non sanitaria	34	50	5	47,1%	-90,0%	2.235	2.235	2.235	2.235	2.235	2.235
BA2070	B.4.D) Locazioni e noleggi da Az. sanit. pubbl. della Regione	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
BA2080	Totale Costo del personale	1.966.252	1.971.059	1.975.158	0,2%	0,2%	1.966.660	1.974.528	1.974.528	1.966.660	2.005.823	2.017.976
BA2090	**B.5) Personale del ruolo sanitario**	1.616.590	1.628.058	1.640.456	0,7%	0,8%	1.638.641	1.645.196	1.645.196	1.638.641	1.673.272	1.683.005
BA2100	**B.5.A) Costo del personale dirigente ruolo sanitario**	806.298	811.793	818.164	0,7%	0,8%	818.385	821.659	821.659	818.385	839.719	843.483
BA2110	**B.5.A.1) Costo del personale dirigente medico**	729.150	733.105	742.294	0,5%	1,3%	743.140	746.113	746.113	743.140	763.856	767.450
BA2120	B.5.A.1.1) Costo del personale dirigente medico - tempo indeterminato	679.914	680.263	684.241	0,1%	0,6%	682.221	684.950	684.950	682.221	702.693	706.287
BA2130	B.5.A.1.2) Costo del personale dirigente medico - tempo determinato	49.210	52.842	58.053	7,4%	9,9%	60.919	61.163	61.163	60.919	61.163	61.163
BA2140	B.5.A.1.3) Costo del personale dirigente medico - altro	26	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
BA2150	**B.5.A.2) Costo del personale dirigente non medico**	77.148	78.688	75.870	2,0%	-3,6%	75.245	75.546	75.546	75.245	75.863	76.033
BA2160	B.5.A.2.1) Costo del personale dirigente non medico - tempo indeterminato	71.404	71.591	71.006	0,3%	-0,8%	70.035	70.315	70.315	70.035	70.632	70.802
BA2170	B.5.A.2.2) Costo del personale dirigente non medico - tempo determinato	5.688	7.097	4.864	24,8%	-31,5%	5.210	5.231	5.231	5.210	5.231	5.231
BA2180	B.5.A.2.3) Costo del personale dirigente non medico - altro	56	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
BA2190	**B.5.B) Costo del personale comparto ruolo sanitario**	810.292	816.265	822.292	0,7%	0,7%	820.256	823.537	823.537	820.256	833.553	839.522
BA2200	B.5.B.1) Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo indeterminato	776.177	774.298	777.697	-0,2%	0,4%	759.358	762.395	762.395	759.358	772.411	778.380
BA2210	B.5.B.2) Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo determinato	34.012	41.967	44.595	23,4%	6,3%	60.898	61.142	61.142	60.898	61.142	61.142
BA2220	B.5.B.3) Costo del personale comparto ruolo sanitario - altro	103	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
BA2230	**B.6) Personale del ruolo professionale**	5.892	4.901	5.274	-16,8%	7,6%	5.378	5.400	5.400	5.378	5.400	5.400
BA2240	**B.6.A) Costo del personale dirigente ruolo professionale**	4.538	3.775	4.242	-16,8%	12,4%	4.405	4.423	4.423	4.405	4.423	4.423
BA2250	B.6.A.1) Costo del personale dirigente ruolo professionale - tempo indeterminato	4.111	3.409	3.906	-17,1%	14,6%	3.993	4.009	4.009	3.993	4.009	4.009
BA2260	B.6.A.2) Costo del personale dirigente ruolo professionale - tempo determinato	427	366	336	-14,3%	-8,2%	412	414	414	412	414	414
BA2270	B.6.A.3) Costo del personale dirigente ruolo professionale - altro	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
BA2280	**B.6.B) Costo del personale comparto ruolo professionale**	1.354	1.126	1.032	-16,8%	-8,3%	973	977	977	973	977	977

SEZIONE REGIONALE CONTROLLO FINANZE REGIONALE PUGLIA

		Bilanci di esercizio			Var %	Var %	CE TENDENZIALI			CE PROGRAMMATICI		
		2013	2014	2015	2014/2013	2015/2014	2016	2017	2018	2016	2017	2018
BA2290	B.6.B.1) Costo del personale comparto ruolo professionale - tempo indeterminato	1.209	985	876	-18,5%	-11,1%	824	827	827	824	827	827
BA2300	B.6.B.2) Costo del personale comparto ruolo professionale - tempo determinato	135	141	156	4,4%	10,6%	149	150	150	149	150	150
BA2310	B.6.B.3) Costo del personale comparto ruolo professionale - altro	10	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
BA2320	**B.7) Personale del ruolo tecnico**	**202.763**	**200.597**	**195.192**	**-1,1%**	**-2,7%**	**190.669**	**191.432**	**191.432**	**190.669**	**193.786**	**194.855**
BA2330	**B.7.A) Costo del personale dirigente ruolo tecnico**	**5.119**	**5.104**	**4.684**	**-0,3%**	**-8,2%**	**4.649**	**4.668**	**4.668**	**4.649**	**4.668**	**4.668**
BA2340	B.7.A.1) Costo del personale dirigente ruolo tecnico - tempo indeterminato	5.016	5.028	4.654	0,2%	-7,4%	4.639	4.658	4.658	4.639	4.658	4.658
BA2350	B.7.A.2) Costo del personale dirigente ruolo tecnico - tempo determinato	103	76	30	-26,2%	-60,5%	10	10	10	10	10	10
BA2360	B.7.A.3) Costo del personale dirigente ruolo tecnico - altro	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
BA2370	**B.7.B) Costo del personale comparto ruolo tecnico**	**197.644**	**195.493**	**190.508**	**-1,1%**	**-2,5%**	**186.020**	**186.764**	**186.764**	**186.020**	**189.118**	**190.187**
BA2380	B.7.B.1) Costo del personale comparto ruolo tecnico - tempo indeterminato	193.410	190.576	183.976	-1,5%	-3,5%	178.523	179.237	179.237	178.523	181.591	182.660
BA2390	B.7.B.2) Costo del personale comparto ruolo tecnico - tempo determinato	4.232	4.917	6.532	16,2%	32,8%	7.497	7.527	7.527	7.497	7.527	7.527
BA2400	B.7.B.3) Costo del personale comparto ruolo tecnico - altro	2	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
BA2410	**B.8) Personale del ruolo amministrativo**	**141.007**	**137.503**	**134.236**	**-2,5%**	**-2,4%**	**131.972**	**132.500**	**132.500**	**131.972**	**133.365**	**134.716**
BA2420	**B.8.A) Costo del personale dirigente ruolo amministrativo**	**15.333**	**13.744**	**13.200**	**-10,4%**	**-4,0%**	**12.772**	**12.823**	**12.823**	**12.772**	**13.306**	**13.770**
BA2430	B.8.A.1) Costo del personale dirigente ruolo amm.vo - tempo indeterminato	13.846	12.665	12.396	-8,5%	-2,1%	12.078	12.126	12.126	12.078	12.609	13.073
BA2440	B.8.A.2) Costo del personale dirigente ruolo amm.vo - tempo determinato	1.487	1.079	804	-27,4%	-25,5%	694	697	697	694	697	697
BA2450	B.8.A.3) Costo del personale dirigente ruolo amm.vo - altro	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
BA2460	**B.8.B) Costo del personale comparto ruolo amministrativo**	**125.674**	**123.759**	**121.036**	**-1,5%**	**-2,2%**	**119.200**	**119.677**	**119.677**	**119.200**	**120.059**	**120.946**
BA2470	B.8.B.1) Costo del personale comparto ruolo amm.vo - tempo indeterminato	125.362	123.494	120.652	-1,5%	-2,3%	118.455	118.929	118.929	118.455	119.311	120.198
BA2480	B.8.B.2) Costo del personale comparto ruolo amm.vo - tempo determinato	312	265	384	-15,1%	44,9%	745	748	748	745	748	748
BA2490	B.8.B.3) Costo del personale comparto ruolo amm.vo - altro	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
BA2500	**B.9) Oneri diversi di gestione**	**27.418**	**29.915**	**28.528**	**9,1%**	**-4,6%**	**27.951**	**27.951**	**27.951**	**27.951**	**27.951**	**27.951**
BA2510	**B.9.A) Imposte e tasse (escluso IRAP e IRES)**	**7.567**	**9.017**	**9.151**	**19,2%**	**1,5%**	9.514	9.514	9.514	9.514	9.514	9.514
BA2520	**B.9.B) Perdite su crediti**	**16**	**-**	**26**	**0,0%**	**0,0%**	2	2	2	2	2	2
BA2530	**B.9.C) Altri oneri diversi di gestione**	**19.835**	**20.898**	**19.351**	**5,4%**	**-7,4%**	**18.435**	**18.435**	**18.435**	**18.435**	**18.435**	**18.435**
BA2540	B.9.C.1) Inden., rimborso spese e oneri sociali per Organi Direttivi e Collegio Sind.	13.382	14.155	13.406	5,8%	-5,3%	12.643	12.643	12.643	12.643	12.643	12.643
BA2550	B.9.C.2) Altri oneri diversi di gestione	6.453	6.743	5.945	4,5%	-11,8%	5.792	5.792	5.792	5.792	5.792	5.792
BA2560	Totale Ammortamenti	*100.255*	*129.598*	*110.648*	*29,3%*	*-14,6%*	*109.839*	*109.839*	*109.839*	*109.839*	*109.839*	*109.839*
BA2570	**B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali**	**1.852**	**2.545**	**2.258**	**37,4%**	**-11,3%**	2.318	2.318	2.318	2.318	2.318	2.318
BA2580	**B.11) Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali**	**98.403**	**127.053**	**108.390**	**29,1%**	**-14,7%**	**107.521**	**107.521**	**107.521**	**107.521**	**107.521**	**107.521**
BA2590	**B.12) Ammortamento dei fabbricati**	**36.829**	**50.572**	**42.699**	**37,3%**	**-15,6%**	**42.755**	**42.755**	**42.755**	**42.755**	**42.755**	**42.755**
BA2600	B.12.A) Ammortamenti fabbricati non strumentali (disponibili)	43	7.523	42	17395,3%	-99,4%	43	43	43	43	43	43
BA2610	B.12.B) Ammortamenti fabbricati strumentali (indisponibili)	36.786	43.049	42.657	17,0%	-0,9%	42.712	42.712	42.712	42.712	42.712	42.712
BA2620	**B.13) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali**	**61.574**	**76.481**	**65.691**	**24,2%**	**-14,1%**	64.766	64.766	64.766	64.766	64.766	64.766
BA2630	**B.14) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti**	**8.015**	**8.073**	**9.111**	**0,7%**	**12,9%**	**2.541**	**2.541**	**2.541**	**2.541**	**2.541**	**2.541**
BA2640	B.14.A) Svalutazione delle immobilizzazioni immateriali e materiali	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
BA2650	B.14.B) Svalutazione dei crediti	**8.015**	8.073	9.111	0,7%	12,9%	2.541	2.541	2.541	2.541	2.541	2.541
BA2660	**B.15) Variazione delle rimanenze**	**4.147**	**(8.201)**	**(10.449)**	**-297,8%**	**27,4%**	**2.596**	**2.596**	**2.596**	**2.596**	**2.596**	**2.596**
BA2670	B.15.A) Variazione rimanenze sanitarie	**3.566**	**(8.275)**	**(11.004)**	**-332,1%**	**33,0%**	2.366	2.366	2.366	2.366	2.366	2.366
BA2680	B.15.B) Variazione rimanenze non sanitarie	**581**	**74**	**555**	**-87,3%**	**650,0%**	230	230	230	230	230	230
BA2690	**B.16) Accant. dell'esercizio**	**99.114**	**117.822**	**130.543**	**18,9%**	**10,8%**	**116.508**	**106.606**	**110.606**	**116.508**	**104.606**	**104.606**
BA2700	**B.16.A) Accant. per rischi**	**60.015**	**66.319**	**60.953**	**10,5%**	**-8,1%**	**55.895**	**55.895**	**55.895**	**55.895**	**55.895**	**55.895**
BA2710	B.16.A.1) Accant. per cause civili ed oneri processuali	42.629	30.418	33.012	-28,6%	8,5%	29.516	29.516	29.516	29.516	29.516	29.516
BA2720	B.16.A.2) Accant. per contenzioso personale dipendente	9.199	15.009	10.080	63,2%	-32,8%	10.899	10.899	10.899	10.899	10.899	10.899
BA2730	B.16.A.3) Accant. per rischi connessi all'acquisto di prestazioni sanit. da privato	2.940	1.701	5.392	-42,1%	217,0%	3.230	3.230	3.230	3.230	3.230	3.230
BA2740	B.16.A.4) Accant. per copertura diretta dei rischi (autoassicurazione)	5.247	14.885	12.346	183,7%	-17,1%	12.020	12.020	12.020	12.020	12.020	12.020
BA2750	B.16.A.5) Altri Accant. per rischi	-	4.306	123	0,0%	-97,1%	230	230	230	230	230	230
BA2760	**B.16.B) Accant. per premio di operosità (SUMAI)**	**3.254**	**2.740**	**3.899**	**-15,8%**	**42,3%**	3.560	3.560	3.560	3.560	3.560	3.560
BA2770	**B.16.C) Accant. per quote inutilizzate di contributi vincolati**	**7.814**	**8.152**	**24.720**	**4,3%**	**203,2%**	**18.451**	**18.451**	**18.451**	**18.451**	**18.451**	**18.451**
BA2780	B.16.C.1) Accant. per quote inutilizzate contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. v	6.304	4.832	13.052	-23,4%	170,1%	9.946	9.946	9.946	9.946	9.946	9.946
BA2790	B.16.C.2) Accant. per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici (extra fondo) vincol	1.266	1.122	6.805	-11,4%	506,5%	5.528	5.528	5.528	5.528	5.528	5.528
BA2800	B.16.C.3) Accant. per quote inutilizzate contributi da soggetti pubblici per ricerca	-	801	2.615	0,0%	226,5%	1.091	1.091	1.091	1.091	1.091	1.091
BA2810	B.16.C.4) Accant. per quote inutilizzate contributi vincolati da privati	244	1.397	2.248	472,5%	60,9%	1.886	1.886	1.886	1.886	1.886	1.886
BA2820	**B.16.D) Altri Accant.**	**28.031**	**40.611**	**40.971**	**44,9%**	**0,9%**	**38.602**	**28.700**	**32.700**	**38.602**	**26.700**	**26.700**
BA2830	B.16.D.1) Accant. per interessi di mora	9.182	9.981	10.231	8,7%	2,5%	6.490	6.490	6.490	6.490	4.490	490
BA2840	B.16.D.2) Acc. Rinnovi convenzioni MMG/PLS/MCA	3.438	4.360	3.436	26,8%	-21,2%	5.793	5.793	5.793	5.793	5.793	5.793

		Bilanci di esercizio			Var %	Var %	CE TENDENZIALI			CE PROGRAMMATICI		
		2013	2014	2015	2014/2013	2015/2014	2016	2017	2018	2016	2017	2018
BA2850	B.16.D.3) Acc. Rinnovi convenzioni Medici Sumai	637	623	624	-2,2%	0,2%	628	628	628	628	628	628
BA2860	B.16.D.4) Acc. Rinnovi contratt.: dirigenza medica	-	-	-	0,0%	0,0%	2.942	-	-	2.942	-	-
BA2870	B.16.D.5) Acc. Rinnovi contratt.: dirigenza non medica	-	-	-	0,0%	0,0%	391	-	-	391	-	-
BA2880	B.16.D.6) Acc. Rinnovi contratt.: comparto	-	-	-	0,0%	0,0%	4.569	-	-	4.569	-	-
BA2890	B.16.D.7) Altri Accant.	14.774	25.647	26.680	73,6%	4,0%	17.789	15.789	19.789	17.789	15.789	19.789
BZ9999	**Totale costi della produzione (B)**	7.251.000	7.411.560	7.577.191	2,2%	2,2%	7.527.585	7.584.738	7.647.428	7.527.585	7.574.553	7.637.502
-	**C) Proventi e oneri finanziari**	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	-	-	-	-	-	-
CA0010	**C.1) Interessi attivi**	1.010	81	670	-92,0%	727,2%	2	2	2	2	2	2
CA0020	C.1.A) Interessi attivi su c/tesoreria unica	992	6	4	-99,4%	-33,3%	1	1	1	1	1	1
CA0030	C.1.B) Interessi attivi su c/c postali e bancari	18	15	5	-16,7%	-66,7%	1	1	1	1	1	1
CA0040	C.1.C) Altri interessi attivi	-	60	661	0,0%	1001,7%	-	-	-	-	-	-
CA0050	**C.2) Altri proventi**	-	552	72	0,0%	-87,0%	885	885	885	885	885	885
CA0060	C.2.A) Proventi da partecipazioni	-	7	46	0,0%	557,1%	885	885	885	885	885	885
CA0070	C.2.B) Proventi finanziari da crediti iscritti nelle immobilizzazioni	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
CA0080	C.2.C) Proventi finanziari da titoli iscritti nelle immobilizzazioni	-	484	20	0,0%	-95,9%	-	-	-	-	-	-
CA0090	C.2.D) Altri proventi finanziari diversi dai precedenti	-	61	6	0,0%	-90,2%	-	-	-	-	-	-
CA0100	C.2.E) Utili su cambi	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
CA0110	**C.3) Interessi passivi**	12.662	7.994	4.831	-36,9%	-39,6%	4.091	4.091	4.091	4.091	2.091	1.091
CA0120	C.3.A) Interessi passivi su anticipazioni di cassa	473	-	5	0,0%	0,0%	3	3	3	3	3	3
CA0130	C.3.B) Interessi passivi su mutui	-	-	-	0,0%	0,0%	2	2	2	2	2	2
CA0140	C.3.C) Altri interessi passivi	12.189	7.994	4.826	-34,4%	-39,6%	4.086	4.086	4.086	4.086	2.086	1.086
CA0150	**C.4) Altri oneri**	14	13	22	-7,1%	69,2%	41	41	41	41	41	41
CA0160	C.4.A) Altri oneri finanziari	14	13	22	-7,1%	69,2%	41	41	41	41	41	41
CA0170	C.4.B) Perdite su cambi	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
CZ9999	**Totale proventi e oneri finanziari (C)**	(11.666)	(7.374)	(4.111)	-36,8%	-44,3%	(3.245)	(3.245)	(3.245)	(3.245)	(1.245)	(245)
-	**D) Rettifiche di valore di attività finanziarie**											
DA0010	**D.1) Rivalutazioni**	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
DA0020	**D.2) Svalutazioni**	108	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
DZ9999	**Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)**	(108)	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
-	**E) Proventi e oneri straordinari**											
EA0010	**E.1) Proventi straordinari**	76.429	74.344	56.928	-2,7%	-23,4%	35.341	35.341	35.341	35.341	32.341	29.341
EA0020	**E.1.A) Plusvalenze**	1	-	56	0,0%	0,0%	38	38	38	38	38	38
EA0030	**E.1.B) Altri proventi straordinari**	76.428	74.344	56.872	-2,7%	-23,5%	35.303	35.303	35.303	35.303	32.303	29.303
EA0040	**E.1.B.1) Proventi da donazioni e liberalità diverse**	341	432	116	26,7%	-73,1%	1.828	1.828	1.828	1.828	1.828	1.828
EA0050	**E.1.B.2) Sopravvenienze attive**	7.625	33.581	15.038	340,4%	-55,2%	18.329	18.329	18.329	18.329	18.329	18.329
EA0060	E.1.B.2.1) Sopravvenienze attive v/Az. sanit. pubbl. della Regione	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
EA0070	E.1.B.2.2) Sopravvenienze attive v/terzi	7.625	33.581	15.038	340,4%	-55,2%	18.329	18.329	18.329	18.329	18.329	18.329
EA0080	E.1.B.2.2.A) Sopravvenienze attive v/terzi relative alla mobilità extraregionale	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
EA0090	E.1.B.2.2.B) Sopravvenienze attive v/terzi relative al personale	1.106	3.723	1.136	236,6%	-69,5%	257	257	257	257	257	257
EA0100	E.1.B.2.2.C) Sopravvenienze attive v/terzi relative alle convenzioni con medici di base	109	10	13	-90,8%	30,0%	163	163	163	163	163	163
EA0110	E.1.B.2.2.D) Sopravvenienze attive v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica	-	15	18	0,0%	20,0%	26	26	26	26	26	26
EA0120	E.1.B.2.2.E) Soprav. attive v/terzi relative all'acquisto prestaz. sanitarie da op. accreditati	-	3.992	279	0,0%	-93,0%	1.363	1.363	1.363	1.363	1.363	1.363
EA0130	E.1.B.2.2.F) Sopravvenienze attive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi	-	10.029	6.081	0,0%	-39,4%	11.944	11.944	11.944	11.944	11.944	11.944
EA0140	E.1.B.2.2.G) Altre sopravvenienze attive v/terzi	6.410	15.812	7.511	146,7%	-52,5%	4.576	4.576	4.576	4.576	4.576	4.576
EA0150	**E.1.B.3) Insussistenze attive**	68.034	36.498	35.038	-46,4%	-4,0%	14.912	14.912	14.912	14.912	11.912	8.912
EA0160	E.1.B.3.1) Insussistenze attive v/Az. sanit. pubbl. della Regione	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
EA0170	E.1.B.3.2) Insussistenze attive v/terzi	68.034	36.498	35.038	-46,4%	-4,0%	14.912	14.912	14.912	14.912	11.912	8.912
EA0180	E.1.B.3.2.A) Insussistenze attive v/terzi relative alla mobilità extraregionale	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
EA0190	E.1.B.3.2.B) Insussistenze attive v/terzi relative al personale	9.164	3.795	5	-58,6%	-99,9%	-	-	-	-	-	-
EA0200	E.1.B.3.2.C) Insussistenze attive v/terzi relative alle convenzioni con medici di base	762	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
EA0210	E.1.B.3.2.D) Insussistenze attive v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
EA0220	E.1.B.3.2.E) Insuss. attive v/terzi relative all'acquisto prestaz. sanitarie da op. accreditati	16.413	7.552	3.904	-54,0%	-48,3%	564	564	564	564	564	564
EA0230	E.1.B.3.2.F) Insussistenze attive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi	20.519	20.962	27.549	2,2%	31,4%	14.211	14.211	14.211	14.211	11.211	8.211
EA0240	E.1.B.3.2.G) Altre insussistenze attive v/terzi	21.176	4.189	3.580	-80,2%	-14,5%	137	137	137	137	137	137
EA0250	**E.1.B.4) Altri proventi straordinari**	428	3.833	6.680	795,6%	74,3%	234	234	234	234	234	234
EA0260	**E.2) Oneri straordinari**	75.829	86.436	49.419	14,0%	-42,8%	49.122	49.122	49.122	49.122	44.122	39.122

		Bilanci di esercizio			Var %	Var %	CE TENDENZIALI			CE PROGRAMMATICI		
		2013	2014	2015	2014/2013	2015/2014	2016	2017	2018	2016	2017	2018
EA0270	E.2.A) Minusvalenze	14	5	24	-64,3%	380,0%	13	13	13	13	13	13
EA0280	E.2.B) Altri oneri straordinari	75.815	86.431	49.395	14,0%	-42,9%	49.109	49.109	49.109	49.109	44.109	39.109
EA0290	E.2.B.1) Oneri tributari da esercizi precedenti	631	2.227	1.510	252,9%	-32,2%	708	708	708	708	708	708
EA0300	E.2.B.2) Oneri da cause civili ed oneri processuali	647	6.800	322	951,0%	-95,3%	217	217	217	217	217	217
EA0310	E.2.B.3) Sopravvenienze passive	66.830	70.380	34.479	5,3%	-51,0%	46.803	46.803	46.803	46.803	41.803	36.803
EA0320	E.2.B.3.1) Sopravvenienze passive v/Az. sanit. pubbl. della Regione	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
EA0330	E.2.B.3.1.A) Sopravvenienze passive v/Az. sanit. pubbl. relative alla mobilità intraregionale	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
EA0340	E.2.B.3.1.B) Altre sopravvenienze passive v/Az. sanit. pubbl. della Regione	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
EA0350	E.2.B.3.2) Sopravvenienze passive v/terzi	66.830	70.380	34.479	5,3%	-51,0%	46.803	46.803	46.803	46.803	41.803	36.803
EA0360	E.2.B.3.2.A) Soprav. passive v/terzi relative alla mobilità extraregionale	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
EA0370	E.2.B.3.2.B) Sopravvenienze passive v/terzi relative al personale	5.234	8.874	3.997	69,5%	-55,0%	3.479	3.479	3.479	3.479	3.479	3.479
EA0380	E.2.B.3.2.B.1) Soprav. passive v/terzi relative al personale - dirigenza medica	1.809	2.318	1.571	28,1%	-32,2%	1.269	1.269	1.269	1.269	1.269	1.269
EA0390	E.2.B.3.2.B.2) Soprav. passive v/terzi relative al personale - dirigenza non medica	118	708	1.083	500,0%	53,0%	198	198	198	198	198	198
EA0400	E.2.B.3.2.B.3) Soprav. passive v/terzi relative al personale - comparto	3.307	5.848	1.343	76,8%	-77,0%	2.012	2.012	2.012	2.012	2.012	2.012
EA0410	E.2.B.3.2.C) Soprav. passive v/terzi relative alle convenzioni con medici di base	6.576	2.727	1.108	-58,5%	-59,4%	1.824	1.824	1.824	1.824	1.824	1.824
EA0420	E.2.B.3.2.D) Soprav. passive v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica	4	513	117	12725,0%	-77,2%	145	145	145	145	145	145
EA0430	E.2.B.3.2.E) Soprav. Pas. v/terzi relative all'acquisto prestaz. Sanit. da op. accred.	11.752	7.196	1.170	-38,8%	-83,7%	34	34	34	34	34	34
EA0440	E.2.B.3.2.F) Sopravvenienze passive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi	33.453	45.738	22.573	36,7%	-50,6%	38.663	38.663	38.663	38.663	33.663	28.663
EA0450	E.2.B.3.2.G) Altre sopravvenienze passive v/terzi	9.811	5.332	5.514	-45,7%	3,4%	2.658	2.658	2.658	2.658	2.658	2.658
EA0460	E.2.B.4) Insussistenze passive	7.567	6.882	13.082	-9,1%	90,1%	937	937	937	937	937	937
EA0470	E.2.B.4.1) Insussistenze passive v/Az. sanit. pubbl. della Regione	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
EA0480	E.2.B.4.2) Insussistenze passive v/terzi	7.567	6.882	13.082	-9,1%	90,1%	937	937	937	937	937	937
EA0490	E.2.B.4.2.A) Insussistenze passive v/terzi relative alla mobilità extraregionale	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
EA0500	E.2.B.4.2.B) Insussistenze passive v/terzi relative al personale	1.804	53	-	-97,1%	0,0%	-	-	-	-	-	-
EA0510	E.2.B.4.2.C) Insussistenze passive v/terzi relative alle convenzioni con medici di base	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
EA0520	E.2.B.4.2.D) Insussistenze passive v/terzi relative alle convenzioni per la specialistica	-	-	-	0,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-
EA0530	E.2.B.4.2.E) Insuss. passive v/terzi relative all'acquisto prestaz. sanitarie da op. accreditati	316	4.004	4.990	1167,1%	24,6%	-	-	-	-	-	-
EA0540	E.2.B.4.2.F) Insussistenze passive v/terzi relative all'acquisto di beni e servizi	4.023	438	3.556	-89,1%	711,9%	56	56	56	56	56	56
EA0550	E.2.B.4.2.G) Altre insussistenze passive v/terzi	1.424	2.387	4.536	67,6%	90,0%	881	881	881	881	881	881
EA0560	E.2.B.5) Altri oneri straordinari	140	142	2	1,4%	-98,6%	444	444	444	444	444	444
EZ9999	Totale proventi e oneri straordinari (E)	600	(12.092)	7.509	-2115,3%	-162,1%	(13.781)	(13.781)	(13.781)	(13.781)	(11.781)	(9.781)
XA0000	Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	150.781	159.221	151.128	5,6%	-5,1%	104.181	131.165	129.150	104.181	145.350	146.076
	Imposte e tasse											
YA0010	Y.1) IRAP	143.703	142.751	142.016	-0,7%	-0,5%	140.623	141.174	141.174	140.623	143.297	144.129
YA0020	Y.1.A) IRAP relativa a personale dipendente	131.810	130.824	130.021	-0,7%	-0,6%	129.023	129.574	129.574	129.023	131.697	132.529
YA0030	Y.1.B) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	10.223	10.236	10.316	0,1%	0,8%	10.070	10.070	10.070	10.070	10.070	10.070
YA0040	Y.1.C) IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)	1.665	1.595	1.560	-4,2%	-2,2%	1.522	1.522	1.522	1.522	1.522	1.522
YA0050	Y.1.D) IRAP relativa ad attività commerciale	5	96	119	1820,0%	24,0%	8	8	8	8	8	8
YA0060	Y.2) IRES	1.774	1.793	1.824	1,1%	1,7%	1.899	1.899	1.899	1.899	1.899	1.899
YA0070	Y.2.A) IRES su attività istituzionale	1.329	1.468	1.356	10,5%	-7,6%	1.429	1.429	1.429	1.429	1.429	1.429
YA0080	Y.2.B) IRES su attività commerciale	445	325	468	-27,0%	44,0%	470	470	470	470	470	470
YA0090	Y.3) Accantonamento a F.do Imposte (Accertamenti, condoni, ecc.)	-	-	10	0,0%	0,0%	10	10	10	10	10	10
YZ9999	Totale imposte e tasse	145.477	144.544	143.850	-0,6%	-0,5%	142.532	143.083	143.083	142.532	145.206	146.038
ZZ9999	RISULTATO DI ESERCIZIO	5.304	14.677	7.278	176,7%	-50,4%	(38.351)	(11.918)	(13.933)	(38.351)	144	38

SEZIONE AMMINISTRAZIONE FINANZA SANITARIA REGIONALE PUGLIA - FINANZA E CONTROLLO

244

MINISTERO DELLA SALUTE-SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO

999 5 CONSOLIDATO REGIONALE

MODELLO LA 2015

	Macrovoci economiche	Consumi e manutenzioni di esercizio		Costi per acquisti di servizi			Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze / Insussistenze	Altri costi	Totale
		sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi sanitari per erogazione di prestazioni	servizi non sanitari								
	Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro													
10100	Igiene e sanità pubblica	8.993	448	15	19.813	12.995	43.226	58	1.963	10.213	2.473	1.041	10.573	111.811
10200	Igiene degli alimenti e della nutrizio	18	119	4	282	1.929	11.823	14	136	1.178	459	179	1.000	17.141
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambi	456	115	3	154	2.072	10.988	15	392	1.057	476	188	1.980	17.896
10400	Sanità pubblica veterinaria	627	342	1.342	1.856	8.793	45.579	48	3.037	3.200	1.983	883	2.003	69.693
10500	Attività di prevenzione rivolte alle p	29.421	123	88	24.420	6.725	15.991	38	177	1.302	1.496	367	11.574	91.722
10600	Servizio medico legale	23	91	1	31	683	2.190	11	102	2.063	141	72	8.195	13.603
19999	**Totale**	**39.538**	**1.238**	**1.453**	**46.556**	**33.197**	**129.797**	**184**	**5.807**	**19.013**	**7.028**	**2.730**	**35.325**	**321.866**
	Assistenza distrettuale													
20100	Guardia medica	287	47	60.641	1	691	61	0	47	0	69	33	11.090	72.967
20200	Medicina generale	180	56	415.725	756	5.904	2.024	1	261	2.718	496	204	645	428.970
20201	-- Medicina generica	163	54	336.825	54	5.035	1.978	1	254	2.709	435	175	464	348.167
20202	--Pediatria di libera scelta	17	2	78.900	702	869	46	0	7	9	61	29	161	80.803
20300	Emergenza sanitaria territoriale	3.474	550	93.803	18.216	9.671	45.017	77	9.654	923	2.244	663	3.587	187.879
20400	Assistenza farmaceutica	595.437	258	712.932	58	21.783	2.519	62	482	1.690	878	488	7.392	1.343.979
20401	--Ass. farmaceutica erogata trar	4	1	659.629	2	9.591	635	0	195	1.010	478	233	709	672.487
20402	--Altre forme di erogazione dell'	595.433	257	53.303	56	12.192	1.884	62	287	680	400	255	6.683	671.492
20500	Assistenza Integrativa	7.140	7	50.967	184	704	425	0	0	42	71	32	490	60.062
20600	Assistenza specialistica	150.780	4.030	332.694	12.124	102.806	355.905	909	28.885	29.069	19.948	4.415	36.430	1.077.995
20601	--Attività clinica	71.577	2.310	139.874	7.444	60.885	227.990	588	19.680	17.749	12.141	2.754	25.661	588.653
20602	--Attività di laboratorio	60.769	1.032	141.691	2.272	21.228	67.863	174	5.363	7.447	3.950	922	4.878	317.589
20603	--Attività di diagnostica strumen	18.434	688	51.129	2.408	20.693	60.052	147	3.842	3.873	3.857	739	5.891	171.753
20700	Assistenza Protesica	50.467	75	70.162	212	12.772	1.374	1	255	2.162	202	1.538	173	139.393
20800	Assistenza territoriale ambulatoriale	31.695	1.747	77.281	12.633	48.931	198.788	437	42.434	19.307	10.039	3.281	11.360	457.953
20801	--assistenza programmata a do	10.211	289	19.739	3.784	3.934	17.019	20	1.408	1.384	843	534	671	59.836
20802	--assistenza alle donne, famigli	1.073	260	683	888	13.789	40.663	31	8.004	5.881	2.263	751	2.757	76.843
20803	--Assistenza psichiatrica	8.630	487	10.701	740	12.547	55.277	56	8.060	3.335	2.577	865	3.078	106.353
20804	--Assistenza riabilitativa ai disat	988	460	45.378	5.574	12.671	59.503	209	19.323	6.273	3.176	814	3.631	158.000
20805	--Assistenza ai tossicodipenden	4.479	247	785	267	5.779	25.990	121	5.639	2.434	1.162	311	1.178	48.392
20806	--Assistenza agli anziani	833	4	38	53	139	436	0	0	0	18	6	28	1.555
20807	--Assistenza ai malati terminali	842	0	29	1.178	72	0	0	0	0	0	0	26	2.147
20808	--Assistenza a persone affette d	4.639	0	28	149	0	0	0	0	0	0	0	11	4.827
20900	Assistenza territoriale semiresidenz	171	19	71.999	845	1.584	2.272	10	1.637	26	225	95	441	79.324
20901	--Assistenza psichiatrica	144	8	13.901	15	220	1.027	3	168	13	48	11	49	15.597
20902	--Assistenza riabilitativa ai disat	18	7	55.428	131	961	1.030	6	1.451	13	158	75	299	59.577
20903	--Assistenza ai tossicodipenden	8	3	1.385	3	187	215	1	28	0	19	9	48	1.906
20904	--Assistenza agli anziani	1	1	1.285	696	72	0	0	0	0	0	0	15	2.070
20905	--Assistenza a persone affette d	0	0	0	0	72	0	0	0	0	0	0	15	87
20906	--Assistenza ai malati terminali	0	0	0	0	72	0	0	0	0	0	0	15	87
21000	Assistenza territoriale residenziale	2.205	133	288.087	437	5.948	11.900	39	3.108	671	790	281	3.469	317.068
21001	--Assistenza psichiatrica	267	85	96.813	19	2.003	6.647	14	1.001	287	296	95	2.912	110.439
21002	--Assistenza riabilitativa ai disat	17	1	85.597	193	2.507	634	12	872	23	197	95	337	90.485
21003	--Assistenza ai tossicodipenden	10	6	12.975	3	196	124	1	5	0	20	9	40	13.389
21004	--Assistenza agli anziani	1.040	9	83.470	184	569	1.519	8	800	286	125	46	115	88.171
21005	--Assistenza a persone affette d	0	0	0	0	71	0	0	0	0	0	0	15	86
21006	--Assistenza ai malati terminali	871	32	9.232	38	602	2.976	4	430	75	152	36	70	14.518
21100	Assistenza Idrotermale	0	0	11.040	30	110	0	1	0	0	9	11	19	11.220
29999	**Totale**	**841.836**	**6.922**	**2.185.331**	**45.496**	**210.904**	**620.285**	**1.537**	**86.763**	**56.608**	**34.971**	**11.041**	**75.136**	**4.176.830**
	Assistenza ospedaliera													
30100	Attività di pronto soccorso	10.183	1.736	42.623	1.348	20.527	90.885	145	21.696	2.504	5.283	927	4.932	202.789
30200	Asa Ma[illegible]a per acuti	409.601	12.548	906.177	24.759	344.837	874.974	3.687	88.546	64.827	60.461	22.768	64.626	2.877.831
30201	[illegible] Day Hospital e Day Surgery	43.506	1.418	104.725	3.518	35.572	92.918	298	13.189	5.942	6.201	1.670	8.481	317.438
30202	in regime ordinario	366.095	11.130	801.452	21.241	309.265	782.056	3.389	75.357	58.885	54.260	21.118	56.145	2.560.393
30300	Interventi ospedalieri a domicilio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
30400	Assistenza ospedaliera per lungodegenti	1.342	99	2.422	63	2.349	7.902	15	1.915	310	448	110	585	17.560
30500	Assistenza ospedaliera per riabilitazione	1.505	112	36.484	549	2.867	9.276	26	1.085	432	691	165	949	54.141
30600	Emocomponenti e Servizi trasfusior	25.037	444	7.068	1.116	5.721	22.054	31	1.942	615	1.290	175	1.007	66.500
30700	Trapianto organi e tessuti	4.854	111	8.961	1.545	1.557	12.122	11	1.518	270	476	75	268	31.768
39999	Totale	452.522	15.050	1.003.735	29.380	377.858	1.017.213	3.915	116.702	68.958	68.649	24.242	72.367	3.250.591
49999	TOTALE	1.333.896	23.210	3.190.519	121.432	621.959	1.767.295	5.636	209.272	144.579	110.648	38.013	182.828	7.749.287
49999	TOTALE	1.333.896	23.210	3.190.519	121.432	621.959	1.767.295	5.636	209.272	144.579	110.648	38.013	182.828	7.749.287
		B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B

572

999 B CONSOLIDATO REGIONALE

MODELLO LA 2016 Tendenziale

	Macrovoci economiche	Consumi e manutenzioni di esercizio		Costi per acquisti di servizi			Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze / Insussistenze	Altri costi	Totale
		sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi sanitari per erogazione di prestazioni	servizi non sanitari								
	Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro													
10100	Igiene e sanità pubblica	8.993	448	15	19.813	12.995	43.226	58	1.963	10.213	2.473	1.041	7.573	**108.811**
10200	Igiene degli alimenti e della nutrizio	18	119	4	282	1.929	11.823	14	136	1.178	459	179	1.000	**17.141**
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambi	456	115	3	154	2.072	10.988	15	392	1.057	476	188	1.980	**17.896**
10400	Sanità pubblica veterinaria	627	342	1.342	1.856	8.793	45.579	48	3.037	3.200	1.983	883	2.003	**69.693**
10500	Attività di prevenzione rivolte alle p	29.421	123	88	34.420	6.725	15.991	38	177	1.302	1.496	367	8.574	**98.722**
10600	Servizio medico legale	23	91	1	31	683	2.190	11	102	2.063	141	72	8.195	**13.603**
19999	Totale	**39.538**	**1.238**	**1.453**	**56.556**	**33.197**	**129.797**	**184**	**5.807**	**19.013**	**7.028**	**2.730**	**29.325**	**325.866**
	Assistenza distrettuale													
20100	Guardia medica	287	47	60.641	1	691	61	0	47	0	69	33	9.090	**70.967**
20200	Medicina generale	180	56	415.725	756	5.904	2.024	1	261	2.718	496	204	645	**428.970**
20201	-- Medicina generica	163	54	336.825	54	5.035	1.978	1	254	2.709	435	175	484	**348.167**
20202	--Pediatria di libera scelta	17	2	78.900	702	869	46	0	7	9	61	29	161	**80.803**
20300	Emergenza sanitaria territoriale	3.474	550	93.803	18.216	9.671	45.017	77	9.654	923	2.244	663	3.587	**187.879**
20400	Assistenza farmaceutica	576.925	258	706.614	58	21.783	2.519	62	482	1.690	878	488	4.392	**1.316.149**
20401	--Ass. farmaceutica erogata trar	4	1	651.154	2	9.591	635	0	195	1.010	478	233	709	**664.012**
20402	--Altre forme di erogazione dell'	576.921	257	55.460	56	12.192	1.884	62	287	680	400	255	3.683	**652.137**
20500	Assistenza Integrativa	7.140	7	50.967	184	704	425	0	0	42	71	32	490	**60.062**
20600	Assistenza specialistica	150.780	4.030	332.694	12.124	102.806	355.905	909	28.885	29.069	19.948	4.415	34.826	**1.076.391**
20601	--Attività clinica	71.577	2.310	139.874	7.444	60.885	227.990	588	19.680	17.749	12.141	2.754	24.057	**587.049**
20602	--Attività di laboratorio	60.769	1.032	141.691	2.272	21.228	67.863	174	5.363	7.447	3.950	922	4.878	**317.589**
20603	--Attività di diagnostica strumen	18.434	688	51.129	2.408	20.693	60.052	147	3.842	3.873	3.857	739	5.891	**171.753**
20700	Assistenza Protesica	50.467	75	70.162	212	12.772	1.374	1	255	2.162	202	1.538	173	**139.393**
20800	Assistenza territoriale ambulatoriale	31.695	1.747	77.281	12.633	48.931	198.788	437	42.434	19.307	10.039	3.281	11.380	**457.953**
20801	--assistenza programmata e do	10.211	289	19.739	3.784	3.934	17.019	20	1.408	1.384	843	534	671	**59.836**
20802	--assistenza alle donne, famiglia	1.073	260	583	888	13.789	40.563	31	8.004	5.881	2.263	761	2.757	**76.843**
20803	--Assistenza psichiatrica	8.630	487	10.701	740	12.547	55.277	56	8.060	3.335	2.577	865	3.078	**106.353**
20804	--Assistenza riabilitativa al disat	988	460	45.378	5.574	12.671	59.503	209	19.323	6.273	3.176	814	3.631	**158.000**
20805	--Assistenza ai tossicodipenden	4.479	247	785	267	5.779	25.990	121	5.639	2.434	1.162	311	1.178	**48.392**
20806	--Assistenza agli anziani	833	4	38	53	139	436	0	0	0	18	6	28	**1.555**
20807	--Assistenza ai malati terminali	842	0	29	1.178	72	0	0	0	0	0	0	26	**2.147**
20808	--Assistenza a persone affette d	4.639	0	28	149	0	0	0	0	0	0	0	11	**4.827**
20900	Assistenza territoriale semiresidenz	171	19	71.999	845	1.584	2.272	10	1.637	26	225	95	441	**79.324**
20901	--Assistenza psichiatrica	144	8	13.901	15	220	1.027	3	158	13	48	11	49	**15.597**
20902	--Assistenza riabilitativa al disat	18	7	55.428	131	961	1.030	6	1.451	13	158	75	299	**59.577**
20903	--Assistenza ai tossicodipenden	8	3	1.385	3	187	215	1	28	0	19	9	48	**1.906**
20904	--Assistenza agli anziani	1	1	1.285	696	72	0	0	0	0	0	0	15	**2.070**
20905	--Assistenza a persone affette d	0	0	0	0	72	0	0	0	0	0	0	15	**87**
20906	--Assistenza ai malati terminali	0	0	0	0	72	0	0	0	0	0	0	15	**87**
21000	Assistenza territoriale residenziale	2.205	133	282.087	437	5.948	11.900	39	3.108	671	790	281	3.489	**311.088**
21001	--Assistenza psichiatrica	267	85	93.813	19	2.003	6.647	14	1.001	287	296	95	2.912	**107.439**
21002	--Assistenza riabilitativa al disat	17	1	82.597	193	2.507	634	12	872	23	197	95	337	**87.485**
21003	--Assistenza ai tossicodipenden	10	6	12.975	3	196	124	1	5	0	20	9	40	**13.389**
21004	--Assistenza agli anziani	1.040	9	83.470	184	569	1.519	8	800	286	125	46	115	**88.171**
21005	--Assistenza a persone affette d	0	0	0	0	71	0	0	0	0	0	0	15	**86**
21006	--Assistenza ai malati terminali	871	32	9.232	38	602	2.976	4	430	75	152	36	70	**14.518**
21100	Assistenza Idrotermale	0	0	11.040	30	110	0	1	0	0	9	11	19	**11.220**
29999	Totale	**823.324**	**6.922**	**2.173.013**	**45.496**	**210.904**	**620.285**	**1.537**	**86.763**	**56.608**	**34.971**	**11.041**	**68.532**	**4.139.396**
	Assistenza ospedaliera													
30100	Attività di Pronto Soccorso	10.183	1.736	42.623	1.348	20.527	90.865	145	21.696	2.504	5.283	927	4.932	**202.789**
30200	Ass. ospedaliera per degenti	409.601	9.711	903.568	31.055	340.822	880.870	4.622	83.546	61.827	59.652	28.402	44.733	**2.858.409**
30201	--In Day Hospital e Day Surgery	43.506	1.418	104.725	3.518	35.572	92.918	298	13.169	5.942	6.201	1.670	8.481	**317.438**
30202	-- in degenza ordinaria	366.095	8.293	798.843	27.537	305.250	787.952	4.324	70.357	55.885	53.451	26.732	36.252	**2.540.971**
30300	Ass. ospedaliera di domicilio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	**2**
30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti	1.342	99	2.422	63	2.349	7.902	15	1.915	310	448	110	585	**17.560**
30500	Ass. ospedaliera di riabilitazione	1.505	112	36.484	549	2.867	9.276	26	1.085	432	691	165	949	**54.141**
30600	Emocomponenti e servizi trasfusion	25.037	444	7.068	1.116	5.721	22.054	31	1.942	615	1.290	175	1.007	**66.500**
30700	Centrale operativa 118	4.854	111	6.961	1.545	1.557	12.122	11	1.518	270	476	75	268	**31.768**
39999	Totale	**452.522**	**12.213**	**1.001.126**	**35.676**	**373.843**	**1.023.109**	**4.850**	**111.702**	**65.958**	**67.840**	**29.856**	**52.474**	**3.231.169**
49999	TOTALE	**1.315.384**	**20.373**	**3.175.592**	**137.728**	**617.944**	**1.773.191**	**6.571**	**204.272**	**141.579**	**109.839**	**43.627**	**150.331**	**7.696.431**
49999	TOTALE	**1.315.384**	**20.373**	**3.175.592**	**137.728**	**617.944**	**1.773.191**	**6.571**	**204.272**	**141.579**	**109.839**	**43.627**	**150.331**	**7.696.431**
		B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B

MINISTERO DELLA SALUTE-SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO

999 6 CONSOLIDATO REGIONALE

MODELLO LA 2017 Tendenziale

	Macrovoci economiche	Consumi e manutenzioni di esercizio		Costi per acquisti di servizi			Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze / Insussistenze	Altri costi	Totale
		sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi sanitari per erogazione di prestazioni	servizi non sanitari								
	Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro													
10100	Igiene e sanità pubblica	8.993	448	15	19.813	12.995	43.053	58	1.955	10.172	2.473	1.141	7.573	108.689
10200	Igiene degli alimenti e della nutrizio	18	119	4	282	1.929	11.776	14	135	1.173	459	179	1.000	17.088
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambi	456	115	3	154	2.072	10.944	15	390	1.053	476	188	1.980	17.846
10400	Sanità pubblica veterinaria	627	342	3.122	1.856	8.793	45.397	48	3.025	3.187	1.983	883	2.003	71.266
10500	Attività di prevenzione rivolte alle p	29.421	123	88	24.420	6.725	15.927	38	176	1.297	1.496	367	10.374	90.452
10600	Servizio medico legale	23	91	1	31	683	2.181	11	102	2.055	141	72	8.195	13.586
19999	Totale	39.538	1.238	3.233	46.556	33.197	129.278	184	5.783	18.937	7.028	2.830	31.125	318.927
	Assistenza distrettuale													
20100	Guardia medica	287	47	60.641	1	691	61	0	47	0	69	33	9.090	70.987
20200	Medicina generale	180	56	415.725	756	5.904	2.016	1	260	2.707	496	204	645	428.950
20201	-- Medicina generica	163	54	336.825	54	5.035	1.970	1	253	2.698	435	176	484	348.147
20202	--Pediatria di libera scelta	17	2	78.900	702	869	46	0	7	9	61	29	161	80.803
20300	Emergenza sanitaria territoriale	3.474	550	93.803	18.216	9.671	44.837	77	9.615	919	2.244	663	3.587	187.656
20400	Assistenza farmaceutica	631.925	258	704.457	58	21.783	2.508	62	480	1.683	878	488	4.392	1.368.972
20401	--Ass. farmaceutica erogata trar	4	1	651.154	2	9.591	632	0	194	1.006	478	233	709	664.004
20402	--Altre forme di erogazione dell'	631.921	257	53.303	56	12.192	1.876	62	286	677	400	255	3.683	704.968
20500	Assistenza Integrativa	7.140	7	50.967	184	704	423	0	0	42	71	32	490	60.060
20600	Assistenza specialistica	150.780	4.030	332.694	12.124	102.806	354.482	905	28.770	28.953	19.948	5.815	34.826	1.076.133
20601	--Attività clinica	71.577	2.310	139.874	7.444	60.885	227.078	586	19.601	17.678	12.141	3.254	24.057	586.485
20602	--Attività di laboratorio	60.769	1.032	141.691	2.272	21.228	67.592	173	5.342	7.417	3.950	1.322	4.878	317.666
20603	--Attività di diagnostica strumen	18.434	688	51.129	2.408	20.693	59.812	146	3.827	3.858	3.857	1.239	5.891	171.982
20700	Assistenza Protesica	50.467	75	70.162	212	12.772	1.369	1	254	2.153	202	1.538	173	139.378
20800	Assistenza territoriale ambulatoriale	31.695	1.747	87.281	12.633	48.931	197.993	436	42.264	19.229	10.039	3.781	11.380	467.409
20801	--assistenza programmata a do	10.211	289	21.239	3.784	3.934	16.951	20	1.402	1.378	843	734	671	61.456
20802	--assistenza alle donne, famiglia	1.073	260	583	888	13.789	40.401	31	7.972	5.857	2.263	851	2.757	76.725
20803	--Assistenza psichiatrica	8.630	467	13.701	740	12.547	55.056	56	8.028	3.322	2.577	965	3.078	109.187
20804	--Assistenza riabilitativa ai disab	988	460	50.878	5.574	12.671	59.265	208	19.246	6.248	3.176	914	3.631	163.259
20805	--Assistenza ai tossicodipenden	4.479	247	785	267	5.779	25.886	121	5.616	2.424	1.162	311	1.178	48.255
20806	--Assistenza agli anziani	833	4	38	53	139	434	0	0	0	18	6	28	1.553
20807	--Assistenza ai malati terminali	842	0	29	1.178	72	0	0	0	0	0	0	26	2.147
20808	--Assistenza a persone affette d	4.639	0	28	149	0	0	0	0	0	0	0	11	4.827
20900	Assistenza territoriale semiresidenz	171	19	71.999	845	1.584	2.263	10	1.630	26	225	95	441	79.308
20901	--Assistenza psichiatrica	144	8	13.901	15	220	1.023	3	157	13	48	11	49	15.592
20902	--Assistenza riabilitativa ai disab	18	7	55.428	131	961	1.026	6	1.445	13	158	75	299	59.567
20903	--Assistenza ai tossicodipenden	8	3	1.365	3	187	214	1	28	0	19	9	48	1.905
20904	--Assistenza agli anziani	1	1	1.285	696	72	0	0	0	0	0	0	15	2.070
20905	--Assistenza a persone affette d	0	0	0	0	72	0	0	0	0	0	0	15	87
20906	--Assistenza ai malati terminali	0	0	0	0	72	0	0	0	0	0	0	15	87
21000	Assistenza territoriale residenziale	2.205	133	301.035	437	5.948	14.996	39	3.096	669	790	281	3.489	333.118
21001	--Assistenza psichiatrica	267	65	96.313	19	2.003	7.620	14	997	286	296	95	2.912	110.907
21002	--Assistenza riabilitativa ai disab	17	1	93.097	193	2.507	1.631	12	869	23	197	95	337	98.979
21003	--Assistenza ai tossicodipenden	10	6	12.975	3	196	1.145	1	5	0	20	9	40	14.410
21004	--Assistenza agli anziani	1.040	9	89.418	184	569	1.636	8	797	285	125	46	115	94.232
21005	--Assistenza a persone affette d	0	0	0	0	71	0	0	0	0	0	0	15	86
21006	--Assistenza ai malati terminali	871	32	9.232	38	602	2.964	4	428	75	152	36	70	14.504
21100	Assistenza Idrotermale	0	0	11.040	30	110	0	1	0	0	9	11	19	11.220
29999	Totale	878.324	6.922	2.199.804	45.496	210.904	620.948	1.532	86.416	56.381	34.971	12.941	68.532	4.223.171
	Assistenza ospedaliera													
30100	Attività di DH/DS Accorso	10.183	1.736	42.623	1.348	20.527	92.021	144	21.609	2.494	5.283	927	4.932	203.827
30200	Attività di ricovero ordinari	414.471	9.711	889.607	25.055	341.529	880.457	4.108	84.412	62.139	59.652	26.402	40.933	2.838.476
30201	--Day Hospital e Day Surgery	43.506	1.418	104.725	3.518	35.572	93.546	297	13.136	5.918	5.201	2.670	8.481	317.988
30202	--In degenza ordinaria	370.965	8.293	784.882	21.537	305.957	786.911	3.811	71.276	56.221	54.451	23.732	32.452	2.520.488
30300	Interventi chirurgici con trapianto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
30400	Assistenza ospedaliera per lungodegenti	1.342	99	2.422	63	2.349	7.870	15	1.907	309	448	110	585	17.519
30500	Assistenza ospedaliera per riabilitazione	1.505	112	36.484	549	2.867	9.239	26	1.081	430	691	165	949	54.098
30600	Emocomponenti e servizi trasfusion	25.037	444	7.068	1.116	5.721	21.966	31	1.934	613	1.290	175	1.007	66.402
30700	Prelievo organi e tessuti	4.854	111	8.961	1.545	1.557	12.074	11	1.512	269	476	75	268	31.713
39999	Totale	457.392	12.213	987.165	29.676	374.550	1.023.627	4.335	112.455	66.254	67.840	27.856	48.674	3.212.037
49999	TOTALE	1.375.254	20.373	3.190.202	121.728	618.651	1.773.853	6.051	204.654	141.572	109.839	43.627	148.331	7.754.135
49999	TOTALE	1.375.254	20.373	3.190.202	121.728	618.651	1.773.853	6.051	204.654	141.572	109.839	43.627	148.331	7.754.135
		B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B

999 B CONSOLIDATO REGIONALE

MODELLO LA 2018 Tendenziale

	Macrovoci economiche	Consumi e manutenzioni di esercizio		Costi per acquisti di servizi			Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze / insussistenze	Altri costi	Totale
		sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi sanitari per erogazione di prestazioni	servizi non sanitari								
	Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro													
10100	Igiene e sanità pubblica	8.993	448	15	19.813	12.995	43.053	58	1.955	10.172	2.473	1.041	7.573	108.589
10200	Igiene degli alimenti e della nutrizio	18	119	4	282	1.929	11.776	14	135	1.173	459	179	1.000	17.088
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambi	456	115	3	154	2.072	10.944	15	390	1.053	476	188	1.980	17.846
10400	Sanità pubblica veterinaria	627	342	1.342	1.856	8.793	45.397	48	3.025	3.187	1.983	883	2.003	69.486
10500	Attività di prevenzione rivolte alle pe	29.421	123	88	24.420	6.725	15.927	38	176	1.297	1.496	367	8.574	88.652
10600	Servizio medico legale	23	91	1	31	683	2.181	11	102	2.055	141	72	8.195	13.586
19999	**Totale**	**39.538**	**1.238**	**1.453**	**46.556**	**33.197**	**129.278**	**184**	**5.783**	**18.937**	**7.028**	**2.730**	**29.325**	**315.247**
	Assistenza distrettuale													
20100	Guardia medica	287	47	60.641	1	691	61	0	47	0	69	33	9.090	70.967
20200	Medicina generale	180	56	415.725	756	5.904	2.016	1	260	2.707	496	204	645	428.950
20201	--Medicina generica	163	54	336.825	54	5.035	1.970	1	253	2.698	435	175	484	348.147
20202	--Pediatria di libera scelta	17	2	78.900	702	869	46	0	7	9	61	29	161	80.803
20300	Emergenza sanitaria territoriale	3.474	550	93.803	18.216	9.671	44.837	77	9.615	919	2.244	663	3.587	187.656
20400	Assistenza farmaceutica	686.925	258	704.457	58	21.783	2.508	62	480	1.683	878	488	4.392	1.423.972
20401	--Ass. farmaceutica erogata trar	4	1	651.154	2	9.591	632	0	194	1.006	478	233	709	664.004
20402	--Altre forme di erogazione dell'	686.921	257	53.303	56	12.192	1.876	62	286	677	400	255	3.683	759.968
20500	Assistenza Integrativa	7.140	7	50.967	184	704	423	0	0	42	71	32	490	60.060
20600	Assistenza specialistica	150.780	4.030	332.694	12.124	102.806	354.482	905	28.770	28.953	19.948	4.415	34.826	1.074.733
20601	--Attività clinica	71.577	2.310	139.874	7.444	60.885	227.078	586	19.601	17.678	12.141	2.754	24.057	585.985
20602	--Attività di laboratorio	60.769	1.032	141.691	2.272	21.228	67.592	173	5.342	7.417	3.950	922	4.878	317.266
20603	--Attività di diagnostica strumen	18.434	688	51.129	2.408	20.693	59.812	146	3.827	3.858	3.857	739	5.891	171.482
20700	Assistenza Protesica	50.467	75	70.162	212	12.772	1.369	1	254	2.153	202	1.538	173	139.378
20800	Assistenza territoriale ambulatoriale	31.695	1.747	87.281	12.633	48.931	197.993	436	42.264	19.229	10.039	3.281	11.380	466.909
20801	--assistenza programmata a do	10.211	289	21.239	3.784	3.934	16.951	20	1.402	1.378	843	534	671	61.256
20802	--assistenza alle donne, famiglie	1.073	260	583	888	13.789	40.401	31	7.972	5.857	2.263	751	2.757	76.625
20803	--Assistenza psichiatrica	8.630	487	13.701	740	12.547	55.056	56	8.028	3.322	2.577	865	3.078	109.087
20804	--Assistenza riabilitativa ai disat	988	460	50.878	5.574	12.671	59.265	208	19.246	6.248	3.176	814	3.631	163.159
20805	--Assistenza ai tossicodipenden	4.479	247	785	267	5.779	25.886	121	5.616	2.424	1.162	311	1.178	48.255
20806	--Assistenza agli anziani	833	4	38	53	139	434	0	0	0	18	6	28	1.553
20807	--Assistenza ai malati terminali	842	0	29	1.178	72	0	0	0	0	0	0	26	2.147
20808	--Assistenza a persone affette d	4.639	0	28	149	0	0	0	0	0	0	0	11	4.827
20900	Assistenza territoriale semiresidenz	171	19	71.999	845	1.584	2.263	10	1.630	26	225	95	441	79.308
20901	--Assistenza psichiatrica	144	8	13.901	15	220	1.023	3	157	13	48	11	49	15.592
20902	--Assistenza riabilitativa ai disat	18	7	55.428	131	961	1.026	6	1.445	13	158	75	299	59.567
20903	--Assistenza ai tossicodipenden	8	3	1.385	3	187	214	1	28	0	19	9	48	1.905
20904	--Assistenza agli anziani	1	1	1.285	696	72	0	0	0	0	0	0	15	2.070
20905	--Assistenza a persone affette d	0	0	0	0	72	0	0	0	0	0	0	15	87
20906	--Assistenza ai malati terminali	0	0	0	0	72	0	0	0	0	0	0	15	87
21000	Assistenza territoriale residenziale	2.205	133	303.205	437	5.948	14.996	39	3.096	669	790	281	3.489	335.288
21001	--Assistenza psichiatrica	267	85	96.313	19	2.003	7.620	14	997	286	296	95	2.912	110.907
21002	--Assistenza riabilitativa ai disat	17	1	93.097	193	2.507	1.631	12	869	23	197	95	337	98.979
21003	--Assistenza ai tossicodipenden	10	6	12.975	3	196	1.145	1	5	0	20	9	40	14.410
21004	--Assistenza agli anziani	1.040	9	91.588	184	569	1.636	8	797	285	125	46	115	96.402
21005	--Assistenza a persone affette d	0	0	0	0	71	0	0	0	0	0	0	15	86
21006	--Assistenza ai malati terminali	871	32	9.232	38	602	2.964	4	428	75	152	36	70	14.504
21100	Assistenza Idrotermale	0	0	11.040	30	110	0	1	0	0	9	11	19	11.220
29999	**Totale**	**933.324**	**6.922**	**2.201.974**	**45.496**	**210.904**	**620.948**	**1.532**	**86.416**	**56.381**	**34.971**	**11.041**	**68.532**	**4.278.441**
	Assistenza ospedaliera													
30100	Attività di pronto soccorso	10.183	1.736	42.623	1.348	20.327	92.021	144	21.609	2.494	5.283	927	4.932	203.627
30200	Ass. ospedaliera per ricoveri acuti	419.391	9.711	886.971	25.055	343.345	880.457	4.108	84.412	62.139	59.652	28.402	46.733	2.850.376
30201	--In Day Hospital e Day Surgery	43.506	1.418	104.725	3.518	35.072	93.546	297	13.136	5.918	6.201	1.670	8.481	317.488
30202	--In degenza ordinaria	375.885	8.293	782.246	21.537	308.273	786.911	3.811	71.276	56.221	53.451	26.732	38.252	2.532.888
30300	Interventi ospedalieri a domicilio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti	1.342	99	2.422	63	2.149	7.870	15	1.907	309	448	110	585	17.319
30500	Ass. ospedaliera per riabilitazione	1.505	112	36.484	549	2.767	9.239	26	1.081	430	691	165	949	53.998
30600	Emocomponenti e servizi trasfusior	25.037	444	7.068	1.116	5.621	21.966	31	1.934	613	1.290	175	1.007	66.302
30700	Trapianto organi e tessuti	4.854	111	8.961	1.545	1.357	12.074	11	1.512	269	476	75	268	31.513
39999	**Totale**	**462.312**	**12.213**	**984.529**	**29.676**	**375.566**	**1.023.627**	**4.335**	**112.455**	**66.254**	**67.840**	**29.856**	**54.474**	**3.223.137**
49999	**TOTALE**	**1.435.174**	**20.373**	**3.187.956**	**121.728**	**619.667**	**1.773.853**	**6.051**	**204.654**	**141.572**	**109.839**	**43.627**	**152.331**	**7.816.825**
49999	**TOTALE**	**1.435.174**	**20.373**	**3.187.956**	**121.728**	**619.667**	**1.773.853**	**6.051**	**204.654**	**141.572**	**109.839**	**43.627**	**152.331**	**7.816.825**
		B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B

GIUNTA REGIONALE - ATTESTAZIONE CONFORMITÀ

MINISTERO DELLA SALUTE-SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO

999 B CONSOLIDATO REGIONALE

MODELLO LA 2016 Programmatico

	Macrovoci economiche	Consumi e manutenzioni di esercizio		Costi per acquisti di servizi			Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze / Insussistenze	Altri costi	Totale
		sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi sanitari per erogazione di prestazioni	servizi non sanitari								
	Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro													
10100	Igiene e sanità pubblica	8.993	448	15	19.813	12.995	43.226	58	1.963	10.213	2.473	1.041	7.573	**108.811**
10200	Igiene degli alimenti e della nutrizio	18	119	4	282	1.929	11.823	14	136	1.178	459	179	1.000	**17.141**
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambi	456	115	3	154	2.072	10.988	15	392	1.057	476	188	1.980	**17.896**
10400	Sanità pubblica veterinaria	627	342	1.342	1.856	8.793	45.579	48	3.037	3.200	1.983	883	2.003	**69.693**
10500	Attività di prevenzione rivolte alle pe	29.421	123	88	34.420	6.725	15.991	38	177	1.302	1.496	367	8.574	**98.722**
10600	Servizio medico legale	23	91	1	31	683	2.190	11	102	2.063	141	72	8.195	**13.603**
19999	Totale	39.538	1.238	1.453	56.556	33.197	129.797	184	5.807	19.013	7.028	2.730	29.325	**325.866**
	Assistenza distrettuale													
20100	Guardia medica	287	47	60.641	1	691	61	0	47	0	69	33	9.090	**70.967**
20200	Medicina generale	180	56	415.725	756	5.904	2.024	1	261	2.718	496	204	645	**428.970**
20201	--Medicina generica	163	54	336.825	54	5.035	1.978	1	254	2.709	435	175	484	**348.167**
20202	--Pediatria di libera scelta	17	2	78.900	702	869	46	0	7	9	61	29	161	**80.803**
20300	Emergenza sanitaria territoriale	3.474	550	93.803	18.216	9.671	45.017	77	9.654	923	2.244	663	3.587	**187.879**
20400	Assistenza farmaceutica	576.925	258	706.614	58	21.783	2.519	62	482	1.690	878	488	4.392	**1.316.149**
20401	--Ass. farmaceutica erogata trar	4	1	651.154	2	9.591	635	0	195	1.010	478	233	709	**664.012**
20402	--Altre forme di erogazione dell'	576.921	257	55.460	56	12.192	1.884	62	287	680	400	255	3.683	**652.137**
20500	Assistenza Integrativa	7.140	7	50.967	184	704	425	0	0	42	71	32	490	**60.062**
20600	Assistenza specialistica	150.780	4.030	332.694	12.124	102.806	355.905	909	28.885	29.069	19.948	4.415	34.826	**1.076.391**
20601	--Attività clinica	71.577	2.310	139.874	7.444	60.885	227.990	588	19.680	17.749	12.141	2.754	24.057	**587.049**
20602	--Attività di laboratorio	60.769	1.032	141.691	2.272	21.228	67.863	174	5.363	7.447	3.950	922	4.878	**317.589**
20603	--Attività di diagnostica strumen	18.434	688	51.129	2.408	20.693	60.052	147	3.842	3.873	3.857	739	5.891	**171.753**
20700	Assistenza Protesica	50.467	75	70.162	212	12.772	1.374	1	255	2.162	202	1.538	173	**139.393**
20800	Assistenza territoriale ambulatoriale	31.695	1.747	77.281	12.633	48.931	198.788	437	42.434	19.307	10.039	3.281	11.380	**457.953**
20801	--assistenza programmata a do	10.211	289	19.739	3.784	3.934	17.019	20	1.408	1.384	843	534	671	**59.836**
20802	--assistenza alle donne, famiglie	1.073	260	563	888	13.789	40.563	31	8.004	5.881	2.263	751	2.757	**76.843**
20803	--Assistenza psichiatrica	8.630	487	10.701	740	12.547	55.277	56	8.060	3.335	2.577	865	3.078	**106.353**
20804	--Assistenza riabilitativa ai disat	988	460	45.378	5.574	12.671	59.503	209	19.323	6.273	3.176	814	3.631	**158.000**
20805	--Assistenza ai tossicodipenden	4.479	247	785	267	5.779	25.990	121	5.639	2.434	1.162	311	1.178	**48.392**
20806	--Assistenza agli anziani	833	4	38	53	139	436	0	0	0	18	6	28	**1.555**
20807	--Assistenza ai malati terminali	842	0	29	1.178	72	0	0	0	0	0	0	26	**2.147**
20808	--Assistenza a persone affette d	4.639	0	28	149	0	0	0	0	0	0	0	11	**4.827**
20900	Assistenza territoriale semiresidenz	171	19	71.999	845	1.584	2.272	10	1.637	26	225	95	441	**79.324**
20901	--Assistenza psichiatrica	144	8	13.901	15	220	1.027	3	158	13	48	11	49	**15.597**
20902	--Assistenza riabilitativa ai disat	18	7	55.428	131	961	1.030	6	1.451	13	158	75	299	**59.577**
20903	--Assistenza ai tossicodipenden	8	3	1.385	3	187	215	1	28	0	19	9	48	**1.906**
20904	--Assistenza agli anziani	1	1	1.285	696	72	0	0	0	0	0	0	15	**2.070**
20905	--Assistenza a persone affette d	0	0	0	0	72	0	0	0	0	0	0	15	**87**
20906	--Assistenza ai malati terminali	0	0	0	0	72	0	0	0	0	0	0	15	**87**
21000	Assistenza territoriale residenziale	2.205	133	282.087	437	5.948	11.900	39	3.108	671	790	281	3.489	**311.088**
21001	--Assistenza psichiatrica	267	65	93.813	19	2.003	6.647	14	1.001	287	296	95	2.912	**107.439**
21002	--Assistenza riabilitativa ai disat	17	1	82.597	193	2.507	634	12	872	23	197	95	337	**87.485**
21003	--Assistenza ai tossicodipenden	10	6	12.975	3	196	124	1	5	0	20	9	40	**13.389**
21004	--Assistenza agli anziani	1.040	9	83.470	184	569	1.519	6	800	286	125	46	115	**88.171**
21005	--Assistenza a persone affette d	0	0	0	0	71	0	0	0	0	0	0	15	**86**
21006	--Assistenza ai malati terminali	871	32	9.232	38	602	2.976	4	430	75	152	36	70	**14.518**
21100	Assistenza idrotermale	0	0	11.040	30	110	0	1	0	0	9	11	19	**11.220**
29999	Totale	823.324	6.922	2.173.013	45.496	210.904	620.285	1.537	86.763	56.608	34.971	11.041	68.532	**4.139.396**
	Assistenza ospedaliera													
30100	Attività di pronto soccorso	10.183	1.736	42.623	1.348	20.527	90.885	145	21.696	2.504	5.283	927	4.932	**202.789**
30200	Assistenza ospedaliera per acuti	409.601	9.711	903.568	31.055	340.822	880.870	4.622	83.546	61.827	59.652	28.402	44.733	**2.858.409**
30201	--Ricovero ordinario, Day Hospital e Day Surgery	43.506	1.418	104.725	3.518	35.572	92.918	298	13.189	5.942	6.201	1.670	8.481	**317.438**
30202	--Ricovero ordinario	366.095	8.293	798.843	27.537	305.250	787.952	4.324	70.357	55.885	53.451	26.732	36.252	**2.540.971**
30300	Interventi ospedalieri a domicilio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	**2**
30400	Assistenza ospedaliera per lungodegenti	1.342	99	2.422	63	2.349	7.902	15	1.915	310	448	110	585	**17.560**
30500	Assistenza ospedaliera riabilitativa	1.505	112	36.484	549	2.667	9.276	26	1.085	432	691	165	949	**54.141**
30600	Emocomponenti e servizi trasfusior	25.037	444	7.068	1.116	5.721	22.054	31	1.942	615	1.290	175	1.007	**66.500**
30700	Trapianto organi e tessuti	4.854	111	8.961	1.545	1.557	12.122	11	1.518	270	476	75	268	**31.768**
39999	Totale	452.522	12.213	1.001.126	35.676	373.843	1.023.109	4.850	111.702	65.958	67.840	29.856	52.474	**3.231.169**
49999	TOTALE	1.315.384	20.373	3.175.592	137.728	617.944	1.773.191	6.571	204.272	141.579	109.839	43.627	150.331	**7.696.431**
49999	TOTALE	1.315.384	20.373	3.175.592	137.728	617.944	1.773.191	6.571	204.272	141.579	109.839	43.627	150.331	**7.696.431**
		B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B

REGIONE PUGLIA GIUNTA REGIONALE DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI SEZIONE AMMINISTRATIVA E FINANZIARIA

999 B CONSOLIDATO REGIONALE

MODELLO LA 2017 Programmatico

	Macrovoci economiche	Consumi e manutenzioni di esercizio		Costi per acquisti di servizi			Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravv. / Insussist.	Altri costi	Totale
		sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi sanitari per erogazione di prestazioni	servizi non sanitari								
	Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro													
10100	Igiene e sanità pubblica	9.993	448	15	19.813	13.395	43.784	59	1.979	10.236	2.473	970	7.497	110.662
10200	Igiene degli alimenti e della nutrizio	18	119	4	282	2.429	11.976	14	137	1.180	459	152	990	17.760
10300	Prevenzione e sicurezza degli amb	456	115	3	154	2.572	11.130	15	395	1.060	476	160	1.960	18.496
10400	Sanità pubblica veterinaria	627	342	3.122	1.856	9.293	46.168	49	3.062	3.207	1.983	751	1.983	72.443
10500	Attività di prevenzione rivolte alle p	32.421	123	88	24.420	8.267	16.197	38	178	1.305	1.496	312	10.270	95.115
10600	Servizio medico legale	23	91	1	31	783	2.218	11	103	2.068	141	61	8.113	13.644
19999	**Totale**	**43.538**	**1.238**	**3.233**	**46.556**	**36.739**	**131.473**	**186**	**5.854**	**19.056**	**7.028**	**2.406**	**30.813**	**328.120**
	Assistenza distrettuale													
20100	Guardia medica	287	47	60.641	1	691	62	-	48	-	69	28	8.999	70.873
20200	Medicina generale	180	56	416.725	756	5.904	2.050	1	263	2.724	498	174	538	428.967
20201	-- Medicina generica	163	54	336.825	54	5.035	2.003	1	256	2.715	435	149	479	348.169
20202	--Pediatria di libera scelta	17	2	78.900	702	869	47	-	7	9	61	25	159	80.798
20300	Emergenza sanitaria territoriale	3.474	550	93.803	18.216	9.671	45.598	78	9.734	925	2.244	564	3.651	188.408
20400	Assistenza farmaceutica	605.925	258	690.163	58	21.783	2.551	63	486	1.693	878	415	4.348	1.328.621
20401	--Ass. farmaceutica erogata tra	4	1	636.860	2	9.591	643	-	196	1.012	478	198	702	649.687
20402	--Altre forme di erogazione dell	605.921	257	53.303	56	12.192	1.908	63	290	681	400	217	3.646	678.934
20500	Assistenza Integrativa	7.140	7	50.967	184	704	430	-	-	42	71	27	485	60.057
20600	Assistenza specialistica	150.780	4.030	332.694	12.124	102.806	360.500	915	29.125	29.136	19.948	4.943	31.977	1.078.978
20601	--Attività clinica	71.577	2.310	139.874	7.444	60.885	230.933	592	19.843	17.790	12.141	2.766	21.316	587.471
20602	--Attività di laboratorio	60.769	1.032	141.691	2.272	21.228	68.740	175	5.408	7.464	3.950	1.124	4.829	318.682
20603	--Attività di diagnostica strumer	18.434	688	51.129	2.408	20.693	60.827	148	3.874	3.882	3.857	1.053	5.832	172.825
20700	Assistenza Protesica	50.467	75	64.162	212	12.772	1.392	1	257	2.167	202	1.307	171	133.185
20800	Assistenza territoriale ambulatoriale	31.695	1.747	90.781	12.633	48.931	201.354	440	42.786	19.350	10.039	3.213	11.266	474.235
20801	--assistenza programmata a do	10.211	289	21.239	3.784	3.934	17.239	20	1.419	1.387	843	624	664	61.653
20802	--assistenza alle donne, famigli	1.073	260	583	888	13.789	41.087	31	8.071	5.894	2.263	723	2.729	77.391
20803	--Assistenza psichiatrica	8.630	487	13.701	740	12.547	55.991	57	8.127	3.343	2.577	820	3.047	110.067
20804	--Assistenza riabilitativa ai disa	988	460	54.378	5.574	12.671	60.271	210	19.484	6.287	3.176	777	3.595	167.871
20805	--Assistenza ai tossicodipender	4.479	247	785	267	5.779	26.325	122	5.685	2.439	1.162	264	1.166	48.720
20806	--Assistenza agli anziani	833	4	38	53	139	441	-	-	-	18	5	28	1.559
20807	--Assistenza ai malati terminali	842	-	29	1.178	72	-	-	-	-	-	-	26	2.147
20808	--Assistenza a persone affette	4.639	-	28	149	-	-	-	-	-	-	-	11	4.827
20900	Assistenza territoriale semiresidenz	171	19	71.999	845	1.584	2.301	10	1.650	26	225	81	438	79.349
20901	--Assistenza psichiatrica	144	8	13.901	15	220	1.040	3	159	13	48	9	49	15.609
20902	--Assistenza riabilitativa ai disa	18	7	55.428	131	961	1.043	6	1.463	13	158	64	296	59.588
20903	--Assistenza ai tossicodipender	8	3	1.385	3	187	218	1	28	-	19	8	48	1.908
20904	--Assistenza agli anziani	1	1	1.285	696	72	-	-	-	-	-	-	15	2.070
20905	--Assistenza a persone affette	-	-	-	-	72	-	-	-	-	-	-	15	87
20906	--Assistenza ai malati terminali	-	-	-	-	72	-	-	-	-	-	-	15	87
21000	Assistenza territoriale residenziale	2.205	133	302.910	437	5.948	15.197	39	3.134	673	790	240	3.455	335.161
21001	--Assistenza psichiatrica	267	85	96.313	19	2.003	7.732	14	1.009	288	296	81	2.883	110.990
21002	--Assistenza riabilitativa ai disa	17	1	94.972	193	2.507	1.642	12	880	23	197	81	334	100.859
21003	--Assistenza ai tossicodipender	10	6	12.975	3	196	1.147	1	5	-	20	8	40	14.411
21004	--Assistenza agli anziani	1.040	9	89.418	184	569	1.662	8	807	287	125	39	114	94.262
21005	--Assistenza a persone affette	-	-	-	-	71	-	-	-	-	-	-	15	86
21006	--Assistenza ai malati terminali	871	32	9.232	38	602	3.014	4	433	75	152	31	69	14.553
21100	Assistenza Idrotermale	-	-	11.040	30	110	-	1	-	-	9	9	19	11.218
29999	**Totale**	**852.324**	**6.922**	**2.184.885**	**45.496**	**210.904**	**631.435**	**1.548**	**87.483**	**56.736**	**34.971**	**11.001**	**65.347**	**4.189.052**
	Assistenza ospedaliera													
30100	Attività di pronto soccorso	10.163	1.736	42.623	1.348	20.527	93.558	146	21.876	2.510	5.283	788	4.883	205.461
30200	Ass. ospedaliera per acuti	412.887	9.711	886.776	24.509	340.387	893.814	4.158	86.240	63.228	59.652	23.983	40.507	2.845.852
30201	--Ricovero ordinario e Day Surgery	43.506	1.418	104.725	3.518	35.572	95.152	300	13.298	5.955	5.201	2.270	8.396	319.311
30202	--In degenza ordinaria	369.381	8.293	782.051	20.991	304.815	798.662	3.858	72.942	57.273	54.451	21.713	32.111	2.526.541
30300	Interventi ospedalieri a domicilio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2
30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti	1.342	99	2.422	63	2.349	8.004	15	1.931	311	448	94	579	17.657
30500	Ass. ospedaliera per riabilitazione	1.505	112	36.484	549	2.867	9.396	26	1.094	433	691	140	940	54.237
30600	Emocomponenti e servizi trasfusior	25.037	444	7.068	1.116	5.721	22.339	31	1.958	617	1.290	149	997	66.767
30700	Trapianti organi e tessuti	4.854	111	8.961	1.545	1.557	12.279	11	1.531	271	476	64	265	31.925
39999	Totale	**455.808**	**12.213**	**984.334**	**29.130**	**373.408**	**1.039.390**	**4.387**	**114.630**	**67.370**	**67.840**	**25.220**	**48.171**	**3.221.901**
49999	**TOTALE**	**1.351.670**	**20.373**	**3.172.452**	**121.182**	**621.051**	**1.802.298**	**6.121**	**207.967**	**143.162**	**109.839**	**38.627**	**144.331**	**7.739.073**

49999	**TOTALE**	**1.351.670**	**20.373**	**3.172.452**	**121.182**	**621.051**	**1.802.298**	**6.121**	**207.967**	**143.162**	**109.839**	**38.627**	**144.331**	**7.739.073**
		B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B

MINISTERO DELLA SALUTE-SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO

999 B CONSOLIDATO REGIONALE

MODELLO LA 2018 Programmatico

	Macrovoci economiche	Consumi e manutenzioni di esercizio		Costi per acquisti di servizi			Personale del ruolo sanitario	Personale del ruolo professionale	Personale del ruolo tecnico	Personale del ruolo amministrativo	Ammortamenti	Sopravvenienze / insussistenze	Altri costi	Totale
		sanitari	non sanitari	prestazioni sanitarie	servizi sanitari per erogazione di prestazioni	servizi non sanitari								
	Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro													
10100	Igiene e sanità pubblica	15.993	448	1.015	21.794	12.605	48.037	59	1.990	12.338	2.973	872	7.438	**125.562**
10200	Igiene degli alimenti e della nutrizio	18	119	4	310	1.871	12.045	14	137	1.192	959	125	980	**17.774**
10300	Prevenzione e sicurezza degli amb	456	115	3	169	2.010	11.194	15	397	1.070	976	132	1.940	**18.477**
10400	Sanità pubblica veterinaria	1.627	342	2.842	2.042	8.529	53.435	49	3.079	3.239	2.483	618	1.963	**80.248**
10500	Attività di prevenzione rivolte alle p	42.172	123	1.588	26.862	6.523	23.291	39	179	4.318	1.996	257	8.403	**115.751**
10600	Servizio medico legale	23	91	1	34	1.163	2.231	11	104	2.089	641	50	8.031	**14.469**
19999	**Totale**	**60.289**	**1.238**	**5.453**	**51.211**	**32.701**	**150.233**	**187**	**5.886**	**24.246**	**10.028**	**2.054**	**28.755**	**372.281**
	Assistenza distrettuale													
20100	Guardia medica	287	47	60.641	1	670	62	-	46	-	69	23	8.908	**70.756**
20200	Medicina generale	180	56	415.725	756	5.727	2.062	1	265	1.251	496	143	632	**427.294**
20201	-- Medicina generica	163	54	336.825	54	4.884	2.015	1	258	1.242	435	123	474	**346.528**
20202	--Pediatria di libera scelta	17	2	78.900	702	843	47	-	7	9	61	20	158	**80.766**
20300	Emergenza sanitaria territoriale	3.474	550	93.803	18.216	9.381	45.862	78	9.788	934	1.744	464	3.515	**187.809**
20400	Assistenza farmaceutica	579.925	258	667.163	58	21.129	2.565	63	488	1.710	878	342	4.304	**1.278.883**
20401	--Ass. farmaceutica erogata tra	4	1	613.860	2	9.303	646	-	197	1.022	478	163	695	**626.371**
20402	--Altre forme di erogazione dell	579.921	257	53.303	56	11.826	1.919	63	291	688	400	179	3.609	**652.512**
20500	Assistenza Integrativa	7.140	7	50.967	184	663	433	-	-	43	71	22	480	**60.030**
20600	Assistenza specialistica	150.780	4.030	332.694	11.124	100.021	344.587	920	29.287	24.426	18.448	3.090	23.129	**1.042.536**
20601	--Attività clinica	71.577	2.310	139.874	6.444	59.358	222.270	596	19.953	12.967	11.641	1.928	12.576	**561.494**
20602	--Attività di laboratorio	60.769	1.032	141.691	2.272	20.591	65.137	176	5.438	7.538	3.450	645	4.780	**313.519**
20603	--Attività di diagnostica strumer	18.434	688	51.129	2.408	20.072	57.180	148	3.896	3.921	3.357	517	5.773	**167.523**
20700	Assistenza Protesica	50.467	75	56.162	212	12.389	1.400	1	259	2.188	-298	1.077	170	**126.102**
20800	Assistenza territoriale ambulatoriale	31.695	1.747	96.281	8.133	47.464	202.521	443	40.023	19.544	9.539	2.298	11.151	**470.839**
20801	--assistenza programmata a do	10.211	289	21.239	3.784	3.816	17.339	20	1.427	1.401	843	374	656	**61.401**
20802	--assistenza alle donne, famigli	1.073	260	583	888	13.375	41.325	32	6.115	5.953	2.263	526	2.702	**77.095**
20803	--Assistenza psichiatrica	8.630	487	13.701	740	12.171	56.315	57	8.172	3.376	2.577	606	3.016	**109.848**
20804	--Assistenza riabilitativa ai disa	988	460	59.878	1.074	12.291	60.620	211	16.592	6.350	3.176	570	3.558	**165.768**
20805	--Assistenza ai tossicodipender	4.479	247	785	267	5.606	26.478	123	5.717	2.464	662	218	1.154	**48.200**
20806	--Assistenza agli anziani	833	4	38	53	135	444	-	-	-	18	4	27	**1.556**
20807	--Assistenza ai malati terminali	842	0	29	1.178	70	-	-	-	-	0	-	25	**2.144**
20808	--Assistenza a persone affette	4.639	0	28	149	-	-	-	-	-	0	-	11	**4.827**
20900	Assistenza territoriale semiresidenz	171	19	90.999	845	1.536	2.314	10	1.660	26	225	67	433	**98.305**
20901	--Assistenza psichiatrica	144	8	15.901	15	213	1.046	3	160	13	48	8	48	**17.607**
20902	--Assistenza riabilitativa ai disa	18	7	70.428	131	932	1.049	6	1.471	13	158	53	293	**74.559**
20903	--Assistenza ai tossicodipender	8	3	1.385	3	181	219	1	29	-	19	6	47	**1.901**
20904	--Assistenza agli anziani	1	1	3.285	696	70	-	-	-	-	0	-	15	**4.068**
20905	--Assistenza a persone affette	0	0	0	0	70	-	-	-	-	0	-	15	**85**
20906	--Assistenza ai malati terminali	0	0	0	0	70	-	-	-	-	0	-	15	**85**
21000	Assistenza territoriale residenziale	2.205	133	370.326	437	7.970	16.267	39	3.152	680	790	197	3.420	**404.616**
21001	--Assistenza psichiatrica	267	85	96.313	19	1.943	7.771	14	1.015	291	296	67	2.854	**110.935**
21002	--Assistenza riabilitativa ai disa	17	1	103.097	193	3.632	1.645	12	885	23	197	67	330	**110.099**
21003	--Assistenza ai tossicodipender	10	6	12.975	3	190	1.148	1	5	-	20	6	39	**14.403**
21004	--Assistenza agli anziani	1.040	9	148.709	184	1.552	1.671	8	811	290	125	32	113	**154.544**
21005	--Assistenza a persone affette	0	0	0	0	69	-	-	-	-	0	-	15	**84**
21006	--Assistenza ai malati terminali	871	32	9.232	38	584	3.032	4	436	76	152	25	69	**14.551**
21100	Assistenza Idrotermale	0	0	11.040	30	107	-	1	-	-	9	8	19	**11.214**
29999	**Totale**	**826.324**	**6.922**	**2.247.801**	**39.996**	**207.077**	**617.073**	**1.556**	**84.970**	**50.802**	**31.971**	**7.731**	**56.161**	**4.178.384**
	Assistenza ospedaliera													
30100	Attività di pronto soccorso	13.183	1.736	42.623	1.348	19.775	94.091	146	21.997	4.035	5.283	649	6.833	**211.599**
30200	Ass. ospedaliera per acuti	426.083	7.791	876.661	24.400	341.283	900.476	4.185	65.907	63.145	59.652	22.823	46.829	**2.859.215**
30201	--in Day Hospital e Day Surgery	43.506	1.418	104.725	3.518	34.320	95.662	302	13.372	6.015	6.201	1.169	9.311	**319.519**
30202	--Assistenza chirurgica	382.557	6.373	771.936	20.882	306.963	804.814	3.883	72.535	57.130	53.451	21.654	37.518	**2.539.696**
30300	Interventi ospedalieri a domicilio	0	0	0	0	-	-	-	-	-	0	1	-	**1**
30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti	1.342	99	2.422	63	2.085	8.050	15	1.941	314	448	77	1.573	**18.429**
30500	Ass. ospedaliera per riabilitazione	1.505	112	36.484	549	2.684	9.450	26	4.100	437	691	116	1.930	**58.084**
30600	Emocomponenti e servizi trasfusior	25.037	444	7.068	1.116	5.852	22.468	32	1.969	623	1.290	123	987	**67.009**
30700	Trapianti organi e tessuti	4.854	111	8.961	1.545	1.316	12.350	11	1.539	273	476	53	263	**31.752**
39999	**Totale**	**471.984**	**10.293**	**974.219**	**29.021**	**372.995**	**1.046.885**	**4.415**	**117.453**	**68.827**	**67.840**	**23.842**	**58.415**	**3.246.189**
49999	**TOTALE**	**1.358.597**	**18.453**	**3.227.473**	**120.228**	**612.773**	**1.814.191**	**6.158**	**208.309**	**143.875**	**109.839**	**33.627**	**143.331**	**7.796.854**
49999	**TOTALE**	**1.358.597**	**18.453**	**3.227.473**	**120.228**	**612.773**	**1.814.191**	**6.158**	**208.309**	**143.875**	**109.839**	**33.627**	**143.331**	**7.796.854**
		B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B

TERRA FUOCHI	DESCRIZIONE progetto	SPESA SOSTENUTA/SPESA PROGRAMMATA	tipo operazione	descrizione spese	provvedimenti di spesa	Totale
I ANNO	TERRA DEI FUOCHI ATTREZZATURE	SOSTENUTA	beni	sanitarie	1098/2016	280.424,15
					1177/2015	41.724,00
					1405/2015	41.646,34
					1461/2015	51.396,16
					1537/2016	18.275,60
					1862/2016	344.723,20
					47/2016	31.049,00
					811/2015	9.760,00
					1059/2016	71.610,64
					1060/2016	13.761,60
					2025/2016	14.559,48
					2326/2016	19.743,78
				sanitario	1370/2015	33.966,98
					629/2015	13.908,00
					934/2016	4.514,00
		SOSTENUTA Totale				991.062,93
		SPESA PROGRAMMATA	B.1) Acquisti di beni	attrezzature sanitarie	1461/2015	8.790,00
					51/2016	32.269,00
					531/2016	50.332,32
					1059/2016	14.640,00
					1060/2016	8.832,40
					1549/2015	26.824,14
				sanitario	1370/2015	95.194,70
					629/2015	8.052,00
					926-2015	78.269,00
		PROGRAMMATA				323.203,56

SEZIONE AMMINISTRAZIONE FINANZA SANITARIA REGIONE PUGLIA FINANZE REGIONALE CONTROLLO

252

TERRA FUOCHI	DESCRIZIONE progetto	SPESA SOSTENUTA/SPESA PROGRAMMATA	tipo operazione	descrizione spese	provvedimenti di spesa	Totale
	TERRA DEI FUOCHI DIPARTIMENTO PREVENZIONE SORVEGLIANZA RESPIRATORIA E CARDIOVASCOLARE	SPESA GIA' SOSTENUTA	Altri costi (dettagliare)	costo fisso aggiuntivo previsto per acquisti consip inferiori ad € 5.000,00	1604-16 +1242-16	610,00
			beni	informatiche	1242-16	6.844,20
				arredi	1282-16	1.872,41
					2256-16	1.285,02
				cancelleria	1242-16	5.429,00
					DEL 11/07/2016	1.180,35
				sanitarie	1459-16	8.105,07
					2140-16	15.762,40
				sanitario	1488-16	4.044,30
					2140-16	23.716,80
					935-16	40.626,00
			personale	cococo	(vuoto)	5.064,41
				costo personale	1579-15	59.298,43
					(vuoto)	747.797,26
		SOSTENUTA Totale				921.635,65
		PROGRAMMATA	(dettagliare)	lavori	2686-16-100-17	99.120,00
				costo visite	2686-16-100-17	220.340,00
				servizio postale	2686-16-100-17	120.000,00
			beni	autoveicoli	2686-16-100-17	17.515,00
				informatiche	1242-16	13.230,80
					2686-16-100-17	138.000,00
				arredi	2686-16-100-17	24.000,00
				sanitario	1488-16	4.044,30

SEZIONE AMMINISTRAZIONE FINANZA SANITARIA REGIONALE REGIONE PUGLIA FINANZA E CONTROLLO

253

TERRA FUOCHI	DESCRIZIONE progetto	SPESA SOSTENUTA/SPESA PROGRAMMATA	tipo operazione	descrizione spese	provvedimenti di spesa	Totale
					2140-16	23.716,80
					2255-16	2.726,95
				riviste scientifiche	2686-16-100-17	7.000,00
				materiale vario	2686-16-100-17	1.500,00
			B.6) Costi del personale	costo personale	1579-15	18.444,44
					2273-16	953.416,66
					277-17	168.194,00
		SPESA PROGRAMMATA Totale				1.811.248,95
	TERRA DEI FUOCHI DIPARTIMENTO PREVENZIONE SVILUPPO NEUROCOGNITIVO BAMBINI	SPESA GIA' SOSTENUTA	Altri costi (dettagliare)	accordo di cofinanziamento e collab.con università di brescia	1956-16	60.000,00
			personale	costo personale	(vuoto)	128.848,91
		SPESA GIA' SOSTENUTA Totale				188.848,91
		SPESA PROGRAMMATA	Altri costi (dettagliare)	accordo di cofinanziamento e collab.con università di brescia	1956-16	90.000,00
		SPESA PROGRAMMATA Totale				90.000,00
	TERRA DEI FUOCHI DIREZIONE SANITARIA	SPESA GIA' SOSTENUTA	B.1) Acquisti di beni	attrezzature sanitarie	1483-15	4.975,16
			personale	(vuoto)	(vuoto)	
				cococo	1337-15	234.684,90
					16	218.472,00
				costo personale	1337-15	874.548,32

SEZIONE AMMINISTRAZIONE FINANZA SANITARIA REGIONE PUGLIA - UFFICIO TERRITORIALE FINANZA E CONTABILITÀ REGIONALE

TERRA FUOCHI	DESCRIZIONE progetto	SPESA SOSTENUTA/SPESA PROGRAMMATA	tipo operazione	descrizione spese	provvedimenti di spesa	Totale
					238-C-15-1337-15	2.410.873,69
		SOSTENUTA Totale				3.743.554,07
I ANNO Totale						8.069.554,07
II ANNO	TERRA DEI FUOCHI ATTREZZATURE II ANNO	SPESA GIA' SOSTENUTA	B.1) Acquisti di beni	materiale sanitario	2096-16	7.320,00
					2326/2016	19.105,90
		SOSTENUTA Totale				26.425,90
		PROGRAMMATA	beni	sanitarie	1862/2016	111.556,80
					1059/2016	75.966,94
					2292/2016	4.270,00
					2412/2016	13.592,78
					2457/2016	100.000,00
					12/2017	79.300,00
					2667/2016	36.600,00
				materiale sanitario	1370/2015	7.436,84
					929-2015	12.444,00
					934-2016	13.542,00
					2096-16	58.560,00
					2326/2016	35.931,66
		SPESA PROGRAMMATA Totale				549.201,02
	TERRA DEI FUOCHI DIREZIONE SANITARIA II ANNO	SPESA GIA' SOSTENUTA	B.6) Costi del personale	costo personale	2208-16	3.743.554,07
		SPESA GIA' SOSTENUTA Totale				3.743.554,07
	TERRA DEI FUOCHI GENERICO	SPESA GIA' SOSTENUTA	Altri costi (dettagliare)	servizio postale	1047-15	57.109,69
		SOSTENUTA Totale				57.109,69

TERRA FUOCHI	DESCRIZIONE progetto	SPESA SOSTENUTA/SPESA PROGRAMMATA	tipo operazione	descrizione spese	provvedimenti di spesa	Totale
		PROGRAMMATA	personale	costo personale	794-17	65.189,58
					795-17	16.297,40
				costo personale (provvedimenti in fase di predisposizione)	provvedimenti in fase di predisposizione	3.611.776,41
		PROGRAMMATA				3.693.263,39
II ANNO Totale						8.069.554,07
Totale complessivo						**16.139.108,14**

ELENCO DIPENDENTI T.D. ASSOCIATI A PROGETTI FINANZIATI

elaborazione del 03/04/20

Budget	Qualifica	COSTO 2015	COSTO 2016	TOTALE COSTO
TERRA FUOCHI DP S.R.C.	ASSISTENTE SANITARIO	35.051,40	410.952,39	446.003,79
	Codificatore co.co.co.	0,00	3.386,76	3.386,76
	DIETISTA	0,00	103.660,14	103.660,14
	DIR. MED. NEUROPSICHIATRA	0,00	8.628,42	8.628,42
	DIR. PSICOLOGA	0,00	0,00	0,00
	Rilevatore co.co.co.	0,00	1.677,65	1.677,65
	TECNICO INFORMATICO	12.666,66	139.883,15	152.549,81
	Tecnico Prevenzione	11.580,37	84.673,16	96.253,53
TERRA FUOCHI DP S.R.C. Totale		**59.298,43**	**752.861,68**	**812.160,11**
TERRA FUOCHI DP SNB	DIR. MED. NEUROPSICHIATRA	0,00	74.337,36	74.337,36
	DIR. PSICOLOGA	0,00	54.511,55	54.511,55
TERRA FUOCHI DP SNB Totale		**0,00**	**128.848,91**	**128.848,91**
TERRA FUOCHI DS	BIOLOGO CO.CO.CO.	149.730,00	156.240,00	305.970,00
	DIR. FARMACISTA		125.996,54	125.996,54
	DIR. FISICO		62.984,58	62.984,58
	DIR. MED. ANATOMIA PATOLOGICA		74.366,76	74.366,76
	DIR. MED. ANESTESIA		276.302,64	276.302,64
	DIR. MED. CHIRURGIA	31.384,94	101.471,39	132.856,33
	DIR. MED. ENDOCRINOLOGIA	37.371,79	80.582,24	117.954,03
	DIR. MED. GINECOLOGIA	98.807,17	290.974,98	389.782,16
	DIR. MED. MEDICINA GENERALE		88.617,16	88.617,16
	DIR. MED. ONCOLOGIA MEDICA		107.743,38	107.743,38
	DIR. MED. PEDIATRIA	47.902,12	70.890,35	118.792,47
	DIR. MED. RADIODIAGNOSTICA	132.874,74	438.391,01	571.265,75
	DIR. MED. RADIOTERAPIA	43.498,41	22.873,62	66.372,03
	INFERMIERE	115.089,62	633.310,24	748.399,85
	OSTETRICA	407.308,69	724.509,26	1.131.817,95
	OSTETRICA CO.CO.CO.	15.477,60	0,00	15.477,60
	TLSB CO.CO.CO.	61.910,40	62.232,00	124.142,40
	TSRM	1.442.979,92	1.595.603,49	3.038.583,40
	allineamento infermieri		-15.292,06	-15.292,06
TERRA FUOCHI DS Totale		**2.584.335,40**	**4.897.797,58**	**7.482.132,98**
Totale complessivo		**2.643.633,83**	**5.779.508,16**	**8.423.142,00**

per il Dirigente della Sezione AFC
Benedetto Giovanni Pacifico
IL PRESENTE ALLEGATO E' COMPOSTO
DA N. 257 PAGINE

257

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 6 febbraio 2018, n. 130

LL.RR. n. 31/74 e n. 47/75. Contributi ai Comuni per la redazione di strumenti urbanistici. Esercizio finanziario 2018. Determinazione di criteri ed obiettivi per la concessione dei contributi.

L'Assessore alla Pianificazione territoriale, Prof. Alfonso Pisicchio, sulla base dell'istruttoria espletata dal Servizio Osservatorio Abusivismo e Usi civici e confermata dal Dirigente della Sezione Urbanistica, riferisce quanto segue:

AI fine di incentivare ed agevolare la redazione da parte dei Comuni pugliesi di strumenti urbanistici generali ed esecutivi, la l.r. n. 31 del 20/8/74, integrata dalle successive l.r. n. 47/75 e l.r. n. 34/09, prevede la concessione di contributi diretti in favore dei Comuni e dei loro Consorzi. In particolare, così come previsto dalle citate leggi, il contributo è concesso nella misura del 100% per la redazione di Piani Regolatori Generali (PRG), ora PUG (Piano Urbanistico Generale) e dei piani intercomunali, nonché dei Piani di risanamento ed insediamento dell'edilizia economica e popolare nei centri storici, e nella misura del 70% per la redazione degli altri strumenti urbanistici nella medesima legge individuati.

I Comuni interessati che intendono beneficiare dei suddetti contributi devono, pertanto, far pervenire, entro il termine del 31 marzo stabilito dalla L.R. 31/74, le relative istanze con indicazione specifica degli strumenti urbanistici per i quali chiedono di accedere al contributo regionale a fronte di una documentata previsione di spesa.

L'esperienza degli scorsi anni ha evidenziato l'insufficienza della dotazione finanziaria assegnata al cap. 571010 intitolato "Trasferimento ai Comuni per la formazione di strumenti urbanistici. L.R.31/74 e 47/75" rispetto alle numerose richieste pervenute dalle Amministrazioni comunali e, nel contempo, ha posto come inderogabile la necessità di individuare criteri strettamente selettivi per la concessione dei contributi medesimi.

Si ritiene opportuno, pertanto, per l'anno 2018, definire preventivamente i criteri di priorità sulla base dei quali si procederà all'assegnazione delle contribuzioni, sì da assicurare massima trasparenza alla procedura e consentire alla Amministrazioni interessate di partecipare con maggiore informazione e consapevolezza alla formulazione delle istanze.

In primo luogo si ritiene indispensabile, in coerenza con quanto già disposto per le annualità precedenti, destinare prioritariamente la dotazione finanziaria disponibile alla **redazione di strumenti urbanistici generali (PUG) e intercomunali (PUI) e ai Piani di Intervento di recupero territoriale (PIRT)**, sia in considerazione degli innegabili maggiori costi che la predisposizione degli stessi comporta, sia soprattutto in ragione della notevole importanza che riveste la pianificazione urbanistica generale ai fini della tutela, valorizzazione e razionale utilizzazione del territorio, della previsione dei servizi di carattere generale, nonché per la ricaduta economica su tutti i settori di intervento.

Considerata la possibilità che le richieste di contributi per redazione di PUG, PUI e PIRT risultino esuberanti rispetto alle risorse disponibili, occorre altresì prevedere ulteriori criteri di selezione tra le domande correttamente formulate e pervenute nel termine di cui alla L.R. 31/74.

Saranno, quindi, ammessi a contributo per il 2018 prioritariamente quei Comuni che non ne siano stati assegnatari negli ultimi cinque anni per la medesima finalità, sia che abbiano effettivamente fruito dell'erogazione, sia che siano decaduti dal beneficio per non aver rispettato i termini di decadenza espressamente prescritti dalla L.R. n. 31/1974.

Il contributo sarà assegnato, compatibilmente con le risorse disponibili, tenendo conto della complessità degli strumenti da adottare in riferimento alle specifiche realtà territoriali, della vetustà della strumentazione urbanistica in uso che, per tale ragione, si presume necessiti di urgenti adeguamenti, nonché in proporzione ai costi previsti per le attività di pianificazione, come sopra specificate.

Per le Amministrazioni che abbiano inviato nei termini richieste di contributo ammissibili, ma prive di

quantificazione degli importi necessari, si valuterà la possibilità, di concedere in via residuale un contributo fino all'importo massimo di € 20.000,00, compatibilmente con le risorse disponibili.

Il presente provvedimento appartiene alla sfera delle competenze della Giunta Regionale così come puntualmente definite dall'art. 4, comma 4, lettera d), della LR. n.7/1997, nonché ai sensi dell'art. 15 del R.R. 3 maggio 2001, n. 5.

COPERTURA FINANZIARIA DI CUI al D.Lgs. 118/11 e s.m.i.

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria, sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale .

Il presente provvedimento appartiene alla sfera delle competenze della Giunta Regionale così come puntualmente definite dall'art.4, comma 4, lett. f) della l.r. n. 7 del 4/2/97.

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale.

LA GIUNTA

- UDITA la relazione dell'Assessore e la conseguente proposta;
- VISTE le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dalla responsabile P.O., dal Dirigente di Servizio e dal Dirigente di Sezione che ne attestano la conformità alle norme vigenti;

A voti unanimi e palesi espressi nei modi di legge

DELIBERA

- DI FARE PROPRI i contenuti della narrativa che precede;

- DI APPROVARE i criteri di selezione per l'anno 2018, come in narrativa specificati, per la concessione di contributi in favore dei Comuni pugliesi e dei loro consorzi, finalizzati alla redazione di strumenti urbanistici generali;

- DI DARE MANDATO al Servizio Osservatorio Abusivismo e Usi civici di provvedere all'istruttoria, alla valutazione delle istanze trasmesse entro il termine del 31 marzo 2018 dagli enti richiedenti, nonché ai conseguenti provvedimenti di assegnazione dei contributi secondo i criteri di priorità e di selezione fissati nel presente atto;

- DI DISPORRE la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP e sul sito istituzionale della Regione Puglia - Sezione trasparenza.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
CARMELA MORETTI

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
MICHELE EMILIANO

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 febbraio 2018, n. 148

Art 10, comma 3, legge 24 dicembre 2012, n. 243. Intesa Regionale per l'effettuazione di operazioni di investimento finanziate con il ricorso ad operazioni di indebitamento ovvero mediante l'utilizzo del risultato di amministrazione degli esercizi precedenti. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 21 febbraio 2017, n. 21. Approvazione dell'avviso di avvio dell'iter per l'anno 2018.

L'Assessore al Bilancio, Avv. Raffaele Piemontese, sulla base dell'istruttoria espletata dal funzionario istruttore e dal Servizio Bilancio e vincoli di finanza pubblica, confermata dal dirigente ad interim della Sezione Bilancio e Ragioneria, riferisce quanto segue.

Con legge 12 agosto 2016, n. 164 sono state apportate rilevanti modifiche alla legge 24 dicembre 2012, n. 243 recante "Disposizioni per l'attuazione del principio del pareggio di bilancio ai sensi dell'articolo 81, sesto comma, della Costituzione".

In particolare, con riferimento all'articolo 10 della predetta legge n. 243/2012, sono state dettate disposizioni tese a consentire, attraverso lo strumento dei patti regionali, l'effettuazione di operazioni di investimento finanziate con il ricorso ad operazioni di indebitamento ovvero mediante l'utilizzo del risultato di amministrazione degli esercizi precedenti.

Il comma 3 del novellato articolo 10 prevede:
"3. Le operazioni di indebitamento di cui al comma 2 e le operazioni di investimento realizzate attraverso l'utilizzo dei risultati di amministrazione degli esercizi precedenti sono effettuate sulla base di apposite intese concluse in ambito regionale che garantiscano, per l'anno di riferimento, il rispetto del saldo di cui all'articolo 9, comma 1, del complesso degli enti territoriali della regione interessata, compresa la medesima regione".

Il comma 4 prevede patti di solidarietà nazionali per le operazioni di investimento non soddisfatte dalle intese di cui al comma 3.

Il comma 5 prevede:
"5. Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, da adottare d'intesa con la Conferenza unificata, sono disciplinati criteri e modalità di attuazione del presente articolo, ivi incluse le modalità attuative del potere sostitutivo dello Stato, in caso di inerzia o ritardo da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano. Lo schema del decreto è trasmesso alle Camere per l'espressione del parere delle commissioni parlamentari competenti per i profili di carattere finanziario. I pareri sono espressi entro quindici giorni dalla trasmissione, decorsi i quali il decreto può essere comunque adottato".

In relazione al predetto comma, la Corte Costituzionale, con sentenza 11 ottobre - 6 dicembre 2017, n. 252, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'articolo 2, comma 1, lettera c), della legge 12 agosto 2016, n. 164, nella parte in cui, nel sostituire l'articolo 10, comma 5, della legge 24 dicembre 2012, n. 243, non prevede la parola *'tecnica'* dopo le parole *'criteri e modalità di attuazione'* e prima delle parole *'del presente articolo'*, e nella parte in cui prevede *'ivi incluse le modalità attuative del potere sostitutivo dello Stato, in caso di inerzia o ritardo da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano'*.

In attuazione dell'articolo 10, comma 5, della legge n. 243/2012 è stato emanato il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (D.P.C.M.) 21 febbraio 2017, n. 21 avente ad oggetto "Regolamento recante criteri e modalità di attuazione dell'articolo 10, comma 5, della legge 24 dicembre 2012, n. 243, in materia di ricorso all'indebitamento da parte delle regioni e degli enti locali, ivi incluse le modalità attuative del potere sostitutivo dello Stato, in caso di inerzia o ritardo da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano" che disciplina le intese regionali atte a favorire le operazioni di investimento delle regioni e degli enti locali

realizzate attraverso l'indebitamento e l'utilizzo degli avanzi di amministrazione degli esercizi precedenti ed i patti di solidarietà, nazionale che sosterranno le operazioni di investimento di cui innanzi che non sia stato possibile effettuare per mancanza di spazi finanziari nell'ambito delle intese regionali.

In base all'articolo 2 del predetto D.P.C.M., le regioni entro il termine perentorio, per l'anno 2018, del 15 febbraio, avviano l'iter delle intese attraverso la pubblicazione sul proprio sito istituzionale di apposito avviso contenente le modalità di presentazione delle domande di cessione ed acquisizione degli spazi finanziari nonché le informazioni utili al rispetto dei vincoli e dei criteri dei commi 6 e 7 del predetto D.P.C.M., comunicando contestualmente alla Ragioneria Generale dello Stato l'avvio dell'iter. Entro il termine del 31 marzo la regione e gli enti locali formulano, con le modalità indicate dalla Regione nel predetto avviso, istanza di cessione od acquisizione di spazi finanziari. Le intese in questione, per l'anno 2018, devono concludersi entro il 30 aprile con apposita deliberazione della Giunta regionale, previo parere favorevole dei rappresentanti regionali delle autonomie locali, con contestuale comunicazione agli enti interessati ed alla Ragioneria generale dello Stato dei saldi obiettivo rideterminati. L'attribuzione di spazi finanziari consente all'ente interessato di effettuare le operazioni di investimento con un peggioramento del saldo di bilancio che viene compensato dal miglioramento del risultato medesimo da parte degli enti che cedono il proprio spazio disponibile.

Il D.P.C.M. prevede inoltre (articolo 2, comma 8) che al fine di favorire gli investimenti nei settore strategici del proprio territorio le regioni possono cedere agli enti locali del proprio territorio spazi finanziari per i quali non viene prevista la restituzione.

All'esito della consultazione tecnica con i rappresentanti regionali delle autonomie locali e della condivisione in sede politica in data 6 febbraio 2018, si rende ora necessario procedere all'approvazione dell'avviso di avvio dell'iter dell'intesa e dei relativi allegati.

All'esito della suesposta istruttoria, si rimette alla Giunta regionale l'approvazione dell'avviso di avvio dell'iter dell'intesa e dei relativi allegati.

Sezione copertura finanziaria ai sensi della legge regionale n. 28/2001 e successive modificazioni ed integrazioni

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del Bilancio Regionale.

Tutto ciò premesso e considerato l'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie illustrate, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale che rientra nelle competenze della Giunta regionale ai sensi della legge regionale 4 febbraio 1997, n. 7, articolo 4, comma 4, lettera a);

LA GIUNTA

UDITA la relazione e la conseguente proposta dell'avv. Raffaele Piemontese, Assessore al Bilancio;

VISTA la sottoscrizione posta in calce al presente provvedimento dal dirigente del Servizio Bilancio e dal dirigente della Sezione Bilancio e Ragioneria;

A voti unanimi espressi nei modi di legge;

DELIBERA

1. di fare propria la relazione dell'Assessore al Bilancio, per i motivi suesposti che qui si intendono integralmente riportati e trascritti;

2. di prendere atto del documento condiviso in data 6 febbraio 2018 con i rappresentanti della Città Metropolitana di Bari, di Anci Puglia e di Upi Puglia che si allega alla presente deliberazione con la lettera A, parte integrante del presente provvedimento;

3. di approvare l'avviso di avvio dell'iter per l'anno 2018 dell'intesa regionale di cui all'articolo 10, comma 3, della legge 24 dicembre 2012, n. 243 ed al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 21 febbraio 2017, n. 21 e relativi allegati che si allegano alla presente deliberazione con le lettere B, B1 e B2, parti integranti del presente provvedimento;

4. di demandare alla Sezione Bilancio e Ragioneria gli adempimenti in ordine alla pubblicazione dell'avviso sul sito istituzionale della Regione Puglia, alla comunicazione dell'avvio dell'iter al Ministero dell'Economia e delle Finanze - Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato attraverso il sistema web dedicato al pareggio del bilancio ed all'invio dell'avviso medesimo alle rappresentanze regionali delle autonomie locali al fine di garantire la massima pubblicità;

5. di disporre la pubblicazione della presente deliberazione sul bollettino ufficiale della regione Puglia;

6. di dichiarare a tutti gli effetti di legge la presente deliberazione immediatamente esecutiva.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
CARMELA MORETTI

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
ANTONIO NUNZIANTE

allegato A

BOZZA AVVISO RELATIVO ALL'AVVIO ITER INTESA REGIONALE PER L'ANNO 2018 AI SENSI DELL'ART. 10 DELLA LEGGE 24 DICEMBRE 2012, N. 243 PER LA REALIZZAZIONE DI OPERAZIONI DI INVESTIMENTO FINANZIATE CON OPERAZIONI DI INDEBITAMENTO O CON RISULTATI DI AMMINISTRAZIONE DEGLI ESERCIZI PRECEDENTI

1. L'articolo 10 della legge 24 dicembre 2012, n. 243 "Disposizioni per l'attuazione del principio del pareggio di bilancio ai sensi dell'articolo 81, sesto comma, della Costituzione" come modificato dalla legge 12 agosto 2016, n. 164, al fine di consentire l'effettuazione delle operazioni di indebitamento e di investimento realizzate attraverso l'utilizzo dei risultati di amministrazione degli esercizi precedenti, prevede che in ambito regionale siano concluse apposite intese tra Regione, Comuni, Province e Città Metropolitane. Restano ferme le operazioni di investimento mediante il ricorso all'indebitamento ed all'avanzo di amministrazione effettuabili dagli enti territoriali nel rispetto del proprio saldo di equilibrio. L'intesa regionale interviene solo ad integrazione degli spazi finanziari già disponibili per ciascun ente qualora non sufficienti alla effettuazione degli investimenti.
2. Il comma 5 del predetto articolo 10 demanda ad un decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (d'ora in poi D.P.C.M.), adottato d'intesa con la Conferenza Unificata, la disciplina dei criteri e delle modalità di attuazione delle predette misure.
3. In data 11 marzo 2017 è stato pubblicato il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 21 febbraio 2017, n. 21 avente ad oggetto "Regolamento recante criteri e modalità di attuazione dell'articolo 10, comma 5, della legge 24 dicembre 2012, n. 243, in materia di ricorso all'indebitamento da parte delle regioni e degli enti locali, ivi incluse le modalità attuative del potere sostitutivo dello Stato, in caso di inerzia o ritardo da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano".
4. La Regione Puglia, attraverso la pubblicazione del presente avviso sul proprio sito istituzionale (www.regionepuglia.it), avvia l'iter della intesa prevista dal comma 5 dell'articolo 10 della legge n. 243/2012 e disciplinata dall'articolo 2 del D.P.C.M. dandone comunicazione con modalità informatiche alla Ragioneria Generale dello Stato. Anci Puglia, Upi Puglia e la Città Metropolitana di Bari assicurano la pubblicazione del presente avviso sui propri siti istituzionali.
5. Le richieste di attribuzione/cessione di spazi finanziari dovranno essere presentate su modelli conformi a quelli allegati al presente avviso. La richiesta di attribuzione/cessione degli spazi finanziari dovrà essere sottoscritta digitalmente dal rappresentante legale pro-tempore, dal Segretario Generale e dal Responsabile del Servizio Finanziario.
6. Le domande di cessione/richiesta degli spazi finanziari vanno comunicate alla Regione all'indirizzo di posta elettronica certificata servizio.bilancio.ragioneria@pec.rupar.puglia.it entro il termine perentorio del 31 marzo 2018.
7. Gli spazi finanziari che si renderanno disponibili, ad esclusione di quelli eventualmente ceduti dalla Regione Puglia ai sensi dell'articolo 2, comma 8, del D.P.C.M. e di cui al successivo punto 9, saranno prioritariamente destinati secondo le modalità previste ai commi 6 e 7, articolo 2, del D.P.C.M. Nel caso in cui residuino ulteriori spazi da ripartire dopo l'applicazione dei criteri di cui ai predetti commi 6 e 7, gli stessi saranno ripartiti, soddisfatta la richiesta di ciascun ente meglio classificato, a favore degli enti territoriali che presentano la maggiore incidenza del fondo cassa rispetto alla quota vincolata agli investimenti del risultato di amministrazione, risultante dal rendiconto o dal pre-consuntivo dell'anno precedente.
8. Gli enti che cedono spazi finanziari dovranno indicare nella richiesta tempi e modalità di miglioramento del saldo negli esercizi successivi, da un minimo di due ad un massimo di cinque anni. La quota del primo anno non può superare il 50%. Analogamente, gli enti che acquisiscono spazi finanziari dovranno indicare nella richiesta tempi e modalità di peggioramento del saldo negli esercizi successivi, da un minimo di due ad un massimo di cinque anni. La quota del primo anno non può essere inferiore al 50%. La regione assicura il rispetto del saldo di equilibrio del complesso degli enti territoriali, compresa la Regione stessa, per l'intero arco temporale dell'Intesa tenendo

prioritariamente conto delle modalità di recupero indicate dagli enti che cedono spazi e tenendo conto, se compatibili, di quelle indicate dagli enti che acquisiscono gli spazi medesimi.

9. Ai sensi del comma 8 dell'articolo 2 del D.P.C.M., al fine di favorire gli investimenti nei settori strategici del proprio territorio, le regioni possono cedere, per uno o più esercizi successivi, agli enti locali del proprio territorio, spazi finanziari per i quali non è prevista la restituzione negli esercizi successivi.
10. A tal fine la regione Puglia individua come prioritari i settori strategici del proprio territorio in quelli oggetto di interventi finanziati con le risorse dei Fondi strutturali comunitari o del Fondo sviluppo e coesione. Nel caso residuino spazi finanziari da distribuire gli stessi saranno ripartiti a favore degli enti locali per l'effettuazione degli altri investimenti finanziabili con l'utilizzo del risultato di amministrazione degli anni precedenti o con il ricorso all'indebitamento.
11. Gli spazi finanziari che la Regione renderà eventualmente disponibili ai sensi del precedente punto 9 saranno prioritariamente destinati:
    a) agli enti locali che, con riferimento alle operazioni di investimento finanziate con le risorse dei Fondi strutturali comunitari o del Fondo sviluppo e coesione, dispongono di progetti esecutivi di cui all'articolo 23, comma 8, del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50, validati ed approvati in conformità alla vigente normativa, completi di cronoprogramma di spesa, e presentano la maggiore incidenza del fondo cassa rispetto alla quota vincolata agli investimenti del risultato di amministrazione riferita agli ambiti di intervento nei settori strategici come prima individuati;
    b) nel caso in cui residuino ulteriori spazi da ripartire dopo l'applicazione del predetto criterio, gli stessi saranno ripartiti, soddisfatta la richiesta di ciascun ente meglio classificato, a favore degli enti territoriali, con riferimento alle operazioni di investimento finanziate con le risorse dei Fondi strutturali comunitari o del Fondo sviluppo e coesione, che presentano la maggiore incidenza del fondo cassa rispetto alla quota vincolata agli investimenti del risultato di amministrazione riferita agli interventi finanziati con le risorse dei Fondi strutturali comunitari o del Fondo sviluppo e coesione;
    c) nel caso in cui residuino ulteriormente spazi da ripartire dopo l'applicazione dei predetti criteri, gli stessi saranno ripartiti, soddisfatta la richiesta di ciascun ente meglio classificato, a favore degli enti territoriali, con riferimento agli altri investimenti, che presentano la maggiore incidenza del fondo cassa rispetto alla quota vincolata agli investimenti e libera ad essi destinata del risultato di amministrazione.
12. Le intese devono intervenire, con atto formale, entro il 30 aprile 2018 tra Regione, Anci Puglia, Upi Puglia e Città metropolitana di Bari. A tal fine la Regione convocherà appositi incontri. Entro il medesimo termine la regione comunica agli enti interessati i saldi obiettivo rideterminati e alla Ragioneria generale dello Stato i conseguenti elementi informativi occorrenti per la verifica del mantenimento del rispetto complessivo del saldo di equilibrio di cui all'articolo 9, comma 1, della legge n. 243/2012.
13. Gli enti beneficiari degli spazi finanziari trasmettono le informazioni relative agli investimenti effettuati a valere sui predetti spazi al sistema di monitoraggio opere pubbliche della Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche (BDAP-MOP).
14. Con riferimento al procedimento di assegnazione degli spazi finanziari in esame, i commi 506, 507 (come sostituito dall'articolo 1, comma 874, lettera q), della legge n. 205/2017 - legge di bilancio 2018) e 508, dell'articolo 1 della legge n. 232/2016 (legge di bilancio 2017), dispongono il seguente quadro sanzionatorio:
    - alle regioni che non sanciscono l'intesa regionale si applicano, nell'esercizio della mancata intesa, le sanzioni di divieto di assunzione del personale nonché il limite sull'assunzione degli impegni previste rispettivamente alle lettere e) e c) del comma 475 dell'articolo 1 della legge n. 232/2016;
    - l'ente territoriale beneficiario di spazi finanziari che li abbia utilizzati per una quota inferiore al 90%, non può beneficiare di spazi finanziari nell'esercizio successivo a quello dell'invio della certificazione di verifica del rispetto dell'obiettivo del saldo di cui all'articolo 1, comma 470, della legge n. 232/2016;

- l'ente territoriale beneficiario di spazi finanziari che non effettui la trasmissione delle informazioni richieste dal D.P.C.M. non può procedere ad assunzioni di personale a tempo indeterminato, anche con riferimento a processi di stabilizzazione in atto, fino a quando non abbia adempiuto.

Allegati:

a. Modello richiesta di attribuzione/cessione spazi finanziari da compensare negli anni successivi;

b. Modello richiesta di attribuzione spazi finanziari non soggetti a restituzione.

Bari, 6 febbraio 2018

Per la Regione Puglia, l'Assessore al Bilancio
(Raffaele Piemontese)

Per ANCI Puglia, per il Presidente (Domenico Vitto)
(Massimo Mazzilli)

Per la Città Metropolitana di Bari,
il Sindaco Metropolitano (Antonio Decaro)

Per UPI Puglia, per il Presidente (Antonio Maria Gabellone)
(Roberto Serra)

Allegato a) Modello richiesta di attribuzione/cessione spazi finanziari da compensare negli anni successivi

(su carta intestata del Comune /Provincia)

INTESA REGIONALE PER LA REALIZZAZIONE DI OPERAZIONI DI INVESTIMENTO FINANZIATE CON OPERAZIONI DI INDEBITAMENTO O CON RISULTATI DI AMMINISTRAZIONE DEGLI ESERCIZI PRECEDENTI ANNO 2018

Istanza di attribuzione/cessione di spazi finanziari in attuazione dell'art. 10 della legge 24 dicembre 2012, n. 243 e dell'articolo 2 del D.P.C.M. 21 febbraio 2017, n. 21 soggetti a compensazione negli esercizi successivi -ANNO 2018-

Alla Regione PUGLIA
Assessorato al Bilancio
Via Gentile n. 52, Bari
servizio.bilancio.ragioneria@pec.rupar.puglia.it

I sottoscritti:

- _____ Sindaco/Presidente;
- _____ Segretario Generale;
- _____ Responsabile del servizio finanziario;

preso atto del contenuto dell'avviso della Regione Puglia pubblicato in data .....

COMUNICANO

	Esercizio 2018	Esercizio 2019	Esercizio 2020
L'importo dello spazio finanziario che **SI CEDE** nell'ambito della procedura di cui all'art. 2 del D.P.C.M. n. 21/2017 per operazioni di investimento realizzate attraverso indebitamento o utilizzo degli avanzi di amministrazione degli anni precedenti	€ _____ (in cifre) € _____ (in lettere)	€ _____ (in cifre) € _____ (in lettere)	€ _____ (in cifre) € _____ (in lettere)

Modalità di **MIGLIORAMENTO** del saldo negli esercizi successivi (min. 2 max 5 esercizi)	Esercizio 2019	Esercizio 2020	Esercizio 2021	Esercizio 2022	Esercizio 2023
	----------%	----------%	----------%	----------%	----------%

N.B. - Per il primo esercizio la quota NON PUÒ ESSERE SUPERIORE al 50%

Ovvero

	Esercizio 2018	Esercizio 2019	Esercizio 2020
l'importo dello spazio finanziario che **SI RICHIEDE** nell'ambito della procedura di cui all'art. 2 del D.P.C.M. n. 21/2017 per operazioni di investimento realizzate attraverso indebitamento o utilizzo degli avanzi di amministrazione degli anni precedenti	€_____(in cifre) €_____(in lettere)	€_____(in cifre) €_____(in lettere)	€_____(in cifre) €_____(in lettere)

Modalità di **PEGGIORAMENTO** del saldo negli esercizi successivi (min. 2 max 5 esercizi)	Esercizio 2019	Esercizio 2020	Esercizio 2021	Esercizio 2022	Esercizio 2023
	----------%	----------%	----------%	----------%	----------%

N.B. - Per il primo esercizio la quota <u>NON PUÒ ESSERE INFERIORE AL 50%</u>

A tal fine dichiarano (solo per gli enti che formulano richiesta di attribuzione di spazi finanziari):

a) che il Comune nel 2015 era escluso dai vincoli di finanza pubblica in quanto con popolazione fino a 1.000 abitanti:
SI - **NO** (barrare l'opzione SI se ricorre la fattispecie);

b) che trattasi di Comune istituito, nel quinquennio precedente al 2018, a seguito dei processi di fusione previsti dalla vigente legislazione e conclusi entro il 1 gennaio 2018:
SI - **NO** (barrare l'opzione SI se ricorre la fattispecie);

c) che:
- la consistenza dell'avanzo di amministrazione 2017, risultante da rendiconto o dal pre-consuntivo, al netto della quota accantonata al fondo crediti di dubbia esigibilità è pari ad euro _____;
- il fondo di cassa al 31.12.2017 è pari ad euro _____;
- la quota dei fondi stanziati in bilancio destinati a confluire nell'avanzo di amministrazione è pari ad euro _____[1];
- la quota vincolata agli investimenti del risultato di amministrazione, risultante da rendiconto o dal pre-consuntivo dell'anno precedente, è pari ad euro _____;
- la quota libera del risultato di amministrazione destinata agli investimenti, risultante da rendiconto o dal pre-consuntivo dell'anno precedente, è pari ad euro _____;

d) che, nell'ambito della richiesta di attribuzione di spazi finanziari, le operazioni di investimento che dispongono di progetti esecutivi di cui all'articolo 23, comma 8, del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50, validati ed approvati in conformità alla vigente normativa, completi di cronoprogramma di spesa, ammontano a complessivi euro_____;

Lì, _____

In fede
(firma digitale)

[1] Si fa riferimento ai fondi di cui al paragrafo B.3 "Fondo crediti di dubbia esigibilità e Fondi spese e rischi futuri" della circolare MEF 10 febbraio 2016, n. 5 avente ad oggetto "Circolare concernente le nuove regole di finanza pubblica per il triennio 2016-2018 per gli enti territoriali (Legge 28 dicembre 2015, n. 208)".

Allegato b) Modello richiesta di attribuzione spazi finanziari non soggetti a restituzione.

(su carta intestata del Comune /Provincia)

INTESA REGIONALE PER LA REALIZZAZIONE DI OPERAZIONI DI INVESTIMENTO FINANZIATE CON OPERAZIONI DI INDEBITAMENTO O CON RISULTATI DI AMMINISTRAZIONE DEGLI ESERCIZI PRECEDENTI –ANNO 2018-

Istanza di attribuzione di spazi finanziari
in attuazione dell'art. 10 della legge 24 dicembre 2012, n. 243 e dell'articolo 2, comma 8, del D.P.C.M. 21 febbraio 2017, n. 21 non soggetti a restituzione

Alla Regione PUGLIA
Assessorato al Bilancio
Via Gentile n. 52, Bari
servizio.bilancio.ragioneria@pec.rupar.puglia.it

I sottoscritti:

- _____ Sindaco/Presidente;
- _____ Segretario Generale;
- _____ Responsabile del servizio finanziario;

preso atto del contenuto dell'avviso della Regione Puglia pubblicato in data .....

COMUNICANO

l'importo dello spazio finanziario che **SI RICHIEDE** nell'ambito della procedura di cui all'art. 2, comma 8, del D.P.C.M. n. 21/2017 per operazioni di investimento realizzate attraverso indebitamento o utilizzo degli avanzi di amministrazione degli anni precedenti con riferimento agli interventi finanziati con i fondi strutturali comunitari e/o con il Fondo Sviluppo e Coesione	€ _____ (in cifre) € _____ (in lettere)

l'importo dello spazio finanziario che **SI RICHIEDE** nell'ambito della procedura di cui all'art. 2, comma 8, del D.P.C.M. n. 21/2017 per operazioni di investimento realizzate attraverso indebitamento o utilizzo degli avanzi di amministrazione degli anni precedenti con riferimento agli altri interventi	€ _____ (in cifre) € _____ (in lettere)

A tal fine dichiarano

a) che:

- la consistenza dell'avanzo di amministrazione 2017, risultante da rendiconto o dal pre-consuntivo, al netto della quota accantonata al fondo crediti di dubbia esigibilità è pari ad euro _____;
- il fondo di cassa al 31.12.2017 è pari ad euro _____;
- la quota dei fondi stanziati in bilancio destinati a confluire nell'avanzo di amministrazione è pari ad euro _____[1];
- la quota vincolata agli investimenti del risultato di amministrazione, risultante da rendiconto o dal pre-consuntivo dell'anno precedente, finanziati con i fondi strutturali comunitari e/o con il Fondo Sviluppo e Coesione, è pari ad euro _____;
- la quota vincolata agli investimenti e quella libera ad essi destinati del risultato di amministrazione, risultante da rendiconto o dal pre-consuntivo dell'anno precedente, è pari ad euro _____;

b) che, nell'ambito della richiesta di attribuzione di spazi finanziari, le operazioni di investimento finanziate con i Fondi strutturali comunitari e/o con il Fondo Sviluppo e Coesione che dispongono di progetti esecutivi di cui all'articolo 23, comma 8, del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50, validati ed approvati in conformità alla vigente normativa, completi di cronoprogramma di spesa, ammontano a complessivi euro _____;

Lì, _____

In fede
(firma digitale)

[1] Si fa riferimento ai fondi di cui al paragrafo B.3 "Fondo crediti di dubbia esigibilità e Fondi spese e rischi futuri" della circolare MEF 10 febbraio 2016, n. 5 avente ad oggetto "Circolare concemente le nuove regole di finanza pubblica per il triennio 2016-2018 per gli enti territoriali (Legge 28 dicembre 2015, n. 208)".

allegato B

REGIONE PUGLIA
– Assessorato al Bilancio –

AVVISO RELATIVO ALL'AVVIO ITER INTESA REGIONALE AI SENSI DELL'ART. 10 DELLA LEGGE 24 DICEMBRE 2012, N. 243 PER LA REALIZZAZIONE DI OPERAZIONI DI INVESTIMENTO FINANZIATE CON OPERAZIONI DI INDEBITAMENTO O CON RISULTATI DI AMMINISTRAZIONE DEGLI ESERCIZI PRECEDENTI

(Approvato con deliberazione della Giunta regionale ___ febbraio 2017, n. ___)

1. L'articolo 10 della legge 24 dicembre 2012, n. 243 "Disposizioni per l'attuazione del principio del pareggio di bilancio ai sensi dell'articolo 81, sesto comma, della Costituzione" come modificato dalla legge 12 agosto 2016, n. 164, al fine di consentire l'effettuazione delle operazioni di indebitamento e di investimento realizzate attraverso l'utilizzo dei risultati di amministrazione degli esercizi precedenti, prevede che in ambito regionale siano concluse apposite intese tra Regione, Comuni, Province e Città Metropolitane. Restano ferme le operazioni di investimento mediante il ricorso all'indebitamento ed all'avanzo di amministrazione effettuabili dagli enti territoriali nel rispetto del proprio saldo di equilibrio. L'intesa regionale interviene solo ad integrazione degli spazi finanziari già disponibili per ciascun ente qualora non sufficienti alla effettuazione degli investimenti.
2. Il comma 5 del predetto articolo 10 demanda ad un decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (d'ora in poi D.P.C.M.), adottato d'intesa con la Conferenza Unificata, la disciplina dei criteri e delle modalità di attuazione delle predette misure.
3. In data 11 marzo 2017 è stato pubblicato il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 21 febbraio 2017, n. 21 avente ad oggetto "Regolamento recante criteri e modalità di attuazione dell'articolo 10, comma 5, della legge 24 dicembre 2012, n. 243, in materia di ricorso all'indebitamento da parte delle regioni e degli enti locali, ivi incluse le modalità attuative del potere sostitutivo dello Stato, in caso di inerzia o ritardo da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano".
4. La Regione Puglia, attraverso la pubblicazione del presente avviso sul proprio sito istituzionale (www.regionepuglia.it), avvia l'iter della intesa prevista dal comma 5 dell'articolo 10 della legge n. 243/2012 e disciplinata dall'articolo 2 del D.P.C.M. dandone comunicazione con modalità informatiche alla Ragioneria Generale dello Stato. Anci Puglia, Upi Puglia e la Città Metropolitana di Bari assicurano la pubblicazione del presente avviso sui propri siti istituzionali.
5. Le richieste di attribuzione/cessione di spazi finanziari dovranno essere presentate su modelli conformi a quelli allegati al presente avviso. La richiesta di attribuzione/cessione degli spazi finanziari dovrà essere sottoscritta digitalmente dal rappresentante legale pro-tempore, dal Segretario Generale e dal Responsabile del Servizio Finanziario.
6. Le domande di cessione/richiesta degli spazi finanziari vanno comunicate alla Regione all'indirizzo di posta elettronica certificata servizio.bilancio.ragioneria@pec.rupar.puglia.it entro il termine perentorio del 31 marzo 2018.
7. Gli spazi finanziari che si renderanno disponibili, ad esclusione di quelli eventualmente ceduti dalla Regione Puglia ai sensi dell'articolo 2, comma 8, del D.P.C.M. e di cui al successivo punto 9, saranno prioritariamente destinati secondo le modalità previste ai commi 6 e 7, articolo 2, del D.P.C.M. Nel caso in cui residuino ulteriori spazi da ripartire dopo l'applicazione dei criteri di cui ai predetti commi 6 e 7, gli stessi saranno ripartiti, soddisfatta la richiesta di ciascun ente meglio classificato, a favore degli enti territoriali che presentano la maggiore incidenza del fondo cassa rispetto alla

REGIONE PUGLIA
– Assessorato al Bilancio –

quota vincolata agli investimenti del risultato di amministrazione, risultante dal rendiconto o dal pre-consuntivo dell'anno precedente.

8. Gli enti che cedono spazi finanziari dovranno indicare nella richiesta tempi e modalità di miglioramento del saldo negli esercizi successivi, da un minimo di due ad un massimo di cinque anni. La quota del primo anno non può superare il 50%. Analogamente, gli enti che acquisiscono spazi finanziari dovranno indicare nella richiesta tempi e modalità di peggioramento del saldo negli esercizi successivi, da un minimo di due ad un massimo di cinque anni. La quota del primo anno non può essere inferiore al 50%. La regione assicura il rispetto del saldo di equilibrio del complesso degli enti territoriali, compresa la Regione stessa, per l'intero arco temporale dell'Intesa tenendo prioritariamente conto delle modalità di recupero indicate dagli enti che cedono spazi e tenendo conto, se compatibili, di quelle indicate dagli enti che acquisiscono gli spazi medesimi.
9. Ai sensi del comma 8 dell'articolo 2 del D.P.C.M., al fine di favorire gli investimenti nei settori strategici del proprio territorio, le regioni possono cedere, per uno o più esercizi successivi, agli enti locali del proprio territorio, spazi finanziari per i quali non è prevista la restituzione negli esercizi successivi.
10. A tal fine la regione Puglia individua come prioritari i settori strategici del proprio territorio in quelli oggetto di interventi finanziati con le risorse dei Fondi strutturali comunitari o del Fondo sviluppo e coesione. Nel caso residuino spazi finanziari da distribuire gli stessi saranno ripartiti a favore degli enti locali per l'effettuazione degli altri investimenti finanziabili con l'utilizzo del risultato di amministrazione degli anni precedenti o con il ricorso all'indebitamento.
11. Gli spazi finanziari che la Regione renderà eventualmente disponibili ai sensi del precedente punto 9 saranno prioritariamente destinati:
    a) agli enti locali che, con riferimento alle operazioni di investimento finanziate con le risorse dei Fondi strutturali comunitari o del Fondo sviluppo e coesione, dispongono di progetti esecutivi di cui all'articolo 23, comma 8, del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50, validati ed approvati in conformità alla vigente normativa, completi di cronoprogramma di spesa, e presentano la maggiore incidenza del fondo cassa rispetto alla quota vincolata agli investimenti del risultato di amministrazione riferita agli ambiti di intervento nei settori strategici come prima individuati;
    b) nel caso in cui residuino ulteriori spazi da ripartire dopo l'applicazione del predetto criterio, gli stessi saranno ripartiti, soddisfatta la richiesta di ciascun ente meglio classificato, a favore degli enti territoriali, con riferimento alle operazioni di investimento finanziate con le risorse dei Fondi strutturali comunitari o del Fondo sviluppo e coesione, che presentano la maggiore incidenza del fondo cassa rispetto alla quota vincolata agli investimenti del risultato di amministrazione riferita agli interventi finanziati con le risorse dei Fondi strutturali comunitari o del Fondo sviluppo e coesione;
    c) nel caso in cui residuino ulteriormente spazi da ripartire dopo l'applicazione dei predetti criteri, gli stessi saranno ripartiti, soddisfatta la richiesta di ciascun ente meglio classificato, a favore degli enti territoriali, con riferimento agli altri investimenti, che presentano la maggiore incidenza del fondo cassa rispetto alla quota vincolata agli investimenti e libera ad essi destinata del risultato di amministrazione.
12. Le intese devono intervenire, con atto formale, entro il 30 aprile 2018 tra Regione, Anci Puglia, Upi Puglia e Città metropolitana di Bari. A tal fine la Regione convocherà appositi incontri. Entro il medesimo termine la regione comunica agli enti interessati i saldi obiettivo rideterminati e alla Ragioneria generale dello Stato i conseguenti elementi informativi occorrenti per la verifica del mantenimento del rispetto complessivo del saldo di equilibrio di cui all'articolo 9, comma 1, della legge n. 243/2012.

REGIONE PUGLIA
– Assessorato al Bilancio –

13. Gli enti beneficiari degli spazi finanziari trasmettono le informazioni relative agli investimenti effettuati a valere sui predetti spazi al sistema di monitoraggio opere pubbliche della Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche (BDAP-MOP).
14. Con riferimento al procedimento di assegnazione degli spazi finanziari in esame, i commi 506, 507 (come sostituito dall'articolo 1, comma 874, lettera q), della legge n. 205/2017 - legge di bilancio 2018) e 508, dell'articolo 1 della legge n. 232/2016 (legge di bilancio 2017), dispongono il seguente quadro sanzionatorio:
    - alle regioni che non sanciscono l'intesa regionale si applicano, nell'esercizio della mancata intesa, le sanzioni di divieto di assunzione del personale nonché il limite sull'assunzione degli impegni previste rispettivamente alle lettere e) e c) del comma 475 dell'articolo 1 della legge n. 232/2016;
    - l'ente territoriale beneficiario di spazi finanziari che li abbia utilizzati per una quota inferiore al 90%, non può beneficiare di spazi finanziari nell'esercizio successivo a quello dell'invio della certificazione di verifica del rispetto dell'obiettivo del saldo di cui all'articolo 1, comma 470, della legge n. 232/2016;
    - l'ente territoriale beneficiario di spazi finanziari che non effettui la trasmissione delle informazioni richieste dal D.P.C.M. non può procedere ad assunzioni di personale a tempo indeterminato, anche con riferimento a processi di stabilizzazione in atto, fino a quando non abbia adempiuto.

Allegati:

a. Modello richiesta di attribuzione/cessione spazi finanziari da compensare negli anni successivi;

b. Modello richiesta di attribuzione spazi finanziari non soggetti a restituzione.

allegato B 1

Allegato a) Modello richiesta di attribuzione/cessione spazi finanziari da compensare negli anni successivi

(su carta intestata del Comune /Provincia)

INTESA REGIONALE PER LA REALIZZAZIONE DI OPERAZIONI DI INVESTIMENTO FINANZIATE CON OPERAZIONI DI INDEBITAMENTO O CON RISULTATI DI AMMINISTRAZIONE DEGLI ESERCIZI PRECEDENTI ANNO 2018

Istanza di attribuzione/cessione di spazi finanziari in attuazione dell'art. 10 della legge 24 dicembre 2012, n. 243 e dell'articolo 2 del D.P.C.M. 21 febbraio 2017, n. 21 soggetti a compensazione negli esercizi successivi -ANNO 2018-

Alla Regione PUGLIA
Assessorato al Bilancio
Via Gentile n. 52, Bari
servizio.bilancio.ragioneria@pec.rupar.puglia.it

I sottoscritti:

- _____ Sindaco/Presidente;
- _____ Segretario Generale;
- _____ Responsabile del servizio finanziario;

preso atto del contenuto dell'avviso della Regione Puglia pubblicato in data .....

COMUNICANO

	Esercizio 2018	Esercizio 2019	Esercizio 2020
L'importo dello spazio finanziario che **SI CEDE** nell'ambito della procedura di cui all'art. 2 del D.P.C.M. n. 21/2017 per operazioni di investimento realizzate attraverso indebitamento o utilizzo degli avanzi di amministrazione degli anni precedenti	€ _____ (in cifre) € _____ (in lettere)	€ _____ (in cifre) € _____ (in lettere)	€ _____ (in cifre) € _____ (in lettere)

Modalità di **MIGLIORAMENTO** del saldo negli esercizi successivi (min. 2 max 5 esercizi)	Esercizio 2019	Esercizio 2020	Esercizio 2021	Esercizio 2022	Esercizio 2023
	----------%	----------%	----------%	----------%	----------%

N.B. - Per il primo esercizio la quota NON PUÒ ESSERE SUPERIORE al 50%

Ovvero

	Esercizio 2018	Esercizio 2019	Esercizio 2020
l'importo dello spazio finanziario che **SI RICHIEDE** nell'ambito della procedura di cui all'art. 2 del D.P.C.M. n. 21/2017 per operazioni di investimento realizzate attraverso indebitamento o utilizzo degli avanzi di amministrazione degli anni precedenti	€ _____ (in cifre) € _____ (in lettere)	€ _____ (in cifre) € _____ (in lettere)	€ _____ (in cifre) € _____ (in lettere)

Modalità di **PEGGIORAMENTO** del saldo negli esercizi successivi (min. 2 max 5 esercizi)	Esercizio 2019	Esercizio 2020	Esercizio 2021	Esercizio 2022	Esercizio 2023
	----------%	----------%	----------%	----------%	----------%

N.B. - Per il primo esercizio la quota NON PUÒ ESSERE INFERIORE AL 50%

A tal fine dichiarano (solo per gli enti che formulano richiesta di attribuzione di spazi finanziari):

a) che il Comune nel 2015 era escluso dai vincoli di finanza pubblica in quanto con popolazione fino a 1.000 abitanti:
SI - **NO** (barrare l'opzione SI se ricorre la fattispecie);

b) che trattasi di Comune istituito, nel quinquennio precedente al 2018, a seguito dei processi di fusione previsti dalla vigente legislazione e conclusi entro il 1 gennaio 2018:
SI - **NO** (barrare l'opzione SI se ricorre la fattispecie);

c) che:
- la consistenza dell'avanzo di amministrazione 2017, risultante da rendiconto o dal pre-consuntivo, al netto della quota accantonata al fondo crediti di dubbia esigibilità è pari ad euro _____;
- il fondo di cassa al 31.12.2017 è pari ad euro _____;
- la quota dei fondi stanziati in bilancio destinati a confluire nell'avanzo di amministrazione è pari ad euro _____[1];
- la quota vincolata agli investimenti del risultato di amministrazione, risultante da rendiconto o dal pre-consuntivo dell'anno precedente, è pari ad euro _____;
- la quota libera del risultato di amministrazione destinata agli investimenti, risultante da rendiconto o dal pre-consuntivo dell'anno precedente, è pari ad euro _____;

d) che, nell'ambito della richiesta di attribuzione di spazi finanziari, le operazioni di investimento che dispongono di progetti esecutivi di cui all'articolo 23, comma 8, del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50, validati ed approvati in conformità alla vigente normativa, completi di cronoprogramma di spesa, ammontano a complessivi euro_____;

Lì, _____

In fede
(firma digitale)

[1] Si fa riferimento ai fondi di cui al paragrafo B.3 "Fondo crediti di dubbia esigibilità e Fondi spese e rischi futuri" della circolare MEF 10 febbraio 2016, n. 5 avente ad oggetto "Circolare concernente le nuove regole di finanza pubblica per il triennio 2016-2018 per gli enti territoriali (Legge 28 dicembre 2015, n. 208)".

allegato B 2

Allegato b) Modello richiesta di attribuzione spazi finanziari non soggetti a restituzione.

(su carta intestata del Comune /Provincia)

INTESA REGIONALE PER LA REALIZZAZIONE DI OPERAZIONI DI INVESTIMENTO FINANZIATE CON OPERAZIONI DI INDEBITAMENTO O CON RISULTATI DI AMMINISTRAZIONE DEGLI ESERCIZI PRECEDENTI –ANNO 2018-

Istanza di attribuzione di spazi finanziari
in attuazione dell'art. 10 della legge 24 dicembre 2012, n. 243 e dell'articolo 2, comma 8, del D.P.C.M. 21 febbraio 2017, n. 21 non soggetti a restituzione

Alla Regione PUGLIA
Assessorato al Bilancio
Via Gentile n. 52, Bari
servizio.bilancio.ragioneria@pec.rupar.puglia.it

I sottoscritti:

- _____ Sindaco/Presidente;
- _____ Segretario Generale;
- _____ Responsabile del servizio finanziario;

preso atto del contenuto dell'avviso della Regione Puglia pubblicato in data .....

COMUNICANO

l'importo dello spazio finanziario che **SI RICHIEDE** nell'ambito della procedura di cui all'art. 2, comma 8, del D.P.C.M. n. 21/2017 per operazioni di investimento realizzate attraverso indebitamento o utilizzo degli avanzi di amministrazione degli anni precedenti con riferimento agli interventi finanziati con i fondi strutturali comunitari e/o con il Fondo Sviluppo e Coesione	€ _____ (in cifre) € _____ (in lettere)

l'importo dello spazio finanziario che **SI RICHIEDE** nell'ambito della procedura di cui all'art. 2, comma 8, del D.P.C.M. n. 21/2017 per operazioni di investimento realizzate attraverso indebitamento o utilizzo degli avanzi di amministrazione degli anni precedenti con riferimento agli altri interventi	€ _____ (in cifre) € _____ (in lettere)

A tal fine dichiarano

a) che:

- la consistenza dell'avanzo di amministrazione 2017, risultante da rendiconto o dal pre-consuntivo, al netto della quota accantonata al fondo crediti di dubbia esigibilità è pari ad euro _____;
- il fondo di cassa al 31.12.2017 è pari ad euro _____;
- la quota dei fondi stanziati in bilancio destinati a confluire nell'avanzo di amministrazione è pari ad euro _____[1];
- la quota vincolata agli investimenti del risultato di amministrazione, risultante da rendiconto o dal pre-consuntivo dell'anno precedente, finanziati con i fondi strutturali comunitari e/o con il Fondo Sviluppo e Coesione, è pari ad euro _____;
- la quota vincolata agli investimenti e quella libera ad essi destinati del risultato di amministrazione, risultante da rendiconto o dal pre-consuntivo dell'anno precedente, è pari ad euro _____;

b) che, nell'ambito della richiesta di attribuzione di spazi finanziari, le operazioni di investimento finanziate con i Fondi strutturali comunitari e/o con il Fondo Sviluppo e Coesione che dispongono di progetti esecutivi di cui all'articolo 23, comma 8, del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50, validati ed approvati in conformità alla vigente normativa, completi di cronoprogramma di spesa, ammontano a complessivi euro _____;

Lì, _____

In fede
(firma digitale)

REGIONE PUGLIA
SEZIONE BILANCIO E RAGIONERIA
Il presente allegato è composto da
n. 14 (QUATTORDICI) facciate
IL DIRIGENTE
SEZIONE BILANCIO E RAGIONERIA
Dott. Nicola PALADINO -

REGIONE PUGLIA - SEZIONE BILANCIO E RAGIONERIA

[1] Si fa riferimento ai fondi di cui al paragrafo B.3 "Fondo crediti di dubbia esigibilità e Fondi spese e rischi futuri" della circolare MEF 10 febbraio 2016, n. 5 avente ad oggetto "Circolare concernente le nuove regole di finanza pubblica per il triennio 2016-2018 per gli enti territoriali (Legge 28 dicembre 2015, n. 208)".

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 20 febbraio 2018, n. 194
Remunerazione delle prestazioni sanitarie - Indicazioni operative per l'adroterapia.

Il Presidente, sulla base delle risultanze istruttorie espletate dal responsabile A.P. e confermate dal Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, riferisce quanto segue.

Con il Decreto del Ministero della Salute 18 ottobre 2012, pubblicato in Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 23 del 28/01/2013 - Suppl. Ordinario n. 8, è stata definita la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale.
All'art. 2 comma 4 è stato stabilito che *"Le tariffe di cui al presente articolo costituiscono la remunerazione onnicomprensiva degli episodi di ricovero. Le regioni possono prevedere una remunerazione aggiuntiva, limitatamente a erogatori espressamente individuati e in relazione a quantitativi massimi espressamente indicati, per i costi associati all'eventuale utilizzo di specifiche dispositivi ad alto costo esclusivamente nei casi, specifici e circoscritti, individuati e regolamentati* ***nei vigenti accordi interregionali per la compensazione della mobilità sanitaria*** *approvati dalla Conferenza Stato-Regioni nel rispetto degli equilibri di bilancio programmati..."*

In attuazione del Decreto Ministeriale 18 ottobre 2012, con deliberazione di Giunta Regionale n. 951 del 13/05/2013 e ss.mm.ii è stato approvato il nuovo tariffario regionale relativo alla remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, di riabilitazione, di lungodegenza e di assistenza specialistica ambulatoriale, erogabili dal SSR della Puglia, con decorrenza dal 1/06/2013.

Con la sentenza n. 104/2013 la Corte Costituzionale rileva il contrasto dell'erogazione di prestazioni aggiuntive ai LEA nelle Regioni sottoposte ai Piani di rientro con gli obiettivi di risanamento e contenimento della spesa pubblica sanitaria. Il Tavolo interministeriale MEF - Ministero della Salute, deputato all'approvazione del Programma Operativo ha infatti segnalato con verbale del 27/11/2013 l'impossibilità per la Regione Puglia di erogare prestazioni extra LEA a carico del bilancio autonomo

Con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 ad oggetto "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" tra le nuove prestazioni di specialistica ambulatoriale, di cui allegato 4 D del citato Decreto, è stata introdotta l'"adroterapia" così come di seguito dettagliato:

a) Codice e descrizione prestazione:

NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	Numero nota	Branca 1
R	92.29.U	ADROTERAPIA (Ciclo intero)	97	Radioterapia
R	92.29.V	ADROTERAPIA - Boost (Sino a 6 frazioni)	97	Radioterapia
R	92.29.W	ADROTERAPIA Stereotassi (1-3 frazioni)	97	Radioterapia

b) condizioni di erogablilità/indicazioni appropriatezza prescrittiva

elenco note e corrispondenti condizioni di erogabilità/indicazioni appropriatezza prescrittiva		
n. nota	tipo nota	contenuto nota
97	CONDIZIONE EROGABILITA'	Pazienti con una delle forme tumorali sottoelencate, in assenza di malattia metastatica, in cui siano presenti tutte le seguenti condizioni: a) il trattamento abbia finalità radicali curative; b) PS: 0-2 ECOG; c) non siano presenti concomitanti malattie o comorbidità invalidanti che riducano in maniera significativa l'attesa di vita: 1) cordomi e condrosarcomi della base del cranio e del rachide; 2) tumori del tronco encefalico (esclusi i tumori intrinseci diffusi del ponte) e del midollo spinale; 3) sarcomi del distretto cervico-cefalico, paraspinali, retroperitoneali e pelvici; 4) sarcomi delle estremità ad istologia radioresistente (osteosarcoma, condrosarcoma); 5) meningiomi intracranici in sedi critiche (stretta adiacenza alle vie ottiche e al tronco encefalico); 6) tumori orbitari e periorbitari (es. seni paranasali) incluso il melanoma oculare; 7) carcinoma adenoideo-cistico delle ghiandole salivari; 8) tumori solidi pediatrici; 9) tumori in pazienti affetti da sindromi genetiche e malattie del collageno associate ad un'aumentata radiosensibilità; 10) recidive che richiedono il ritrattamento in un'area già precedentemente sottoposta a radioterapia.

All'art. 64 "Norme finali e transitorie" del D.P.C.M. 12 gennaio 2017, relativo ai nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) al comma 2, stabilisce quanto segue:
- *"Le disposizioni in materia di assistenza specialistica ambulatoriale, di cui agli articoli 15 e 16 e relativi allegati, entrano in vigore dalla data di pubblicazione del decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da adottarsi ai sensi dell'art. 8 -sexies, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, per la definizione delle tariffe massime delle prestazioni previste dalle medesime disposizioni. Dalla medesima data sono abrogati il decreto ministeriale 22 luglio 1996, recante «Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e relative tariffe» e il decreto ministeriale 9 dicembre 2015 recante «Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale». Fino all'entrata in vigore delle suddette disposizioni, l'elenco delle malattie croniche ed invalidanti che danno diritto all'esenzione è contenuto nell'allegato 8 -bis"*.

Occorre evidenziare che l'adroterapia non è una alternativa alla radioterapia, ma, sulla base dei nuovi Lea, andrà a coprire una fascia di pazienti con tumori resistenti alle radiazioni tradizionali oppure inoperabili. Attualmente in Europa ci sono due centri che erogano la prestazione "adroterapia, di cui uno è italiano, il Centro Nazionale di Adroterapia Oncologica (CNAO) di Pavia.

Con il Decreto del ministro della Salute del 18 gennaio 2016 è istituita la Commissione permanente, prevista dal patto salute 2014-2016, che sta lavorando all'aggiornamento delle tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni specialistica ambulatoriale, come da DM del 18 ottobre 2012.

Atteso la rilevanza delle patologie trattabili con l'adroterapia, dettagliatamente riportate nell'Allegato 4 D del D.P.C.M. sui nuovi LEA, la Regione Puglia, nelle more che la Commissione nazionale tariffe determini la tariffa massima di remunerazione, intende autorizzare le prestazioni in questione con oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale, previa autorizzazione da parte del Distretto Socio - sanitario di appartenenza del paziente, che dovrà verificare le predette condizioni di erogabilità.
Con la deliberazione n. X /1185 del 20/12/2013 la Giunta regionale della Regione Lombardia tra l'altro ha stabilito quanto segue:

Attività di Adroterapia

Limitatamente alle attività di Adroterapia erogate dal CNAO di Pavia per protocolli approvati dal ISS, si definiscono le seguenti tariffe in vigore per i trattamenti prenotati a partire dal 1° gennaio 2014:

codice	Descrizione	Tariffa (€)
92.29.N	Stereotassi (1-3 frazioni)	18.000,00
92.29.0	Boost (sino a 6 frazioni)	12.000,00
92.29.P	Ciclo intero	24.000,00

Le precedenti prestazioni sono da considerarsi come dei pacchetti comprensivi di tutte le attività legate al trattamento (visite, tac, rmn, centrature con simulatore, definizioni di volume di trattamento, studi dosimetrici, ecc.). La possibilità di erogare le predette prestazioni a carico del Servizio Sanitario Regionale è subordinata alla messa a contratto della struttura da parte della ASL territorialmente competente che avverrà entro il mese di gennaio 2014.

Alla luce di quanto sopra esposto si propone:

1. di stabilire che le Aziende Sanitarie Locali, per il tramite del Distretti Socio - Sanitari insistenti nel proprio territorio di competenza, autorizzino, a far data dalla approvazione del presente schema di provvedimento, le prestazioni di "adroterapia" in lavore dei pazienti pugliesi, previa verifica delle condizioni di erogabilità/ indicazioni appropriatezza descrittiva, di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", di seguito riportate:

elenco note e corrispondenti condizioni di erogabilità/indicazioni appropriatezza prescrittiva		
n. nota	tipo nota	contenuto nota
97	CONDIZIONE EROGABILITA'	Pazienti con una delle forme tumorali sottoelencate, in assenza di malattia metastatica, in cui siano presenti tutte le seguenti condizioni: a) il trattamento abbia finalità radicali curative; b) PS: 0-2 ECOG; c) non siano presenti concomitanti malattie o comorbidità invalidanti che riducano in maniera significativa l'attesa di vita: 1) cordomi e condrosarcomi della base del cranio e del rachide; 2) tumori del tronco encefalico (esclusi i tumori intrinseci diffusi del ponte) e del midollo spinale; 3) sarcomi del distretto cervico-cefalico, paraspinali, retroperitoneali e pelvici; 4) sarcomi delle estremità ad istologia radioresistente (osteosarcoma, condrosarcoma); 5) meningiomi intracranici in sedi critiche (stretta adiacenza alle vie ottiche e al tronco encefalico); 6) tumori orbitari e periorbitari (es. seni paranasali) incluso il melanoma oculare; 7) carcinoma adenoideo-cistico delle ghiandole salivari; 8) tumori solidi pediatrici; 9) tumori in pazienti affetti da sindromi genetiche e malattie del collageno associate ad un'aumentata radiosensibilità; 10) recidive che richiedono il ritrattamento in un'area già precedentemente sottoposta a radioterapia.

2. di Stabilire che i Distretti socio - sanitari rimborsino direttamente al Centro Nazionale di Adroterapia Oncologica (CNAO) di Pavia le prestazioni sanitarie di adroterapia rese, previa fatturazione da parte dello stesso, secondo le tariffe stabilite dalla Regione Lombardia con la deliberazione di Giunta regionale n. X /1185 del 20/12/2013;
3. di stabilire che le disposizioni di cui al punto 2 si intendono transitorie, nelle more che la Commissione nazionale, prevista dal patto salute 2014-2016, definisca le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni specialistica ambulatoriale, aggiornando quanto stabilito nel DM del 18 ottobre 2012. In tal caso l'addebito della prestazione erogata dalla Regione Lombardia verrà gestito nell'ambito della consuete modalità definite con l'Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria".

Il Presidente, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del seguente atto finale ai sensi della L. R. n. 7/97, art. 4, lett. k.

COPERTURA FINANZIARIA Al SENSI DELLA L. R. N. 28/01 E S.M. E I.

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

LA GIUNTA

- udita la relazione e la conseguente proposta del Presidente;

- viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal responsabile A.P. e dal Dirigente di Sezione;

a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

1. di stabilire che le Aziende Sanitarie Locali, per il tramite dei Distretti Socio - Sanitari insistenti nel proprio territorio di competenza, autorizzino, a far data dalla approvazione del presente provvedimento, le prestazioni di "adroterapia" in favore dei pazienti pugliesi, previa verifica delle condizioni di erogabilità/ Indicazioni appropriatezza descrittiva, di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", di seguito riportate:

elenco note e corrispondenti condizioni di erogabilità/indicazioni appropriatezza prescrittiva		
n. nota	tipo nota	contenuto nota
97	CONDIZIONE EROGABILITA'	Pazienti con una delle forme tumorali sottoelencate, in assenza di malattia metastatica, in cui siano presenti tutte le seguenti condizioni: a) il trattamento abbia finalità radicali curative; b) PS: 0-2 ECOG; c) non siano presenti concomitanti malattie o comorbidità invalidanti che riducano in maniera significativa l'attesa di vita: 1) cordomi e condrosarcomi della base del cranio e del rachide; 2) tumori del tronco encefalico (esclusi i tumori intrinseci diffusi del ponte) e del midollo spinale; 3) sarcomi del distretto cervico-cefalico, paraspinali, retroperitoneali e pelvici; 4) sarcomi delle estremità ad istologia radioresistente (osteosarcoma, condrosarcoma); 5) meningiomi intracranici in sedi critiche (stretta adiacenza alle vie ottiche e al tronco encefalico); 6) tumori orbitari e periorbitari (es. seni paranasali) incluso il melanoma oculare; 7) carcinoma adenoideo-cistico delle ghiandole salivari; 8) tumori solidi pediatrici; 9) tumori in pazienti affetti da sindromi genetiche e malattie del collagene associate ad un'aumentata radiosensibilità; 10) recidive che richiedono il ritrattamento in un'area già precedentemente sottoposta a radioterapia.

2. di stabilire che i Distretti socio - sanitari rimborsino direttamente al Centro Nazionale di Adroterapia Oncologica (CNAO) di Pavia le prestazioni sanitarie di adroterapia rese, previa fatturazione da parte dello stesso, secondo le tariffe stabilite dalla Regione Lombardia con la deliberazione di Giunta regionale n. X /1185 del 20/12/2013;
3. di stabilire che le disposizioni di cui al punto 2 si intendono transitorie, nelle more che la Commissione nazionale, prevista dal patto salute 2014-2016, definisca le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, aggiornando quanto stabilito nel DM del 18 ottobre 2012. In tal caso l'addebito della prestazione erogata dalla Regione Lombardia verrà gestito nell'ambito della consuete modalità definite con l'Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria";
4. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione "Strategie e governo dell'Offerta" alla Sezione "Risorse strumentali e tecnologiche", ai Direttori Generali delle ASL, Aziende Ospedaliero Universitarie, IRCCS pubblici e privati, Enti Ecclesiasticiti e alla Sezione "Amministrazione, Finanza e Controllo".
5. di notificare il presente provvedimento ai Distretti Socio - Sanitari, alle Case di Cura private accreditate, per il tramite dei Direttori Generali delle ASL territorialmente competenti;
6. di pubblicare il presente atto sul BURP;
7. di pubblicare il presente atto sul Portale della Salute della Regione Puglia.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
CARMELA MORETTI

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
MICHELE EMILIANO

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 20 febbraio 2018, n. 236
Acquedotto Pugliese S.p.A. - Modifica Statuto sociale.

Il Presidente della Giunta Regionale, Dott. Michele Emiliano, sulla base dell'istruttoria espletata dal Funzionario istruttore e confermata dal Dirigente della Sezione Raccordo al Sistema Regionale e dal Segretario Generale della Presidenza, riferisce quanto segue.

Com'è noto la Società Acquedotto Pugliese S.p.A., concessionaria de Servizio Idrico integrato (SII), è interamente controllata dalla Regione Puglia.

Lo Statuto della Società Acquedotto Pugliese S.p.A. vigente, all'art. 17 comma 1 prevede che *"La società è amministrata da un Amministratore unico o da un consiglio di amministrazione composto da tre membri"*.

L'art. 11 del D.Lgs 175/2016 *(Testo unico in materia di società a partecipazione pubblica di seguito anche TUSP)*, nel prevedere che l'organo amministrativo delle società a controllo pubblico è costituito, di norma, da un amministratore unico, stabilisce che l'assemblea della medesime società, con delibera motivata con riguardo a specifiche ragioni di adeguatezza organizzativa e tenendo conto delle esigenze di contenimento dei costi, può disporre che la società sia amministrata da un consiglio di amministrazione composto da tre o cinque membri.

Tanto premesso si ritiene di valutare favorevolmente l'odierna opportunità di integrare lo Statuto della Società Acquedotto Pugliese S.p.A., adeguandolo alle richiamate disposizioni del TUSP, prevedendo all'art. 17 comma 1 del medesimo Statuto che *"La società è amministrata da un Amministratore unico o da un consiglio di amministrazione composto da tre o cinque membri"*.

Tanto premesso e considerato, ritenuto di dover provvedere, si propone alla Giunta di adottare conseguente atto deliberativo.

Il presente provvedimento viene sottoposto all'esame della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 4, comma 4, lettera k) della L.R. n. 7/1997.

COPERTURA FINANZIARIA ai sensi del D.lgs. 118/2011 e s.m.i.

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale

Il Presidente proponente, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale.

LA GIUNTA

- udita la relazione del Presidente proponente;
- viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento;
- a voti unanimi espressi nei modi di legge;

DELIBERA

di approvare la relazione del Presidente proponente, che quivi si intende integralmente riportata e, per l'effetto di:

1. chiedere per il tramite del Segretario Generale della Presidenza la convocazione dell'Assemblea straordinaria della Società Acquedotto Pugliese S.p.A., con il seguente ordine del giorno "modifica dell'art. 17, comma 1 dello Statuto sociale";
2. individuare quale rappresentante della Regione Puglia per la partecipazione alla predetta Assemblea straordinaria il Segretario Generale della Presidenza, dott. Roberto Venneri conferendo il seguente mandato:
   - approvare la modifica dell'art. 17 comma 1 dello Statuto della Società Acquedotto Pugliese S.p.A. nella formulazione indicata in narrativa, che qui si intende integralmente riportata;
   - approvare il nuovo testo dello Statuto della Società Acquedotto Pugliese S.p.A., allegato sub A) alla presente e che ne costituisce parte integrante.
3. pubblicare la presente sul BURP.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
CARMELA MORETTI

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
MICHELE EMILIANO

ALLEGATO SUB A) 1)

S T A T U T O

TITOLO I

COSTITUZIONE - DENOMINAZIONE - SEDE E DURATA DELLA SOCIETA'

Articolo 1

1.1 La "Acquedotto Pugliese S.p.A.", derivante dalla trasformazione dell'Ente Autonomo Acquedotto Pugliese, Ente pubblico costituito con R.D.L. 19 ottobre 1919, n. 2060, convertito nella legge 22 settembre 1920, n. 1365, in virtù del Decreto Legislativo 11 maggio 1999, n. 141 ("Decreto Legislativo"), è disciplinata dal presente Statuto.

Articolo 2

2.1 La Società ha sede in Bari.

2.2 Potranno essere istituite e/o soppresse, nei modi di legge, sedi secondarie, stabilimenti, uffici, filiali, succursali, rappresentanze, agenzie di rappresentanza sia in Italia che all'estero.

Articolo 3

3.1 La durata della Società è stabilita al 2100 e potrà essere prorogata con deliberazione dell'Assemblea degli azionisti.

TITOLO II

OGGETTO DELLA SOCIETA'

Articolo 4

4.1 La Società ha per oggetto:

a) la costruzione di acquedotti ed altre infrastrutture idriche e impianti connessi;

SEZIONE RACCORDO AL SISTEMA REGIONALE - REGIONE PUGLIA

b) la gestione del servizio idrico integrato;

c) l'esercizio diretto, e/o indiretto tramite partecipazioni a società, di attività riguardanti la captazione, la adduzione, la potabilizzazione, l'accumulo, la distribuzione e vendita di acqua ad usi civili, industriali, commerciali e agricoli;

d) la costruzione e la gestione di tronchi e impianti di fognatura e depurazione;

e) il servizio di raccolta, allontanamento, rassegna ai recapiti finali dei reflui;

f) il trattamento e lo smaltimento di rifiuti, anche attraverso l'esercizio di impianti industriali a ciò dedicati.

Per il raggiungimento di tale scopo, la società può compiere le seguenti attività, che vengono qui di seguito elencate a puro titolo esemplificativo e non esaustivo:

1. la gestione, produzione (ivi compresa la sperimentazione) e commercializzazione, per conto proprio e/o di terzi, di beni e servizi nel settore del risanamento ambientale con particolare riferimento al trasporto, trattamento, trasformazione, riutilizzo dei fanghi, residui di processi depurativi, fanghi di depurazione acque, civili e industriali, residui di lavorazioni industriali e rifiuti solidi urbani; produzione di ammendanti organici vegetali, di composti di qualità, fertilizzanti, composti e prodotti riutilizzabili in altri processi industriali e civili;

2. la programmazione, la costruzione, la gestione e la manu-

SEZIONE RACCORDO AL SISTEMA REGIONALE - REGIONE PUGLIA

tenzione per conto proprio e/o di terzi di: impianti per il trattamento di acque reflue urbane e/o industriali e/o primarie; impianti per lo smaltimento di rifiuti e per la raccolta, lo stoccaggio, il trattamento, la selezione, il recupero e l'utilizzo con produzione di energia dei rifiuti e delle materie prime secondarie da essi derivate; impianti ed attrezzature per la raccolta differenziata dei rifiuti sia per Enti pubblici che privati;

g) la realizzazione di studi di fattibilità sull'uso razionale dell'energia e sull'uso di fonti rinnovabili di energia;

h) la realizzazione e la successiva gestione, anche per conto di terzi, di interventi integrati finalizzati alla riduzione dei consumi di energia primaria ed al miglioramento dell'efficienza energetica negli usi finali ed all'ottenimento dei titoli di efficienza energetica (TEE) ai sensi del DM 20/7/2004;

i) la costruzione e gestione di impianti per la produzione di energia e la vendita di energia elettrica sul libero mercato;

l) l'esercizio delle attività nel campo di altri servizi a rete nonchè l'assunzione di servizi pubblici in genere;

m) tutte le attività accessorie e strumentali alle precedenti, come ad esempio la realizzazione di studi di fattibilità, progettazione o direzioni di lavori, valutazioni di congruità tecnico-economica, studi di impatto ambientale, attività tecnico-amministrative per lo svolgimento delle procedure per l'affidamento e la realizzazione di lavori e servizi così come

SEZIONE RACCORDO AL SISTEMA REGIONALE - REGIONE PUGLIA

3/

previsto dalle normative vigenti, ed in generale attività di studio, consulenza e progettazione, ad eccezione delle attività per le quali esiste un'espressa riserva di legge.

4.2 La Società potrà esercitare tali attività sia per conto proprio che per conto terzi, in Italia e all'estero. La Società potrà costituire nuove società e assumere partecipazioni in altre società, sia italiane che straniere, aventi oggetto analogo, affine o complementare al proprio o a quello delle società alle quali partecipa, e potrà prestare garanzie per le obbligazioni sia proprie che di terzi.

La Società potrà altresì assumere partecipazioni od interessenze in società e/o imprese, sia italiane che straniere, che svolgano sul mercato anche attività aventi oggetto diverso rispetto al proprio, quando ciò consenta una migliore utilizzazione delle strutture e/o risorse proprie e delle partecipate.

4.3 La Società potrà compiere tutte le operazioni che risulteranno necessarie o utili per il conseguimento degli scopi sociali. A titolo esemplificativo potrà porre in essere operazioni mobiliari, commerciali, industriali, finanziarie e bancarie attive e passive nonché qualunque atto che sia comunque collegato con l'oggetto sociale.

Resta esclusa qualsiasi attività che comporti la raccolta, anche temporanea, del risparmio tra il pubblico sotto qualsiasi forma o quant'altro sia tassativamente riservato alle imprese disciplinate dal D.Lgs. 1/9/1993 n. 385 e successive modifica-

SEZIONE RACCORDO AL SISTEMA REGIONALE - REGIONE PUGLIA

zioni, nonché la amministrazione dei beni per conto terzi disciplinata dalla L. 23/11/1939 n. 1966 e successive modificazioni.

4.4 Nell'ambito degli oggetti definiti sub. 4.1, la società potrà partecipare a gare in Italia e all'Estero.

4.5 La Società, in conformità a quanto espresso nella Risoluzione n. A/64/L.63/Rev.1 adottata dall'Assemblea Generale dell'Organizzazione delle Nazioni Unite in data 28 luglio 2010, riconosce l'importanza di poter disporre di acqua potabile come una componente essenziale per la realizzazione di diritti umani e svolgere la propria attività in coerente applicazione di tale principio.

4.6 Per garantire la disponibilità e l'accesso all'acqua potabile come diritti inviolabili e inalienabili della persona umana ai cittadini residenti nella Regione Puglia, l'Organo Amministrativo della società - compatibilmente con la necessaria tutela dell'equilibrio economico-finanziario della società medesima - è impegnato ad accantonare annualmente una somma determinata di volta in volta in misura non superiore ad un ventesimo degli utili risultanti dall'ultimo bilancio approvato (relativo, quindi, all'esercizio immediatamente antecedente) in un apposito fondo finalizzato a favorire l'accesso alla fornitura del servizio idrico integrato, a condizioni agevolate, da parte degli utenti economicamente disagiati.

TITOLO III

SEZIONE RACCORDO AL SISTEMA REGIONALE - REGIONE PUGLIA

5

CAPITALE - AZIONI - OBBLIGAZIONI

Articolo 5

5.1 Il capitale sociale è di euro 41.385.573,60 (quarantunomilionitrecentoottantacinquemilacinquecentosettanta tre virgola sessanta), rappresentato da 8.020.460 azioni il cui valore nominale è di euro 5,16 ciascuna.

Articolo 6

6.1 Le azioni sono indivisibili e ogni azione dà diritto a un voto. Le azioni sono nominative e conferiscono al loro possessore eguali diritti.

6.2 La qualità di azionista costituisce, di per sé sola, adesione al presente statuto.

Articolo 7

7.1 Quando siano interamente liberate, e qualora la legge lo consenta, le azioni possono essere al portatore. Le azioni al portatore possono essere convertite in nominative e viceversa.

Articolo 8

8.1 Nel caso che, per qualsiasi causa, un'azione appartenga a più persone, i diritti inerenti alla detta azione non potranno essere esercitati che da una sola persona o da un mandatario di tutti i compartecipi.

Articolo 9

9.1 L'Assemblea potrà deliberare aumenti di capitale fissandone termini, condizioni e modalità.

Articolo 10

SEZIONE RACCORDO AL SISTEMA INFORMATIVO REGIONALE REGIONE PUGLIA

10.1 I versamenti sulle azioni sono richiesti dal Consiglio di amministrazione o dall'Amministratore Unico in una o più volte.

10.2 A carico dei soci in ritardo nei pagamenti, decorre l'interesse nella misura uguale all'Euribor tre mesi quale rilevato dalle pubblicazioni specializzate, fermo il disposto dell'art.2344 del codice civile.

Articolo 11

11.1 La società può emettere obbligazioni, anche convertibili o con warrants, con delibera dell'assemblea dei soci

TITOLO IV

ASSEMBLEA

Articolo 12

12.1 Le Assemblee ordinarie e straordinarie sono convocate presso la sede sociale o altrove, purché in Italia.

12.2 L'Assemblea ordinaria deve essere convocata almeno una volta all'anno entro centoventi giorni dalla chiusura dell'esercizio sociale oppure entro centottanta giorni qualora la società sia tenuta alla redazione del bilancio consolidato o quando lo richiedono particolari esigenze relative alla struttura e all'oggetto della società.

12.3 Fermo l'obbligo di convocazione di cui al punto precedente, le Assemblee sono indette quando lo ritenga necessario l'Amministratore Unico od il Consiglio di Amministrazione o quando ne facciano richiesta tanti soci che rappresentino al-

SEZIONE RACCORDO AL SISTEMA REGIONALE REGIONE PUGLIA

meno un decimo del capitale sociale.

12.4 L'avviso di convocazione dell'assemblea deve essere pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica almeno quindici giorni prima di quello previsto per Assemblea; si prevede che fino a quando la società non farà ricorso al mercato di rischio la convocazione ai soci e agli aventi diritto potrà avvenire, con mezzi che garantiscano la prova dell'avvenuto ricevimento, almeno otto giorni prima dell'assemblea.

L'avviso deve indicare il giorno, il luogo e l'ora dell'adunanza, nonché l'elenco delle materie da trattare.

L'avviso può indicare il giorno dell'eventuale seconda convocazione o di altra convocazione, purché diverso da quello delle precedenti.

In mancanza delle suddette formalità, ai sensi dell'art.2366, 4° comma c.c., l'assemblea si reputa regolarmente costituita quando è rappresentato l'intero capitale sociale e partecipa all'assemblea la maggioranza dei componenti degli organi amministrativi e di controllo; tuttavia in tale ipotesi ciascuno dei partecipanti può opporsi alla discussione degli argomenti sui quali non si ritenga sufficientemente informato.

12.5 L'assemblea può svolgersi anche per audioconferenza o videoconferenza, alle seguenti condizioni, di cui va dato atto nei relativi verbali:

- che sia consentito al presidente della riunione di accertare l'identità e la legittimazione degli intervenuti, regolare lo

svolgimento della riunione, constare e proclamare i risultati della votazione;

- che sia consentito al soggetto verbalizzante di percepire adeguatamente gli eventi della riunione oggetto della verbalizzazione;

- che sia consentito agli intervenuti di partecipare alla discussione ed alla votazione simultanea sugli argomenti all'ordine del giorno, nonché di visionare, ricevere o trasmettere documenti.

La riunione si considera tenuta nel luogo ove sono presenti il presidente e il soggetto verbalizzante.

Articolo 13

13.1 In conformità della previsione di legge non è richiesto il preventivo deposito delle azioni al fine del diritto di intervento in assemblea.

Articolo 14

14.1 Ogni azionista che abbia il diritto di intervenire all'assemblea può farsi rappresentare, ai sensi di legge, mediante delega scritta.

14.2 La constatazione della legale costituzione dell'Assemblea, nonché della regolarità delle singole procure e la decisione sul diritto del procuratore di partecipare all'Assemblea stessa spettano al Presidente e, una volta avvenuta, la validità della costituzione stessa non può essere infirmata neppure per astensione di voto o per allontanamento degli interve-

SEZIONE RACCORDO AL SISTEMA REGIONALE - REGIONE PUGLIA

9

nuti.

Articolo 15

15.1 L'Assemblea è presieduta dall'Amministratore Unico o dal Presidente del Consiglio di Amministrazione o, in sua assenza o impedimento, dal Vice Presidente, se nominato, o, in loro assenza o impedimento, da altra persona designata dai presenti, anche tra i non soci.

15.2 Il Presidente dell'Assemblea è assistito da un Segretario, anche non socio, designato dagli intervenuti.

Articolo 16

16.1 L'Assemblea ordinaria delibera su tutti gli oggetti di sua competenza per legge e, ancora, ai sensi dell'articolo 2364, primo comma, c.c. autorizza:

a) l'acquisto o la vendita di partecipazioni di entità superiore al 15% del patrimonio netto della Società, quale risultante dall'ultimo bilancio approvato;

b) la costituzione di società e il conferimento di beni alle stesse di valore superiore al 15% del patrimonio netto della Società, quale risultante dall'ultimo bilancio approvato;

c) l'acquisto e l'alienazione di aziende o rami d'azienda per importo superiore al 10% (dieci per cento) del suo patrimonio netto, quale risultante dall'ultimo bilancio approvato;

d) operazioni di fusione, scissione o trasformazione relative a società controllate e collegate;

e) l'ammissione alle quotazioni in borsa di azioni di società

SEZIONE RACCORDO AL SISTEMA REGIONALE - REGIONE PUGLIA
10

partecipate.

16.2 Le deliberazioni, tanto per le Assemblee ordinarie che per quelle straordinarie, sia in prima che in seconda o terza convocazione, dovranno essere prese con le maggioranze richieste dalla legge nei singoli casi.

16.3 Si procederà alle votazioni per appello nominale quando lo disporrà il Presidente o ne farà richiesta la maggioranza del capitale sociale.

16.4 Le deliberazioni dell'Assemblea, prese in conformità delle norme di legge e del presente statuto, vincolano tutti i soci, ancorché non intervenuti o dissenzienti.

16.5 I verbali delle Assemblee ordinarie devono essere sottoscritti dal Presidente e dal Segretario.

16.6 I verbali delle Assemblee straordinarie devono essere redatti da un notaio.

TITOLO V

AMMINISTRAZIONE

Articolo 17

17.1 La società è amministrata da un Amministratore unico o da un Consiglio di amministrazione composto da tre o cinque membri.

17.2 L'Amministratore Unico e i componenti del Consiglio di amministrazione sono nominati dall'Assemblea per un periodo fino a tre esercizi e sono rieleggibili.

17.3 Quando l'Amministrazione sia affidata ad un Consiglio di

SEZIONE RACCORDO AL SISTEMA REGIONALE - REGIONE PUGLIA

'Amministrazione, la nomina dei componenti dell'organo collegiale stesso è effettuata nel rispetto dei criteri stabiliti dalla vigente normativa in materia di equilibrio tra i generi.

17.4 Se nel corso dell'esercizio vengono a mancare uno o più amministratori, si provvede ai sensi dell'art. 2386 del codice civile, garantendo comunque il rispetto della quota di un terzo di cui al precedente comma 17.3; se viene meno la maggioranza dei Consiglieri, si intenderà dimissionario l'intero Consiglio e l'Assemblea dovrà essere convocata senza indugio dal Consiglio di Amministrazione per la ricostituzione dell'Organo Amministrativo.

Articolo 18

18.1 Non possono ricoprire la carica di amministratore della società coloro che si trovano in cause di ineleggibilità e decadenza previste dall'art. 2382 del codice civile, o che:

a) abbiano riportato condanne penali definitive, anche con il rito del patteggiamento, per delitti non colposi in materia tributaria, fallimentare, contro la Pubblica Amministrazione e la fede pubblica, nonchè per delitti non colposi, puniti anche con pena congiunta, se la pena detentiva non è inferiore nel massimo ad anni tre di reclusione;

b) ricadano nelle previsioni, in quanto applicabili, dell'art. 8 del regolamento attuativo dell'art. 23 bis del decreto legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133;

SEZIONE RACCORDO AL SISTEMA REGIONALE - REGIONE PUGLIA
12

c) abbiano ricoperto, nei cinque anni precedenti, la carica di amministratore in società che, nel periodo in cui essi hanno rivestito tale carica, abbiano conseguito perdite, per tre esercizi consecutivi, evidenziate nel relativo bilancio di esercizio.

18.2 Il divieto di cui alla lettera b) opera anche nei confronti del coniuge, dei parenti e degli affini entro il quarto grado dei soggetti ivi indicati.

18.3 Gli Amministratori sono scelti fra persone che possiedono requisiti di onorabilità, professionalità e autonomia, nonché adeguate e comprovate esperienze professionali tecniche, amministrative, giuridiche, contabili o aziendali nel settore dell'organizzazione e gestione delle risorse idriche o dei servizi pubblici in genere.

18.4 Restano ferme le disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi previste dalla normativa tempo per tempo vigente.

18.5 Il Consiglio, qualora non vi abbia provveduto l'Assemblea, elegge fra i suoi membri un Presidente; può eleggere un Vice Presidente, quale sostituto del Presidente nei casi di sua assenza o impedimento e senza riconoscimento di compensi aggiuntivi.

18.6 Il Consiglio, su proposta del Presidente, nomina un Segretario.

18.7 E' vietato istituire organi diversi da quelli previsti

SEZIONE RACCORDO AL SISTEMA REGIONALE - REGIONE PUGLIA

13

dalle norme generali in tema di società.

Articolo 19

19.1 Il Consiglio si raduna, nel luogo indicato nell'avviso di convocazione, tutte le volte che il Presidente lo giudichi necessario o quando ne sia fatta richiesta scritta dalla maggioranza dei suoi componenti o dal Collegio Sindacale.

19.2 L'avviso di convocazione deve essere inviato ai Consiglieri, con mezzi che garantiscano la prova dell'avvenuto ricevimento, almeno cinque giorni prima di quello fissato per la riunione e della relativa convocazione deve essere data comunicazione ai Sindaci. Nei casi di motivata urgenza, il termine può essere ridotto a 24 (ventiquattro) ore. Il Consiglio di amministrazione delibera le modalità di convocazione delle proprie riunioni.

19.3 Il Consiglio di amministrazione deve essere altresì convocato quando ne è fatta richiesta da un Consigliere per deliberare su uno specifico argomento ritenuto di particolare rilievo, attinente alla gestione;

l'argomento deve essere, naturalmente, indicato nella richiesta stessa.

19.4 Le riunioni del Consiglio d'Amministrazione possono svolgersi anche per audioconferenza o videoconferenza, alle seguenti condizioni, di cui va dato atto nei relativi verbali:

- che sia consentito al presidente della riunione di accertare l'identità degli intervenuti, regolare lo svolgimento della

SEZIONE RACCORDO AL SISTEMA REGIONALE REGIONE PUGLIA

riunione, constare e proclamare i risultati della votazione;

- che sia consentito al soggetto verbalizzante di percepire adeguatamente gli eventi della riunione oggetto della verbalizzazione;

- che sia consentito agli intervenuti di partecipare alla discussione ed alla votazione simultanea sugli argomenti all'ordine del giorno, nonché di visionare, ricevere o trasmettere documenti;

- la riunione si considera tenuta nel luogo ove sono presenti il presidente e il soggetto verbalizzante.

Articolo 20

20.1 Le riunioni del Consiglio sono presiedute dal Presidente e, in sua assenza o impedimento, dal Vice Presidente, se nominato.

Articolo 21

21.1 Per la validità delle riunioni del Consiglio è necessaria la presenza della maggioranza degli Amministratori in carica.

21.2 Le deliberazioni sono prese a maggioranza dei voti dei presenti; in caso di parità prevale il voto di chi presiede.

Articolo 22

22.1 Le deliberazioni del Consiglio di amministrazione risultano da processi verbali che, trascritti su apposito libro tenuto a norma di legge, vengono firmati dal Presidente della seduta o da chi ne fa le veci e controfirmati dal Segretario.

22.2 Le copie dei verbali fanno piena fede se sottoscritte dal

SEZIONE RACCORDO AL SISTEMA REGIONALE - REGIONE PUGLIA

Presidente della seduta e dal Segretario.

22.3 In caso di nomina di Amministratore Unico, le sue deliberazioni, debitamente sottoscritte, sono raccolte in un apposito libro.

Articolo 23

23.1 L'Amministratore Unico o il Consiglio di amministrazione, se nominato, fatto salvo quanto stabilito dal precedente art. 16, sono investiti dei più ampi poteri per l'amministrazione ordinaria e straordinaria della Società e, in particolare, hanno la facoltà di compiere tutti gli atti che ritengano opportuni per l'attuazione e il raggiungimento dell'oggetto sociale, esclusi soltanto gli atti che la legge e il presente statuto riservano all'Assemblea degli azionisti.

Articolo 24

24.1 Nei limiti di cui all'art. 2381 c.c., il consiglio di amministrazione può attribuire deleghe di gestione a un solo amministratore, salva l'attribuzione di deleghe al presidente, ove preventivamente autorizzata dall'assemblea.

L'Organo Amministrativo può, altresì, nominare procuratori per singoli atti o categorie di atti, anche nell'ambito dei dipendenti della società o terzi, delegando loro, nei limiti dei poteri conferiti, anche l'uso della firma sociale.

Articolo 25

25.1 La rappresentanza e la firma della società spettano all'Amministratore Unico o al Presidente del Consiglio di am-

SEZIONE RACCORDO AL SISTEMA REGIONALE - REGIONE PUGLIA
16

ministrazione e, se nominato, all'Amministratore delegato nei limiti della delega, e, in caso di assenza o di impedimento del Presidente, al Vice Presidente, se nominato. La firma del Vice Presidente fa fede di fronte ai terzi dell'assenza o impedimento del Presidente.

Articolo 26

26.1 All'Amministratore Unico, al Presidente e ai membri del Consiglio di amministrazione spetta un compenso da determinarsi dall'Assemblea ordinaria. Tale deliberazione, una volta presa, sarà valida anche per gli esercizi successivi, fino a diversa determinazione dell'Assemblea. La corresponsione di eventuali compensi, di qualunque natura, agli amministratori è regolata nei limiti e con le modalità previste dalla normativa tempo per tempo vigente. E' comunque fatto divieto di corrispondere gettoni di presenza o premi di risultato deliberati dopo lo svolgimento delle attività e trattamenti di fine mandato ai componenti degli organi sociali.

Articolo 27

27.1 L'Amministratore Unico o il Presidente del Consiglio di Amministrazione hanno i poteri loro attribuiti dalla legge.

Articolo 28

28.1 La nomina del Direttore Generale è deliberata dall'assemblea, che contestualmente determina la durata del contratto e il compenso.

28.2 Il Direttore Generale sovrintende al funzionamento della

SEZIONE RACCORDO AL SISTEMA REGIONALE REGIONE PUGLIA

Società ed a tutte le operazioni relative. Con l'osservanza delle disposizioni legislative, statutarie e regolamentari, propone al Consiglio di Amministrazione o all'Amministratore Unico l'assunzione delle delibere e provvede a darvi esecuzione; informa lo stesso dell'attività compiuta, riferendo sull'andamento aziendale almeno ogni 4 mesi e, comunque, ogni qualvolta gli venga richiesto dall'Amministratore Unico o dal Consiglio di Amministrazione.

28.3 Il Direttore Generale partecipa, senza diritto di voto, alle riunioni del Consiglio di Amministrazione, quando nominato.

TITOLO VI

CONTROLLO CONTABILE - COLLEGIO SINDACALE

Articolo 29

29.1 La revisione legale dei conti è esercitata da un revisore legale dei conti o da una società di revisione iscritti nell'apposito registro. L'assemblea, su proposta motivata dell'Organo di controllo, conferisce l'incarico di revisione legale dei conti e determina il corrispettivo spettante al revisore legale o alla società di revisione legale per l'intera durata dell'incarico e gli eventuali criteri per l'adeguamento di tale corrispettivo durante l'incarico. L'incarico ha la durata di tre esercizi, con scadenza alla data dell'assemblea convocata per l'approvazione del bilancio relativo al terzo esercizio dell'incarico.

SEZIONE RACCORDO AL SISTEMA REGIONALE - REGIONE PUGLIA

L'attività di revisione legale dei conti è annotata in un apposito libro conservato presso la sede sociale. L'assemblea, nel nominare il revisore, deve anche determinarne il corrispettivo per tutta la durata dell'incarico.

Il revisore legale dei conti o la società di revisione debbono possedere, per tutta la durata del loro mandato, i requisiti di cui all'articolo 2409-quinquies del Codice Civile. In difetto essi sono ineleggibili o decadono di diritto. In caso di decadenza del revisore, gli amministratori sono tenuti a convocare immediatamente e senza indugio l'assemblea per la nomina di un nuovo revisore.

29.2 Il Collegio sindacale si compone di tre membri effettivi e di due supplenti. Il Presidente del Collegio Sindacale è nominato dai soci, con la decisione di nomina del Collegio stesso.

La nomina dei componenti del Collegio Sindacale è effettuata secondo modalità tali da garantire che il genere meno rappresentato ottenga almeno un terzo dei componenti.

I Sindaci restano in carica per tre esercizi e scadono alla data dell'Assemblea convocata per l'approvazione del bilancio relativo al terzo esercizio della carica. La cessazione dei Sindaci per scadenza del termine ha effetto dal momento in cui il Collegio è stato ricostituito.

La retribuzione annuale dei Sindaci è determinata dai soci all'atto della nomina per l'intero periodo di durata del loro

SEZIONE RACCORDO AL SISTEMA REGIONALE - REGIONE PUGLIA

ufficio.

Il Collegio sindacale ha i doveri e i poteri di cui agli articoli 2403 e 2403-bis del codice civile.

Non può essere nominato sindaco e, se nominato, decade dal suo ufficio, chi si trovi in una delle condizioni previste all'articolo 2399 del Codice Civile.

Articolo 30

30.1 Il Presidente della Regione Puglia, sentita la Giunta Regionale, può in ogni momento disporre controlli per accertare il funzionamento e la gestione del servizio idrico da parte della società, che è tenuta a consentire il più ampio accesso ai propri uffici, strutture, impianti e atti e a prestare la necessaria collaborazione.

30.2 La società trasmette ogni sei mesi al Presidente della Giunta Regionale Pugliese una relazione sull'attività svolta nonchè sulle linee generali delle attività prevista per il semestre successivo. Inoltre, adotta misure organizzative idonee a consentire la rilevazione e l'analisi dei costi e dei risultati raggiunti e delle eventuali criticità, avvalendosi di uno specifico ufficio interno per il controllo di gestione.

TITOLO VII

BILANCI E UTILI

Articolo 31

31.1 L'esercizio sociale si chiude al 31 dicembre di ogni anno.

SEZIONE RACCORDO AL SISTEMA REGIONALE - REGIONE PUGLIA

31.2 Alla fine di ogni esercizio l'organo che svolge i compiti di amministrazione della Società, secondo quanto previsto dal Titolo V del presente Statuto, provvede, in conformità alle prescrizioni di legge, alla compilazione del bilancio e alla relazione sulla gestione.

Articolo 32

32.1 Gli utili netti, emergenti dal bilancio approvato, saranno ripartiti come segue:

a) il 5% (cinque per cento) al fondo di riserva legale, ai sensi e nei limiti di legge;

b) il 90% (novanta per cento) accantonato in apposita riserva finalizzata ad una maggiore patrimonializzazione della società a sostegno della realizzazione di investimenti previsti nei programmi annuali e pluriennali di volta in volta predisposti dall'organo amministrativo nonchè per il miglioramento della qualità del servizio;

c) il restante 5% (cinque per cento) secondo quanto deliberato dall'assemblea.

TITOLO VIII

SCIOGLIMENTO E LIQUIDAZIONE DELLA SOCIETA'

Articolo 33

33.1 In caso di scioglimento della società per qualsiasi causa ed in qualsiasi momento, l'Assemblea determinerà le modalità della liquidazione e nominerà uno o più liquidatori, fissandone i poteri ed i compensi.

21

TITOLO IX

DISPOSIZIONI GENERALI, TRANSITORIE E FINALI

Articolo 34

34.1 Per quanto non espressamente disposto nel presente statuto valgono le norme del codice civile e delle leggi speciali in materia.

LA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA
E' COMPOSTA DA N. 12
FACCIATE.

SEZIONE RACCORDO AL SISTEMA REGIONALE - REGIONE PUGLIA

12

BOLLETTINO UFFICIALE
della Regione Puglia

Direzione e Redazione: Lungomare Nazario Sauro, 33 - 70121 Bari
Tel. 080 540 6372 / 6316 / 6317 - Fax 080 540 6379
Sito internet: http://www.regione.puglia.it/bollettino-ufficiale
e-mail: burp@pec.rupar.puglia.it - burp@regione.puglia.it

Direttore Responsabile **Dott.ssa Antonia Agata Lerario**

Autorizzazione Tribunale di Bari N. 474 dell'8-6-1974
Edipress dei f.lli Caraglia & C. s.a.s. - 83031 Ariano Irpino (AV)