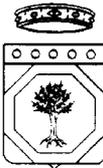


BOLLETTINO  **UFFICIALE**
DELLA REGIONE PUGLIA

Sped. in abb. Postale, Art. 2, comma 20/c - Legge 662/96 - Filiale di Padova

Anno XXX

BARI, 24 FEBBRAIO 1999

N. 19

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

Nella 1ª parte si pubblicano: Leggi e Regolamenti regionali, Ordinanze e sentenze della Corte Costituzionale e di Organi giurisdizionali, Circolari aventi rilevanza esterna, Deliberazioni del Consiglio regionale riguardanti l'elezione dei componenti l'Ufficio di presidenza dell'Assemblea, della Giunta e delle Commissioni permanenti.

Nella 2ª parte si pubblicano: le deliberazioni del Consiglio regionale e della Giunta; i Decreti del Presidente, degli Assessori, dei funzionari delegati, di pubbliche autorità; gli avvisi, i bandi di concorso e le gare di appalto.

Gli annunci, gli avvisi, i bandi di concorso, le gare di appalto, sono inseriti nel Bollettino Ufficiale pubblicato il giovedì.

Direzione e Redazione - Presidenza Regione Puglia - Via Capruzzi, 212 - Bari - Tel. (080) 5402259-5402380 - Fax 5402262.

Abbonamenti presso la **Regione Puglia - Ufficio Bollettino Ufficiale - Via Capruzzi, 212 - Bari c.c.p. n. 18785709**

Prezzo di vendita L. 2.600 la copia. Abbonamento annuo L. 260.000. I versamenti per l'abbonamento effettuati entro il 15º giorno di ogni mese avranno validità dal 1º giorno del mese successivo; mentre i versamenti effettuati dopo il 15º giorno e comunque entro il 30º giorno di ogni mese avranno validità dal 15º giorno del mese successivo.

Gli annunci da pubblicare devono essere inviati almeno 3 giorni prima della scadenza del termine utile per la pubblicazione alla Direzione del Bollettino Ufficiale - Via Capruzzi, 212 - Bari.

Il testo originale su carta da bollo da L. 20.000, salvo esenzioni di legge, deve essere corredato da 1 copia in carta uso bollo e dall'attestazione del versamento della tassa di pubblicazione prevista.

L'importo della tassa di pubblicazione è di L. 300.000 oltre IVA al 20% per ogni inserzione il cui contenuto non sia superiore, nel testo, a quattro cartelle dattiloscritte pari a 100 righe per 60 battute (o frazione) e di L. 22.000 oltre IVA per ogni ulteriore cartella dattiloscritta di 25 righe per 60 battute (o frazione).

Il versamento dello stesso deve essere effettuato sul c.c.p. n. 18785709 intestato a **Regione Puglia - Ufficio Bollettino Ufficiale Bari**.

Non si darà corso alle inserzioni prive della predetta documentazione.

LE PUBBLICAZIONI SONO IN VENDITA PRESSO LA LIBRERIA LATERZA & LAVIOSA - VIA CRISANZIO, 16 - BARI; LIBRERIA PIAZZO - PIAZZA VITTORIA, 4 - BRINDISI; CASA DEL LIBRO - VIA LIGURIA, 82 - TARANTO; LIBRERIA PATIERNO ANTONIO - VIA DANTE, 21 - FOGGIA; LIBRERIA MILELLA - VIA PALMIERI, 30 - LECCE.

SOMMARIO

PARTE SECONDA

Deliberazioni del Consiglio Regionale e della Giunta

DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO REGIONALE 2-3
febbraio 1999, n. 379

**"Riordino della rete ospedaliera in Puglia. Leggi 18
luglio 1996, n. 382 e 23 dicembre 1996, n. 662. Legge
regionale 28 dicembre 1994, n. 36 (delibera di Giunta
n. 4170 del 15-12-1998)".**

Pag. 1030

PARTE SECONDA

Deliberazioni del Consiglio Regionale e della Giunta

DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO REGIONALE
2-3 febbraio 1999, n. 379

“Riordino della rete ospedaliera in Puglia. Leggi 18 luglio 1996, n. 382 e 23 dicembre 1996, n. 662. Legge regionale 28 dicembre 1994, n. 36 (delibera di Giunta n. 4170 del 15-12-1998)”.

SEDUTA DEL 2 FEBBRAIO 1999

A relazione del Sig. Presidente, il quale informa l'Assemblea che primo argomento in discussione è la delibera di Giunta n. 4170 del 15-12-1998 “Delibera di Giunta regionale n. 3388/97 ‘Proposta di riordino della rete ospedaliera in Puglia. Leggi 18 luglio 1996, n. 382 e 23 dicembre 1996, n. 662, Legge regionale 28 dicembre 1994, n. 36’. Modifiche e integrazioni”.

Dà la parola alla cons. Errico, relatrice per le Commissioni consiliari permanenti III e I, riunitesi in seduta congiunta.

La Giunta regionale, con atto n. 6739 del 13-12-1996, avente a oggetto: “Organizzazione della rete ospedaliera”, ha approvato il piano sanitario ospedaliero a stralcio del piano socio-sanitario e lo ha trasmesso, per la definitiva approvazione, al Consiglio regionale trattandosi di atto di programmazione.

Il Consiglio regionale, con deliberazione n. 174 del 20-12-1996, ha approvato il suddetto piano preso atto degli emendamenti proposti dalla Commissione consiliare competente, della discussione generale e delle dichiarazioni di voto.

Il provvedimento regionale è stato adottato con riferimento alla legge di conversione 18 luglio 1996, n. 382, la quale dispone che le Regioni, entro il 31-12-1996, con atto programmatico di carattere generale, anche a stralcio del piano sanitario, provvedono a ristrutturare la rete ospedaliera prevedendo l'utilizzazione dei posti letto a un tasso non inferiore al 75% in media annua e adottando lo standard di dotazione media di 5,5 p.l. per 1000 abitanti, nell'intesa di completare la manovra di ristrutturazione entro il 31-12-1999.

Con lo stesso provvedimento il Consiglio regionale ha ritenuto di adottare una pianificazione degli interventi per fasi definite e successive riferita alla distribuzione dei posti letto per specialità, per Azienda USL e per Azienda ospedaliera.

La successiva legge 23-12-1996, n. 662 (c.d. legge finanziaria 1997) all'art. 1, comma 1, ha affidato ai Direttori generali delle Aziende sanitarie il compito di provvedere, non oltre il 30 giugno 1997, alla riduzione del numero dei posti letto nelle singole Unità operative ospedaliere che nell'ultimo triennio hanno mediamente registrato un tasso di occupazione inferiore

al 75%, nell'ambito però della ristrutturazione della rete ospedaliera di competenza regionale ai sensi della citata legge 382/96. Le suddette riduzioni sono riportate nell'allegato “A”.

È stato, pertanto, necessario proporre atto programmatico che, di seguito a quanto già deliberato dal Consiglio regionale con il provvedimento n. 174 del 20-12-1996, tenuto conto dei principi legislativi enunciati, ripartisse i posti letto per specialità e per Aziende sanitarie affinché i Direttori generali potessero operare nell'ambito di una più completa programmazione regionale, anche con riferimento agli adempimenti previsti dalla legge regionale 28 dicembre 1994, n. 36.

A tal fine, individuate le fasi metodologiche da percorrere e definiti i criteri per la rideterminazione e assegnazione dei posti letto di cui all'allegata relazione, è stata predisposta una proposta di riorganizzazione della rete ospedaliera che, unitamente alla suddetta relazione, è stata adottata dalla Giunta regionale con atto n. 3388 del 20-6-1997.

Il provvedimento di che trattasi è stato sottoposto al parere della III Commissione consiliare “Sanità e Servizi sociali” che, nella seduta del 28-10-1998, lo ha approvato a maggioranza integrandolo e modificandolo con vari emendamenti.

Successivamente lo stesso atto è stato trasmesso, per il parere di competenza, alla I Commissione consiliare “Bilancio, finanze e programmazione”, che lo ha approvato unitamente a due emendamenti.

La Giunta regionale, con la deliberazione n. 4170 del 15-12-1998, a modifica e integrazione del proprio precedente provvedimento n. 3388/97, ha fatto propri gli emendamenti delle suddette Commissioni consiliari e ha sottoposto alla competente approvazione del Consiglio regionale il piano di riordino così modificato.

Con deliberazione 5-8-1998 (G.U. n. 228 del 30-09-1998) il CIPE ha ripartito alle Regioni la quota di parte corrente del FSN 1998 assegnando alla Puglia lire 6.658.252.000.

Le Aziende sanitarie attueranno con propri atti di programmazione quanto previsto dal presente provvedimento nei limiti delle compatibilità finanziarie così come previsto dall'art. 2 della legge regionale 30-12-1994, n. 38 e osservando le previste priorità.

L'attuazione del presente provvedimento non potrà comunque comportare aumenti di spesa, dovendo trovare capienza nei bilanci delle Aziende sanitarie e ospedaliere nei limiti complessivi delle risorse rivenienti dal FSR e dalle entrate proprie.

La riconversione del presidio ospedaliero di Motto-la secondo la destinazione del presente piano avverrà in modo contestuale alla disattivazione delle unità operative e servizi attualmente in funzione.

Il presente provvedimento non comporta alcun mutamento qualitativo e quantitativo di entrata e di spesa né a carico degli Enti per i cui debiti i creditori potrebbero rivalersi sulla Regione.

L'attivazione relativa alle nuove istituzioni del presente piano ospedaliero potrà avvenire dietro specifica

autorizzazione della Giunta regionale con atto da sottoporre al parere vincolante della I Commissione consiliare permanente, su richiesta dell'Azienda sanitaria con apposita deliberazione del Direttore generale corredata di relazione sugli effetti economici, finanziari e patrimoniali di detta attivazione. In particolare, la relazione dovrà contenere la certificazione della copertura economico-finanziaria, nell'ambito del proprio bilancio, evidenziando il quadro di compatibilità dei provvedimenti di riordino da attivare con le quote del FSR attribuite in ciascun anno al netto della mobilità interregionale.

Il quadro di compatibilità finanziaria dovrà essere certificato con espressa certezza e chiarezza da parte del Collegio dei revisori dei conti e va accompagnato dall'illustrazione dell'andamento della spesa riferito, in particolare, a quelle per il personale, beni e servizi, assistenza farmaceutica e assistenza convenzionale e deve, altresì, tenere conto dei risultati di amministrazione e gestionali così come rilevati dai conti consuntivi relativi al triennio precedente all'esercizio finanziario di presentazione della proposta.

La suddetta copertura finanziaria potrà essere dimostrata secondo le modalità su indicate anche attraverso disattivazioni e/o riconversioni di posti letto e servizi nell'ambito della stessa Azienda sanitaria. In questo caso le disattivazioni e/o riconversioni dovranno essere deliberate ed effettuate prima della presentazione della proposta di nuove istituzioni da parte dei Direttori generali alla Regione e il provvedimento della Giunta regionale di autorizzazione di eventuale nuova istituzione dovrà essere corredato di apposita certificazione dell'avvenuta disattivazione e/o riconversione rilasciata dal Direttore generale e sottoscritta dal Direttore amministrativo e Direttore sanitario dell'Azienda sanitaria proponente.

In caso di mancata copertura, le richieste, che saranno inoltrate alla Regione con evidenziazione nella relazione degli effetti economici, finanziari e patrimoniali, potranno essere prese in esame dalla Giunta regionale, con le modalità su richiamate, in correlazione a disattivazioni previste in altre Aziende sanitarie e, comunque, in coincidenza con il piano annuale di riparto del FSR nell'ambito del quale potranno essere considerate le nuove attivazioni in relazione alla disponibilità finanziaria regionale, ai piani delle prestazioni, ai tetti di spesa e ai limiti di trasferimenti alle Aziende a carico del FS.

In quest'ultima ipotesi il provvedimento di riparto del FSR dovrà essere sottoposto al parere vincolante della I Commissione consiliare permanente per la parte riguardante le su indicate autorizzazioni.

La Giunta regionale, nell'esame delle richieste e nel rilascio delle autorizzazioni, adotterà criterio di priorità assoluta per le nuove istituzioni direttamente correlate all'avvio del sistema dell'emergenza sanitaria 118 e ai servizi di prevenzione.

Nel procedimento di autorizzazione delle nuove attivazioni dovrà, comunque, essere rispettata la disposizione di cui all'art. 32, comma 7, della legge 449/97

circa l'estensione dell'obbligo del pareggio di bilancio ai presidi ospedalieri delle Aziende USL.

Tutti gli atti di esecuzione del piano di riordino, ivi compresi quelli inerenti le strutture sanitarie transitoriamente accreditate e/o da accreditare a gestione privata, devono conformarsi agli obiettivi del patto di stabilità interno approvato con l'art. 28 della legge n. 448 del 1998, con particolare riferimento alla riduzione del disavanzo, alla garanzia di corretto impiego delle risorse e appropriati livelli di utilizzazione dei servizi, al rispetto degli indicatori e parametri concernenti gli aspetti strutturali e organizzativi nonché al perseguimento del complessivo equilibrio economico nel rispetto dei livelli di assistenza.

I procedimenti di richiesta di autorizzazione per l'attivazione delle nuove istituzioni, contenute nel presente piano di riordino, potranno essere avviati dai Direttori generali alla Giunta regionale solo dopo che saranno ripianati gli eventuali disavanzi gestionali maturati nel corso degli anni 1995/1998 e successivamente alla approvazione da parte della Regione degli assetti organizzativi di cui all'art. 22 della l.r. n. 36 del 1994, dell'art. 62 della l.r. n. 14 del 1998 secondo le procedure e le direttive previste dalla delibera della Giunta regionale n. 4268 del 23 dicembre 1998.

Tutte le procedure di attivazione del presente piano di riordino ospedaliero devono essere rispettate anche per le proposte gestionali riferibili all'applicazione dell'art. 4, comma 6, della legge n. 412 del 1991 e le eventuali proposte gestionali attraverso costituzioni di società miste potranno essere inoltrate alla Giunta regionale successivamente all'approvazione di specifiche direttive da adottarsi con delibera della Giunta regionale previo parere vincolante della I e III Commissione consiliare, che dovranno esprimersi entro trenta giorni.

Al fine del raggiungimento dell'equilibrio tra i costi sostenuti per l'assistenza ospedaliera regionale e la quota percentuale assegnata dal riparto annuale del FSN, la Giunta regionale predisporrà un apposito piano dei costi delle previsioni del presente piano di riordino ospedaliero sulla base di indici rapportati alle tipologie dei presidi, posti letto e servizi delle tipologie assistenziali previsti dal presente riordino, previo parere delle Commissioni consiliari competenti.

La Giunta regionale potrà esaminare eventuali richieste attuative per le nuove istituzioni del presente piano di riordino solo dopo la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale della delibera CIPE del riparto annuale del FSN e successivamente all'approvazione del piano dei costi di previsione su indicato, procedendo all'attuazione della riduzione dell'attuale spesa ospedaliera regionale annuale nella misura del 2% per l'anno 1999, del 2,5% per l'anno 2000 e del 3% per l'anno 2001.

I procedimenti di richiesta di autorizzazione per l'attivazione delle nuove istituzioni, contenute nel presente piano di riordino, inoltre, potranno essere avviati, fermo restando il rispetto di tutte le procedure e i vincoli finanziari e non su indicati, allorché i presidi

delle Aziende sanitarie locali raggiungono il tasso di ospedalizzazione fissato (160/1000 abitanti) dal presente provvedimento.

Al termine, il relatore comunica che la III e la I Commissione consiliare permanente, riunitesi in seduta congiunta, hanno espresso parere favorevole sul provvedimento di che trattasi, così come modificato da alcuni emendamenti dalle stesse apportati.

Segue la discussione generale.

Il Consiglio procede, quindi, all'esame degli emendamenti presentati. Terminato l'esame dell'emendamento n. 9, la seduta è aggiornata a domani, 3 febbraio.

SEDUTA DEL 3 FEBBRAIO 1999

A relazione del Sig. Presidente, il quale informa l'Assemblea che primo argomento in discussione è il prosieguo dell'esame della delibera di Giunta n. 4170 del 15-12-1998 "Delibera di Giunta regionale n. 3388/97 'Proposta di riordino della rete ospedaliera in Puglia. Leggi 18 luglio 1996, n. 382 e 23 dicembre 1996, n. 662. Legge regionale 28 dicembre 1994, n. 36'. Modifiche e integrazioni".

Il Consiglio prosegue l'esame degli emendamenti presentati.

Al termine, il Presidente avverte l'Assemblea che si deve procedere alla votazione sul provvedimento di che trattasi, nel testo proposto dalle Commissioni consiliari I e III e modificato dagli emendamenti testè approvati.

Seguono le dichiarazioni di voto.

IL CONSIGLIO REGIONALE

- Udita e fatta propria la relazione della cons. Erri-co;
- Vista la delibera di Giunta n. 4170 del 18-12-1998;
- Preso atto del parere espresso in seduta congiunta dalle Commissioni consiliari permanenti I e III;
- Preso atto delle dichiarazioni di voto;
- A maggioranza di voti, con il voto contrario dei Gruppi PDS, Rifondazione Comunista, PPI, SI, Partito Socialista e Verdi e dei consiglieri Di Donna e Dicesare e l'astensione del Presidente Copertino (sono assenti dall'Aula i Consiglieri Godelli e Tagliente), espressi e accertati per alzata di mano,

DELIBERA

- di approvare, così come approva, i criteri di riordino della rete ospedaliera contenuti nella relazione allegata al presente atto e di esso facente parte integrante;
- di approvare, così come approva, il riordino come risulta dagli allegati 35 prospetti meccanograficamente predisposti, riportati sotto la lettera "A", nonché l'organizzazione dei servizi ospedalieri comprendente 24 pagine, che costituiscono anch'essi parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

- di stabilire che la riconversione del presidio ospedaliero di Mottola secondo la destinazione del presente piano avverrà in modo contestuale alla disattivazione delle unità operative e servizi attualmente in funzione;

- di sancire che per gli ospedali di zone montane del Gargano a popolazione sparsa e di difficile viabilità (San Marco in Lamis e Monte Sant'Angelo) i posti letto rimodulati restano operativi fino all'adozione da parte delle ASL e della Giunta regionale dei provvedimenti esecutivi di attuazione delle nuove Divisioni e dei nuovi Servizi come indicati dal piano di riordino;

- di stabilire che l'attivazione relativa alle nuove istituzioni del presente piano ospedaliero potrà avvenire dietro specifica autorizzazione della Giunta regionale con atto da sottoporre al parere vincolante della I Commissione consiliare permanente, su richiesta dell'Azienda sanitaria con apposita deliberazione del Direttore generale corredata di relazione sugli effetti economici, finanziari e patrimoniali di detta attivazione. In particolare, la relazione dovrà contenere la certificazione della copertura economico-finanziaria, nell'ambito del proprio bilancio, evidenziando il quadro di compatibilità dei provvedimenti di riordino da attivare con le quote del FSR attribuite in ciascun anno al netto della mobilità interregionale.

Il quadro di compatibilità finanziaria dovrà essere certificato con espressa certezza e chiarezza da parte del Collegio dei revisori dei conti e va accompagnato dall'illustrazione dell'andamento della spesa riferito, in particolare, a quelle per il personale, beni e servizi, assistenza farmaceutica e assistenza convenzionale e deve, altresì tenere conto dei risultati di amministrazione e gestionali così come rilevati dai conti consuntivi degli esercizi relativi al triennio precedente all'esercizio finanziario di presentazione della proposta.

La suddetta copertura finanziaria potrà essere dimostrata secondo le modalità suindicate anche attraverso disattivazioni e/o riconversioni di posti letto e servizi nell'ambito della stessa Azienda sanitaria. In questo caso le disattivazioni e/o riconversioni dovranno essere deliberate ed effettuate prima della presentazione della proposta di nuove istituzioni da parte dei Direttori generali alla Regione e il provvedimento della Giunta regionale di autorizzazione di eventuale nuova istituzione dovrà essere corredato di apposita certificazione dell'avvenuta disattivazione e/o riconversione rilasciata dal Direttore generale e sottoscritta dal Direttore amministrativo e Direttore sanitario dell'Azienda sanitaria proponente.

In caso di mancata copertura, le richieste, che saranno inoltrate alla Regione con evidenziazione nella relazione degli effetti economici, finanziari e patrimoniali, potranno essere prese in esame dalla Giunta regionale, con le modalità su richiamate, in correlazione a disattivazioni previste in altre Aziende sanitarie e, comunque, in coincidenza con il piano annuale di riparto del FSR nell'ambito del quale potranno essere

considerate le nuove attivazioni in relazione alla disponibilità finanziaria regionale, ai piani delle prestazioni, ai tetti di spesa e ai limiti di trasferimenti alle Aziende a carico del FS.

In quest'ultima ipotesi il provvedimento di riparto del FSR dovrà essere sottoposto al parere vincolante della I Commissione consiliare permanente per la parte riguardante le su indicate autorizzazioni.

La Giunta regionale nell'esame delle richieste e nel rilascio delle autorizzazioni adoterà criterio di priorità assoluta per le nuove istituzioni direttamente correlate all'avvio del sistema dell'emergenza sanitaria 118 e ai servizi di prevenzione.

Nel procedimento di autorizzazione delle nuove attivazioni dovrà, comunque, essere rispettata la disposizione di cui all'art. 32, comma 7, della legge 449/97 circa l'estensione dell'obbligo del pareggio di bilancio ai presidi ospedalieri delle Aziende USL.

Tutti gli atti di esecuzione del piano di riordino, ivi compresi quelli inerenti le strutture sanitarie transitoriamente accreditate e/o da accreditare a gestione privata, devono conformarsi agli obiettivi del patto di stabilità interno approvato con l'art. 28 della legge n. 448 del 1998, con particolare riferimento alla riduzione dei disavanzo, alla garanzia di corretto impiego delle risorse e appropriati livelli di utilizzazione dei servizi, al rispetto degli indicatori e parametri concernenti gli aspetti strutturali e organizzativi nonché al perseguimento del complessivo equilibrio economico nel rispetto dei livelli di assistenza.

I procedimenti di richiesta di autorizzazione per l'attivazione delle nuove istituzioni, contenute nel presente piano di riordino, potranno essere avviati dai Direttori generali alla Giunta regionale solo dopo che saranno ripianati gli eventuali disavanzi gestionali maturati nel corso degli anni 1995/1998 e successivamente alla approvazione da parte della Regione degli assetti organizzativi di cui all'art. 22 della l.r. n. 36 del 1994, dell'art. 62 della l.r. n. 14 del 1998 secondo le procedure e le direttive previste dalla delibera della Giunta regionale n. 4268 del 23 dicembre 1998.

Tutte le procedure di attivazione del presente piano di riordino ospedaliero devono essere rispettate anche per le proposte gestionali riferibili all'applicazione dell'art. 4, comma 6, della legge n. 412 del 1991 e le eventuali proposte gestionali attraverso costituzioni di società miste potranno essere inoltrate alla Giunta regionale successivamente all'approvazione di specifiche direttive da adottarsi con delibera della Giunta regionale previo parere vincolante della I e III Commissione consiliare, che dovranno esprimersi entro trenta giorni.

Al fine del raggiungimento dell'equilibrio tra i costi sostenuti per l'assistenza ospedaliera regionale e la quota percentuale assegnata dal riparto annuale del FSN, la Giunta regionale predisporrà un apposito piano dei costi delle previsioni del presente piano di riordino ospedaliero sulla base di indici rapportati alle tipologie dei presidi, posti letto e servizi delle tipologie assistenziali previsti dal presente riordino, previo pa-

riere delle Commissioni consiliari competenti.

La Giunta regionale potrà esaminare eventuali richieste attuative per le nuove istituzioni del presente piano di riordino solo dopo la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale della delibera CIPE del riparto annuale del FSN e successivamente all'approvazione del piano dei costi di previsione su indicato, procedendo all'attuazione della riduzione dell'attuale spesa ospedaliera regionale annuale nella misura del 2% per l'anno 1999, del 2,5% per l'anno 2000 e del 3% per l'anno 2001.

I procedimenti di richiesta di autorizzazione per l'attivazione delle nuove istituzioni, contenute nel presente piano di riordino, inoltre, potranno essere avviati, fermo restando il rispetto di tutte le procedure e i vincoli finanziari e non su indicati, allorchè i presidi delle Aziende sanitarie locali raggiungono il tasso di ospedalizzazione fissato (160/1000 abitanti) dal presente provvedimento;

• di dare atto che il presente provvedimento non è soggetto a controllo, ai sensi dell'art. 17, comma 32, della legge 15-5-1997, n. 127.

Il Presidente del Consiglio
dott. Giovanni Copertino

I Consiglieri Segretari
prof.ssa Anna Maria Carbonelli -
sig. Angelo Cera

Il Segretario del Consiglio
dott. Renato Guaccero

PIANO DI RIORDINO DELLA RETE OSPEDALIERA IN PUGLIA

La legge 18-7-1996, n. 382 ha fatto obbligo alle Regioni di approvare, anche a stralcio del P.S.R. la ristrutturazione della rete ospedaliera prevedendo:

- l'utilizzazione dei posti letto ad un tasso non inferiore al 75% di media annua;
- lo standard di dotazione media di 5,5 posti letto per 1000 abitanti di cui 1,1 per 1000 riservato alla riabilitazione ed alla lungodegenza post acuzie;
- il tasso di spedalizzazione del 160 per 1.000 abitanti.

Al fine di ottemperare a quanto legislativamente previsto, la Giunta regionale, con deliberazione n. 6739 del 13-12-1996, ha sottoposto alla competente approvazione del Consiglio regionale, a stralcio del Piano sanitario regionale, il Piano sanitario ospedaliero.

Il numero dei posti letto dell'intero territorio regionale deve essere corrispondente al 5,5 x 1000 abitanti, ivi compresi i posti letto in day hospital e quelli privati accreditati.

La popolazione pugliese al 31-12-1997 (dati ISTAT) assomma a numero 4.090.068.

$4.090.068 \times 5.5/1000 = 22.495$ p.l. suddivisi come segue:

- $4.090.068 \times 4.5/1000 = 18.405$ p.l. per acuti;
- $4.090.068 \times 1.0/1000 = 4.090$ p.l. per lungodegenza, post-acuzie e riabilitazione.

Fermo restando il numero massimo tendenziale dei

posti letto sopra indicati (22.495 p.l.), gli stessi sono tendenzialmente distribuiti per Provincia come segue:

– Provincia di Bari	n. 8.630	p.l. (38,36%)
– Provincia di Brindisi	n. 2.282	p.l. (10,14%)
– Provincia di Foggia	n. 3.837	p.l. (17,06%)
– Provincia di Lecce	n. 4.499	p.l. (20,00%)
– Provincia di Taranto	n. 3.247	p.l. (14,44%)

La legge 23 dicembre 1996, n. 662 (c.d. legge finanziaria 1997) all'art. 1, comma 1, innovando il precedente orientamento legislativo circa la disattivazione e riconversione degli ospedali con meno di 120 posti letto, baipassando la competenza regionale, pur comunque nell'ambito della ristrutturazione della rete ospedaliera affidata alle Regioni stesse, demanda ai Direttori generali delle Aziende sanitarie il compito di provvedere, non oltre il 30 giugno 1997, alla riduzione del numero dei posti letto nelle singole Unità operative ospedaliere che nell'ultimo triennio hanno mediamente registrato un tasso di occupazione inferiore al 75% fatta eccezione per la Terapia intensiva, la Rianimazione, le Malattie infettive, le attività di trapianto di organi e di midollo osseo nonché le Unità spinali; la riduzione prevista non deve essere comunque inferiore al 20% del numero dei posti letto per ciascuna unità operativa ospedaliera interessata.

La stessa legge finanziaria 1997 all'art. 1, comma 4, prevede altresì che le Regioni, entro il 30-6-1997, nell'ambito della ristrutturazione della rete ospedaliera di competenza, provvedano ad incrementare i posti letto di day hospital fino ad una dotazione media regionale non inferiore al 10% dei posti letto della dotazione standard per acuti prevista dalla normativa vigente (10% di n. 18405 p.l. per acuti = p.l. n. 1840).

Lo stesso comma, in caso di inosservanza, prevede la sanzione della riduzione della quota di F.S.N. spettante alla Regione nella misura del 2% a decorrere dal 1997.

La legge regionale 22-12-1997, n. 22 "Prima variazione al bilancio di previsione 1997", fermo restando la disposizione innanzi richiamata, riconosce l'istituzione di posti letto di assistenza ospedaliera diurna avvenuta con formale atto delle Aziende sanitarie o delle disciolte AUSL entro il limite del 10% per ciascuna delle aree funzionali di Medicina e Chirurgia; prescrive altresì che le relative prestazioni rese dalle AUSL e Aziende ospedaliere nell'anno 1996 siano remunerate secondo le tariffe vigenti.

Appare pertanto necessario, nel quadro legislativo così come innanzi delineato, proporre una riorganizzazione della rete ospedaliera che tenga conto dei principi legislativi enunciati e dei criteri che qui di seguito si andranno ad enunciare.

A tal fine, con nota n. 24/2811/119/AG del 31-1-1997, l'Assessorato alla Sanità ha invitato i Direttori generali delle Aziende sanitarie a far pervenire proposte di riorganizzazione dei presidi ospedaliere di competenza nella osservanza dei criteri e parametri previsti dalla normativa vigente e dalla citata deliberazione consiliare n. 174/96 una volta acquisiti i pareri delle Conferenze dei Sindaci.

Si ritiene di formulare i seguenti principi di carattere generale:

ARTICOLAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA

I Presidi ospedalieri sono organizzati in un sistema di assistenza ospedaliera a rete.

Tale sistema deve poter garantire, in una organizzazione integrata, i livelli di assistenza uniformi di medio-alta specializzazione a livello provinciale.

In tale contesto, devono integrarsi le strutture ospedaliere private accreditate.

Al fine del raggiungimento dell'obiettivo di uniformità dell'assistenza sul territorio regionale, i Presidi ospedalieri devono essere organizzati in modo da conseguire:

- la distribuzione delle specialità di base nel rispetto del fabbisogno assistenziale territoriale;
- l'ottimizzazione dell'utilizzo delle specialità medio alte in interconnessione funzionale con i presidi ospedalieri ad alta ed altissima specializzazione;
- la realizzazione delle strutture complesse in grado di recuperare la domanda assistenziale extra regionale.

Il modello organizzativo da attuare deve articolarsi su tre momenti di assistenza ospedaliera così distinti:

1) gli Ospedali di rilievo nazionale e regionale nonché le aziende miste e gli IRCCS pubblici o privati dotati di almeno 3 alte specialità e servizi di Rianimazione e di Terapia Intensiva cardiologica e neonatale.

Gli Ospedali di rilievo nazionale o regionale sono dotati di DEA di II livello e di Dipartimento di Medicina Trasfusionale di II livello. Al Dipartimento di Medicina Trasfusionale del Policlinico di Bari fanno riferimento i servizi trasfusionali delle AUSL BA/1, BA/2, BA/3 e dell'Ospedale "Miulli" di Acquaviva delle Fonti; al Dipartimento di Medicina Trasfusionale del P.O. "Di Venere" fanno riferimento i servizi Trasfusionali delle AUSL BA/4 e BA/5; al Dipartimento di Medicina Trasfusionale degli "Ospedali Riuniti" di Foggia fanno riferimento i servizi trasfusionali delle AUSL FG/2 e FG/3; all'IRCCS di San Giovanni Rotondo fanno riferimento i servizi trasfusionali della AUSL FG/1.

2) I Presidi Ospedalieri di interconnessione funzionale con gli Ospedali di cui al punto 1).

Per interconnessione funzionale deve intendersi la risposta assistenziale ospedaliera alla domanda espressa a livello provinciale.

Detti presidi devono possedere, ovvero essere destinatari, in sede di programmazione regionale, della relativa istituzione ed attivazione almeno delle seguenti unità operative (U.O.) e/o Servizi:

Unità Operative:

- Medicina Generale
- Chirurgia Generale
- Cardiologia ed Unità di T.I. Cardiologica (UTIC)
- Terapia Intensiva Neonatale (UTIN)

- Rianimazione (UTIR)
- Ortopedia e Traumatologia
- Ostetricia e Ginecologia
- Pediatria
- Neurologia
- Urologia
- Psichiatria
- Nefrologia

Servizi:

- Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza (PS)
- Anestesia e Rianimazione
- Laboratorio Analisi
- Radiologia e T.A.C.
- Immunoematologia e Medicina trasfusionale (SMT)
- Dialisi
- Alimentazione Dietetica
- Farmacia
- Terapia fisica e riabilitativa

3) Presidi Ospedalieri di Assistenza Ospedaliera a rilievo territoriale.

Tali Presidi si devono interconnettere con i Presidi Ospedalieri di cui al punto 2).

Gli stessi devono possedere, ovvero essere destinatari, in sede di programmazione regionale, della relativa istituzione ed attivazione almeno delle seguenti unità operative (U.O.) e/o Servizi di seguito indicati:

Unità operative:

- Medicina Generale
- Chirurgia Generale
- Ortopedia e Traumatologia
- Ostetricia e Ginecologia con assistenza neonatale

Servizi:

- Medicina e Chirurgia di Accettazione ed Urgenza (PS)
- Anestesia e Rianimazione
- Laboratorio Analisi
- Radiologia
- Cardiologia
- Farmacia

Appartengono alla stessa categoria i Presidi Ospedalieri monospecialistici riconosciuti nella programmazione ospedaliera regionale.

Le strutture che non hanno i requisiti minimi indicati assumono configurazione di "Punto di I Intervento".

Tale configurazione non deve ritenersi in contrasto con altre utilizzazioni assistenziali della stessa struttura individuate dal piano sanitario.

La realizzazione della rete ospedaliera e del sistema di emergenza (118) deve essere destinataria di apposite risorse finanziarie da finalizzarsi annualmente in sede di riparto del F.S.R.

Si ritiene, pertanto, di poter procedere sulla base dei seguenti criteri:

1) Superamento della visione parcellizzata del territorio con conseguente rivisitazione del concetto di soddisfacimento dei bisogni assistenziali nell'ottica di un corretto rapporto fra organizzazione finalizzata alla ottimizzazione delle risorse e bacino di utenza.

2) Riorganizzazione dell'impianto organizzativo dell'assistenza e quindi delle attività interne degli Ospedali non solo per finalità di natura economico finanziaria ma soprattutto al fine di definire la strategia del miglioramento dell'offerta sanitaria, equilibrare il rapporto tra domanda sanitaria e prestazioni erogate superando la frammentazione degli stabilimenti e le situazioni ripetitive dei servizi e unità operative esistenti.

3) Accorpamento di strutture ospedaliere in un unico presidio ove ricorrano le condizioni quali il bacino di utenza, la viabilità e le condizioni logistiche del territorio.

4) Graduale applicazione del criterio di unificazione dei servizi di diagnosi e cura per aree territoriali compatibili.

5) Razionalizzazione e riorganizzazione degli spazi extraospedalieri con interventi di ristrutturazione della rete ambulatoriale e poliambulatoriale, a sostegno di una maggiore qualificazione dei servizi ed integrazione con l'organizzazione dipartimentale con interventi per l'acquisizione ed il rinnovo delle attrezzature sanitarie ed arredi allo scopo di creare strutture di filtro per i ricoveri ospedalieri.

6) Attivazione ed organizzazione dell'attività libero-professionale intramuraria ai sensi del Comma 8 dell'art. 1 della legge finanziaria 1997, del Decreto Ministero della Sanità 28 febbraio 1997, della circolare ministeriale del 24 aprile 1997, del decreto del Ministero della Sanità del 31 luglio 1997 nonché della legge di conversione 7 agosto 1997, n. 272 e successive modificazioni ed integrazioni.

7) Incentivazione dell'applicazione nelle Aziende sanitarie di modelli organizzativi finalizzati alla razionalizzazione delle attività ed al miglioramento della qualità dell'assistenza quali i dipartimenti e le aree funzionali omogenee. Le funzioni del Dipartimento ospedaliero già disciplinate dall'art. 22 della l.r. 28 dicembre 1994, n. 36 risultano modificate dall'art. 62 della l.r. 6 maggio 1998, n. 14 "Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 1998".

8) L'organizzazione che si propone deve avere carattere di processualità e deve essere effettuata attraverso fasi definite nel tempo e nei modi con particolare riferimento anche a quelle situazioni organizzative e strutturali che sono oggetto di intervento di edilizia sanitaria ex art. 20 legge n. 67/88 non senza un monitoraggio permanente dei risultati.

A tal fine è necessario:

- a) il rispetto tendenziale del rapporto posti letto/popolazione residente con riferimento agli indici per specialità indicato nella tavola allegata; pertanto, il parametro 5,5 p.l. X 1000 abitanti dovrà progressivamente raggiungersi in relazione alle potenzialità delle strutture ed alle risorse disponibili secondo piani di attuazione da predisporre dalle AUSL e Aziende ospedaliere;
- b) che i Direttori generali, entro 60 giorni dall'approvazione del presente documento programmatico da parte del Consiglio regionale, operino se-

condo le modalità previste dalla l.r. n. 36 del 28 dicembre 1994 ed attuino progressivamente la ripartizione dei posti letto finalizzata al conseguimento degli obiettivi come sopra citati.

9) Potenziamento ed incremento dei posti letto di day hospital, quale filtro alla spedalizzazione, acquisendo alla cultura sanitaria il concetto che l'Ospedale pur avendo un ruolo importante nell'assistenza non costituisce il fulcro del sistema. In riferimento a tali principi la Giunta regionale, con deliberazione n. 2016 del 3-6-1998, ha emanato le "Linee guida per la regolamentazione del day hospital e del day surgery".

La dotazione regionale dei p.l. di day-hospital è determinata nella misura del 10% dei p.l. per acuti (10% di 18.405 p.l. 1840 p.l. di assistenza ospedaliera diurna).

10) Negli Ospedali di base con ostetricia l'assistenza ai neonati sani deve essere garantita con la previsione di pediatri nell'ambito dell'unità operativa di Ostetricia con la costituzione di una struttura di assistenza (nido).

11) Indicativamente nei Presidi Ospedalieri in cui le U.O. di Ostetricia effettuano un numero di parti non inferiore a 1000 deve essere prevista l'U.O. di Neonatologia.

12) Potenziamento dei servizi psichiatrici delle AUSL ed Aziende Ospedaliere onde poter far fronte alla chiusura degli ospedali psichiatrici e poter fornire all'utenza territoriale i necessari interventi di assistenza sanitaria in attuazione del D.P.R. 7-4-1994 "Progetto obiettivo tutela della salute mentale 1994/96". Con l.r. n. 30 del 16 dicembre 1998 è stato stabilito che "I servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC)", dotati di un numero di posti letto non superiore a 16, sono parte integrante del Dipartimento di Salute Mentale della AUSL e devono essere ubicati nelle Aziende Ospedaliere, nei Presidi ospedalieri di AUSL con Pronto Soccorso funzionante 24 ore su 24 e nei Policlinici Universitari.

Essi erogano trattamenti psichiatrici in regime di ricovero volontario e di trattamento sanitario obbligatorio, esplicano attività di consulenza e di pronto soccorso, gestiscono o concorrono a gestire con il Centro di salute mentale day hospital psichiatrici.

Il numero complessivo di posti letto dei SPDC è individuato dalla legge regionale in parola, in ottemperanza al D.P.R. 7-4-1994, nella misura tendenziale di n. 1 posto ogni 10.000 ab.

Ogni D.S.N. deve disporre nel proprio ambito territoriale di un numero di posti letto in SPDC proporzionato alla popolazione residente.

I rapporti tra il D.S.N. di cui fa parte il SPDC e l'Azienda Ospedaliera in cui esso è ubicato sono regolati da convenzioni obbligatorie tra le due Aziende.

I rapporti fra il D.S.M. ed il Policlinico sono regolati in conformità ai protocolli d'intesa di cui al comma 1, art. 6, del d.to leg.vo 502/92.

Gli interventi per la realizzazione delle strutture connesse ai DSM e la realizzazione delle strutture territoriali residenziali e diurne di riabilitazione psichia-

trica costituiscono priorità nell'assegnazione delle quote di finanziamento ex art. 20 della legge n. 67/88 come previsto dalla deliberazione del Consiglio regionale n. 181/97 "Linee guida regionali per il superamento degli ospedali psichiatrici di Lecce, Latiano, Bisceglie e Foggia".

13) La distribuzione di posti letto in proporzione diretta con la popolazione non è compatibile con le attività di ricerca scientifica, di insegnamento ed alta specializzazione in particolare del P.O. "Consorziale Policlinico" e di alcuni istituti ed aziende sanitarie nelle quali si esplicano tali attività e la cui attuale dotazione di p.l., per una quota non superiore al 50%, deve considerarsi di interesse regionale e pertanto proporzionalmente riportata in diminuzione alla dotazione dei posti letto delle AUSL della Regione tenendo comunque presente un'analisi quali-quantitativa della mobilità sanitaria infraregionale (cfr. allegati b e c riferiti alla rilevazione 1996 dei ricoverati esterni dell'Azienda Ospedaliera "Consorziale Policlinico" di Bari e IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" di S. Giovanni Rotondo).

14) La proposta di ristrutturazione dell'Azienda Ospedaliera "Consorziale Policlinico" è di 2320 p.l. comprensiva di n. 1648 posti letto ottimizzati ex comma 1, art.1, legge n. 662 del 23 dicembre 1996, n. 65 p.l. derivanti dal nuovo complesso chirurgico e dell'emergenza "Asclepios", n. 140 p.l. ulteriori previsti dalla convenzione con l'Università nonché n. 40 p.l. a direzione ospedaliera.

Allo stato della situazione logistica - organizzativa del P.O. "Consorziale Policlinico" si ritiene che possano essere riportate nella riorganizzazione le proposte relative ai p.l. ottimizzati poichè l'esame della proposta di ristrutturazione e di ampliamento a n. 2320 p.l. + 24 posti letto + 4 poltrone ivi compreso il programma Asclepios dovrà essere esaminata in funzione dello stato di avanzamento dei lavori e coordinata con l'assetto complessivo dei servizi ospedalieri compresi nell'AUSL BA/4, considerando in ogni caso la peculiarità della funzione svolta dall'Università.

15) Il Policlinico, quale Azienda mista è articolato nel solco delle linee guida di cui al D.M. 31 luglio 1997 - Ministro Sanità, Ministro Università, per la stipula dei protocolli d'intesa Università-Regioni. In tal senso si ritiene opportuno attivare per l'Azienda Policlinico di Bari le procedure di cui all'art. 3 del menzionato decreto per l'individuazione delle unità operative e le altre strutture organizzative universitarie, anche di tipo sperimentale, delle quali avvalersi per le attività assistenziali in attuazione della proposta di assetto programmatico di seguito riportata e nei limiti dei volumi e delle tipologie della produzione annua assistenziale prevista, nonché delle disponibilità di bilancio.

Con tale assetto si provvede alla individuazione complessiva, per disciplina, dei posti letto in convenzione con l'Università.

Il prospetto di seguito riportato individua, peraltro, il numero delle Cattedre di rispettiva pertinenza.

La convenzione Regione-Università è sede per la individuazione dei livelli minimi assistenziali per effetto dei quali sono attivate le singole unità operative. Tale protocollo prevederà il dimensionamento minimo in posti letto dell'unità operativa".

Al Presidio ospedaliero "ospedali Riuniti" di Foggia il numero complessivo dei posti letto assegnati è comunicato con n. 873 (e non già 788).

In sede di protocollo d'intesa Regione-Università ex decreto 31 luglio 1997 il tetto di n. 384 posti letto a direzione universitaria, già assegnato con il decreto istitutivo dell'Azienda, sarà realizzato in funzione degli spazi disponibili derivanti dal completamento del II lotto e avendo individuato la disciplina con una Unità minima funzionale.

Analogamente sarà operata la realizzazione dei servizi autonomi secondo le necessità rilevabili nel rispetto delle esigenze didattiche della Università e dei compiti assistenziali dell'Azienda".

16) Presso la cattedra di Chirurgia plastica dell'Azienda Consorziale Policlinico di Bari è individuato il Centro regionale di Microchirurgia e reimpianti degli arti.

17) È istituito presso la Divisione ospedaliera di Urologia dell'Azienda Ospedaliera Policlinico di Bari il Centro regionale di riferimento per la prevenzione e la diagnosi delle malattie dell'apparato genitale e della prostata.

18) Per le nuove costruzioni ospedaliere di Cerignola, Barletta, Altamura - Gravina, Di Summa - Brindisi e per i presidi ospedalieri per i quali sono in corso riattamenti e/o ristrutturazioni finanziati ex art. 20 legge n. 67/88, i posti letto rideterminati in base alla presente proposta organizzativa si riferiscono a quelli attualmente esistenti alla data del 31-12-1996 nei presidi in attività; gli stessi posti letto dovranno essere gradualmente assorbiti nel momento in cui entreranno in funzione i nuovi ospedali e/o saranno completate le ristrutturazioni in corso, con l'attivazione dei posti letto approvati dalla Giunta regionale in applicazione della citata norma di edilizia sanitaria.

19) La Giunta regionale, con deliberazione n. 7995 del 23-12-1996, ha allocato e distribuito i posti letto per le malattie infettive nel numero complessivo di 395 in esecuzione del D.P.R. 7-4-1994 che approva il progetto obiettivo AIDS 1994/1996 così come di seguito indicato:

Presidi Ospedalieri	p.l. degenza	p.l. D.H.
- Civile - Barletta	32	8
- Policlinico - Bari	32	8
- Giovanni XXIII - Bari	40	8
- Fallacara Triggiano	16	8
- Di Summa Brindisi	32	8
- Civile Manfredonia	32	8
- Taranto Nord	32	8
- V. Fazzi Lecce	32	8
- OO.RR. - Foggia	32	11
- S.Caterina - Galatina	32	8
TOTALE	<u>312</u>	<u>83</u>

I p.l. previsti nell'Ospedale di Barletta per impossibilità strutturale vengono riallocati nella struttura ospedaliera di Bisceglie.

20) Il Consiglio regionale, con atto n. 86 del 14-5-1996, ha approvato le azioni programmate per la prevenzione e la cura delle malattie oncologiche.

Il Piano Sanitario Nazionale prevede la presenza di una Unità Oncologica medica dotata di almeno 20 posti letto ogni 250.000 abitanti.

L'Unità di oncologia medica collabora attivamente con le strutture diagnostiche e chirurgiche presenti nell'Azienda costituendo una unità di assistenza integrata allo scopo di fornire ai pazienti neoplastici, in tutte le fasi della malattia, un iter diagnostico razionale e un trattamento disciplinare.

Inoltre, ha il compito di coordinare le attività oncologiche svolte nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base.

Dove già presente, l'unità di radioterapia è parte dell'unità di assistenza integrata.

Se sono presenti competenze adeguate, l'unità integrata può attuare interventi di prevenzione secondaria riferiti al proprio bacino di utenza, in accordo con i protocolli validati.

Sulla base dei citati presupposti, i posti letto per oncologia medica in Puglia dovrebbero essere non meno di 320.

Tale numero, che costituisce il livello minimo, considerata la particolare configurazione geografica regionale è ragionevole ritenere di doverlo incrementare almeno del 10%.

Una corretta distribuzione territoriale deve consentire l'erogazione dell'assistenza in ambito provinciale in due articolazioni funzionali (unità operative e servizi oncologici).

Si prevede, quindi, una unità di oncologia medica nelle aziende ospedaliere a rilievo regionale già individuate nella Regione. Per quanto concerne l'istituzione dei servizi senza posti letto, si rinvia a quanto previsto a pag. 67, punto 14 "Oncologia".

Considerata, inoltre, la presenza in Puglia dell'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico denominato Oncologico, per i compiti assistenziali e di ricerche del predetto Istituto viene prevista una dotazione di n. 150 posti letto per attività mediche e chirurgiche da organizzarsi in forma dipartimentale (150 p.l. + 15 p.l. per espletamento attività libero professionale. Art. 22, commi 4, 5, 6, 7 l.r. 3 giugno 1996, n. 6 "Bilancio di previsione esercizio finanziario 1996").

L'Istituto Oncologico viene inoltre individuato come centro di riferimento oncologico regionale con il compito di assistere le autorità regionali nella formulazione dei programmi, della standardizzazione di metodiche diagnostico-terapeutiche, per la validazione dei protocolli.

21) Il rilevamento dei posti letto e della loro funzionalità, effettuato nell'anno 1994, riportato nella deliberazione del Consiglio regionale n. 174 del 20-12-1996, non ha tenuto presente che alcune Divisioni di Nefrologia (Barletta, Brindisi, Cerignola, Taranto)

non disponevano di posti letto specifici ma utilizzavano quelli delle Divisioni di Medicina generale per cui si proponeva per la Nefrologia un fabbisogno di posti letto pari a 0,049 X 1.000 abitanti, sovrastimando il fabbisogno della Medicina generale.

Alla luce delle reali necessità che provengono dal ricovero dei pazienti nefropatici, dializzati e trapiantati presso le Divisioni di Nefrologia, il fabbisogno di posti letto deve necessariamente passare da 0,049 a 0,070 X 1.000 ab., decurtando il fabbisogno di posti letto della Medicina generale di 0,021 e portandolo da 0,620 a 0,599 X 1.000 ab.; pertanto, il numero di posti letto di Medicina Generale si riduce da 2.500 a 2.415. I posti letto di Nefrologia passano da 198 a 332, di cui 299 per la degenza ordinaria e 33 per il day - hospital. Si dimostra pertanto una riduzione degli attuali 435 posti letto di Nefrologia ed una loro migliore distribuzione sul territorio regionale.

22) Il coordinamento regionale dell'attività di prelievo e trapianto di organi ha avuto inizio nel 1990 con l'insediamento presso il Policlinico di Bari del Centro regionale di riferimento istituito con delibera regionale nel 1989. Compiti di tale Coordinamento sono la distribuzione degli organi prelevati da cadavere e la gestione delle liste d'attesa.

Il Coordinamento riguarda le attività dei seguenti centri trapianto:

- Centri Trapianto di Rene dell'A.O. "Consortiale Policlinico" di Bari e dell'A.O. "V. Fazzi" di Lecce;
- Centri Trapianto di Fegato e di Cuore autorizzati dal Ministero della Sanità presso l'Azienda Ospedaliera "Consortiale Policlinico" di Bari;
- Centro di Trapianti di cute da cadavere (come da pregressa autorizzazione Ministeriale) e di culture cellulari presso il Centro Grandi Ustioni dell'Azienda Consortiale Policlinico di Bari; un Centro di Culture cellulari presso il Centro Grandi Ustioni della Azienda Ospedaliera "Di Summa" di Brindisi;
- Centro di Innesto di Valvole Cardiache in via di costituzione.

Il Centro Regionale coordina anche l'attività di innesto di cornee che si svolgono presso varie Aziende Ospedaliere della Regione.

Infine il Centro cura la diffusione della cultura della donazione degli organi.

23) I posti letto delle strutture private accreditate si ritengono parte non integrante ma "integrata" della rete ospedaliera pubblica. La loro regolamentazione potrebbe essere assoggettata ai seguenti criteri:

- a) posti letto non superiori al 10% della dotazione regionale;
- b) il valore percentuale di cui al precedente punto a) deve progressivamente trovare una redistribuzione a livello provinciale;
- c) possibilità di trasformazione del 50% dell'attuale dotazione dei posti letto previsti in lungodegenza e riabilitazione;
- d) il numero dei posti letto risultanti disponibili tra il

numero dei posti letto pari al 10% ed il numero dei posti letto accreditati esistenti va attribuito in modo proporzionale al numero massimo prevedibile per ciascuna Provincia così come di seguito indicato:

		P.L. esistenti	P.L. max previsti
BARI	8.630 p.l.	1.084	862
FOGGIA	3.837 p.l.	243	383
BRINDISI	2.282 p.l.	60	228
LECCE	4.499 p.l.	130	449
TARANTO	3.247 p.l.	442	324

- e) in sede di prima applicazione, ove la situazione presenti scompensi distributivi, al fine di garantire i livelli occupazionali, il numero dei posti letto rimane congelato e l'esubero dei posti letto rispetto alla assegnazione provinciale deve trasformarsi in lungodegenza e riabilitazione. Le AUSL ove hanno sede le istituzioni private in esubero non potranno attivare i posti letto di lungodegenza e riabilitazione. Detta trasformazione diverrà obbligatoria solo all'atto del raggiungimento della quota pubblica prevista dal presente piano. Le altre AUSL facenti parte della stessa provincia potranno invece attivarli in ragione dei 2/3 dell'attribuzione territoriale.

Il numero dei posti letto divisi per specialità al 31-12-1996 delle Case di cura convenzionate sono quelli risultanti dalla tabella d) allegata.

24) La prima risposta alla domanda di servizi fondamentali delle popolazioni del Gargano Nord è stata fornita dalla Giunta regionale con l'attivazione di una rete periferica di emergenza urgenza.

Con deliberazione n. 1224 del 29-4-1998 si è infatti deliberata la realizzazione di sedi di Pronto Soccorso nei Comuni di Peschici, Vieste e Vico del Gargano con una prima assegnazione alla ASL FG/1 di S. Severo della somma di lire 2.550.000.000 necessaria per la realizzazione delle opere di che trattasi.

25) La Giunta regionale, con deliberazione n. 4586 dell'8-10-1996, ha espresso parere favorevole al riconoscimento del Centro di Riabilitazione "La Nostra Famiglia" di Ostuni (BR) quale presidio aggregato dell'IRCCS "Eugenio Medea" con sede legale a Ponte Lombro (CO).

Il decreto interministeriale 31 luglio 1998 ha esteso il riconoscimento di IRCCS della Sezione "E. Medea" dell'Associazione "La Nostra Famiglia" anche alla sede regionale di Ostuni, per cui si attribuiscono n. 30 p.l. di Neuroriabilitazione nel settore della Neuropsichiatria per l'età evolutiva, recupero e riabilitazione funzionale.

26) I Direttori generali delle Aziende ospedaliere e delle Aziende Unità Sanitarie Locali verificheranno, entro il 31 dicembre di ogni anno, la percentuale di utilizzazione di posti letto in dotazione all'Azienda nelle aree funzionali di Medicina, Chirurgia, Materno infantile e riabilitativa ad eccezione dell'area intensiva o sub intensiva disponendo, con atti deliberativi da

sottoporre alla Giunta regionale per la definitiva approvazione, l'eventuale riduzione del 15% dei posti letto qualora la loro utilizzazione risulti inferiore al 75%; il turn-over di conseguenza sarà da considerarsi in riduzione rispetto all'anno precedente.

27) I Presidi Ospedalieri di Altamura e Gravina insistenti territorialmente nell'AUSL BA/3 di Altamura sono da considerarsi accorpati funzionalmente.

28) Ove sia riscontrata una riduzione di utilizzazione di posti letto per acuti in ambito regionale, i posti letto non utilizzati dovranno essere distribuiti per Provincia a garanzia del raggiungimento del 10% previsto per i posti letto delle strutture private accreditate di cui al precedente punto 23).

29) Le aziende sanitarie, nella programmazione degli interventi previsti dal presente provvedimento, dovranno tenere conto delle seguenti priorità:

- emergenza - urgenza e prevenzione;
- riequilibrio territoriale delle specialità;
- riequilibrio dei rapporti con l'Università nelle aziende in cui insiste la componente universitaria;
- attivazione della lungodegenza e riabilitazione.

30) Dalla riorganizzazione proposta residuano 266 p.l. per la lungodegenza post acuzie e riabilitazione che non possono essere distribuiti considerata la carenza di strutture ricettive e la non omogeneità dei bacini di utenza.

I p.l. di che trattasi potranno essere attivati per la soluzione dei problemi inerenti la crisi della sanità privata e la diversa utilizzazione degli ex ospedali Psichiatri con apposito piano regionale.

I detti posti letto vanno ricompresi in n. 120 complessivi di Riabilitazione rivenienti dal Piano di riconversione dell'ex ospedale psichiatrico "Casa della Divina Provvidenza" per le due sedi di Bisceglie e Foggia e precisamente n. 35 p.l. per Riabilitazione Cardiorespiratoria e n. 35 p.l. di Riabilitazione Neurologica ed Ortopedica per Bisceglie e n. 25 posti letto per Riabilitazione Cardiorespiratoria a Foggia e n. 25 per Riabilitazione Neurologica e Ortopedica a Foggia; Unità Alzheimer per le sedi di Bisceglie e Foggia di n. 60 p.l. ciascuna ed una Unità pneumotisiatrice a Bisceglie per n. 20 p.l.

31) Ai sensi della legge 12 agosto 1993 n. 296, nei Presidi Ospedalieri delle città capoluogo di provincia sono riservati posti letto, in numero adeguato al fabbisogno della popolazione carceraria, in reparti destinati al ricovero dei detenuti.

Detti reparti sono allocati in P.O. dotati di Divisione per le malattie infettive.

Alle cure ed agli accertamenti diagnostici provvede

la struttura ospedaliera, mentre alla sicurezza dei reparti ospedalieri destinati ai detenuti provvede l'Amministrazione penitenziaria.

32) Alla presente relazione sono allegati n. 35 tabulati meccanografici riportati sotto la lettera A) comprendenti i prospetti riferiti ai posti letto programmati per AUSL e Aziende Ospedaliere nonché il riepilogo provinciale e regionale.

33) È altresì allegata l'organizzazione dei servizi ospedalieri comprendente 24 pagine.

34) Nelle Aziende Ospedaliere e nelle AUSL, ove funzionalmente presente, si istituisce un Centro per la Infertilità e patologia di coppia.

Per le esigenze interdisciplinari dei Centri di nuova istituzione, la dotazione organica deve prevedere, oltre al personale ostetrico-ginecologico, almeno un dirigente medico specialista di Andrologia.

35) Nelle Aziende ospedaliere e nelle ASL presso le Divisioni o Servizi di Nefrologia, Cardiologia o Medicina può istituirsi un Centro per la diagnosi e cura della ipertensione arteriosa con i seguenti obiettivi:

- screening territoriale come prevenzione e rilevamento epidemiologico della patologia;
- diagnosi etiopatogenetica e stadiazione clinica;
- terapia medica e/o interventistica;
- razionalizzazione delle risorse umane e strumentali con riduzione dell'impegno economico;
- riferimento attuativo di tipo multidisciplinare.

36) Ove siano presenti nello stesso Dipartimento più Unità Operative di lungodegenza e di geriatria le stesse saranno affidate ad un unico responsabile di II livello dirigenziale; ove siano presenti in uno stesso Presidio Ospedaliero Unità Operative di geriatria e lungodegenza le stesse saranno funzionalmente accorpate ed affidate ad un unico responsabile di II livello dirigenziale.

In entrambe le situazioni le nuove piante organiche prevederanno regolarmente le funzioni dirigenziali di II livello per ognuna delle Unità Operative che potranno, però, essere pienamente realizzate per i dirigenti di II livello, dopo il raggiungimento del limite massimo di spesa per l'attività ospedaliera della AUSL al di sotto del 47% della spesa corrente.

Per le Aziende Ospedaliere la suddetta deroga sarà superata solo al raggiungimento dello stesso indice del 47% della spesa corrente per gli Ospedali sull'intero territorio regionale.

37) I presidi ospedalieri di Putignano e Noci insistenti territorialmente nella AUSL BA/5 di Putignano sono da considerarsi accorpati funzionalmente.