

**MINISTERO DELLA SALUTE**  
**MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE**  
**REGIONE PUGLIA**

**Accordo tra il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze e la Regione Puglia per l'approvazione del Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311**

**VISTO** l'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, il quale dispone che l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato di cui al comma 164 del medesimo articolo 1, rispetto al livello di cui all'Accordo Stato Regioni dell'8 agosto 2001, per l'anno 2004, rivalutato del 2 per cento su base annua a decorrere dall'anno 2005, è subordinato alla stipula di una specifica intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, che contempra, per il rispetto degli obiettivi di finanza pubblica, ai fini del contenimento della dinamica dei costi, specifici adempimenti;

**VISTO** l'articolo 1, comma 180, della richiamata legge n. 311/2004, che la regione interessata, anche avvalendosi del supporto tecnico dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, procede ad una ricognizione delle cause ed elabora un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio; che i Ministri della salute e 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 intesa prevista dal comma 173;

**VISTO** l'articolo 4 della legge 14 maggio 2005, n. 80, di conversione, con modificazioni, del decreto-legge 14 marzo 2005, n. 35, che, al comma 1, lettera a), estende il disposto del comma 180 del richiamato articolo 1 della legge n. 311/2004 agli anni 2004 e precedenti;

**VISTO** l'articolo 8 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, pubblicata sulla G.U. 7 maggio 2005, n. 105, con la quale si è convenuto, in relazione a quanto disposto dall'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, a partire dall'anno 2005, con riferimento ai risultati di esercizio dell'anno 2004, per le regioni interessate che, ai sensi di tale disposizione stipulano con i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro per gli affari regionali, l'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 intesa prevista dal comma 173 del medesimo articolo;

**VISTO** in particolare il comma 2 lettera a) che la sottoscrizione dell'accordo consente alla regione interessata l'accesso al maggior finanziamento con le seguenti modalità:

a) spetta l'80 per cento del maggior finanziamento all'atto della sottoscrizione dell'accordo, il rimanente 20% subordinatamente alla verifica della effettiva attuazione del programma nel caso in cui la Regione risulti:

- adempiente con riferimento all'equilibrio economico finanziario, verificato dal Tavolo tecnico degli adempimenti, al mantenimento dei Livelli di assistenza previsti dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive integrazioni e modificazioni, attuazione del

Piano nazionale per la prevenzione e del Piano nazionale per l'aggiornamento del personale sanitario;

- inadempiente con riferimento agli altri adempimenti di cui all'allegato 1 dell'Intesa;

b) spetta il 40 per cento del maggior finanziamento, all'atto della sottoscrizione dell'accordo; il rimanente 60 per cento subordinatamente alla verifica della effettiva attuazione del programma, nel caso in cui la regione risulti inadempiente anche ad uno degli adempimenti di cui alla lettera a) primo trattino.

**VISTA** l'Intesa tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il Patto per la salute per gli anni 2007-2009, condiviso dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano il 28 settembre 2006, di cui all'Intesa Stato-Regioni del 5 ottobre 2006;

**VISTA** la legge 27 dicembre 2006 n. 296, articolo 1, comma 796, che, alla lettera b), stabilisce che gli interventi individuati dai programmi operativi di riorganizzazione, qualificazione o potenziamento del servizio sanitario regionale, necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, oggetto degli accordi di cui all'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, come integrati dagli accordi di cui all'articolo 1, commi 278 e 281, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, sono vincolanti per la regione che ha sottoscritto l'Accordo e le determinazioni in esso previste possono comportare effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima regione in materia di programmazione sanitaria;

**VISTO** il richiamato articolo 1, comma 796, che alla lettera b), dispone ancora che il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e finanze, assicura l'attività di affiancamento delle Regioni che hanno sottoscritto l'accordo di cui all'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, comprensivo di un Piano di rientro dai disavanzi, sia ai fini del monitoraggio dello stesso, sia per i provvedimenti regionali da sottoporre a preventiva approvazione da parte del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze, sia per i nuclei da realizzarsi nelle singole regioni con funzioni consultive di supporto tecnico, nell'ambito del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS), di cui all'articolo 1, comma 288 della legge 23 dicembre 2005, n. 266;

**VISTO** l'articolo 4 del decreto legge 1 ottobre 2007 n.159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n.222, che dispone che, qualora nel procedimento di verifica e monitoraggio dei singoli Piani di rientro, effettuato dal Tavolo di verifica degli adempimenti e dal Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, di cui rispettivamente agli articoli 12 e 9 dell'Intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005, pubblicata nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005, con le modalità previste dagli accordi sottoscritti ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, si prefiguri il mancato rispetto da parte della regione degli adempimenti previsti dai medesimi Piani, in relazione alla realizzabilità degli equilibri finanziari nella dimensione e nei tempi ivi programmati, in funzione degli interventi di risanamento, riequilibrio economico-finanziario e di riorganizzazione del sistema sanitario regionale, anche sotto il profilo amministrativo e contabile, tale da mettere in pericolo la tutela dell'unità economica e dei livelli essenziali delle prestazioni, ferme restando le disposizioni di cui all'articolo 1, comma 796, lettera b), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, il Presidente del Consiglio dei Ministri, con la procedura di cui all'articolo 8, comma 1, della legge 5 giugno 2003, n. 131, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per gli affari regionali e le autonomie locali, diffida la regione ad adottare entro quindici giorni tutti gli atti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali idonei a garantire il conseguimento degli obiettivi previsti nel Piano;

**VISTO** l'articolo 49 della Legge 24 dicembre 2007, n.244, che prevede che, in presenza della sottoscrizione dell'Accordo con lo Stato per il rientro dai deficit sanitari, ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30

dicembre 2004, n. 311, alle regioni interessate che non hanno rispettato il patto di stabilità interno in uno degli anni precedenti il 2007 spetta l'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale a carico dello Stato previsto per l'anno di riferimento dalla legislazione vigente, nei termini stabiliti dal relativo piano;

VISTA l'Intesa tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il Nuovo patto per la salute per gli anni 2010-2012, sottoscritta in data 3 dicembre 2009;

VISTO l'articolo 2, commi da 67 a 105, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, di recepimento della citata Intesa del 3 dicembre 2009;

VISTI in particolare i seguenti commi dell'articolo 2:

- *comma 67 che prevede che "per gli anni 2010 e 2011 si dispone un incremento rispettivamente di 584 milioni di euro e di 419 milioni di euro rispetto al livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre ordinariamente lo Stato, pari a 104.564 milioni di euro per l'anno 2010 e a 106.884 milioni di euro per l'anno 2011, comprensivi della riattribuzione a tale livello di finanziamento dell'importo di 800 milioni di euro annui di cui all'articolo 22, comma 2, del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 2009, n. 102, e successive modificazioni, nonché dell'importo di 466 milioni di euro annui di economie sulla spesa del personale derivanti da quanto disposto dai commi 16 e 17 del presente articolo e dall'articolo 1, comma 4, lettera a), della citata Intesa Stato-regioni, e al netto dei 50 milioni di euro annui per il finanziamento dell'ospedale pediatrico Bambino Gesù di cui all'articolo 22, comma 6, del citato decreto-legge n. 78 del 2009, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 102 del 2009, nonché dell'importo di 167,8 milioni di euro annui per la sanità penitenziaria di cui all'articolo 2, comma 283, della legge 24 dicembre 2007, n. 244. Con successivi provvedimenti legislativi e' assicurato l'intero importo delle risorse aggiuntive previste nella citata Intesa Stato-regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012. Per l'esercizio 2012 sono assicurate al Servizio sanitario nazionale risorse corrispondenti a quelle previste per il 2011, incrementate del 2,8 per cento";*

- *comma 80 che prevede che "gli interventi individuati dal piano sono vincolanti per la regione, che e' obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro";*

- *comma 86 che prevede che: "l'accertato verificarsi, in sede di verifica annuale, del mancato raggiungimento degli obiettivi del piano di rientro, con conseguente determinazione di un disavanzo sanitario, comporta, oltre all'applicazione delle misure previste dal comma 80 e ferme restandole misure eventualmente scattate ai sensi del comma 83, l'incremento nelle misure fisse di 0,15 punti percentuali dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attivita' produttive e di 0,30 punti percentuali dell'addizionale all'IRPEF rispetto al livello delle aliquote vigenti, secondo le procedure previste dall'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, come da ultimo modificato dal comma 76 del presente articolo";*

- *comma 92 che dispone che per le regioni che risultano inadempienti per motivi diversi dall'obbligo dell'equilibrio di bilancio sanitario, si applicano le disposizioni di cui ai commi da 93 a 97;*

- *comma 93 che prevede che le regioni possono chiedere la sottoscrizione di un Accordo, con il relativo piano di rientro, approvato dalla regione, ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, per le parti non in contrasto con la presente legge;*

- *comma 94 che dispone che la sottoscrizione dell'Accordo di cui al comma 93 e la relativa attuazione costituiscono presupposto per l'accesso al maggior finanziamento dell'esercizio in cui si e' verificata l'inadempienza e di quelli interessati dal piano di rientro. L'erogazione del maggior finanziamento avviene*

per una quota pari all'80 per cento a seguito della sottoscrizione dell'accordo. Le restanti somme sono erogate a seguito della verifica positiva dell'attuazione del piano, con la procedura di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto-legge 7 ottobre 2008, n. 154, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 2008, n. 189. In materia di erogabilità delle somme restano ferme le disposizioni di cui all'articolo 1, commi 2 e 3, del citato decreto-legge n. 154 del 2008 e all'articolo 6-bis, commi 1 e 2, del decreto-legge 29 novembre 2008, n. 185, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 gennaio 2009, n. 2.

- comma 95 che prevede che: *"gli interventi individuati dal piano di rientro sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro"*;

- comma 96, che dispone che la verifica dell'attuazione del piano di rientro avviene con periodicità semestrale e annuale, ferma restando la possibilità di procedere a verifiche ulteriori previste dal piano stesso o straordinarie ove ritenute necessarie da una delle parti. I provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria, e comunque tutti i provvedimenti aventi impatto sul servizio sanitario regionale indicati nel piano in apposito paragrafo dello stesso, sono trasmessi alla piattaforma informatica del Ministero della salute, cui possono accedere tutti i componenti degli organismi di cui all'articolo 3 della citata intesa Stato-Regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012. Il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, nell'ambito dell'attività di affiancamento di propria competenza nei confronti delle regioni sottoposte al piano di rientro dai disavanzi, esprime un parere preventivo esclusivamente sui provvedimenti indicati nel piano di rientro.

- comma 97 che prevede che *"le regioni che avrebbero dovuto sottoscrivere, entro il 31 dicembre 2009, un accordo ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, con il relativo piano di rientro, per la riattribuzione del maggior finanziamento, possono formalmente chiedere di sottoscrivere il medesimo accordo corredando la richiesta di un adeguato piano di rientro, entro il termine del 30 aprile 2010. In caso di mancata sottoscrizione dell'accordo entro i successivi novanta giorni, la quota di maggior finanziamento si intende definitivamente sottratta alla competenza della regione interessata."*

VISTO l'esito del Tavolo di verifica degli adempimenti che per gli anni 2006 e 2008 ha dichiarato la Regione Puglia, in particolare, inadempiente a causa del mancato rispetto del Patto di stabilità interno e per l'anno 2008 per l'assistenza domiciliare e residenziale;

CONSIDERATO che, pertanto, la Regione Puglia avrebbe dovuto presentare, ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge n.311/2004 e s.m. i, un Piano di rientro dai disavanzi sanitari per recuperare le c.d. quote premiali trattenute per gli anni 2006 e 2008 pari a circa 500 mln di euro, entro il 31 dicembre 2009;

CONSIDERATO che, con la legge 23 dicembre 2009, n.191 ( legge finanziaria 2010) all'articolo 1, comma 97 è stata prevista per le Regioni, che avrebbero dovuto già sottoscrivere ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge n.311/2004 un Accordo sul piano di rientro dai disavanzi entro il 31 dicembre 2009, la possibilità di richiedere entro il 30 aprile 2010 la sottoscrizione dell'Accordo, con una proroga di novanta giorni ( 30 luglio) per la stipula dello stesso, pena la perdita del maggior finanziamento;

VISTA la nota del Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome prot. n.1898/C7SAN del 27.5.2010 con cui ha richiesto la riapertura dei termini della verifica degli adempimenti LEA relativi all'anno 2008 per la Regione Puglia;

VISTA la nota n. 4860 del 28 aprile 2010, con la quale il Presidente della Regione Puglia ha chiesto di sottoscrivere un Accordo contenente un Piano di rientro, ai sensi dell'articolo 2, comma 97 della legge

191/2009, per l'attribuzione dei finanziamenti ancora non erogati per le annualità 2006 e 2008 ed ha inviato una proposta di Piano di rientro;

**VISTI** gli esiti istruttori del gruppo tecnico interistituzionale, riunitosi il 3 giugno 2010 per l'esame della documentazione trasmessa dalla Regione, *che ha ritenuto il documento presentato dalla Regione Puglia inadeguato e non configurabile come Piano di rientro*, invitando la Regione a riformulare la proposta di Piano in tempi utili per l'istruttoria e la successiva sottoscrizione da completarsi entro e non oltre il 29 luglio 2010;

**CONSIDERATO** che, nel corso della successiva riunione tecnica del 22 luglio 2010, ai fini dell'esame della ulteriore documentazione pervenuta dalla Regione, sono state richieste ulteriori modifiche evidenziando che il testo faceva riferimento alla legge regionale 25 febbraio 2010, n.4 "Norme urgenti in materia di sanità e servizi sociali," che è stato oggetto di impugnativa alla Corte Costituzionale da parte del Governo nella seduta del Consiglio dei Ministri del 30 aprile 2010 ed alla legge regionale n. 27 del 27 novembre 2009 che è stata oggetto di impugnativa da parte del Governo nella seduta del Consiglio dei Ministri del 22 gennaio 2010;

**VISTI** gli esiti della successiva riunione del 28 luglio 2010 per effetto dei quali lo schema di accordo ed il Piano di rientro della Regione Puglia sono stati ritenuti nella fase istruttoria non adeguati ed idonei a riorganizzare e riqualificare il Servizio sanitario regionale;

**CONSIDERATO** che, essendo lo schema di accordo ed il Piano di rientro della Regione Puglia stati ritenuti nella fase istruttoria non adeguati ed idonei a riorganizzare e riqualificare il Servizio sanitario regionale, il Governo, nella seduta del Consiglio dei Ministri del 4 agosto 2010 ha deciso di concedere alla Regione la possibilità di integrare, entro il 30 settembre 2010, la documentazione già trasmessa, così da poter poi procedere alla stipula del predetto Accordo;

**VISTO** il decreto- legge 5 agosto 2010, n.125, recante :*" Misure urgenti per il settore dei trasporti e disposizioni in materia finanziaria"*, pubblicato sulla G.U. n. 182 del 6 agosto 2010, che, all'articolo 2, comma 2, dispone che: *" Alla Regione Puglia che avendo, ai sensi dell'articolo 2, comma 97, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, presentato entro il 30 aprile 2010 richiesta di sottoscrivere un Accordo, di cui all'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, corredato del relativo Piano di rientro, e che non ha effettivamente sottoscritto tale Accordo entro i successivi novanta giorni, è concessa, al fine di contrastare l'aggravamento della situazione economico finanziaria del settore sanitario pugliese, la possibilità di integrare, entro il 30 settembre 2010, la documentazione già trasmessa, al fine di procedere alla stipula del predetto Accordo entro il 15 ottobre 2010. Per la Regione Puglia la disposizione contenuta nell'ultimo periodo dell'articolo 2, comma 97, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 è sospesa fino alla data del 15 ottobre 2010. In caso di mancata sottoscrizione dell'Accordo entro il 15 ottobre 2010 la quota di maggior finanziamento si intende definitivamente sottratta alla competenza della Regione"*;

**VISTA** la nota congiunta del 4 agosto 2010 del Ministro dell'economia e delle finanze, del Ministro della salute e del Ministro per i rapporti con le Regioni e per la coesione territoriale, al Presidente della Regione Puglia, con la quale, nel richiamare le decisioni del Consiglio dei Ministri di cui al suddetto decreto-legge, veniva comunicata la disponibilità del Governo alla sottoscrizione dell'Accordo, che restava subordinata:

- a) alla redazione di un Piano di rientro che deve comprendere, rispetto alla versione già esaminata, il seguente contenuto, da inviare entro e non oltre il prossimo 30 settembre:
  - I. il programma analitico che contenga i dettagli dell'operatività degli interventi da effettuarsi per la realizzazione degli obiettivi individuati
  - II. il provvedimento relativo al conferimento al servizio sanitario regionale delle risorse di bilancio regionali nella misura idonea a conseguire gli obiettivi previsti nel Piano;

- III. i provvedimenti concernenti le misure sul personale previste nel Piano di rientro, con particolare riferimento al blocco del *turn over*;
  - IV. i provvedimenti in materia di tetti di spesa per gli erogatori privati accreditati, adeguandoli alla normativa nazionale in materia, prevedendo l'eliminazione del riconoscimento della produzione eccedente il tetto di spesa;
  - V. la previsione dell'adozione, da parte della Regione entro il 30 novembre 2010 dei provvedimenti relativi al riordino della rete ospedaliera nonché la modifica delle leggi regionali in materia di tetti di spesa ed accordi contrattuali adeguando le stesse alle normative nazionali vigenti;
- b) all'impegno, con riferimento alle leggi regionali 25 febbraio 2010, n. 4 recante "Norme urgenti in materia di sanità e servizi sociali" e 27 novembre 2009, n. 27 recante "Servizio sanitario regionale- Assunzioni e dotazioni organiche", oggetto di impugnativa alla Corte Costituzionale da parte del Governo:
- 1. a sospendere, entro il 6 agosto 2010, i procedimenti amministrativi di attuazione delle stesse;
  - 2. a sospendere, entro il 30 settembre c.a., con legge regionale le medesime, per le parti impugnate dal Governo nelle sedute del Consiglio dei Ministri del 30 aprile 2010 e del 22 gennaio 2010;
  - 3. a non emanare ulteriori provvedimenti, anche legislativi, riguardanti la medesima materia oggetto delle citate leggi 4/2010 e 27/2009;
  - 4. ad integrare il Piano di rientro con le necessarie misure compensative sul piano finanziario, qualora la Corte Costituzionale emanasse una sentenza favorevole alla Regione;
- c) ad accettare, anche in dipendenza di quanto sopra, la rimodulazione dei fondi a qualunque titolo trasferiti dalla Stato;
- d) al controllo di tutto quanto sopra;

**VISTA** la nota del Presidente della Regione Puglia del 5 agosto u.s., con la quale, riscontrando quanto richiesto con la richiamata nota dei Ministri del 4 agosto, ha comunicato che avrebbe provveduto a disporre la sospensione di ulteriori atti deliberativi relativi alle leggi regionali, per le parti impugnate dal Governo, nonché di accettare qualsivoglia rimodulazione dei fondi, che sia strettamente coerente con le vigenti disposizioni di legge in materia e la disponibilità a qualsivoglia controllo da eseguirsi in modo strettamente coerente alle disposizioni di legge;

**VISTA** la documentazione trasmessa dalla Regione Puglia il 14 e 15 settembre 2010 relativa ai :

- a) disegno di legge n. 17 del 13 settembre 2010 recante: " Piano di rientro 2010-2012 – Adempimenti";
- b) disegno di legge n. 16 del 13 settembre 2010 recante: " Norme per la copertura delle perdite di esercizio degli Enti del Servizio sanitario regionale";
- c) "Documento di integrazioni allegato al Piano di rientro e di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale"
- d) delibera di Giunta Regionale n. 1980 del 13 settembre 2010 di ratifica delle disposizioni contenute nella nota del Presidente della Regione del 6 agosto 2010 ai Direttori Generali degli Enti del servizio sanitario regionale;

**VISTA** la nota di trasmissione, a mezzo posta elettronica della Regione Puglia del 23 settembre 2010, in copia conforme, della legge regionale n.12 recante: " Piano di rientro 2010-2012 – Adempimenti" e della legge regionale n.11 recante : " Norme per la copertura delle perdite di esercizio degli Enti del Servizio sanitario regionale, nel testo approvato dal Consiglio regionale nella seduta del 22 settembre 2010;

**VISTA** la nota di trasmissione, a mezzo posta elettronica della Regione Puglia del 23 settembre 2010, del "Documento di integrazioni allegato al Piano di rientro e di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale, allegato al testo del Piano del 29 luglio u.s.;

**VISTI** gli esiti istruttori del gruppo tecnico interistituzionale del 28 settembre 2010, riunitosi per l'esame delle suddette leggi regionali e del documento di integrazioni al Piano di rientro, che ha reputato le sopraccitate leggi regionali, approvate il 22 settembre 2010, non conformi alla nota del 4 agosto 2010 a firma congiunta dei Ministri dell'economia e delle finanze, della salute e per i rapporti con le regioni e per la coesione territoriale e ha richiesto alla Regione, riguardo al documento allegato al Piano di rientro, di meglio descrivere le azioni operative connesse agli interventi e di completare e integrare le relazioni tecniche degli stessi;

**CONSIDERATO** che, nella predetta riunione del 28 settembre 2010, i rappresentanti della Regione hanno assunto l'impegno a modificare il testo del Piano, sulla base dei rilievi formulati dal gruppo tecnico ed a trasmettere la ulteriore documentazione entro il 30 settembre 2010;

**VISTA** la nota di trasmissione, a mezzo posta elettronica della Regione Puglia del 1° ottobre 2010, con la quale si riscontrano le osservazioni di cui al resoconto della riunione del 28 settembre 2010 e si provvede a trasmettere sia il testo del Piano di rientro con l'Allegato tecnico nella versione aggiornata con tutte le integrazioni richieste nella predetta riunione;

**VISTA** la legge 1° ottobre 2010, n.163, di conversione del decreto legge 5 agosto 2010, n.125, che, in sede di conversione, ha integrato l'articolo 2, comma 2, prevedendo :*" In caso di mancata sottoscrizione dell'Accordo entro il 15 ottobre 2010 la quota di maggior finanziamento si intende definitivamente sottratta alla competenza della Regione. Al fine di consentire il completamento degli accertamenti tecnici preordinati alla compiuta definizione degli adempimenti procedurali previsti al sensi del presente comma, i termini ivi stabiliti possono essere differiti fino al 15 dicembre 2010 con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute e il Ministro per i rapporti con le regioni e per la coesione territoriale"*;

**VISTA** la nota del Presidente della Regione Puglia del 1° ottobre 2010 inviata al Ministro dell'economia e delle finanze, al Ministro della salute, al Ministro per i rapporti con le Regioni e per la coesione territoriale, con la quale si chiede di poter convocare, quanto prima, il tavolo ministeriale per la sottoscrizione del Piano di rientro;

**VISTI** gli esiti istruttori del gruppo tecnico interistituzionale del 12 ottobre 2010, convocato al fine di effettuare l'esame della documentazione trasmessa dalla regione Puglia nel termine previsto del 30 settembre 2010, che, richiamate le osservazioni della precedente riunione del 28 settembre 2010 relative al fatto che la sospensione della legge non intacca *" procedimenti amministrativi deliberati e già avviati alla data del 6 agosto 2010"*;

-ha ritenuto non fondate le osservazioni della Regione in funzione della verifica della coerenza della legge di cui sopra con la nota dei Ministri del 4 agosto 2010 e ha ribadito la propria valutazione di non conformità della legge regionale 12/2010 rispetto alle indicazioni fornite dai tre Ministri;

-ha valutato adeguato ed idoneo il piano di rientro alla riqualificazione e riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale ed il relativo allegato con le correzioni effettuate;

**VISTA** la nota AIFA del 19 ottobre 2010 recante un parere, richiesto dal Tavolo tecnico interministeriale, in merito agli interventi di riduzione della spesa farmaceutica previsti nella proposta di piano di rientro della Regione Puglia, nella quale l'AIFA evidenzia alcune insufficienze della manovra che la Regione intende porre in essere, avanzando una serie di osservazioni sulla cui base ha espresso un parere negativo sull'efficacia della stessa al raggiungimento degli obiettivi di risparmio prefissati;

**VISTA** la nota del Presidente della Regione Puglia del 9 novembre 2010 inviata al Ministro dell'economia e delle finanze, al Ministro della salute, al Ministro per i rapporti con le Regioni e per la coesione territoriale, con la quale, facendo riferimento ad una documentazione già trasmessa dall'Assessore alla sanità a mezzo posta elettronica, segnala che il processo di autoproduzione dei servizi (c.d. internalizzazione) che si è prodotta in Puglia, fino al recente passato, è stato di fatto sospeso dal mese di agosto scorso, invitando pertanto a voler procedere alla sottoscrizione dell'Accordo;

**VISTA** la documentazione trasmessa, a mezzo posta elettronica il 5 novembre 2010, dall'Assessore alla sanità della regione Puglia, sul processo di internalizzazione nella Regione Puglia, dalla quale, a seguito di una ricognizione effettuata dall'Assessorato nell'anno 2009, emerge che la platea potenziale degli operatori impiegati nei servizi esternalizzati dalle Aziende sanitarie è pari a 7598 unità; che, a seguito dell'entrata in vigore della legge n.4/2010, con l'art 30 - impugnato dal Consiglio dei Ministri - sono state apportate modifiche alla precedente legge regionale n. 25/2007 prevedendo l'assunzione a tempo indeterminato dei soggetti provenienti da imprese o società cooperative all'interno di enti, aziende o società strumentali della Regione;

**RICHIAMATA** la suddetta documentazione con la quale la Regione Puglia dichiara che, in riferimento alla platea potenziale degli addetti ai servizi esternalizzati risultavano alla data del 5 agosto 2010:

- assunzioni già effettuate per 1657 operatori;
- procedure di assunzione deliberate prima della data del 6 agosto 2010 per altri 779 operatori, che risultano attualmente bloccate a seguito di contenziosi amministrativi pendenti;
- - procedure deliberative di assunzione di altri 1171 operatori, che sono state bloccate dal 6 agosto 2010 per le prescrizioni incorporate nella legge 12/2010;

che pertanto dopo il 5 agosto 2010 risultano essere state effettuate esclusivamente 34 assunzioni (tra quelle già precedentemente deliberate) presso la ASL di Brindisi per situazioni di particolari necessità;

**VALUTATO** quanto dichiarato dalla Regione Puglia in merito al numero delle assunzioni effettuate di 34 operatori e delle procedure di assunzione, già deliberate prima della data del 6 agosto 2010, di 779 operatori, la cui effettività risulta bloccata da contenziosi amministrativi pendenti, i cui tempi di risoluzione non sono noti e che, conseguentemente, potrebbero aggiungersi al numero di 34 operatori, essendo state le relative assunzioni già deliberate prima della data del 6 agosto 2010;

**VISTA** la legge regionale 16 novembre 2010, n.17 recante: "Adempimenti piano di rientro 2010-2012: modifiche ed integrazioni all'articolo 24 della legge regionale 25 febbraio 2010, n.4 (Norme urgenti in materia di sanità e servizi sociali), pubblicata sul BUR n.174 supp. del 18/11/2010, con la quale si sostituisce l'articolo 12 della legge n.4/2010 e si aggiunge l'articolo 12-bis che dispone che la nomina del direttore generale delle aziende ospedaliero-universitarie è effettuata dalla Giunta regionale d'intesa con il rettore dell'Università;

**VISTA** la delibera del Consiglio dei Ministri del 18/11/2010 con la quale è stata impugnata la legge n.11 del 24/9/2010 recante "Norme per la copertura della perdita di esercizio degli Enti del Servizio Sanitario nazionale";



**VISTA** la delibera del Consiglio dei Ministri del 18/11/2010 con la quale è stata impugnata la legge n.12 del 24/9/2010 recante " Piano di rientro 2010-2012. Adempimenti ", con la quale si solleva, tra gli altri, profili di illegittimità costituzionale in relazione all'articolo 1, che non opera sugli effetti delle disposizioni di cui ai commi 1 e 3 dell'articolo 24 della l.r. n.4 del 2010 che sono esclusi dalla sospensione in quanto non menzionati ;

**VISTA** la sentenza della Corte Costituzionale n. 333 del 2010 resa nel giudizio di legittimità costituzionale dell'art. 1 della legge della Regione Puglia 27 novembre 2009, n. 27 (Servizio sanitario regionale – Assunzione e dotazioni organiche), promosso dal Presidente del Consiglio dei ministri con ricorso notificato il 28 gennaio - 2 febbraio 2010, depositato in cancelleria l'8 febbraio 2010 ed iscritto al n. 18 del registro ricorsi 2010, con la quale la Corte Costituzionale dichiara l'illegittimità costituzionale dell'art. 1, commi 1, 2, 3 e 4, della legge della Regione Puglia 27 novembre 2009, n. 27 (Servizio sanitario regionale – Assunzione e dotazioni organiche), ritenendo dette norme in contrasto con i principi fondamentali stabiliti dalla legislazione statale in materia di coordinamento della finanza pubblica e, quindi, in violazione dell'art. 117, terzo comma, Costituzione;

**VISTA** in particolare la parte motivazionale della richiamata sentenza 333/2010 dove viene ribadito che "non rileva il fatto che l'art. 1, comma 1, della legge della Regione Puglia n. 27 del 2009, menzioni espressamente il rispetto dei limiti di spesa per il personale previsti dall'art. 1, comma 565, della legge n. 296 del 2006. La norma censurata, pur richiamando i principi stabiliti dalla legislazione dello Stato, prevede, mediante la riutilizzazione integrale dei minori costi derivanti dalle cessazioni, un meccanismo che con essi è in contrasto. La circostanza che la Regione Puglia abbia modificato per ben due volte la disciplina censurata – dapprima prevedendo una decurtazione delle dotazioni organiche e, successivamente, introducendo il cosiddetto «blocco del turn-over» per il triennio 2010-2012 – costituisce una ulteriore prova che la disposizione impugnata non diminuisce la spesa.";

**CONSIDERATO** che la Regione è tenuta a dare concreta e puntuale esecuzione alla suddetta sentenza costituzionale e, pertanto, si impegna a porre in essere tutti gli atti e i provvedimenti necessari nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica statale e regionale;

**CONSIDERATO** che la Regione Puglia si è impegnata a modificare la legge n.11 del 24/9/2010 e la legge n.12 del 24/9/2010 per adeguarsi ai rilievi di legittimità di cui alle delibere del Consiglio dei Ministri del 18 novembre 2010;

**CONSIDERATO** altresì che la Regione Puglia, qualora gli esiti dei giudizi pendenti alla Corte Costituzionale, in riferimento alle ulteriori leggi impuginate, ivi compresa la legge regionale n. 4 del 2010, dovessero risolversi in senso sfavorevole alla regione, sarà tenuta a dare concreta e puntuale esecuzione alle relative sentenze costituzionali, impegnandosi a porre in essere tutti gli atti e i provvedimenti necessari nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica statale e regionale;

**VISTO** il decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute e il Ministro per i rapporti con le Regioni e per la coesione territoriale, del 29/11/10 con il quale viene differito, al 17/12/2010 il termine per la sottoscrizione dell'Accordo con la Regione Puglia, ai sensi di quanto disposto dall'articolo 2, comma 2, del richiamato decreto legge 5 agosto 2010, n. 125, convertito, con modificazioni, dalla legge, n. 163 del 1° ottobre 2010;

**VISTO** il testo del Piano di rientro e di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale con l'allegato Documento di integrazioni concordato con la Regione Puglia nella riunione del 12 ottobre 2010, da ritenersi

integrato con l'impegno della regione a presentare, entro il 15 dicembre 2010, il riordino della rete ospedaliera e le manovre per il contenimento della spesa farmaceutica secondo le indicazioni dell'AIFA;

**RITENUTO**, alla luce del suddetto quadro normativo e pattizio, di provvedere con il presente Accordo in ossequio alle sopracitate disposizioni;

**CONSIDERATO** che la sottoscrizione del suddetto Accordo è condizione necessaria per la riattribuzione alla regione interessata del maggiore finanziamento anche in maniera parziale e graduale, subordinatamente alla verifica della effettiva attuazione del programma;

**SENTITO** il Ministro per i rapporti con le regioni e per la coesione territoriale, ai sensi dell'articolo 8 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005;

**SI CONVIENE QUANTO SEGUE TRA IL MINISTRO DELLA SALUTE, IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE E IL PRESIDENTE DELLA REGIONE PUGLIA**

**ARTICOLO 1**

**(Piano di rientro e Programma operativo per gli anni 2010-2012).**

1. La Regione Puglia si impegna ad approvare con delibera della Giunta Regionale il presente Accordo, entro dieci giorni dalla stipula, unitamente all'allegato Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale, che ne costituisce parte integrante.
2. La Regione Puglia si impegna ad attuare le misure ivi contenute, fatto salvo quanto disposto all'articolo 5 del presente Accordo.
3. La Regione si impegna a presentare entro il 15 dicembre 2010 i provvedimenti relativi al riordino della rete ospedaliera.
4. La Regione si impegna a presentare entro il 15 dicembre 2010 un provvedimento in materia di spesa farmaceutica che recepisca le osservazioni dell'AIFA, con le conseguenti integrazioni a quanto già previsto nel Piano di rientro in detta materia.
5. La Regione si impegna ad adottare i necessari provvedimenti, entro il 31 dicembre 2010, per l'esecuzione della sentenza della Corte costituzionale n. 333 del 24 novembre 2010, nonché, entro trenta giorni dal deposito, i provvedimenti necessari per l'esecuzione di altre successive pronunce costituzionali rese nei giudizi di cui alle premesse, da sottoporre ai Ministeri affiancanti, nonché al Dipartimento per gli Affari Regionali della Presidenza del Consiglio dei ministri.

**ARTICOLO 2**

**(Monitoraggio e verifica dell'attuazione del Piano di rientro)**

1. Il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, assicura il monitoraggio del Piano, oggetto del presente Accordo, nell'ambito del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria.

2. Il monitoraggio dell'attuazione del Piano di rientro presentato dalla Regione, è affidato, ai fini dell'istruttoria tecnica e per gli aspetti di competenza, al Tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 e al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'articolo 9 della suddetta Intesa.
3. La verifica del raggiungimento degli obiettivi per le fasi intermedie indicati nel Piano, sulla base di indicatori e fonti di verifica condivise, avviene ordinariamente con cadenza semestrale sulla base della documentazione fornita dalla Regione al Ministero della Salute ed al Ministero dell'Economia e delle Finanze ed in relazione agli specifici obiettivi per ogni stato di avanzamento previsto secondo il seguente calendario):
  - 15 febbraio 2011 - prima verifica
  - 15 luglio 2011 - verifica semestrale
  - 15 dicembre 2011 - verifica semestrale ed annuale ;
  - 15 giugno 2012 - verifica semestrale
  - 15 dicembre 2012 - verifica semestrale ed annuale
  - 15 giugno 2013 - verifica semestrale e finale
  - ulteriori verifiche previste dal Piano o che, in via straordinaria, siano ritenute necessarie da una delle parti.

Restano ferme le verifiche trimestrali di cui all'articolo 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 e le verifiche dei Tavoli di cui agli articoli 9 e 12 della medesima Intesa.

4. Alla scadenza degli stati di avanzamento, di cui al comma 3, verificata l'istruttoria di cui al comma 2, il Ministero della salute ed il Ministero dell'economia e delle finanze, per quanto di rispettiva competenza, attestano il raggiungimento degli obiettivi, anche in riferimento all'adozione dei provvedimenti regionali da sottoporre a preventiva approvazione ai sensi dell' articolo 3 del presente Accordo. In caso di verifica negativa dello stato di attuazione del Piano di rientro è sospesa l'erogazione del maggior finanziamento di cui all'articolo 4.

### ARTICOLO 3

#### (Modalità di affiancamento)

1. L'affiancamento che il Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze assicurano ai sensi dell'art. 1, comma 796, lettera b), della Legge 27 dicembre 2006, n. 296 alle attività di gestione e programmazione del Servizio Sanitario Regionale si realizza con le seguenti modalità:
  - a. collaborazione nell'adozione delle misure attuative del Piano di rientro;
  - b. esame e valutazione preventiva dei provvedimenti di approvazione e modifica dei piani e programmi sanitari a valenza regionale e dei programmi semestrali, da adottarsi con delibera di Giunta Regionale entro il 31 gennaio e il 30 giugno di ogni anno di vigenza del piano, per l'attuazione del Piano di rientro di cui al presente Accordo. Limitatamente all'anno 2010 il predetto programma deve essere adottato entro il 15 dicembre 2010;

- c. invio da parte della Regione ai Ministeri affiancanti di copia dei provvedimenti adottati in attuazione del Piano di rientro, del piano operativo e dei programmi semestrali.
2. Sono fatti salvi i provvedimenti regionali di somma urgenza, da trasmettersi successivamente alla loro adozione.
3. La Regione si impegna alla trasmissione dei predetti documenti attraverso il Sistema di gestione documentale attivato dal Ministero della Salute.

#### **ARTICOLO 4**

##### **(Modalità di erogazione delle risorse)**

1. A seguito della verifica prevista per il 15 febbraio 2011, subordinatamente all'esito positivo dell'istruttoria di cui all'articolo 2, alla Regione è erogato l' 80% del maggior finanziamento per gli anni 2006 e 2008.
2. A partire dalla prima verifica annuale, tenuto conto delle verifiche periodiche di cui all'art. 2 comma 3, sono erogate alla Regione le ulteriori risorse, per stati di avanzamento;
3. In caso di verifica negativa dello stato di attuazione del programma operativo secondo quanto previsto dal presente articolo e dall'articolo 2 del presente Accordo è sospesa l'erogazione del maggior finanziamento ed in relazione all'esito dell'accertamento annuale, si applica quanto previsto dall'articolo 1, comma 796, lettera b), quinto e sesto periodo della legge 27 dicembre 2006, n. 296;

#### **ARTICOLO 5**

##### **(Norme finali)**

1. Il presente Accordo viene sottoscritto nel presupposto che si verifichi la condizione di seguito riportata nel presente articolo, il cui mancato effettivo verificarsi ne comporta l'automatica risoluzione:
  - a. avvenuta approvazione da parte della Regione del presente Accordo con l'allegato Piano con delibera di Giunta Regionale entro dieci giorni dalla stipula del presente Accordo;
  - b. puntuale e concreta esecuzione della sentenza costituzionale n. 333 del 2010 e delle successive pronunce costituzionali che verranno rese nei giudizi ancora pendenti di cui alle premesse, mediante l'adozione di tutti gli atti e i provvedimenti necessari nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica statale e regionale;
  - c. positiva conclusione, entro il 15 aprile 2011, della verifica del 15 febbraio 2011 relativamente ai provvedimenti concernenti il riordino della rete ospedaliera.
2. L'erogazione delle risorse è subordinata al verificarsi di tutte le condizioni di cui al presente articolo.

3. Gli interventi individuati dal Piano allegato al presente Accordo sono vincolanti, ai sensi dell'articolo 1, comma 796, lettera b), della legge 27 dicembre 2006, n. 296 e dell'articolo 2, comma 95 della legge 191/2009, per la Regione Puglia e le determinazioni in esso previste comportano effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima Regione Puglia in materia di programmazione sanitaria.
4. In caso di esito negativo del monitoraggio e verifica dell'attuazione del Piano si applicano le disposizioni vigenti sul commissariamento per l'attuazione dei Piani di rientro come modificate dalla nuova Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 e dalla legge n.191/2009, al verificarsi delle condizioni previste.
5. L'eventuale configurarsi, in corso di attuazione del Piano, delle condizioni di cui all'articolo 2, comma 77 della legge n.191/2009, comporta l'impegno della Regione alla riformulazione del Piano ed al suo adeguamento alle norme vigenti, da adottarsi con le procedure ivi previste.
6. La Regione si impegna a dare pubblicità all'Accordo mediante pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione.

**REGIONE PUGLIA**



**Assessorato alle Politiche della  
Salute**

**Piano di rientro e di riqualificazione  
del Sistema Sanitario Regionale  
2010-2012**

*Programma operativo di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del Sistema Sanitario Regionale redatto ai sensi dell'art. 1, comma 180, L. 311 del 30/12/2004 e del comma 97 art. 2 della L. 191 del 23/12/2009 finalizzato alla stipula dell'accordo di cui all'art. 8 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/3/2005*

## PREMESSA

Il presente documento, redatto ai sensi dell'art. 1 comma 180 della legge 311 del 23 dicembre 2004 e s.m.i. (legge finanziaria 20051 e del comma 97 art. 2 della legge 191/2009 {legge finanziaria 2010), costituisce Piano di Rientro finalizzato alla stipula dell'accordo previsto dall'art. 8 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 repertorio atti n. 2271, per la riattribuzione del maggior finanziamento per l'anno 2006 e per l'anno 2008, non ancora erogato, a causa dell'inadempimento da parte della Regione Puglia, costituito sostanzialmente dal mancato rispetto del Patto interno di Stabilità per gli anni 2006 e 2008, e per il solo 2008, dell'eccezione sollevata al tavolo di verifica in merito a quanto previsto al punto "s" (assistenza domiciliare e residenziale).

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

L'art 1, comma 180 della legge 311/2004, richiamato dal comma 97, art. 2, L191/2009, 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 è obbligatoria per le regioni che abbiano evidenziato un disavanzo superiore al 5%, mentre avviene a richiesta della singola regione negli altri casi. In ogni caso, la sottoscrizione dell'accordo è condizione necessaria per la riattribuzione alla Regione del maggior finanziamento, previsto dalle leggi finanziarie, rispetto ai livelli predeterminati, anche in maniera parziale e graduale, subordinatamente alla verifica dell'effettiva attuazione del programma di rientro.

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

La Legge finanziaria 191/2009 ha previsto per le Regioni inadempienti che avrebbero dovuto sottoscrivere, entro il 31 dicembre 2009, l'accordo ai sensi dell'articolo 1 comma 180 della legge 311/2004 la possibilità di presentare un piano di rientro entro il 30 aprile 2010, da sottoscrivere con accordo entro i successivi 90 giorni, pena la definitiva sottrazione di competenza delle quote di maggior finanziamento relative agli anni di inadempienza..

La Regione Puglia in data 28 Aprile 2010, sulla scorta di quanto previsto dal comma 180 della L. 311/2004 e dall'art. 1, comma 97, della L. 191/2009 ha richiesto la sottoscrizione di un piano di rientro per la riattribuzione dei finanziamenti ancora trattenuti per le annualità 2006 e 2008, allegando alla richiesta una proposta di Piano

Il documento che segue si compone essenzialmente di tre parti. Nella prima parte sostanzialmente di tipo normativo, viene preso in esame il contesto di riferimento a livello nazionale e regionale. La seconda parte esplicita gli obiettivi del Piano di Rientro mettendo in evidenza le linee di cambiamento che caratterizzeranno la riorganizzazione e lo sviluppo nell'arco di vigenza del Piano. La terza parte, dopo aver esaminato le determinanti del contesto demografico, il fabbisogno di salute della popolazione e le cause del disavanzo, scende nel dettaglio della manovra di Piano, traducendo gli obiettivi generali in interventi operativi, individuando per ciascuno di questi le azioni il cronoprogramma e gli elementi di verifica, in allegato sono riportate le serie storiche dei Conti Economici consolidati e dei Conti Economici riclassificati per LA, unitamente ai valori programmatici attesi come effetto della manovra di piano complessivamente considerata

## 1.1.1 QUADRO NORMATIVO REGIONALE

### PIANO REGIONALE DI SALUTE 2008/2010

#### I. Principi Fondanti del Sistema Sanitario Regionale

I principi che devono informare la programmazione dell'intero sistema sanitario sono esplicitati nella l.r. 3 agosto 2006, n. 25, nella quale in particolare, si afferma che la salute è un diritto dei cittadini e la promozione della salute è il fine del sistema sanitario regionale.

La Regione interpreta tale diritto in forma estensiva, riconoscendo ai cittadini l'opportunità di influire sul futuro modello di tutela della salute, attraverso la partecipazione attiva alla redazione del piano. E' volontà della Regione perseguire lo sviluppo di un sistema sanitario che assuma, come riferimento, la centralità del cittadino e si ritragga in funzione del rispetto della dignità dei singoli.

I valori costitutivi del modello di sanità scelto dalla Regione Puglia sono:

- universalità ed equità, intese come possibilità per tutti di accedere con pari opportunità al sistema delle cure;
- libertà di scelta dei luoghi e partecipazione alla scelta delle modalità di cura;
- responsabilità, che implica una sapiente gestione del sistema sanitario e una lotta agli sprechi attraverso una migliore organizzazione;
- corresponsabilizzazione del cittadino nella fruizione dei servizi sanitari;
- sussidiarietà quale riconoscimento di una pratica decisionale che ha luogo il più vicino possibile al cittadino-utente;
- unicità del sistema e sua appropriatezza;
- accoglienza, intesa quale modalità diffusa di ascolto, di attenzione, riconoscimento della dignità e dei diritti del cittadino/utente;
- attenzione ai più deboli tenendo conto delle fragilità di carattere psicofisico, economico, culturale, sociale, ambientale;
- centralità del territorio;
- approccio integrato per una personalizzazione dell'intervento;
- sostenibilità;
- partecipazione della cittadinanza attiva al monitoraggio, alla valutazione e al miglioramento della qualità dei servizi per la salute.



## 1. SVILUPPO CONTENUTI DEL PIANO

### 1.1 ANALISI DI CONTESTO

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

#### 1.1.1 INDICATORI DEMOGRAFICI, SOCIO-SANITARI E STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE IN PUGLIA

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

Tabella 1: Indicatori di crescita della popolazione (tassi per 1000 abitanti), per compartimento geografico, anni 2006-2009

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

(Fonte ISTAT)

\*Stima \*\*Dato provvisorio

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

Per gli stessi indici è registrabile una certa difformità sul territorio regionale: tendenzialmente, la natalità è più alta nella provincia di Taranto, soprattutto negli ultimi due anni e più bassa in quella di Lecce; la mortalità è più bassa nella provincia di Bari e più alta nelle province di Lecce, Brindisi e Taranto rispetto alla media regionale. Tra le

province, Bari presenta un saldo positivo rispetto alla media regionale, mentre Lecce, Brindisi e Taranto si situano sotto tale valore (Tabella 2).

#### NATALITA'

Tabella 2: Indicatori di crescita della popolazione (tassi per 1000 abitanti), per provincia, anni 2006-2009

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

#### MORTALITA'

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

#### CRESCITA NATURALE

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

#### NUZIALITA'

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

(Fonte ISTAT) \*Stima \*\*Dato provvisorio

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

## NUMERO MEDIO DI FIGLI PER DONNA

Tabella 3: Numero medio di figli per donna e speranza di vita alla nascita, per compartimento geografico, dal 2006 al 2009

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

## SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA

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

\*Stima

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

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

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

(Fonte ISTAT) \*Stima

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

## INDICE DI VECCHIAIA

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

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

### DIPENDENZA STRUTTURALE

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

### DIPENDENZA STRUTTURALE DEGLI ANZIANI

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

### ETA' MEDIA

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

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

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

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

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

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

## SALDO MIGRATORIO INTERNO

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

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

\*Il fatto che per l'Italia il saldo migratorio interno non risulti nullo è dovuto allo sfasamento temporale di uno stesso evento che viene contabilizzato da comuni diversi in momenti diversi.

## SALDO MIGRATORIO CON L'ESTERO

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

## SALDO MIGRATORIO PER ALTRO MOTIVO

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

## SALDO MIGRATORIO TOTALE

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

(Fonte ISTAT)

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

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

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

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

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

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

(Fonte ISTAT)

La popolazione in Puglia al 1° gennaio 2009 (rilevazione ISTAT) è pari a 4.079.702 residenti, circa 3200 in più rispetto all'anno precedente. E' confermato, dunque, il trend positivo della popolazione residente negli ultimi anni, speculare all'andamento nazionale. Degno di nota lo scarto demografico 2007-2008 in cui si è registrato un incremento di circa 7000 abitanti (Tabella 8).

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

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

Tabella 9: Stato civile della popolazione nella Regione Puglia (rilevazione IPRES al 1° gennaio 2009)

Popolazione	CELIBI/NUBILI	CONIUGATI	DIVORZIATI	VEDOVI	TOTALE
Maschi	883.027	1.037.192	13.164	45.871	1.979.254
Femmine	809.566	1.047.713	22.244	220.925	2.100.448
TOTALE	1.692.593	2.084.905	35.408	266.796	4.079.702

Tabella 10: Stato civile della popolazione residente maschile, per provincia, (rilevazione IPRES al 1° gennaio 2009)

PROVINCE	CELIBI	CONIUGATI	DIVORZIATI	VEDOVI	TOTALE
Foggia	143.056	159.942	1.801	7.726	312.525
BAT	87.395	100.532	827	4.196	192.950
Bari	272.186	321.016	4.454	13.635	611.291
Taranto	123.056	149.527	2.131	6.493	281.207
Brindisi	86.327	101.197	1.259	4.522	193.305
Lecce	171.007	204.978	2.692	9.299	387.976
PUGLIA	883.027	1.037.192	13.164	45.871	1.979.254

Tabella 11: Stato civile della popolazione residente femminile, per provincia, (rilevazione IPRES al 1° gennaio 2009)

PROVINCE	NUBILI	CONIUGATE	DIVORZiate	VEDOVE	TOTALE
Foggia	128.062	161.574	2.925	35.412	327.973
BAT	76.972	101.483	1.348	18.172	197.975
Bari	245.733	324.280	7.661	63.284	640.958
Taranto	111.927	150.820	3.875	32.652	299.274
Brindisi	81.636	102.314	2.238	23.398	209.586
Lecce	165.236	207.242	4.197	48.007	424.682
PUGLIA	809.566	1.047.713	22.244	220.925	2.100.448

Tabella 12: Bilancio demografico, per provincia, per l'anno 2008 (rilevazione IPRES)

PROVINCE	Residenti al 1°/11/2008	Movimento naturale		Movimento migratorio		Residenti al 31/12/ 2008
		NATI	MORTI	ISCRITTI*	CANCELLATI**	
Foggia	640.752	6.235	5.366	9.847	10.970	640.498
BAT	390.010	3.969	2.997	4.151	4.208	390.925
Bari	1.251.072	11.697	9.998	20.784	21.306	1.252.249
Taranto	580.497	5.708	5.005	9.042	9.761	580.481
Brindisi	402.985	3.528	3.622	5.800	5.854	402.981
Lecce	811.230	7.093	7.192	16.991	15.464	812.658
PUGLIA	4.076.546	38.230	34.180	66.615	67.563	4.079.792

\*Numero soggetti iscritti per trasferimento di residenza da un altro comune italiano

\*\*Numero soggetti cancellati per trasferimento di residenza in un altro comune italiano

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

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

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

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

Di seguito si riporta la rappresentazione della Piramide per età della popolazione residente in Puglia negli anni dal 1970 al 2000, con una proiezione al 2010.



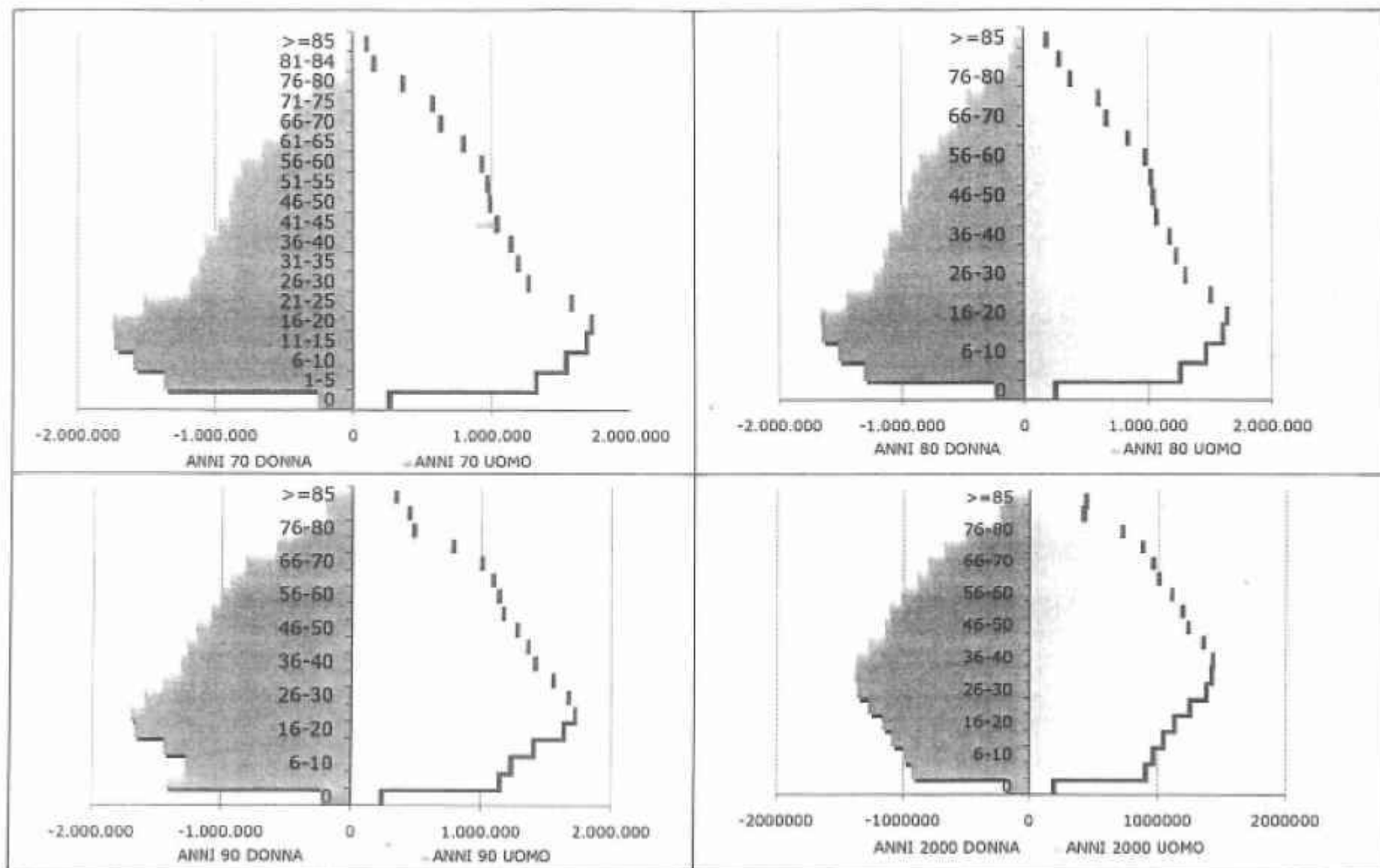


Figura 1: Piramidi per età della popolazione in Puglia - anni 1970 - 2000

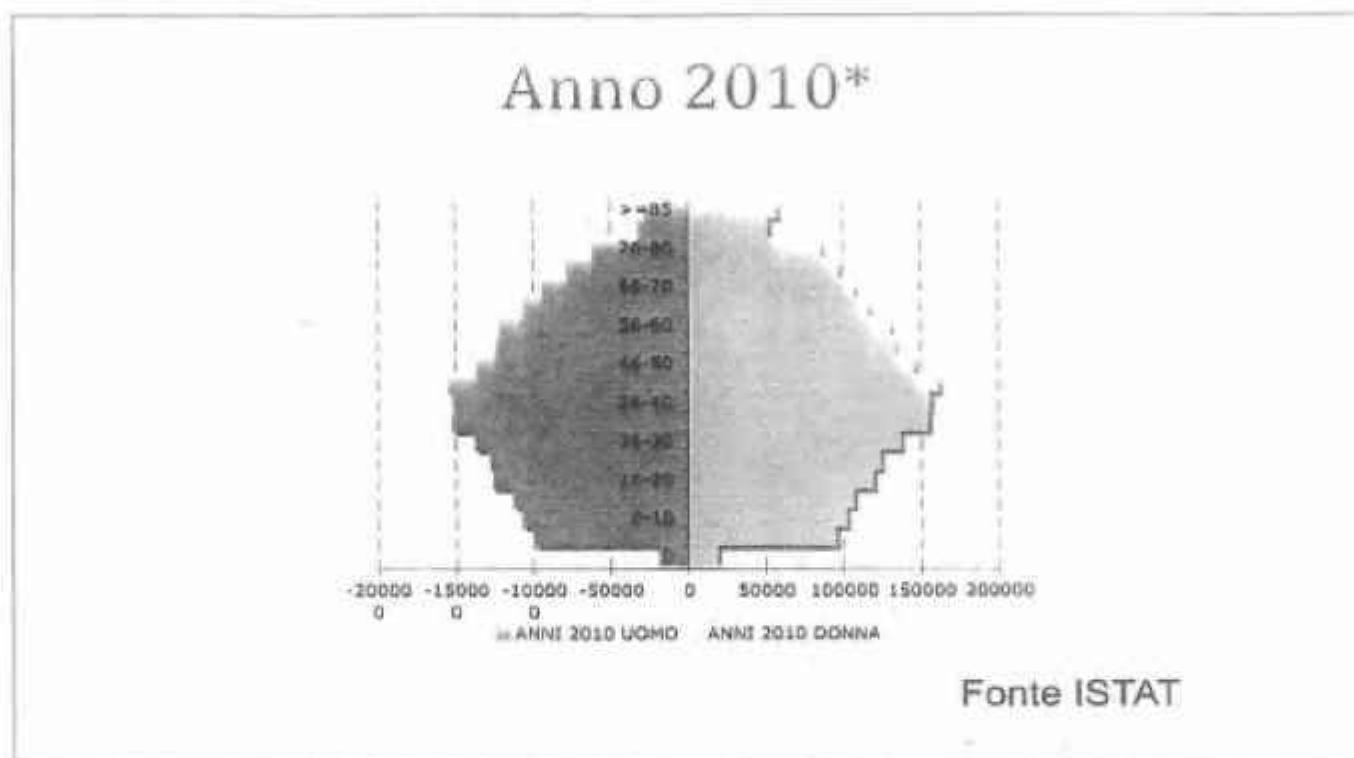


Figura 2: Piramide dell'età della popolazione in Puglia - anno 2010

\* Dati stimati

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

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

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

Il tema delle disuguaglianze sociali nelle varie dimensioni di salute ha lo scopo di stimolare l'individuazione di target per orientare verso obiettivi di equità le strategie di programmazione sanitaria e di prevenzione.

L'indice di deprivazione esprime il livello di svantaggio sociale relativo tramite la combinazione di alcune caratteristiche della popolazione residente, rilevate in corrispondenza dei Censimenti della popolazione e delle abitazioni. Le varie caratteristiche sono scelte per rappresentare la prevalenza di condizioni di svantaggio lungo le seguenti dimensioni rappresentative della deprivazione: scarsa istruzione, carenza di lavoro, condizioni abitative e familiari peggiori.

Gli indicatori che misurano le dimensioni della deprivazione sono riportati nella Tabella 13:

- Il basso livello di istruzione risultò leggermente più frequente nelle regioni del Centro-Sud; la regione in cui si registra la maggior frequenza di pochi istruiti è la Basilicata (41,1%).
- » Il livello di disoccupazione mostra una variabilità tra le regioni molto marcata. I valori peggiori si registrano in Sicilia e in Campania, dove più di un quarto della popolazione attiva risulta disoccupata o in cerca di prima occupazione. In entrambi gli indicatori si evince un gradiente a sfavore delle regioni del Sud.
- <sup>D</sup> La percentuale di abitazioni in affitto tende ad avere valori maggiori anche in alcune regioni del Nord, nonostante il valore più sfavorevole si osservi in Campania.
- La densità abitativa non appare molto variabile e tende ancora ad assumere valori più alti nelle regioni del Sud.
- <sup>B</sup> La percentuale di famiglie di un genitore solo con figli a carico non evidenzia particolari gradienti, con un massimo in corrispondenza della Provincia Autonoma di Bolzano.

Il livello di deprivazione regionale appare avere un'intensità correlata con quella della mortalità generale. All'aumentare del livello di deprivazione comunale medio i tassi di mortalità regionali standardizzati (SMR) tendono a crescere, in particolare per i valori maggiori dell'indice (Tabella 13). È importante sottolineare che la Regione Puglia, a fronte di un indice di deprivazione medio-alto (2,83) non presenta un aumento del tasso standardizzato di Mortalità rispetto ad altre regioni meridionali.

Un ulteriore elemento di contesto da considerare ai fini del Piano di rientro è il PIL procapite per regione, riportato nell'ultima colonna di Tabella 13. Il dato è indicativo di una situazione di sofferenza, con notevole distacco rispetto alla media nazionale.

Tabella 13: Indice di deprivazione, PIL procapite

Regioni	Poco istruiti	Disoccupati	Abitazioni in affitto	Densità abitativa (per 100 mq)	Famiglie monogenitoriali	Indice di deprivazione	SMR	Pil pro capite per regione - Anno 2008 - Italia = 100
Piemonte	35,8 (9,8)	6,3 (4,6)	23,8 (16,5)	2,7 (0,9)	8,4 (3,9)	0,41	103,8	109,16
Valle d'Aosta	35,0 (9,0)	5,3 (4,3)	23,3 (16,5)	2,8 (0,9)	8,7 (4,6)	0,62	111,2	130,12
Lombardia	33,5 (9,8)	4,8 (3,2)	20,8 (18,5)	2,7 (0,8)	8,7 (3,6)	-0,24	100,9	128,75
Bolzano	33,6 (10,4)	2,4 (2,7)	21,4 (19,1)	3,1 (0,8)	11,1 (5,8)	1,78	98,9	101,61
Trento	32,3 (10,2)	3,9 (3,6)	16,9 (15,3)	2,7 (0,6)	8,5 (4,5)	-1,1	95,7	129,98
Veneto	36,4 (9,5)	4,1 (3,3)	16,2 (14,7)	2,5 (0,7)	8,7 (4,1)	-1,14	96,2	117,40
Friuli Venezia Giulia	32,5 (10,4)	5,0 (3,5)	16,6 (16,5)	2,4 (0,7)	9,4 (3,9)	-1,35	101,3	116,73
Liguria	33,7 (10,0)	8,5 (4,9)	23,8 (14,7)	2,8 (0,8)	9,7 (3,9)	1,29	101,7	111,45
Emilia-Romagna	37,2 (10,2)	4,3 (3,6)	19,0 (15,0)	2,5 (0,7)	8,8 (4,5)	-0,54	95	124,44
Toscana	38,4 (10,1)	6,5 (4,6)	16,7 (14,5)	2,7 (0,8)	8,5 (4,3)	-0,18	95,1	108,97
Umbria	37,9 (9,9)	6,8 (4,3)	13,4 (11,8)	2,7 (0,7)	8,0 (4,3)	-0,99	93,5	92,98
Marche	39,0 (9,8)	5,6 (3,8)	13,7 (11,4)	2,7 (0,5)	8,0 (4,1)	-0,76	90,9	101,32
Lazio	30,2 (11,3)	13,0 (7,1)	21,3 (23,4)	3,0 (1,0)	10,2 (4,5)	1,66	102,1	117,06
Abruzzo	38,2 (11,1)	10,3 (5,8)	13,6 (13,8)	2,8 (0,6)	8,2 (4,1)	0	95	83,48
Molise	40,6 (13,0)	13,7 (7,1)	11,5 (12,9)	2,8 (0,5)	7,8 (4,0)	0,06	96,4	77,09
Campania	38,1 (10,5)	26,8 (13,7)	28,4 (21,1)	3,6 (0,9)	9,5 (3,9)	6,54	116,1	63,26
<b>Puglia</b>	<b>40,9 (10,9)</b>	<b>20,0 (9,5)</b>	<b>18,6 (15,7)</b>	<b>3,1 (0,7)</b>	<b>7,8 (3,8)</b>	<b>2,83</b>	<b>97,5</b>	<b>66,19</b>
Basilicata	41,1 (11,7)	18,2 (8,5)	15,1 (15,5)	3,3 (0,6)	7,9 (3,9)	2,6	98,4	71,18
Calabria	40,2 (11,7)	23,8 (12,5)	15,0 (14,7)	3,0 (0,7)	8,9 (4,1)	3,02	99,3	64,08
Sicilia	40,6 (12,4)	26,4 (13,3)	18,2 (16,0)	3,1 (0,8)	8,3 (4,1)	3,45	106,4	66,16
Sardegna	37,2 (11,1)	21,6 (9,6)	14,5 (16,2)	2,8 (0,6)	10,6 (4,5)	2,35	100,3	76,55
Italia	36,5 (11,0)	12,4 (11,9)	19,7 (17,8)	2,9 (0,8)	8,9 (4,2)			100

Il numero di ricoveri nelle strutture ospedaliere della Regione Puglia dal 2001 al 2009 è progressivamente diminuito del 23%. Tale riduzione risulta più marcata tra il 2001 e il 2002 (-9,2%); dopo un ulteriore decremento tra il 2002 ed il 2003 (-5,5%), il numero di ricoveri può essere considerato sostanzialmente costante (Tabella 14), mentre nel 2009 si osserva una importante riduzione. Il confronto del tasso di ospedalizzazione pugliese con quello italiano e delle regioni del mezzogiorno, limitatamente ai ricoveri in regime ordinario, evidenzia che la tendenza rilevata in Puglia concorda con quanto rilevabile sull'intero territorio nazionale (ISTAT 2009). La riduzione dell'ospedalizzazione è avvenuta prevalentemente a carico dei ricoveri in regime ordinario (RO), che tra il 2001 e il 2009 si sono ridotti del 21,1%. Il numero dei ricoveri in mobilità passiva registrati tra il 2001 e il 2009 è invece aumentato del 9,4%. L'anno in cui si è verificato il maggior incremento di ricoveri in mobilità passiva è stato il 2004, in cui si sono verificati il 7% di ricoveri in più rispetto all'anno precedente (Figura 5). A partire dal 2006 tuttavia si è osservato un andamento stabile del numero dei ricoveri in mobilità passiva.

Tabella 14: Distribuzione per anno e regime di ricovero dei ricoveri totali, entro e fuori regione, dei residenti nella regione Puglia e relativo tasso di ospedalizzazione (per 1.000 abitanti).

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

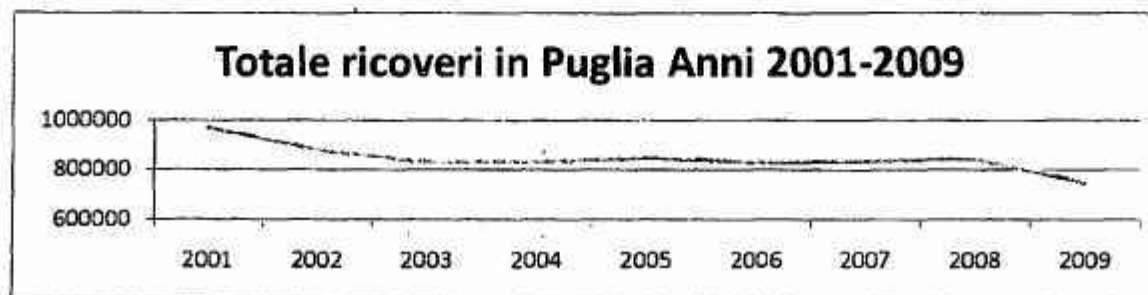


Figura 3: Andamento ricoveri in puglia anni 2001-2009

Grafico 1 Distribuzione dei ricoveri, effettuati nelle strutture regionali (a) e in quelle extraregionali (b), dei residenti nella regione Puglia, per regime di ricovero.

a)

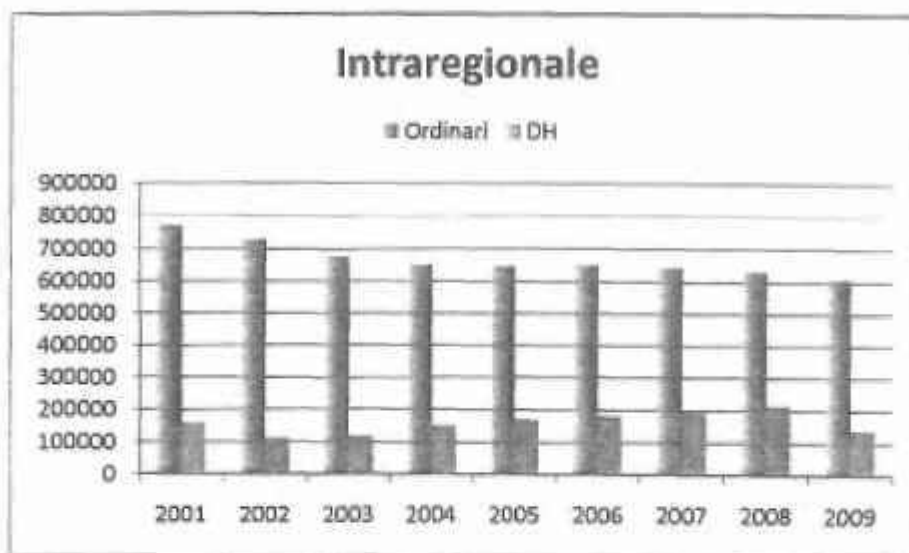


Figura 4: Distribuzione dei ricoveri, effettuati nelle strutture regionali dei residenti nella regione Puglia, per regime di ricovero

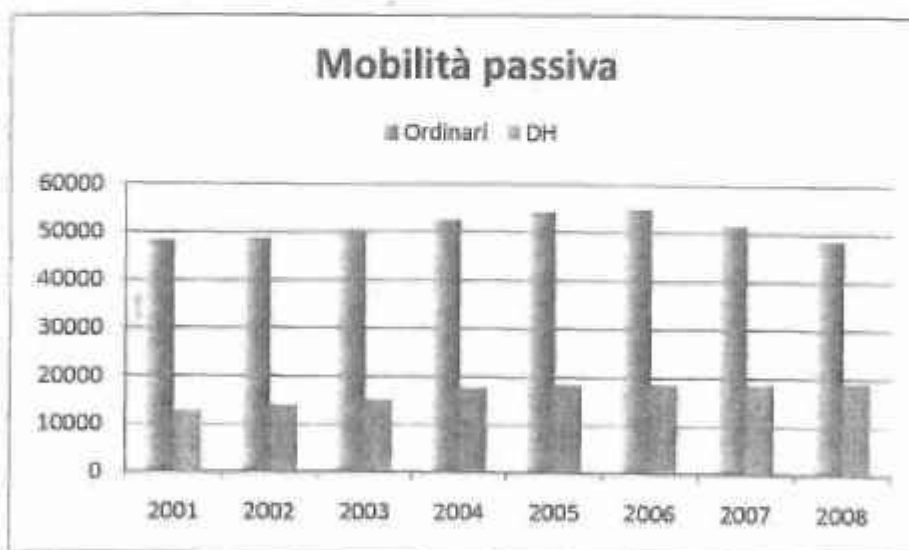


Figura 5: Distribuzione dei ricoveri, effettuati in strutture extraregionali regionali dei residenti nella regione Puglia, per regime di ricovero

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

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

### Ricoveri Ordinari



Tassi per 1000 ab.  
aggiustato per età e sesso

1a	46,2	-	143,3
2a	146,2	-	419,2
3a	159,2	-	449,1
4a	169,9	-	502,9

### Day Hospital



Tassi per 1000 ab.  
aggiustato per età e sesso

1a	6,2	-	22,7
2a	27,3	-	34,1
3a	36,5	-	44,9
4a	48,9	-	51,9

La Tabella 15 mostra le principali cause di ricovero sia in regime ordinario che in Day Hospital per provincia di residenza, relativamente ai ricoveri effettuati nelle strutture regionali. I ricoveri in regime ordinario per "tutti i tumori" mostrano un trend in diminuzione in tutte le province, così come i ricoveri in regime di DH per la stessa causa sono aumentati. Stabile risulta, invece, il numero di ricoveri in RO per tumore della mammella eccetto che nella province di Lecce e Taranto che presentano una tendenza in aumento. Le malattie degli organi di senso sono trattate sempre meno frequentemente in regime di RO, mentre aumenta notevolmente il carico di ricoveri in regime di DH. Questo gruppo di patologie contiene una delle più frequenti cause di ricorso alla struttura ospedaliera, "l'intervento per la rimozione della cataratta". La domanda di assistenza relativa a questo intervento appare, maggiormente soddisfatta con la modalità operativa del ricovero diurno. I ricoveri in RO per diabete mellito appaiono in progressiva riduzione in tutte le province a cui corrisponde un lieve aumento dei ricoveri in DH. Tra le malattie cardiocircolatorie, i ricoveri per ipertensione arteriosa sono in riduzione in tutte le province, mentre sono in aumento quelli per infarto del miocardio ed in lieve aumento quelli per disturbi circolatori dell'encefalo. Le malattie dell'apparato digerente, dell'apparato urinario e le cause accidentali appaiono in riduzione, come anche le malattie dell'apparato respiratorio. Tra queste ultime restano invece stabili i ricoveri in regime RO per BPCO.

Tabella 15: Ricoveri per causa nel periodo 2001-2009, distinti tra Ordinari e Day Hospital, con esclusione della mobilità passiva.

Causa	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	O	D.H.	O	D.H.	O	D.H.	O	D.H.	O	D.H.	O	DH	O	DH	O	DH
1-139 Malattie infettive	16 508	4 830	14 893	2 884	13 459	2 928	12 302	3 559	11 070	4 279	11693	4853	11149	4455	10638	5079
140-239 Tumori	50 314	12 090	48 833	12 148	45 000	13 268	48 669	16 564	48 163	19 669	39304	19947	39470	20596	40321	20479
151 tumori maligni dello stomaco	867	85	905	74	840	82	915	98	957	110	870	92	989	121	898	94
153-154 tumori maligni colon, retto e ano	2 876	438	2 805	342	2 875	305	2 975	394	3 213	405	3281	384	3413	449	3444	526
162 tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni	2 762	383	2 834	264	2 667	264	2 907	280	3 151	309	2998	284	3076	295	3081	394
174 tumori maligni della mammella delle donne	2 678	513	2 525	485	2 642	458	2 676	544	2 706	459	2791	499	2892	555	2997	647
250 Diabete Mellito	8 308	10 784	7 520	9 965	6 854	8 281	6 657	10 410	6 080	11 010	6212	12155	6035	12539	5969	13405
320-359 Malattie del sistema nervoso	15 514	2 288	14 828	2 545	13 590	2 929	13 400	4 374	13 540	4 798	12347	5432	12301	6168	11903	6595
331 Altre degenerazioni cerebrali (Demenze)	1 083	17	1 118	1	1 078	2	1 431	2	1 405	3	1638	7	1672	5	1693	30
360-389 Malattie degli organi di senso	39 538	10 394	33 994	12 413	24 051	17 007	18 772	22 957	18 240	25 512	17070	26904	17840	31102	16632	36361
390-459 Malattie del sistema cardiocircolatorio	100 577	20 735	97 123	14 651	84 483	13 937	93 613	20 256	94 972	21 676	65019	3511	65119	4028	66708	4554
401-404 Ipertensione arteriosa	12 262	14 837	10 577	11 861	8 694	11 320	7 621	17 308	7 672	18 233	7957	19064	8158	20506	8107	21577
410 Infarto del miocardio	4 857	11	5 078	3	5 171	4	5 179	3	5 494	3	6374	1	6656		6431	1
430-438 Disturbi circolatori dell'encefalo	17 464	230	17 996	81	17 671	58	18 042	80	17 845	188	18259	234	17451	263	17093	318
460-519 Malattie dell'apparato respiratorio	55 431	6 503	55 863	1 282	55 657	2 245	51 031	4 538	54 524	6 032	38397	4629	38201	4706	39072	4982
493 Asma	2 330	1 200	2 318	157	2 112	266	1 952	477	1 942	643	1894	774	1699	939	1714	1105
490-491 Bronchite	13 541	1 657	13 082	262	13 719	349	12 710	600	14 062	809	976	184	1034	123	738	142
491.2 BPCO	11 860	1 278	11 991	205	12 651	246	11 743	531	13 067	681	11549	684	11024	598	10022	674
520-579 Malattie dell'apparato digerente	83 054	15 364	78 854	6 949	70 486	7 510	65 503	10 339	64 314	12 883	64741	13262	63836	14093	61762	15343
580-589 Malattie dell'apparato urinario	23 976	5 644	23 162	2 860	21 123	3 025	20 880	3 095	20 841	3 561	20741	3675	20327	3863	19972	4162
800-999 Cause accidentali e violente	65 984	3 752	61 381	1 819	56 378	1 965	53 647	2 607	53 812	2 738	53687	2711	50710	2800	49143	3087
Altre	312 040	68 859	294 313	45 156	275 200	47 340	286 316	54 016	261 218	59 976	262450	63622	256496	68750	253148	75709
Totale	771 244	159 223	730 774	112 672	677 281	120 435	649 000	152 715	646 754	172 234	650246	182888	641557	196952	631486	215264
Totale complessivo	930 467		843 446		797 716		801 715		818 988		833134		838509		846750	



## FOGGIA

		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	Causa	O	D.H.	O	D.H.	O	D.H.	O	D.H.	O	D.H.	O	DH	O	DH	O	DH
1-139	Malattie infettive	2.580	682	2.484	547	2.341	212	2.191	447	2.363	542	2327	708	2110	664	1870	954
140-239	Tumori	9.367	1.320	9.157	1.575	8.444	1.478	8.648	2.125	9.376	2.552	8156	2711	7933	3298	8047	3285
151	tumori maligni dello stomaco	159	11	153	18	143	21	159	18	181	7	156	4	161	7	122	14
153-154	tumori maligni colon, retto e ano	456	102	442	80	470	84	455	70	503	12	529	8	557	6	619	71
162	tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni	429	42	435	47	401	35	473	22	486	4	466	6	416	7	430	25
174	tumori maligni della mammella della donna	328	119	294	98	315	100	321	73	322	5	353	11	347	24	404	118
250	Diabete Mellito	1.540	290	1.607	210	1.411	346	1.415	295	1.138	565	1104	833	1176	1181	1247	1364
320-359	Malattie del sistema nervoso	2.929	441	2.730	462	2.586	338	2.867	708	2.617	921	2002	1171	2085	1610	1998	1579
331	Altre degenerazioni cerebrali (Demenze)	186	3	245	0	257	0	481	1	432	0	540	2	585	2	613	3
360-389	Malattie degli organi di senso	7.985	128	7.629	405	6.314	476	3.690	2.957	3.109	3.849	2853	3943	3002	4621	3032	5118
390-459	Malattie del sistema cardiocircolatorio	17.460	1.598	17.063	619	16.356	783	16.979	1.622	17.423	2.112	11763	305	11865	557	12189	759
401-404	Iperensione arteriosa	2.326	849	2.057	525	1.702	674	1.685	1.377	1.710	1.869	2029	2209	2121	2770	2198	3357
410	Infarto del miocardio	683	0	791	0	665	0	746	1	867	1	903		962		814	
430-438	Disturbi circolatori dell'encefalo	3.046	34	3.138	4	3.207	3	3.350	13	3.481	4	3665	8	3549	19	3535	31
460-519	Malattie dell'apparato respiratorio	9.424	539	9.403	222	9.284	145	8.759	309	8.802	528	6717	504	6748	520	6568	614
493	Asma	405	99	413	18	348	25	278	28	291	30	272	18	234	23	219	36
490-491	Bronchite	1.961	143	1.812	8	1.997	9	1.947	11	1.976	20	403		461	2	208	7
491,2	BPCO	1.550	96	1.535	6	1.632	9	1.539	11	1.577	17	1520	22	1440	14	1280	15
520-529	Malattie dell'apparato digerente	12.927	950	12.547	378	11.048	402	11.031	809	11.180	825	11044	1206	11105	2129	10866	2382
580-599	Malattie dell'apparato urinario	4.272	650	4.115	259	4.014	318	4.094	374	3.994	406	4065	558	3733	619	3494	673
800-899	Cause accidentali e violente	9.395	397	9.121	199	8.523	70	8.570	116	8.522	205	9244	231	8885	179	8611	191
	Altre	53.696	7.971	51.896	5.432	48.786	4.976	49.840	6.877	49.494	6.646	49253	10164	46374	10954	47192	12521
	Totale	131.575	14.966	127.752	10.308	119.107	9.547	118.084	16.639	118.018	21.151	119364	24622	115849	29216	116556	33117
Totale complessivo		146.541		139.060		128.649		134.723		139.169		143986		145065		148673	

BAT

	Causa	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
		O	D.H.	O	D.H.	O	D.H.	O	D.H.	O	D.H.	O	DH	O	DH	O	DH
1-139	Malattie infettive	1.478	868	1.358	536	1.221	573	1.140	710	1.025	794	975	873	1083	673	916	665
140-239	Tumori	4.623	1.078	4.363	1.358	4.041	1.295	4.312	1.414	4.360	1.835	3746	1932	3641	2047	3587	2002
151	tumori maligni dello stomaco	87	3	99	0	89	1	71	2	91	0	83	6	58	2	76	4
153-154	tumori maligni colon, retto e ano	253	13	228	8	221	5	227	13	262	7	288	7	258	9	233	9
162	tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni	205	16	220	5	174	7	224	10	212	9	209	6	194	6	235	7
174	tumori maligni della mammella della donna	236	6	227	21	250	14	257	14	234	21	260	18	286	20	251	20
250	Diabete Mellito	472	519	546	374	454	486	433	568	454	752	465	1019	450	1137	448	1146
320-359	Malattie del sistema nervoso	1.325	146	1.322	190	1.285	203	1.135	279	1.188	318	1034	400	993	464	1044	514
331	Altre degenerazioni cerebrali (Demenze)	86	1	95	0	108	0	123	0	118	1	128		151		192	3
360-389	Malattie degli organi di senso	3.374	788	2.146	1.385	1.680	1.730	1.454	2.180	1.529	2.187	1436	2236	1251	2447	1116	2743
390-459	Malattie del sistema cardiocircolatorio	8.644	1.356	8.526	603	8.270	884	8.470	1.184	8.897	1.308	6268	379	6244	445	6715	443
401-404	Iperensione arteriosa	653	888	693	472	587	663	527	925	615	1.054	663	1108	797	1279	783	1155
410	Infarto del miocardio	387	0	423	0	426	0	480	0	480	0	637		732		665	
430-438	Disturbi circolatori dell'encefalo	1.430	9	1.502	0	1.332	0	1.360	0	1.391	18	1443	26	1370	33	1178	27
460-519	Malattie dell'apparato respiratorio	4.832	648	4.896	62	4.748	165	4.522	367	5.105	362	3742	217	3695	225	3480	385
493	Asma	202	44	209	3	217	4	195	40	246	52	273	39	254	81	250	71
490-491	Bronchite	1.037	86	998	9	1.064	10	952	4	1.202	18	24	1	34	1	23	4
491,2	BPCO	954	76	943	9	1.024	10	926	2	1.169	14	986	17	1064	13	954	5
520-579	Malattie dell'apparato digerente	7.526	809	6.873	301	6.397	511	6.099	679	6.093	833	6081	966	5998	818	5588	1071
580-599	Malattie dell'apparato urinario	2.262	569	2.210	233	1.932	178	1.974	238	2.048	330	2015	301	1879	337	1776	411
800-999	Cause accidentali e violente	6.368	64	5.879	108	5.646	187	5.375	113	5.140	125	4973	116	4303	110	4504	174
	Altre	29.786	5.173	28.530	3.679	26.780	3.789	26.049	4.219	26.273	4.740	26224	5274	25555	5893	24627	6343
	Totale	70.690	12.018	66.649	8.829	62.454	10.001	60.983	11.951	62.112	13.584	61935	14941	60290	16040	58641	17202
Totale complessivo		82.708		75.478		72.455		72.914		75.696		76.876		76.330		75843	

## BARI

		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
Causa		O	D.H.	O	D.H.	O	D.H.	O	D.H.	O	D.H.	O	DH	O	DH	O	DH
1-13	Malattie infettive	5.450	1.484	4.953	907	4.544	1.124	4.049	1.437	3.662	1.603	4128	1695	4003	1661	3939	1700
140-23	Tumori	15.534	3.621	14.876	3.310	14.339	4.509	14.917	5.913	14.949	7.250	11962	7282	11940	7075	12695	7000
15	tumori maligni dello stomaco	272	30	276	24	271	20	281	17	277	23	248	18	307	21	263	17
153-15	tumori maligni colon, retto e ano	907	103	936	69	902	44	1.019	69	1.021	81	1095	65	1062	66	1104	100
16	tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni	695	86	696	51	665	65	792	90	891	102	800	72	766	68	810	70
17	tumori maligni della mammella della donna	889	123	807	105	855	88	877	117	857	120	871	100	938	69	943	100
25	Diabete Mellito	2.518	7.165	2.203	6.740	2.034	5.116	2.040	6.935	1.929	6.600	1959	7040	1769	7298	1642	7100
320-35	Malattie del sistema nervoso	4.661	765	4.636	746	4.319	980	4.201	1.395	4.019	1.473	3847	1598	3533	1769	3569	1100
33	Altre degenerazioni cerebrali (Demenze)	447	6	399	1	376	0	419	0	447	0	442	2	461	1	496	100
360-38	Malattie degli organi di senso	12.234	4.500	9.858	4.684	6.295	7.003	5.129	8.911	4.520	9.870	4603	10326	4705	11653	4375	1400
390-45	Malattie del sistema cardiocircolatorio	28.639	12.461	26.518	9.514	27.647	8.153	28.253	12.718	28.481	12.700	19721	1320	19588	1364	19309	1700
401-40	Iperensione arteriosa	3.014	10.377	2.296	6.397	2.177	7.159	1.965	11.597	2.073	11.209	1764	11708	1803	12198	1795	1200
41	Infarto del miocardio	1.454	4	1.456	3	1.623	3	1.578	0	1.701	0	2021	1	2040		2023	100
430-43	Disturbi circolatori dell'encefalo	4.981	84	4.877	12	5.059	7	5.302	8	5.132	84	4999	102	4744	115	4517	100
460-51	Malattie dell'apparato respiratorio	15.732	2.787	15.931	326	16.221	708	15.160	1.953	16.651	2.782	11682	2220	12488	2189	12496	2000
49	Asma	702	537	659	11	635	45	615	148	602	228	527	258	515	369	555	400
490-49	Bronchite	3.643	713	3.484	81	3.664	112	3.445	304	4.094	383	188	96	197	56	217	100
491,	BPCO	3.193	603	3.232	76	3.402	106	3.252	288	3.893	338	3364	317	3016	293	2686	300
520-57	Malattie dell'apparato digerente	25.496	7.683	23.493	2.957	21.230	2.907	20.708	4.060	19.655	5.191	19651	5015	18874	4686	18487	4000
580-59	Malattie dell'apparato urinario	6.650	2.201	6.254	1.091	5.874	940	5.992	764	5.962	941	6084	970	5937	986	6127	900
800-99	Cause accidentali e violente	18.479	578	17.031	399	15.877	576	15.483	668	15.786	778	15190	792	14768	694	14249	6000
	Altre	97.262	22.863	90.265	12.570	85.676	15.635	83.698	18.502	81.042	19.595	81725	19855	79293	21546	78225	23000
	Totale	232.657	66.108	216.018	43.244	204.056	47.661	199.630	63.256	196.656	68.783	196671	70852	192747	74177	190522	79000
Totale complessivo		298.765		259.262		251.707		262.886		265.439		26752		26692		27035	

## BRINDISI

	Causa	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
		O	D.H.	O	D.H.	O	D.H.	O	D.H.	O	D.H.	O	DH	O	DH	O	DH
1-139	Malattie infettive	1.590	315	1.261	146	1.291	127	1.125	180	865	218	970	284	1000	276	1014	278
140-239	Tumori	4.213	1.303	4.100	1.397	3.961	1.275	3.826	1.659	4.041	1.864	3206	1737	3226	1746	3189	1794
151	tumori maligni dello stomaco	50	3	71	14	68	9	84	13	98	20	78	20	113	22	86	15
153-154	tumori maligni colon, retto e ano	231	27	255	42	246	25	283	39	309	84	290	68	284	97	304	98
162	tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni	278	33	273	27	266	41	292	28	327	36	278	39	340	33	321	42
174	tumori maligni della mammella della donna	250	31	243	55	261	50	253	48	263	62	308	68	284	62	321	64
250	Diabete Mellito	787	539	636	558	714	489	809	608	636	785	735	969	724	786	698	814
320-359	Malattie del sistema nervoso	1.291	352	1.252	410	1.057	367	1.022	720	1.097	737	1081	793	1104	743	1015	727
331	Altre degenerazioni cerebrali (Demenze)	57	0	62	0	59	2	67	0	76	2	77	2	68	1	56	1
360-389	Malattie degli organi di senso	3.559	1.651	3.363	2.244	1.912	2.545	1.636	2.934	1.884	3.004	1315	3162	1320	3235	1228	3677
390-459	Malattie del sistema cardiocircolatorio	10.896	1.555	10.29	1.604	9.858	1.441	9.406	1.267	9.152	1.492	6182	317	6489	356	6587	502
401-404	Iperensione arteriosa	1.560	895	1.502	962	1.150	946	908	938	694	1.174	763	1104	761	1264	807	1304
410	Infarto del miocardio	577	2	563	0	593	0	570	0	626	1	755		804		742	
430-438	Disturbi circolatori dell'encefalo	1.861	26	1.914	50	1.747	38	1.795	22	1.773	32	1908	38	1869	35	2009	41
460-519	Malattie dell'apparato respiratorio	6.180	619	6.201	397	6.218	486	5.533	695	6.129	991	3695	523	3639	579	3830	478
493	Asma	307	143	267	100	228	150	217	180	189	228	187	283	175	297	197	293
490-491	Bronchite	1.776	167	1.858	116	1.986	153	1.886	197	2.150	276	74	65	65	28	73	25
491,2	BPCO	1.634	132	1.744	80	1.899	76	1.811	166	2.076	204	1812	220	1975	200	1722	156
520-579	Malattie dell'apparato digerente	8.605	1.388	8.445	1.008	7.328	934	8.113	1.692	5.828	2.021	6141	1967	6216	1874	6059	2112
580-599	Malattie dell'apparato urinario	2.409	655	2.406	475	2.175	528	1.974	652	2.010	746	2062	703	1960	730	1987	740
800-999	Cause accidentali e violente	7.932	547	7.380	260	6.489	299	5.544	498	5.427	535	5654	501	5548	476	5236	527
	Altre	30.097	9.218	28.03	7.563	25.89	6.619	23.333	7.243	22.960	7.726	23288	8635	23599	8585	23413	8929
	Totale	77.659	18.142	73.37	16.06	66.90	15.11	60.321	18.148	59.829	20.119	60859	21498	61563	21425	60874	22617
	Totale complessivo		95.701		89.432		82.011		78.469		79.948		82367		82988		83491

**TARANTO**

	Causa	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
		O	D.H.	O	D.H.	O	D.H.	O	D.H.	O	D.H.	O	DH	O	DH	O	DH
1-139	Malattie infettive	2.330	321	2.057	327	1.818	307	1.660	297	1.403	414	1474	454	1344	464	1323	539
140-239	Tumori	6.668	1.170	6.683	1.122	6.404	1.372	6.486	1.663	6.461	1.741	4824	2031	4939	2008	5149	1935
151	<i>tumori maligni dello stomaco</i>	145	11	146	5	128	2	134	4	142	8	138	5	159	12	145	7
153-154	<i>tumori maligni colon, retto e ano</i>	446	53	394	26	443	21	421	32	486	55	470	21	484	30	488	35
162	<i>tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni</i>	484	35	513	18	502	22	494	30	524	31	525	23	563	27	535	36
174	<i>tumori maligni della mammella della donna</i>	458	51	432	39	438	26	461	35	471	24	440	20	394	39	443	28
250	Diabete Mellito	1.473	1.513	1.117	1.701	918	1.429	822	1.480	859	1.521	1057	1491	992	1401	1047	1313
320-359	Malattie del sistema nervoso	2.274	239	2.186	311	2.088	370	1.984	477	2.232	474	2101	426	2100	484	1883	667
331	<i>Altre degenerazioni cerebrali (Demenze)</i>	146	1	193	0	175	0	233	1	206	0	294		283		200	2
360-389	Malattie degli organi di senso	5.124	1.502	4.124	2.453	3.155	3.221	2.840	3.313	2.556	3.344	1883	3303	2780	3676	2645	4546
390-459	Malattie del sistema cardiocircolatorio	15.407	1.579	15.587	1.399	14.885	1.376	14.161	1.754	13.772	1.968	9396	516	9518	532	9561	683
401-404	<i>Iperensione arteriosa</i>	2.601	728	2.212	908	1.570	990	1.146	1.352	1.090	1.525	1101	1432	1203	1495	1116	1822
410	<i>Infarto del miocardio</i>	672	1	772	0	683	1	695	2	726	1	825		896		890	1
430-438	<i>Disturbi circolatori dell'encefalo</i>	2.471	22	2.838	11	2.738	7	2.780	9	2.588	36	2656	44	2490	38	2489	56
460-519	Malattie dell'apparato respiratorio	7.790	346	7.876	142	8.167	440	7.047	719	7.167	723	4778	666	4873	632	4593	627
493	<i>Asma</i>	300	58	329	5	266	12	276	21	279	29	272	48	215	45	210	68
490-491	<i>Bronchite</i>	2.441	58	2.267	17	2.403	19	2.047	41	1.952	54	78	6	64	8	81	3
491,2	<i>BPCO</i>	2.191	47	2.124	13	2.274	15	1.968	37	1.860	50	1679	45	1408	45	1302	41
520-579	Malattie dell'apparato digerente	12.604	1.298	12.385	715	11.181	889	9.831	1.293	9.820	1.670	10083	1706	10064	1810	9167	2320
580-599	Malattie dell'apparato urinario	3.340	555	3.373	474	3.198	501	3.195	505	3.028	552	2785	528	2837	530	2495	597
800-999	Cause accidentali e violente	10.704	224	10.126	221	9.251	408	8.443	572	8.410	444	8031	447	7554	491	6984	678
	Altre	47.084	6.663	44.104	5.406	41.949	5.907	38.766	7.094	37.283	7.596	37077	7486	36042	7622	34019	8516
	<b>Totale</b>	<b>114.798</b>	<b>15.410</b>	<b>109.618</b>	<b>14.271</b>	<b>103.014</b>	<b>16.220</b>	<b>95.235</b>	<b>18.147</b>	<b>92.991</b>	<b>20.447</b>	<b>91967</b>	<b>20698</b>	<b>91202</b>	<b>21389</b>	<b>86765</b>	<b>24520</b>
<b>Totale complessivo</b>		<b>130.208</b>		<b>123.889</b>		<b>119.234</b>		<b>114.382</b>		<b>113.438</b>		<b>112665</b>		<b>1E+05</b>		<b>111285</b>	

LECCE

Causa	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	O	D.H.	O	D.H.	O	D.H.	O	D.H.	O	D.H.	O	DH	O	DH	O	DH
1-139 Malattie infettive	3.080	1.160	2.780	421	2.244	585	2.137	488	1.752	708	1819	639	1609	717	1576	860
140-239 Tumori	9.909	3.598	9.654	3.386	8.811	3.339	8.480	3.790	8.976	4.427	7410	4254	7791	4422	7654	4447
151 tumori maligni dello stomaco	154	27	160	13	141	29	186	44	168	52	167	39	201	57	206	40
153-154 tumori maligni colon, retto e ano	583	138	550	117	593	126	570	171	632	168	629	215	768	241	696	248
162 tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni	671	171	697	116	659	94	632	100	711	127	718	138	797	154	750	210
174 tumori maligni della mammella della donna	517	183	522	167	523	180	507	257	559	227	559	282	643	341	635	341
250 Diabete Mellito	1.518	738	1.411	362	1.323	415	1.138	544	1.044	787	892	803	924	736	887	872
320-359 Malattie del sistema nervoso	3.034	345	2.702	426	2.255	673	2.191	795	2.387	875	2482	1044	2486	1086	2394	1133
331 Altre degenerazioni cerebrali (Demenza)	161	6	123	0	103	0	108	0	126	0	157	1	124	1	136	5
360-389 Malattie degli organi di senso	7.262	1.825	6.874	1.242	4.695	2.032	4.023	2.662	4.842	3.258	4980	3934	4782	5470	4236	6142
390-459 Malattie del sistema cardiocircolatorio	19.531	2.186	19.137	912	17.467	1.300	16.544	1.711	17.247	2.096	11689	674	12415	774	12367	745
401-404 Iperensione arteriosa	2.108	1.100	1.817	597	1.508	888	1.390	1.119	1.490	1.402	1637	1503	1473	1500	1408	1774
410 Infarto del miocardio	1.084	4	1.073	0	1.181	0	1.110	0	1.084	0	1233		1222		1297	
430-438 Disturbi circolatori dell'encefalo	3.675	55	3.727	4	3.588	3	3.455	8	3.480	14	3588	16	3429	23	3385	14
460-519 Malattie dell'apparato respiratorio	11.473	1.564	11.556	133	11.019	301	10.010	495	10.670	646	7783	499	7758	561	8105	476
493 Asma	414	319	441	20	416	30	371	60	335	76	363	128	306	124	283	170
490-491 Bronchite	2.683	490	2.663	31	2.605	46	2.433	43	2.668	58	209	16	213	28	136	23
491,2 BPCO	2.338	324	2.413	21	2.420	30	2.249	27	2.492	38	2186	43	2121	33	2078	59
520-579 Malattie dell'apparato digerente	15.894	3.236	15.111	1.590	13.302	1.887	11.721	1.806	11.738	2.443	11741	2402	11579	2776	11595	2877
580-599 Malattie dell'apparato urinario	5.043	1.014	4.804	328	3.930	560	3.661	562	3.799	588	3730	615	3981	661	4093	751
800-999 Cause accidentali e violente	13.106	1.942	11.854	632	10.592	425	10.232	640	10.527	651	10595	624	9652	850	9659	847
Altre	54.115	14.971	51.464	10.506	46.111	10.414	44.630	10.081	44.166	11.673	44883	12208	45632	14140	45672	15945
Totale	143.965	32.579	137.367	19.858	121.749	21.911	114.767	23.574	117.148	28.150	119450	30277	119906	34705	119128	37979
Totale complessivo	176.544		157.325		143.660		138.341		145.298		149727		154611		157107	

## MOBILITÀ PASSIVA

I ricoveri dei residenti pugliesi presso strutture ospedaliere di altre regioni, sebbene siano lievemente aumentati in numero assoluto, non mostrano particolari tendenze in aumento nelle principali MDC. La principale causa di ricovero in strutture ospedaliere extraregionali sono i tumori, seguiti dalle patologie del sistema cardiocircolatorio. Nella provincia di Foggia quest'ultima causa è più frequente dei tumori, mentre nelle province di Bari e Lecce lo scarto numerico tra le due cause è piuttosto ampio. Un'ulteriore causa di mobilità passiva è rappresentata dalle diagnosi relative alle malattie degli organi di senso: le province di Lecce e Foggia, infatti, presentano un numero di ricoveri fuori regione simile a quello delle malattie cardiovascolari (Tabella 16).

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

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

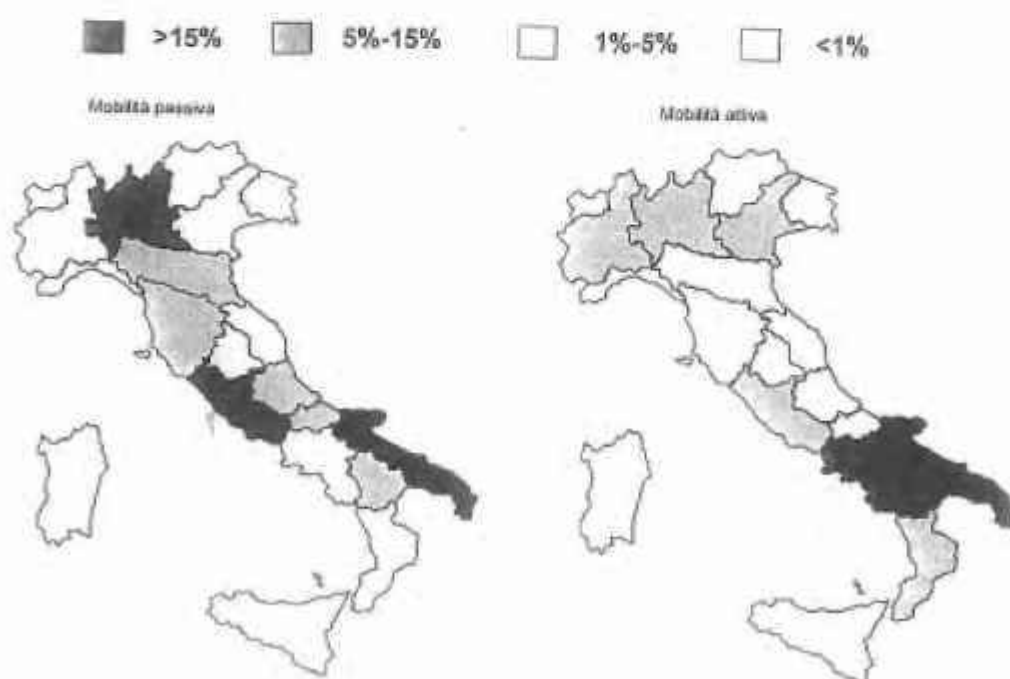


Tabella 16: Ricoveri per causa nel periodo 2001-2008, distinti tra Ordinari e Day Hospital, mobilità passiva, PUGLIA

	Causa	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
		O	D.H.	O	D.H.	O	D.H.	O	D.H.	O	D.H.	O	DH	O	DH	O	DH
1-139	Malattie infettive	684	367	597	306	595	319	695	309	650	298	610	328	556	311	560	329
140-239	Tumori	5 764	1 336	5 698	1 395	5 959	1 502	6 210	1 636	6 502	1 814	5 785	1 660	5 643	1 720	5 652	1 785
151	tumori maligni dello stomaco	79	6	87	4	80	10	94	3	111	3	82	3	121	4	84	3
153-154	tumori maligni colon, retto e ano	246	25	284	28	326	26	323	30	293	27	316	29	313	19	365	26
162	tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni	356	51	358	61	313	38	314	42	331	58	338	45	282	38	274	35
174	tumori maligni della mammella della donna	305	60	274	48	287	43	280	47	287	53	344	30	286	34	297	39
250	Diabete Mellito	333	166	290	169	282	178	322	183	291	205	306	173	243	144	225	161
320-359	Malattie del sistema nervoso	2 173	672	2 259	692	2 357	809	2 430	877	2 602	833	2 201	794	2 132	808	1 993	891
331	Altre degenerazioni cerebrali (Demenze)	86	13	109	12	113	23	131	19	133	10	161	23	132	16	140	23
360-389	Malattie degli organi di senso	3 603	1 349	3 616	1 839	3 945	1 941	3 522	2 460	3 059	2 889	3 184	2 967	2 486	2 799	1 861	2 978
390-459	Malattie del sistema cardiocircolatorio	6 134	844	6 136	938	5 982	994	6 250	1 108	6 696	1 046	5 450	800	4 932	798	4 562	793
401-404	Iperensione arteriosa	283	149	284	130	251	199	257	181	275	175	274	131	210	95	178	100
410	Infarto del miocardio	273	2	268	2	272	2	314	1	274	1	247	1	223		240	3
430-438	Disturbi circolatori dell'encefalo	699	44	744	55	822	42	809	53	786	51	830	46	794	45	691	54
460-519	Malattie dell'apparato respiratorio	2 181	279	2 108	285	2 294	357	2 246	387	2 332	418	1 889	348	1 734	491	1 717	454
493	Asma	143	48	139	43	114	50	100	63	87	50	70	47	68	51	68	53
490-491	Bronchite	273	47	272	44	292	43	225	33	265	52	18	7	18	3	14	8
491.2	BPCO	236	38	250	35	262	38	203	28	232	44	229	52	213	57	184	30
520-579	Malattie dell'apparato digerente	3 227	759	3 056	737	3 331	828	3 343	919	3 583	999	3 682	940	3 577	918	3 400	956
580-599	Malattie dell'apparato urinario	1 317	312	1 330	346	1 269	349	1 252	450	1 308	428	1 377	451	1 277	412	1 233	404
800-999	Cause accidentali e violente	3 463	282	3 572	316	3 598	389	3 622	535	3 507	465	3 319	516	3 246	598	3 095	564
	Altre	19 515	6 355	19 978	6 842	20 777	7 458	22 775	8 765	23 680	8 981	24 178	9 228	23 083	9 313	21 620	9 496
	Totale	48 394	12 721	48 640	13 895	50 387	15 124	52 667	17 629	54 210	18 376	54 890	18 617	51 569	18 674	48 451	19 185
Totale complessivo		61 115		62 535		65 511		70 296		72 586		73 507		70 243		67 636	



**FOGGIA – mobilità passiva**

	Causa	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
		O	D.H.	O	D.H.	O	D.H.	O	D.H.	O	D.H.	O	DH	O	DH	O	DH
1-139	Malattie infettive	171	81	158	56	143	51	149	52	174	72	175	60	154	56	145	69
140-239	Tumori	1.208	261	1.186	235	1.330	336	1.357	351	1.447	398	1339	324	1315	367	1300	327
151	tumori maligni dello stomaco	15	2	21	0	16	3	21	2	27	1	28	3	37	1	22	1
153-154	tumori maligni colon, retto e ano	61	7	73	9	89	12	80	12	75	10	97	1	64	8	99	10
162	tumori maligni di trachea, bronchi e	85	13	90	10	69	9	67	6	64	11	91	9	54	9	54	7
174	tumori maligni della mammella della	60	16	62	11	65	11	68	16	67	16	81	8	71	12	70	8
250	Diabete Mellito	89	78	88	89	71	76	83	71	78	73	82	59	89	60	59	71
320-359	Malattie del sistema nervoso	533	120	531	138	543	159	638	173	767	162	581	142	516	162	451	187
331	Altre degenerazioni cerebrali	31	5	37	6	39	5	28	2	45	1	52	4	43	4	42	8
360-389	Malattie degli organi di senso	1.015	213	1.007	306	943	344	881	412	670	714	697	817	567	874	470	827
390-459	Malattie del sistema cardiocircolatorio	2.031	178	1.999	196	1.850	185	1.995	252	2.211	241	1958	207	1624	200	1462	163
401-404	Iperensione arteriosa	106	24	97	23	83	33	86	34	109	35	130	33	77	27	49	32
410	Infarto del miocardio	83	1	77	0	77	0	79	0	88	0	74	1	50		78	
430-438	Disturbi circolatori dell'encefalo	224	10	279	22	278	13	265	14	245	12	306	6	270	13	223	9
460-519	Malattie dell'apparato respiratorio	610	70	628	69	718	88	653	101	651	106	530	82	463	71	456	87
493	Asma	46	16	35	15	47	17	30	23	30	16	27	10	19	14	17	16
490-491	Bronchite	93	14	89	10	99	8	84	5	99	11	2		5	1	3	2
491,2	BPCO	80	12	82	7	86	7	74	5	87	9	88	14	88	10	71	5
520-579	Malattie dell'apparato digerente	999	138	858	163	966	190	1.004	252	1.063	247	1122	224	1044	228	943	215
580-599	Malattie dell'apparato urinario	353	73	365	97	342	119	291	141	314	126	362	111	306	105	310	93
800-999	Cause accidentali e violente	951	57	1.023	67	1.085	102	1.113	142	1.076	103	1026	122	992	127	961	108
	Altre	6.110	1.224	5.872	1.50	6.253	1.78	7.270	1.952	8.052	2.086	8287	2092	7506	1995	6556	2006
	<b>Totale</b>	<b>14.040</b>	<b>2.493</b>	<b>13.71</b>	<b>2.92</b>	<b>14.24</b>	<b>3.43</b>	<b>15.434</b>	<b>3.899</b>	<b>16.503</b>	<b>4.328</b>	<b>17135</b>	<b>4328</b>	<b>15374</b>	<b>4344</b>	<b>13841</b>	<b>4251</b>
<b>Totale complessivo</b>		<b>16.533</b>		<b>16.638</b>		<b>17.681</b>		<b>19.333</b>		<b>20.831</b>		<b>21464</b>		<b>19718</b>		<b>18092</b>	

**BAT- mobilità passiva**

	Causa	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
		O	D.H.	O	D.H.	O	D.H.	O	D.H.	O	D.H.	O	DH	O	DH	O	DH
1-139	Malattie infettive	58	57	55	45	47	34	83	44	51	19	51	30	47	30	51	30
140-239	Tumori	468	144	454	110	479	136	544	164	605	154	517	164	501	129	481	154
151	<i>tumori maligni dello stomaco</i>	7	1	6	1	4	0	2	0	10	0	3		9	1	12	
153-154	<i>tumori maligni colon, retto e ano</i>	27	1	19	2	30	2	27	6	16	1	33	3	26	1	34	1
162	<i>tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni</i>	34	8	25	8	11	0	32	7	26	6	23	3	19	2	30	4
174	<i>tumori maligni della mammella della donna</i>	30	2	17	1	10	3	19	4	30	6	33	2	32	4	35	11
250	Diabete Mellito	27	15	36	17	32	16	40	27	40	24	36	21	24	8	28	8
320-359	Malattie del sistema nervoso	183	61	180	72	211	88	260	78	218	84	210	77	186	81	190	96
331	<i>Altre degenerazioni cerebrali (Demenza)</i>	6	1	12	2	17	3	14	1	16	3	23	2	12	1	11	2
360-389	Malattie degli organi di senso	287	208	209	308	277	300	315	359	375	489	278	525	214	492	124	434
390-459	Malattie del sistema cardiocircolatorio	515	123	497	111	513	160	535	147	556	116	447	84	426	74	412	74
401-404	<i>Iperensione arteriosa</i>	22	47	25	35	39	65	38	49	33	33	19	17	19	8	32	22
410	<i>Infarto del miocardio</i>	16	1	25	0	22	2	21	0	19	1	26		12		25	1
430-438	<i>Disturbi circolatori dell'encefalo</i>	68	7	61	8	62	5	70	4	68	4	75	6	71	5	65	12
460-519	Malattie dell'apparato respiratorio	196	33	169	52	223	59	244	46	228	52	168	34	180	50	137	33
493	<i>Asma</i>	4	5	11	5	6	7	11	9	7	5	9	4	6	1	7	7
490-491	<i>Bronchite</i>	32	6	30	11	26	11	23	6	29	9	3	1		1		
491,2	<i>BPCO</i>	28	5	29	10	26	11	20	6	26	7	24	7	16	15	16	8
520-579	Malattie dell'apparato digerente	256	124	306	106	303	115	330	126	331	129	360	145	381	126	341	145
580-599	Malattie dell'apparato urinario	90	27	103	29	108	40	109	39	120	52	123	68	123	41	113	32
800-999	Cause accidentali e violente	339	16	336	27	336	36	334	48	331	36	310	33	325	47	327	46
	Altre	1.721	722	1.852	736	1.804	821	2.139	1.039	2.016	1.007	2251	1013	2232	947	2088	1099
	Totale	4.140	1.530	4.197	1.613	4.333	1.805	4.933	2.117	4.871	2.162	5022	2239	4861	2064	4559	2219
	Totale complessivo		5.670		5.810		6.138		7.050		7.033		7.261		6.925		6.778

**BARI- mobilità passiva**

		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
Causa		O	D.H.	O	D.H.	O	D.H.	O	D.H.	O	D.H.	O	DH	O	DH	O	DH
1-139	Malattie infettive	128	53	103	59	117	52	155	49	116	45	130	62	115	54	130	62
140-239	Tumori	1.025	219	939	348	1.008	317	1.114	347	1.149	380	1038	339	1051	393	1103	412
151	<i>tumori maligni dello stomaco</i>	9	0	10	2	8	0	9	1	11	0	10		17		8	
153-154	<i>tumori maligni colon, retto e ano</i>	35	3	44	7	48	3	63	3	43	5	40	6	50	4	54	8
162	<i>tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni</i>	45	3	35	7	34	6	40	5	59	9	53	7	51	7	35	3
174	<i>tumori maligni della mammella della donna</i>	35	10	31	12	36	2	40	5	43	4	37	1	43	7	44	7
250	Diabete Mellito	50	20	43	22	52	25	46	27	43	25	62	25	40	17	32	30
320-359	Malattie del sistema nervoso	406	156	428	159	479	186	467	200	508	198	468	171	480	168	434	204
331	<i>Altre degenerazioni cerebrali (Demenze)</i>	13	3	20	1	20	5	28	4	19	0	30	5	30	3	32	5
360-389	Malattie degli organi di senso	490	274	938	542	1.494	512	1.042	646	865	667	918	640	666	571	367	756
390-459	Malattie del sistema cardiocircolatorio	956	110	1.005	160	1.047	141	1.093	211	1.058	212	781	149	813	158	759	176
401-404	<i>Iperensione arteriosa</i>	35	23	49	21	35	23	36	28	40	31	33	21	35	14	24	24
410	<i>Infarto del miocardio</i>	88	0	76	2	98	0	110	0	67	0	54		56		43	
430-438	<i>Disturbi circolatori dell'encefalo</i>	95	6	102	4	110	5	163	12	110	10	134	8	119	7	133	11
480-519	Malattie dell'apparato respiratorio	416	48	395	45	425	53	371	67	419	81	350	58	330	103	318	87
493	<i>Asma</i>	31	7	21	5	19	7	18	4	14	5	9	10	13	7	12	7
490-491	<i>Bronchite</i>	41	4	43	5	56	4	24	7	51	11	2		3		3	3
491.2	<i>BPCO</i>	32	2	37	3	48	2	21	5	44	10	38	10	24	12	22	7
520-579	Malattie dell'apparato digerente	574	130	536	128	567	145	540	145	589	171	599	163	655	155	609	163
580-599	Malattie dell'apparato urinario	207	59	186	61	187	50	210	75	252	68	214	83	235	76	192	98
800-999	Cause accidentali e violente	772	59	767	68	742	83	766	95	754	93	707	110	694	131	668	111
	Altre	3.376	1.334	3.722	1.400	3.893	1.489	4.172	1.788	4.460	1.745	4622	1970	4425	2142	4299	2238
	Totale	8.400	2.462	9.062	2.990	10.011	3.053	9.976	3.650	10.214	3.685	10327	3838	9925	4029	8321	4412
Totale complessivo		10.862		12.052		13.054		13.626		13.899		14.165		13.954		13.733	

## BRINDISI- mobilità passiva

	Causa	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
		O	D.H.	O	D.H.	O	D.H.	O	D.H.	O	D.H.	O	DH	O	DH	O	DH
1-139	Malattie infettive	56	32	62	24	55	34	52	37	79	39	50	30	36	39	37	30
140-239	Tumori	646	193	597	165	686	147	689	171	632	177	621	167	523	142	479	166
151	tumori maligni dello stomaco	15	2	15	1	13	2	7	0	10	0	12		11	1	4	
153-154	tumori maligni colon, retto e ano	25	3	25	0	45	6	46	4	36	3	26	5	33	2	36	2
162	tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni	41	6	45	7	39	1	34	1	26	2	30	7	36	3	30	4
174	tumori maligni della mammella della donna	47	3	33	8	39	6	31	6	22	6	52	4	30	2	24	3
250	Diabete Mellito	33	8	38	10	36	13	36	17	28	17	31	21	25	14	25	12
320-359	Malattie del sistema nervoso	261	62	256	67	244	102	257	85	250	82	229	75	255	74	215	86
331	Altre degenerazioni cerebrali (Demenze)	3	1	11	0	8	1	2	4	6	0	12	4	10		17	1
360-389	Malattie degli organi di senso	318	138	247	133	207	173	207	207	205	203	198	175	186	164	158	193
390-459	Malattie del sistema cardiocircolatorio	646	90	605	111	538	102	672	82	725	81	559	70	511	76	447	71
401-404	Iperensione arteriosa	26	7	26	15	21	15	23	15	27	12	31	12	18	9	14	2
410	Infarto del miocardio	18	0	14	0	15	0	17	0	17	0	19		30		18	
430-438	Disturbi circolatori dell'encefalo	69	4	66	7	81	7	88	5	60	3	71	6	74	2	49	3
460-519	Malattie dell'apparato respiratorio	198	25	178	26	193	43	186	42	171	46	144	25	123	28	117	24
493	Asma	14	2	17	2	9	6	11	9	8	8	9	7	6	3	8	3
490-491	Bronchite	25	5	19	4	27	7	25	4	13	3	4	3	1		3	1
491,2	BPCO	22	3	17	3	22	6	23	3	13	2	17	2	18	2	10	2
520-579	Malattie dell'apparato digerente	336	60	293	67	331	82	288	79	387	89	351	73	337	77	293	68
580-599	Malattie dell'apparato urinario	164	35	160	27	148	29	128	36	137	35	154	43	128	40	128	28
800-999	Cause accidentali e violente	338	34	314	27	326	32	303	55	277	45	259	48	252	56	248	51
	Altre	1.821	876	1.889	651	1.971	710	2.026	870	1.892	767	1948	829	1902	875	1849	795
	Totale	4.817	1.373	4.639	1.308	4.735	1.467	4.944	1.681	4.763	1.681	4827	1606	4543	1609	4209	1545
Totale complessivo		6.190		5.947		6.202		6.525		6.344		6433		6152		5754	

TARANTO- mobilità passiva

	Causa	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
		O	D.H.	O	D.H.	O	D.H.	O	D.H.	O	D.H.	O	DH	O	DH	O	DH
1-139	Malattie Infettive	143	66	126	58	114	64	141	60	128	62	98	67	102	59	103	72
140-239	Tumori	998	198	1.042	179	995	226	1.057	236	1.105	313	971	253	1023	317	940	309
151	tumori maligni dello stomaco	13	1	13	0	11	2	20	0	19	1	11		15	1	12	1
153-154	tumori maligni colon, retto e ano	34	5	49	2	41	2	42	3	41	2	49	8	48	1	51	1
162	tumori maligni di trachea, bronchi e	65	7	71	11	61	5	54	8	57	10	47	9	54	11	58	6
174	tumori maligni della mammella della	56	9	52	3	46	5	53	4	43	7	63	6	43	5	55	2
250	Diabete Mellito	55	24	36	27	38	25	53	26	53	36	53	31	35	23	45	26
320-359	Malattie del sistema nervoso	329	104	339	103	364	104	352	143	344	127	289	133	306	145	306	134
331	Altre degenerazioni cerebrali (Demenze)	9	2	9	2	8	4	32	3	17	3	21	2	20	1	22	2
360-389	Malattie degli organi di senso	483	182	428	219	377	261	437	298	405	307	453	321	432	358	368	437
390-459	Malattie del sistema cardiocircolatorio	936	198	1.032	188	961	223	1.010	197	1.121	182	865	130	798	131	748	135
401-404	Iperensione arteriosa	49	27	54	17	42	29	48	24	44	35	32	23	31	27	20	14
410	Infarto del miocardio	48	0	45	0	31	0	59	1	55	0	46		37		42	2
430-438	Disturbi circolatori dell'encefalo	97	8	109	7	106	5	96	5	137	8	129	10	148	5	115	12
460-519	Malattie dell'apparato respiratorio	378	48	354	50	405	58	441	63	447	61	370	82	330	173	369	160
493	Asma	22	7	21	5	13	6	10	8	13	4	8	6	11	13	13	10
490-491	Bronchite	36	12	45	11	42	6	45	2	42	9	4		4	1	3	1
491,2	BPCO	30	10	42	9	40	5	43	2	34	8	32	11	35	8	32	4
520-579	Malattie dell'apparato digerente	506	152	478	129	539	125	537	139	558	163	524	155	530	147	568	162
580-599	Malattie dell'apparato urinario	202	53	187	49	205	45	218	53	200	60	244	60	186	57	203	55
800-999	Cause accidentali e violente	461	39	461	34	534	51	500	77	513	77	483	91	474	100	424	101
	Altre	2.753	1.049	2.777	1.050	2.886	1.083	3.243	1.286	3.239	1.422	3368	1428	3415	1522	3329	1491
	Totale	7.244	2.113	7.260	2.086	7.418	2.265	7.989	2.588	8.113	2.810	8160	2826	8077	3105	7826	3137
	Totale complessivo		9.357		9.346		9.683		10.577		10.923		10986		11182		10963

LECCE- mobilità passiva

	Causa	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
		O	D.H.	O	D.H.	O	D.H.	O	D.H.	O	D.H.	O	DH	O	DH	O	DH
1-139	Malattie infettive	128	78	93	64	119	84	115	67	102	61	106	79	102	73	94	66
140-239	Tumori	1.419	321	1.480	358	1.461	340	1.449	367	1.564	392	1299	413	1230	372	1349	417
151	tumori maligni dello stomaco	20	0	22	0	28	3	35	0	34	1	18		32		26	1
153-154	tumori maligni colon, retto e ano	64	6	74	8	73	1	65	2	82	6	71	6	72	3	91	4
162	tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni	86	14	92	18	99	17	87	15	99	20	94	10	68	6	67	11
174	tumori maligni della mammella della donna	77	20	79	13	91	16	69	12	82	14	78	9	67	4	69	8
250	Diabete Mellito	79	21	49	24	53	23	64	15	49	30	42	16	30	22	36	14
320-359	Malattie del sistema nervoso	461	169	525	153	516	170	456	198	514	180	424	196	409	178	397	184
331	Altre degenerazioni cerebrali (Demenze)	24	1	20	1	21	5	27	5	30	3	23	6	17	7	16	5
360-399	Malattie degli organi di senso	1.010	334	787	331	647	351	640	538	539	509	640	489	421	340	374	331
390-459	Malattie del sistema circolatorio	1.050	145	998	172	1.073	183	945	219	1.025	214	840	160	760	159	734	174
401-404	Iperensione arteriosa	45	21	33	19	31	34	26	31	22	29	29	25	30	10	37	6
410	Infarto del miocardio	22	0	31	0	29	0	28	0	28	0	28		38		34	
430-438	Disturbi circolatori dell'encefalo	146	9	127	7	185	7	127	13	146	14	115	10	112	13	106	7
460-519	Malattie dell'apparato respiratorio	383	55	384	53	330	56	351	68	416	72	327	65	308	66	320	63
493	Asma	26	9	34	11	20	7	20	10	15	12	8	10	13	13	11	10
490-491	Bronchite	46	6	46	3	42	7	24	9	31	9	3	3	5		2	1
491.2	BPCO	44	6	43	3	40	7	22	7	28	8	32	8	32	10	33	4
520-579	Malattie dell'apparato digerente	586	135	585	144	625	171	644	178	675	200	726	180	630	185	646	203
580-599	Malattie dell'apparato urinario	301	65	329	83	279	66	296	106	285	87	280	86	301	93	287	98
800-999	Cause accidentali e violente	602	77	671	95	573	85	606	118	556	111	534	112	509	137	467	147
	Altre	3.734	1.350	3.866	1.498	3.970	1.568	3.925	1.820	4.021	1.954	3702	1696	3803	1832	3499	1867
	Totale	9.753	2.760	9.767	2.976	9.646	3.097	9.491	3.694	9.746	3.810	9419	3779	8789	3523	8695	3621
Totale complessivo		12.503		12.742		12.743		13.185		13.556		13198		12312		12316	

Nella Tabella 17 sono elencate le principali di cause di mobilità passiva per ricoveri in regime RO in relazione ai primi 10 DRG prodotti da tali ricoveri. I primi 5 DRG mostrano anche una tendenza all'incremento nel periodo considerato: il DRG 410 è aumentato del 29%, il DRG 209 del 44%, il DRG 42 del 51%, il DRG 112 del 15%. Gli altri DRG mostrano incrementi inferiori o sono stabili.

Tabella 17: Primi 10 DRG per mobilità pasiva in regime di Ricovero Ordinario

DRG	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Totale
410 - CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	1372	1472	1588	1701	1770	1545	1813	1485	4843
209 - INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGGIORI E REIMPIANTI DI ARTI INFERIORI	1031	1102	1238	1389	1487	1485	1590	1530	4605
222 - INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA CC	1163	1240	1225	1246	1265	1352	1314	1232	3898
042 - INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECCETTO RETINA, IRIDE E CRISTALLINO	635	1098	1588	1100	956	684	744	962	2390
112 - INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA	804	858	865	833	927	671	733	722	2126
039 - INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	1341	1173	1072	1104	802	671	627	589	1887
430 - PSICOSI	513	572	729	771	733	744	634	495	1873
012 - MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO	487	540	590	609	684	614	612	627	1853
243 - AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO	625	662	711	687	683	767	595	430	1792
225 - INTERVENTI SUL PIEDE	422	472	526	532	592	608	621	554	1783
Altri	8393	9189	10132	9982	9909	45736	42285	39825	127846
Totale	48238	48596	50352	52646	54197	54877	51568	48451	154896

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

## MOBILITÀ INTRA-REGIONALE

La mobilità intra-regionale risulta relativamente contenuta: oltre il 90% dei residenti delle ASL di Bari, Lecce e Foggia fanno uso di strutture presenti nel proprio territorio. Tralasciando quanto avviene per la provincia BAT, la cui attività è valutata solo su ricoveri effettuati negli ospedali di Andria e Barletta, nelle altre province oltre il 70% dei residenti ricoverati preferisce le strutture della propria ASL, mentre una quota compresa tra il 9% e il 20% si sposta, preferibilmente verso gli ospedali presenti nella provincia di Bari, dove l'Azienda Ospedaliera-Universitaria Policlinico rappresenta un polo di attrazione per procedure specialistiche e ad alta complessità. Anche la provincia di Foggia può essere considerata un polo di attrazione, soprattutto per i residenti fuori regione (Tabella 18).

Tabella 18: Distribuzione del numero di ricoveri (regime RO+DH) per provincia di residenza e ASL in cui insiste la struttura in cui sono effettuati i ricoveri

2001								
ASL Ricovero	Provincia di Residenza							Totale
	Bari	Bat	Brindisi	Foggia	Lecce	Taranto	Fuori Regione	
Bari	284.510	15.364	9.603	3.250	5.113	19.601	14.444	351.885
Bat	5.970	58.647	43	963	47	115	3.171	68.956
Brindisi	1.675	55	75.266	45	3.687	3.223	1.521	85.472
Foggia	4.162	8.420	1.031	142.119	2.311	2.020	17.091	177.154
Lecce	430	101	4.490	81	164.543	1.481	3.150	174.276
Taranto	2.020	122	5.269	86	844	103.772	3.124	115.237
Missino	0	0	0	0	0	0	2	2
<b>Totale</b>	<b>298.767</b>	<b>82.709</b>	<b>95.702</b>	<b>146.544</b>	<b>176.545</b>	<b>130.212</b>	<b>42.503</b>	<b>972.982</b>



2002								
ASL Ricovero	Provincia di Residenza							Totale
	Bari	Bat	Brindisi	Foggia	Lecce	Taranto	Fuori regione	
Bari	245.255	14.367	8.363	2.862	4.292	17.494	13.071	305.704
Bat	5.617	52.668	41	741	51	91	2.979	62.188
Brindisi	1.707	56	71.079	43	3.429	3.313	1.599	81.226
Foggia	4.266	8.184	921	134.057	2.088	1.892	16.314	167.722
Lecce	413	74	4.077	66	146.633	1.196	2.890	155.349
Taranto	2.008	129	4.951	56	832	99.903	2.881	110.760
Missino	0	0	0	235	0	0	1	236
<b>Totale</b>	<b>259.266</b>	<b>75.478</b>	<b>89.432</b>	<b>138.060</b>	<b>157.325</b>	<b>123.889</b>	<b>39.735</b>	<b>883.185</b>

2003								
ASL Ricovero	Provincia di Residenza							Totale
	Bari	Bat	Brindisi	Foggia	Lecce	Taranto	Fuori regione	
Bari	237.937	14.628	9.033	3.366	4.620	17.078	13.062	299.724
Bat	6.027	49.379	37	684	41	72	2.384	58.624
Brindisi	1.609	61	63.584	41	3.294	2.994	1.662	73.245
Foggia	3.820	8.178	907	124.277	1.978	1.717	14.398	155.275
Lecce	377	91	3.519	72	132.846	1.165	2.659	140.729
Taranto	1.939	117	4.931	66	882	96.210	2.824	106.969
Missino	1	2	0	145	0	0	0	148
<b>Totale</b>	<b>251.710</b>	<b>72.456</b>	<b>82.011</b>	<b>128.651</b>	<b>143.661</b>	<b>119.236</b>	<b>36.989</b>	<b>834.714</b>

2004								
ASL Ricovero	Provincia di Residenza							Totale
	Bari	Bat	Brindisi	Foggia	Lecce	Taranto	Fuori regione	
Bari	251.034	24.844	9.852	3.591	4.339	17.922	12.491	324.073
Bat	3.829	39.314	24	650	28	37	1.882	45.764
Brindisi	1.572	81	59.026	74	3.149	3.169	1.431	68.502
Foggia	4.033	8.459	842	130.120	1.741	1.548	12.943	159.686
Lecce	436	84	3.466	65	128.064	1.251	2.582	135.948
Taranto	1.985	132	5.265	53	1.021	90.464	2.686	101.606
Missino	4	0	0	170	0	0	0	174
<b>Totale</b>	<b>262.893</b>	<b>72.914</b>	<b>78.475</b>	<b>134.723</b>	<b>138.342</b>	<b>114.391</b>	<b>34.015</b>	<b>835.753</b>

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

## UTILIZZO DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE

La valutazione dell'efficienza di utilizzo delle strutture ospedaliere è stata effettuata considerando alcuni DRG ad elevata complessità (insufficienza cardiaca e shock, malattia polmonare cronica ostruttiva, polmonite semplice e pleurite in soggetti di età >17 anni, con complicanze) e alcuni DRG relativi a prestazioni a bassa complessità o a rischio di inappropriately (afezioni mediche del dorso, ipertensione, altri fattori che influenzano lo stato di salute). Per i DRG a complessità più elevata si rileva un aumento del numero di ricoveri, mentre per i DRG a bassa complessità si osserva un importante trend di riduzione, indicativo di un aumento dell'efficienza e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate (Tabella 19).

Tabella 19: Distribuzione di alcuni DRG prodotti per tutti i ricoveri ordinari negli anni 2001-2008, ordinati in relazione all'attività dell'anno 2008

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

## APPROFONDIMENTI

### Infarto del miocardio

Il tasso di incidenza di infarto acuto del miocardio (IMA, ICD 9-CM: 410.x0 e 410.x1) presenta un aumento nel periodo 2001-2008 passando da 12,6 a 16,4 per 10.000 abitanti (Tabella 20, Figura 6).

Tabella 20: Numero di ricoveri e tasso di ospedalizzazione per infarto acuto del miocardio, per provincia. Puglia, anni 2001-2008

provincia	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	ric.	Tasso X 10000 ab	ric.	Tasso X 10000 ab	ric.	Tasso X 10000 ab	ric.	Tasso X 10000 ab	ric.	Tasso X 10000 ab	ric.	Tasso X 10000 ab	ric.	Tasso X 10000 ab	ric.	Tasso X 10000 ab
BARI	1544	12.34	1536	12.28	1724	13.78	1690	13.51	1768	14.13	2076	16.60	2096	16.76	2066	16.52
BAT	404	10.37	448	11.49	450	11.55	501	12.85	500	12.83	663	17.01	744	19.09	691	17.73
BRINDISI	597	14.82	577	14.32	609	15.12	587	14.57	644	15.98	774	19.21	834	20.70	760	18.86
FOGGIA	767	11.98	868	13.55	742	11.59	827	12.91	956	14.93	978	15.27	1012	15.80	892	13.93
LECCE	1110	13.69	1104	13.61	1210	14.92	1142	14.08	1122	13.84	1261	15.55	1260	15.54	1331	16.41
TARANTO	721	12.42	817	14.08	715	12.32	759	13.08	782	13.47	871	15.01	933	16.08	935	16.11
Totale Puglia	6143	12.62	5350	13.13	5450	13.37	5606	13.51	5772	14.16	6623	16.25	6879	16.88	6575	16.38

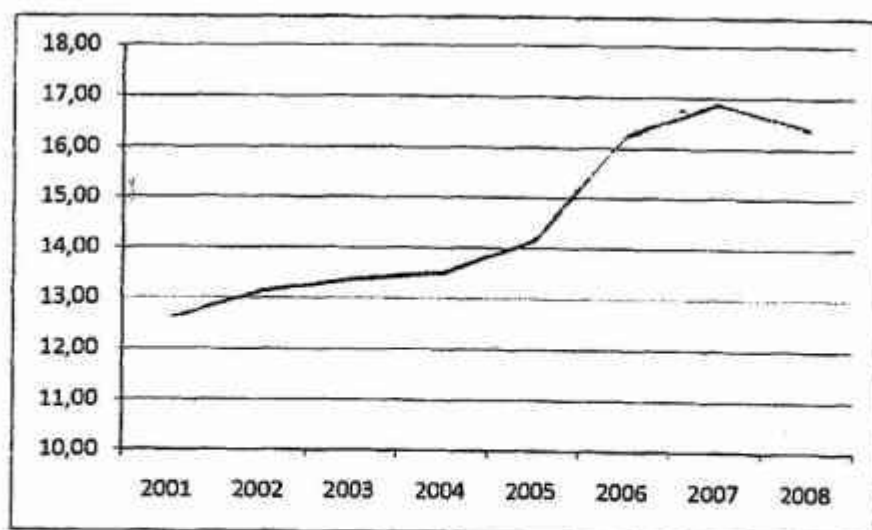
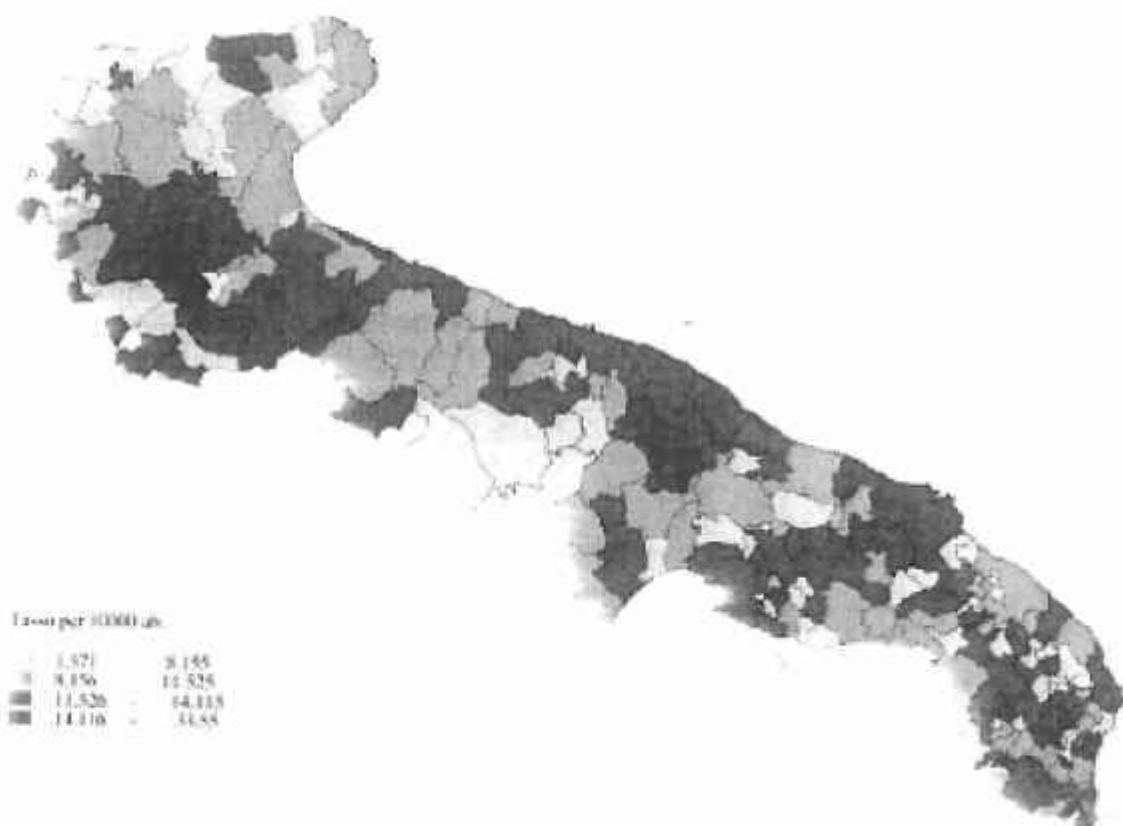


Figura 6: Tassi di ricovero per infarto acuto del miocardio. Puglia, anni 2001-2008

La distribuzione geografica dei ricoveri per IMA evidenzia come la maggior parte dei ricoveri si siano verificati in residenti prossimi alle città capoluogo di provincia. Questa distribuzione appare più evidente nella provincia di Bari e Brindisi (Cartogrammi 3 e 4).

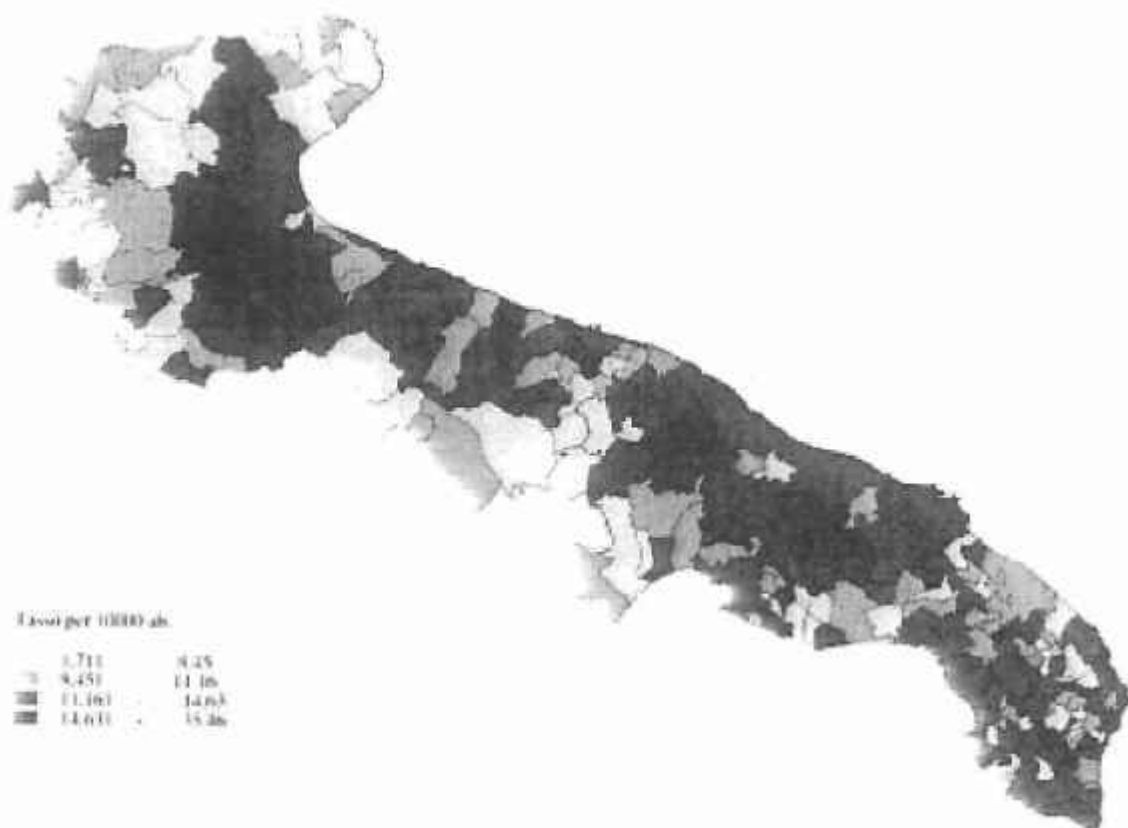
### Cartogramma 3

Tassi standardizzati per infarto acuto del miocardio. Puglia, anno 2001.



#### Cartogramma 4

Tassi standardizzati per infarto acuto del miocardio. Puglia, anno 2008.



## CORONAROGRAFIE

Le procedure di coronarografia (ICD 9-CM di procedura: 88.55, 88.56, 88.57) per pazienti con IMA nel 2001 rappresentano il 10% (817/8099) di tutte le coronarografie effettuate nelle Unità Operative di Cardiologia (Tabella 21). Nel 2008 si rileva un aumento di questa percentuale che raggiunge il 15.9% (748/4693)

Tabella 21: Distribuzione del numero di dimessi con procedura di coronarografia (Codice ICD IX CM 88.55, 88.56, 88.57) con e senza diagnosi di infarto acuto del miocardio, provincia. Puglia, anni 2001-2008

Provincia	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	Ric. con coronarografia	Di cui per IMA	Ricoveri con coronarografia	Di cui per IMA	Ricoveri con coronarografia	Di cui per IMA	Ricoveri con coronarografia	Di cui per IMA	Ricoveri con coronarografia	Di cui per IMA	Ricoveri con coronarografia	Di cui per IMA	Ricoveri con coronarografia	Di cui per IMA	Ricoveri con coronarografia	Di cui per IMA
Foggia	1216	99	1291	102	1556	125	1834	169	1798	248	373	28	430	21	455	13
BAT	730	30	715	26	878	32	1127	48	1250	61	415	30	491	42	541	51
Bari	3083	307	2766	323	3716	383	4317	422	4809	552	1062	157	1233	185	1320	150
Brindisi	946	151	857	136	1182	163	1065	136	1175	167	823	229	860	339	947	321
Taranto	1259	54	1122	67	1321	40	1587	45	1643	85	291	52	282	86	366	93
Lecce	1682	176	1804	231	1839	289	1891	281	2180	316	944	95	772	71	1064	120
Regione Puglia	8916	817	8555	885	10492	1032	11821	1101	12855	1429	3908	591	4068	744	4693	748

## ACCIDENTI CEREBROVASCOLARI

Gli accidenti cerebrovascolari (ICD 9-CM: 430.xx-438.xx) si possono considerare stabili tra il 2001 e il 2008. Esaminando l'andamento per provincia si nota una sostanziale stabilità nel periodo 2001-2008 per le province di Taranto e Lecce, mentre si rileva un consistente aumento nelle province di Brindisi e Foggia e una importante riduzione nelle province BAT e Bari (Tabella 22).

Tabella 22: Numero di ricoveri e tasso di ospedalizzazione per eventi cerebrovascolari, per provincia. Puglia, anni 2001-2008

Provincia	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	N. Ric.	Tasso per	N. Ric.	Tasso per	N. Ric.	Tasso per	N. Ric.	Tasso per	N. Ric.	Tasso per	N. Ric.	Tasso per	N. Ric.	Tasso per	N. Ric.	Tasso per
Foggia	2702	48.2	2799	49.8	2841	49.8	3020	52.9	2954	51.8	3985	62.28	3851	60.10	3798	59.30
BAT	1258	43.5	1322	45.4	1177	39.6	1160	39.2	1155	39.2	1550	39.91	1479	37.92	1282	32.79
Bari	4517	45.0	4368	42.9	4513	43.5	4589	43.7	4379	41.2	5243	41.96	4985	39.85	4810	38.41
Brindisi	1617	44.9	1715	47.2	1584	42.4	1593	43.1	1549	41.5	2023	50.22	1980	49.13	2102	52.17
Taranto	2175	45.0	2518	51.6	2464	49.4	2478	49.0	2255	44.4	2839	48.93	2681	46.18	2672	46.03
Lecce	3337	45.8	3333	45.0	3272	42.6	3101	40.5	3104	40.2	3729	46.10	3577	44.09	3492	42.97
Regione Puglia	16808	45.5	16065	46.4	16851	44.7	15941	44.8	16398	42.9	19369	47.59	18583	45.51	18158	44.50

## TUMORE DEL POLMONE

Il tasso di ospedalizzazione per tumore del polmone (ICD 9-CM: 162.xx) nella Regione Puglia presenta un trend in aumento nel periodo 2001-2008 (Tabella 23). La provincia di Lecce seguita da quella di Taranto presentano i tassi più elevati nel periodo considerato.

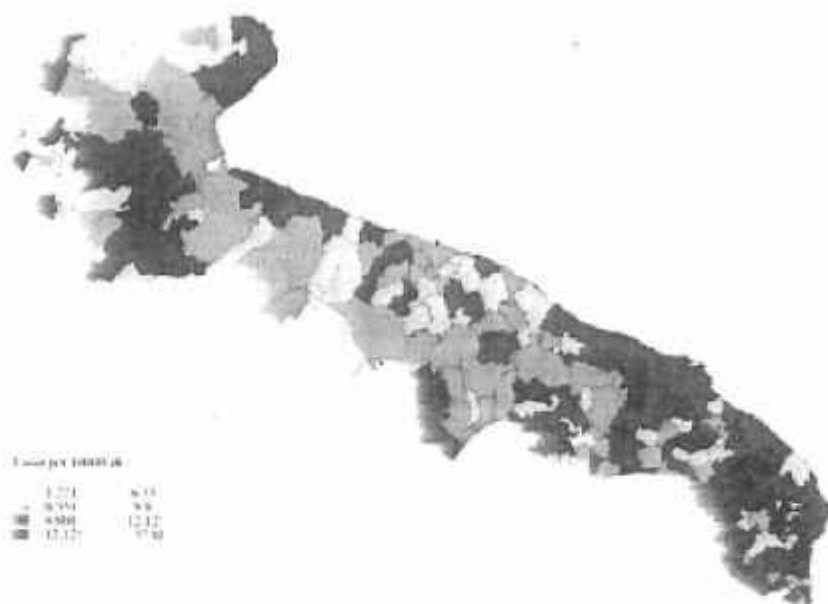
Tabella 23: Numero di ricoveri e tasso di ospedalizzazione per tumore del polmone, per provincia. Puglia, anni 2001-2008.

provincia	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	N. Ric.	Tasso x 10000 ab	N. Ric.	Tasso x 10000 ab	N. Ric.	Tasso x 10000 ab	N. Ric.	Tasso x 10000 ab	N. Ric.	Tasso x 10000 ab	N. Ric.	Tasso x 10000 ab	N. Ric.	Tasso x 10000 ab	N. Ric.	Tasso x 10000 ab
BARI	829	6.83	804	6.43	770	6.16	928	7.42	1061	8.48	932	7.45	892	7.13	922	7.37
BAT	263	6.75	258	6.62	192	4.93	273	7.00	253	6.49	241	6.18	221	5.67	276	7.08
BRINDISI	358	8.89	352	8.74	347	8.61	355	8.61	391	9.70	354	8.79	412	10.23	397	9.85
FOGGIA	569	8.88	582	9.09	514	8.03	568	8.87	565	8.82	572	8.93	486	7.59	516	8.06
LECCE	942	11.62	924	11.39	869	10.72	836	10.31	957	11.80	960	11.84	1025	12.64	1038	12.80
TARANTO	591	10.18	613	10.56	590	10.17	586	10.10	622	10.72	604	10.41	655	11.29	635	10.94
Regione Puglia	3552	8.72	3533	8.67	3282	8.05	3648	8.70	3849	9.44	3883	8.89	3891	9.68	3784	8.29

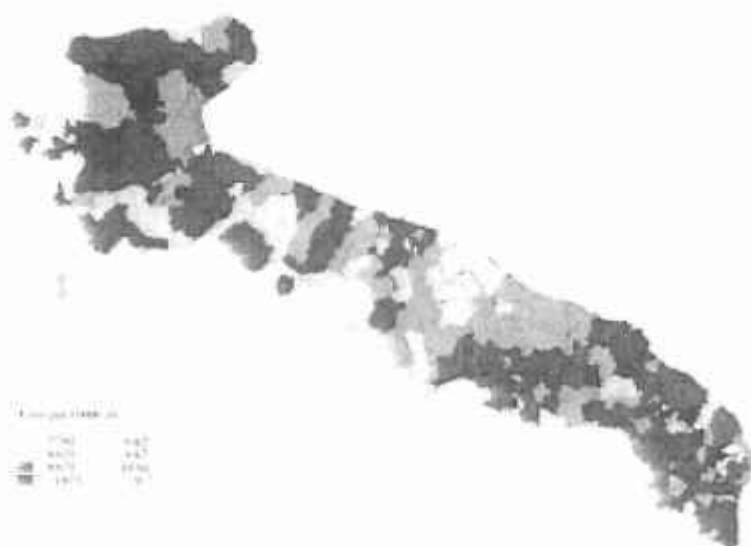
I Comuni intorno alla città di Taranto presentano un aumento di ricoveri nel periodo 2001-2008. Minime risultano le differenze per la provincia di Lecce. Per la provincia di Brindisi si osserva una riduzione delle ospedalizzazioni nei comuni della fascia a nord a fronte di un aumento, invece, nel capoluogo. Nelle restanti province vi è un generale aumento del numero di casi e dei relativi tassi (Cartogrammi 5 e 6).



Cartogramma 5 Tassi di ospedalizzazione standardizzati per tumore del polmone. Puglia, anno 2001.



Cartogramma 6 Tassi di ospedalizzazione standardizzati per tumore del polmone. Puglia, anno 2005.



## TUMORE DELLA MAMMELLA

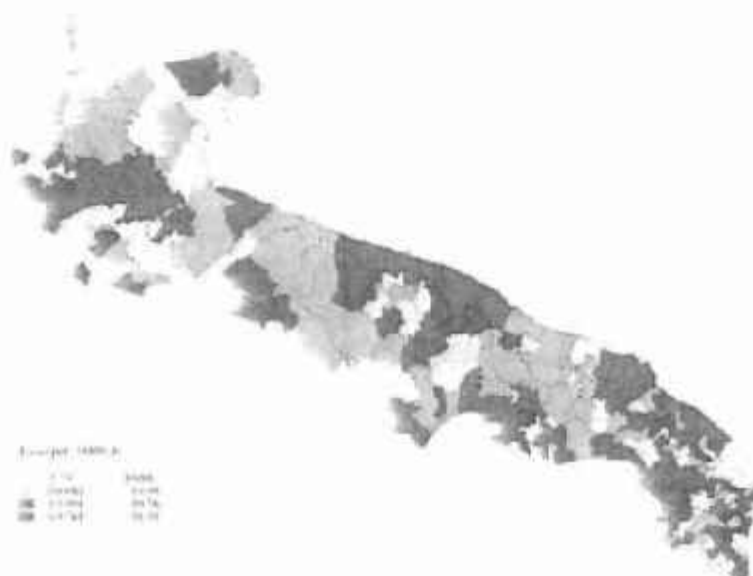
Il tumore della mammella (ICD 9-CM: 174.xx) è una delle più frequenti cause di neoplasie femminili, la sua diffusione nella Regione Puglia evidenzia un aumento dal 2001 al 2008 (Tabella 24).

Tabella 24: Numero di ricoveri e tasso di ospedalizzazione dei dimessi con diagnosi di tumore della mammella per provincia, Puglia, anni 2001-2008

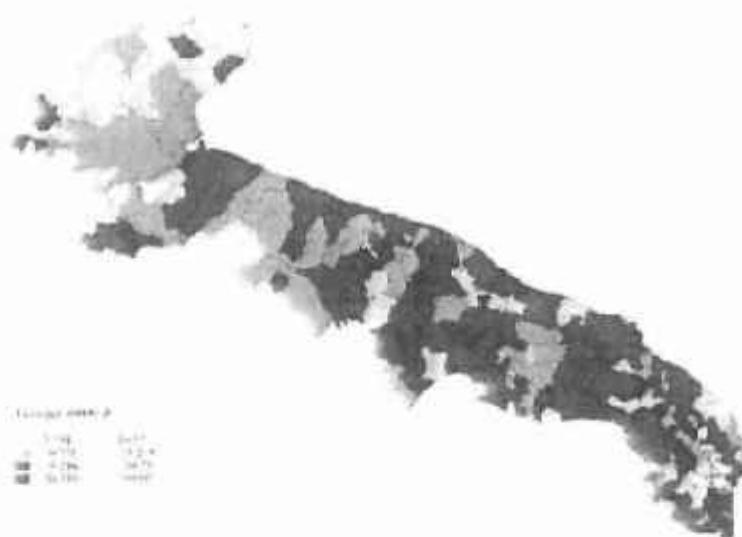
provincia	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	N. Ric.	Tasso x 10000 ab.	N. Ric.	Tasso x 10000 ab.	N. Ric.	Tasso x 10000 ab.	N. Ric.	Tasso x 10000 ab.	N. Ric.	Tasso x 10000 ab.	N. Ric.	Tasso x 10000 ab.	N. Ric.	Tasso x 10000 ab.	N. Ric.	Tasso x 10000 ab.
BARI	1057	16,51	955	14,92	981	15,33	1029	16,23	1024	16,00	1009	15,76	1057	16,51	1070	16,72
BAY	274	13,89	266	13,48	277	14,04	294	14,90	291	14,75	313	15,87	342	17,34	317	16,07
BRINDISI	331	15,80	339	16,18	356	16,99	338	16,13	353	16,85	430	20,82	378	18,04	412	19,66
FOGGIA	923	15,96	865	14,19	891	14,98	478	14,58	410	12,51	453	13,82	454	13,85	500	18,31
LECCE	797	18,80	781	18,43	810	19,11	845	19,94	882	20,81	928	21,89	1055	24,89	1053	24,84
TARANTO	574	19,20	526	17,59	515	17,22	584	18,53	545	18,23	529	17,69	481	16,09	528	17,66
Regione Puglia	3556	16,96	3332	15,89	3430	16,35	3548	16,92	3505	16,71	3654	17,47	3767	17,96	3950	18,97

La distribuzione geografica dell'ospedalizzazione per tumore della mammella varia tra il 2001 e il 2008, così come la densità dei ricoveri nei comuni pugliesi (Cartogramma 6 e 7).

Cartogramma 6 Distribuzione geografica del tasso di ospedalizzazione per tumore della mammella, Puglia, anno 2001.



**Cartogramma 7 Distribuzione geografica del tasso di ospedalizzazione per tumore della mammella. Puglia, anno 2008.**



## TUMORI DELLA CERVICE UTERINA

I ricoveri per neoplasia della cervice uterina (ICD 9-CM: 180.x) e, parallelamente, il tasso di ospedalizzazione sono aumentati progressivamente dal 2001 al 2008 sull'intero territorio regionale (Tabella 25).

**Tabella 25: Numero di ricoveri e tasso di ospedalizzazione dei dimessi con diagnosi di carcinoma della cervice uterina, per provincia. Puglia, anni 2001-2008.**

Provincia	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	Tasso		Tasso		Tasso		Tasso		Tasso		Tasso		Tasso		Tasso	
	N. ric.	X 10000	N. ric.	X 10000	N. ric.	X 10000	N. ric.	X 10000	N. ric.	X 10000	N. ric.	X 10000	N. ric.	X 10000	N. ric.	X 10000
Foggia	34	1,4	43	1,6	31	1,3	33	1,3	33	1,3	62	1,80	69	2,10	77	2,35
BAY	15	1	28	2	12	0,9	15	1	13	0,9	26	1,27	32	1,82	33	1,67
Bari	67	1,4	68	1,4	67	1,4	99	1,2	51	1,1	86	1,35	93	1,45	82	1,28
Brindisi	23	1,5	22	1,4	20	1,2	19	1,2	20	1,2	43	2,06	33	1,57	34	1,62
Teramo	40	1,7	22	1	39	1,8	43	1,8	22	1	91	1,71	39	1,30	57	1,90
Lecce	59	1,6	39	1,2	39	1,2	40	1,2	35	1	94	2,22	83	1,95	106	2,50
Regione Puglia	228	1,5	222	1,4	208	1,3	209	1,3	174	1,1	381	1,72	349	1,86	389	1,85

La distribuzione per fascia d'età dei ricoveri evidenzia un'elevata ospedalizzazione già a partire dall'età di 35 anni, senza differenze consistenti tra le ASL. (Tabella 26).

**Tabella 26: Numero di ricoveri e tassi per sesso, classe di età e provincia per tumore della cervice uterina. Puglia, anni 2001-2005**

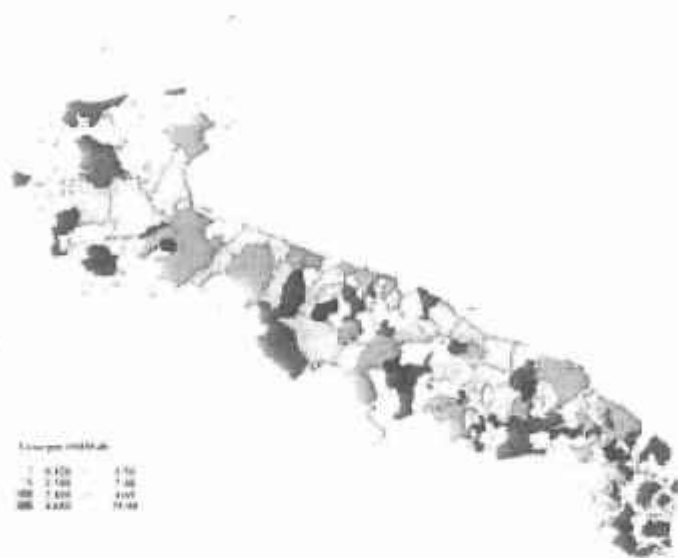
Classe di età	Foggia		BAT		Bari		Brindisi		Taranto		Lecce	
	N. Ricoveri	Tasso per 10000 ab.	N. Ricoveri	Tasso per 10000 ab.	N. Ricoveri	Tasso per 10000 ab.	N. Ricoveri	Tasso per 10000 ab.	N. Ricoveri	Tasso per 10000 ab.	N. Ricoveri	Tasso per 10000 ab.
<=39	21	0,25	15	0,28	40	0,25	17	0,33	10	0,13	31	0,31
40 - 44	26	2,28	13	1,83	37	1,58	7	0,94	22	2,08	16	1,10
45 - 49	14	1,35	7	1,14	48	2,27	4	0,60	29	2,92	23	1,72
50 - 54	26	2,68	19	3,34	39	1,96	10	1,51	21	2,16	15	1,13
55 - 59	16	1,72	7	1,30	28	1,50	11	1,72	16	1,73	20	1,55
60 - 64	16	1,95	4	0,86	26	1,63	12	2,11	11	1,35	21	1,79
65 - 69	20	2,39	2	0,46	33	2,15	8	1,48	16	2,09	22	1,89
70 - 74	16	2,09	8	2,00	21	1,47	17	3,33	22	3,15	23	2,05
>=75	19	2,84	8	2,45	40	3,40	18	4,02	19	3,33	41	4,44
<b>Totale</b>	<b>174</b>	<b>20,97</b>	<b>83</b>	<b>20,64</b>	<b>312</b>	<b>21,33</b>	<b>104</b>	<b>18,89</b>	<b>166</b>	<b>24,61</b>	<b>212</b>	<b>19,22</b>

Tabella 27: Numero di ricoveri e tassi per sesso, classe di età e provincia per tumore della cervice uterina. Puglia, anni 2006 - 2008

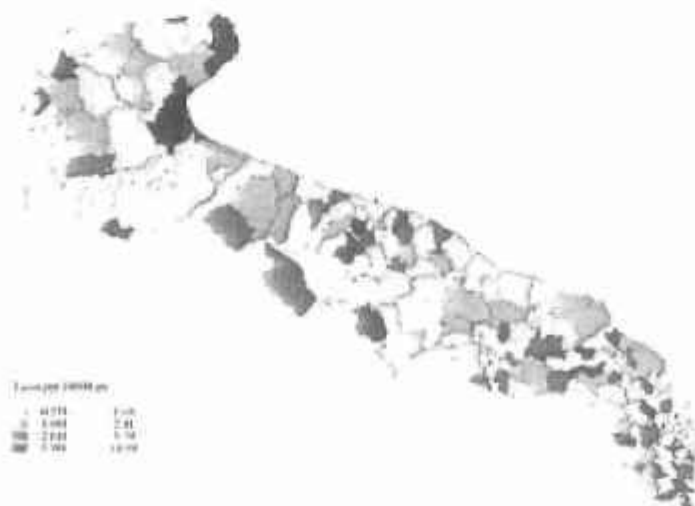
Classe di età	Foggia		BAT		Bari		Brindisi		Taranto		Lecce	
	N. Ricoveri	Tasso per 10000 ab.	N. Ricoveri	Tasso per 10000 ab.	N. Ricoveri	Tasso per 10000 ab.	N. Ricoveri	Tasso per 10000 ab.	N. Ricoveri	Tasso per 10000 ab.	N. Ricoveri	Tasso per 10000 ab.
<=39	48	1,01	9	0,30	30	0,33	26	0,90	10	0,24	54	0,94
40-44	38	5,14	15	3,19	52	3,43	3	0,63	22	3,26	26	2,70
45-49	20	3,02	16	3,89	22	1,60	16	3,65	25	3,98	25	2,89
50-54	21	3,49	9	2,52	28	2,25	16	4,04	9	1,53	31	3,84
55-59	16	2,76	8	2,36	36	3,02	5	1,24	20	3,46	27	3,31
60-64	17	3,27	1	0,33	34	3,21	8	2,20	22	4,18	37	4,97
65-69	19	3,91	16	5,88	6	0,64	12	3,58	5	1,05	25	3,50
70-74	14	2,98	7	2,88	9	1,03	3	0,99	13	3,07	32	4,86
>=75	15	1,49	9	1,85	44	2,42	21	3,13	21	2,45	26	1,84
<b>Totale</b>	<b>208</b>	<b>2,12</b>	<b>90</b>	<b>1,52</b>	<b>261</b>	<b>1,36</b>	<b>110</b>	<b>1,75</b>	<b>147</b>	<b>1,64</b>	<b>283</b>	<b>2,23</b>

La distribuzione geografica dei ricoveri mostra una disomogeneità territoriale, sia nel 2001 che nel 2008. Le aree più colpite sono quelle nelle vicinanze dei centri urbani e alcuni comuni della provincia di Lecce (Cartogramma 9 e 10).

**Cartogramma 9** Tasso di ospedalizzazione per tumore della cervice uterina. Puglia, anno 2001.



**Cartogramma 10** Tasso di ospedalizzazione per tumore della cervice uterina. Puglia, anno 2005.



## TUMORI DEL COLON

Il tasso di ospedalizzazione per tumore del colon (ICD 9 CM: 153.x) non presenta variazioni consistenti nel periodo considerato. L'insorgenza di tale neoplasia è più frequente nelle province di Lecce, Bari e Foggia; mentre nella provincia di Bari il tasso di ospedalizzazione si può considerare stabile, nelle province di Lecce e Foggia è evidente un aumento del tasso di ospedalizzazione nel periodo studiato (Tabella 28).

Tabella 28: Numero di ricoveri e tasso di ospedalizzazione dei dimessi con diagnosi di tumore del colon per provincia, Puglia, anni 2001-2008

Provincia	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	N. ric.	Tasso per 10000 ab	N. ric.	Tasso per 10000 ab	N. ric.	Tasso per 10000 ab	N. ric.	Tasso per 10000 ab	N. ric.	Tasso per 10000 ab	N. ric.	Tasso per 10000 ab	N. ric.	Tasso per 10000 ab	N. ric.	Tasso per 10000 ab
Foggia	204	6,5	257	6,7	271	6,8	261	6,6	270	6,6	363	6,96	306	6,18	509	7,95
BAT	134	3,9	127	3,3	126	3,1	101	4,1	138	5,6	193	4,97	173	4,44	177	4,53
Bari	475	5,7	470	5,6	444	5,2	510	5,6	514	5,8	751	6,01	762	6,09	749	5,96
Brindisi	126	4,2	136	4,6	126	4,1	136	4,6	160	5,3	236	5,66	238	5,91	256	6,40
Taranto	231	5,7	189	4,6	223	5,3	211	4,9	227	5,3	326	5,62	322	5,55	346	6,00
Lecce	370	6,2	333	5,5	367	6,3	375	6	422	6,6	612	7,57	686	6,46	654	6,06
Regione Puglia	1629	5,8	1512	5,3	1588	5,4	1596	5,4	1731	5,9	2501	6,15	2577	6,32	2895	6,61

Le classi di età con il più alto numero di ricoveri sono quelle sopra i 65 anni, per entrambi i sessi. Non si osserva una differente distribuzione dei casi per sesso ed età tra le province (Tabella 29 e 30)

Tabella 25: Distribuzione per sesso, classe di età e provincia dei dimessi con diagnosi principale di tumore del colon Puglia, anni 2001-2005

Classe di età	Foggia				BAY				Bari				Brindisi				Taranto				Lecce			
	M		F		M		F		M		F		M		F		M		F		M		F	
	N. Ricoveri	Tasso per 10000 ab.	N. Ricoveri	Tasso per 10000 ab.	N. Ricoveri	Tasso per 10000 ab.	N. Ricoveri	Tasso per 10000 ab.	N. Ricoveri	Tasso per 10000 ab.	N. Ricoveri	Tasso per 10000 ab.	N. Ricoveri	Tasso per 10000 ab.	N. Ricoveri	Tasso per 10000 ab.	N. Ricoveri	Tasso per 10000 ab.	N. Ricoveri	Tasso per 10000 ab.	N. Ricoveri	Tasso per 10000 ab.	N. Ricoveri	Tasso per 10000 ab.
<=49	32	0,29	55	0,52	18	0,26	18	0,27	61	0,39	79	0,39	47	0,72	17	0,25	31	0,33	41	0,43	54	0,43	57	0,45
50 - 54	31	3,26	36	3,68	28	5,07	16	2,81	75	3,95	65	3,27	13	2,16	23	3,48	28	3,05	33	3,38	34	2,92	58	4,37
55 - 59	75	8,59	38	4,20	32	6,08	22	4,08	106	6,00	107	6,72	28	4,86	28	4,36	55	6,87	46	5,19	58	4,96	79	6,14
60 - 64	67	8,67	80	7,33	36	8,16	29	6,24	182	10,30	107	6,70	46	8,90	38	6,86	71	9,48	71	8,73	109	10,53	103	8,78
65 - 69	126	17,70	84	10,03	42	10,71	49	11,21	231	17,26	148	9,66	41	8,91	42	7,78	88	13,13	83	10,83	189	19,40	126	10,63
70 - 74	193	24,97	104	13,57	48	14,81	49	12,24	222	18,04	175	12,24	50	12,68	48	9,40	111	16,90	87	12,44	208	23,80	158	13,83
75 - 79	143	29,26	84	12,58	59	23,84	58	17,16	221	25,56	181	15,40	68	22,13	71	15,84	99	23,33	72	12,60	167	26,22	172	18,64
80 - 84	88	30,25	79	17,13	30	20,08	46	19,87	142	27,78	138	18,76	35	18,50	41	13,00	48	19,47	57	14,52	92	28,31	125	20,43
>=85	38	20,46	57	15,46	18	19,56	30	17,87	70	23,41	107	18,29	18	16,77	30	12,81	21	13,90	36	12,76	49	21,19	66	13,44
Totale	755	4,78	688	3,82	311	3,36	315	3,22	1308	4,35	1104	3,60	345	3,68	339	3,25	563	3,83	528	3,84	866	5,03	841	4,60

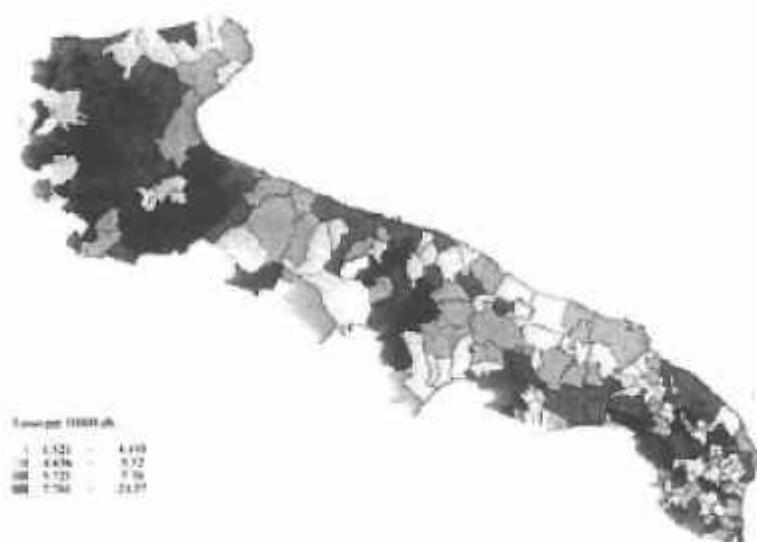


Tabella 30: Distribuzione per sesso, classe di età e provincia dei dimessi con diagnosi principale di tumore del colon Puglia, anni 2005-2008

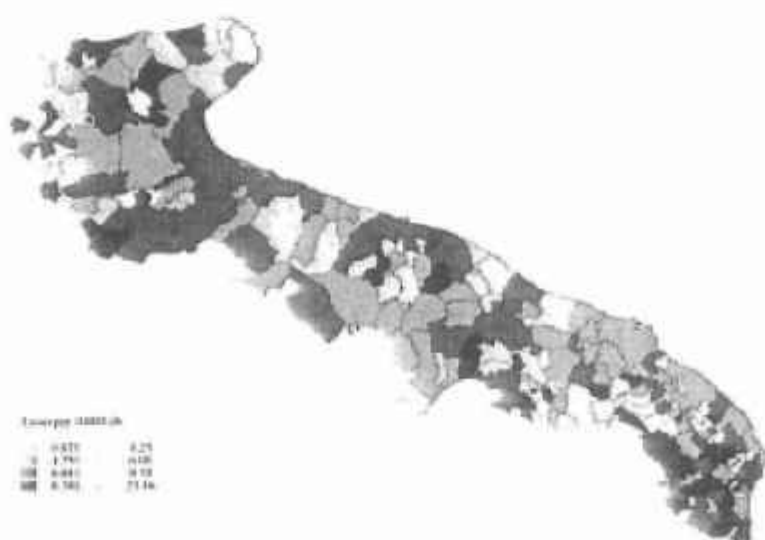
Class e di età	Foggia				BAT				Bari				Brindisi				Taranto				Lecce			
	M		F		M		F		M		F		M		F		M		F		M		F	
	N. Ricove ri	Tass o per 1000 0 ab.	N. Ricove ri	Tass o per 1000 0 ab.	N. Ricove ri	Tass o per 1000 0 ab.	N. Ricove ri	Tass o per 1000 0 ab.	N. Ricove ri	Tass o per 1000 0 ab.	N. Ricove ri	Tass o per 1000 0 ab.	N. Ricove ri	Tass o per 1000 0 ab.	N. Ricove ri	Tass o per 1000 0 ab.	N. Ricove ri	Tass o per 1000 0 ab.	N. Ricove ri	Tass o per 1000 0 ab.	N. Ricove ri	Tass o per 1000 0 ab.	N. Ricove ri	Tass o per 1000 0 ab.
<=49	37	0,59	47	0,76	29	0,72	22	0,56	50	0,49	92	0,76	19	0,47	32	0,64	26	0,47	44	0,60	54	0,72	52	0,69
50-54	29	4,83	34	5,64	11	3,19	14	3,92	56	4,96	63	5,06	16	4,94	26	6,56	26	4,79	26	4,76	42	2,77	58	7,19
55-59	59	10,56	59	10,18	25	7,57	23	6,76	106	9,52	100	8,38	27	7,40	23	5,71	47	8,54	38	6,58	95	12,90	82	10,05
60-64	69	14,21	58	11,15	29	9,82	27	6,81	129	12,64	110	10,40	53	16,48	26	7,15	66	13,47	51	9,60	136	20,56	112	15,05
65-69	112	25,74	68	14,16	33	13,11	40	14,71	166	18,72	134	14,21	66	22,52	56	16,71	73	17,19	74	15,54	180	29,45	132	18,48
70-74	123	32,31	99	21,09	36	17,36	45	18,46	222	30,76	186	21,26	63	26,82	57	18,79	76	22,23	80	18,67	212	40,21	134	20,33
75-79	120	39,77	107	26,03	44	27,43	60	23,63	243	41,37	178	23,08	67	33,99	46	16,93	91	34,48	80	21,48	166	42,44	167	27,07
80-84	92	43,22	82	25,27	30	26,92	50	32,72	105	26,01	138	24,24	47	36,32	51	23,56	58	33,90	66	24,16	97	36,50	106	23,00
>=85	47	34,90	46	17,17	20	31,03	15	12,13	80	32,76	93	19,55	19	22,75	37	21,04	30	26,05	40	16,90	36	23,51	69	19,36
Totale	887	7,32	801	8,11	257	4,48	286	4,80	1169	8,36	1093	5,89	378	6,62	354	5,63	486	8,86	601	5,58	1040	8,86	912	7,17

La distribuzione geografica dei casi evidenza come le aree con il tasso più elevato siano quelle della provincia di Foggia, a ridosso della provincia BAT, di alcuni comuni della provincia di Bari e della Provincia di Lecce. (Cartogramma 11 e 12).

**Cartogramma 11** Tasso di ospedalizzazione per tumore del colon. Puglia, anno 2001.



**Cartogramma 12** Tasso di ospedalizzazione per tumore del colon. Puglia, anno 2008.



## BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA (BPCO)

La broncopneumopatia cronica ostruttiva (ICD 9 CM: 491.20, 491.21; insufficienza respiratoria acuta 518.81) è una patologia cronica con fasi di riacutizzazione. I pazienti con questa patologia possono andare incontro a ricovero per riacutizzazione, aggravamento con insufficienza respiratoria e/o possibili complicanze infettive.

Il numero assoluto ed il tasso per 10.000 abitanti si è ridotto dal 2001 al 2008. In alcune province la riduzione è stata particolarmente consistente passando da 17,8 a 6,85 ricoveri ogni 10.000 abitanti nella provincia di Brindisi e da 13,4 a 5,53 ogni 10.000 nella provincia di Taranto. Anche nella provincia di Lecce il tasso si è quasi dimezzato (Tabella 31).

Tabella 31: Numero di ricoveri e tasso di ospedalizzazione per dimessi con diagnosi di broncopneumopatia cronica ostruttiva senza menzione di riacutizzazione (491.20), per provincia, Puglia, anni 2001-2008

Provincia	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	N. ric.	Tasso per 10000 ab.	N. ric.	Tasso per 10000 ab.	N. ric.	Tasso per 10000 ab.	N. ric.	Tasso per 10000 ab.	N. ric.	Tasso per 10000 ab.	N. ric.	Tasso per 10000 ab.	N. ric.	Tasso per 10000 ab.	N. ric.	Tasso per 10000 ab.
Foggia	304	9	285	8	313	9,4	309	9,3	329	9,7	321	9,02	323	9,04	212	6,31
BA7	332	10,9	208	6,8	197	6,2	183	5,4	255	6,2	288	7,42	387	7,87	291	7,60
Bari	1000	9,8	518	5	485	4,8	704	6,5	826	8	911	7,25	787	6,29	826	7,10
Brindisi	652	17,8	376	10,3	381	10,3	343	9,2	358	9,9	300	8,04	298	7,35	278	6,85
Taranto	677	13,4	468	9,7	448	8,7	369	7,2	389	7,4	417	7,19	316	6,13	321	5,53
Lecce	618	8,4	301	4,7	294	4,8	277	3,8	389	4,7	385	4,78	316	3,90	233	2,81
Regione Puglia	3794	10,8	2228	6,3	2117	5,9	2216	6,1	2907	7,1	2882	6,98	2385	5,86	2234	5,48

La distribuzione per età è simile tra uomini e donne; in entrambi i casi le classi di età più colpite sono quelle superiori a 65 anni di età, senza differenze tra le province di residenza. Il rapporto M/F è pari a 2,2; nella provincia di Foggia il rapporto M/F è più basso e pari a 1,7. Nelle altre province il valore del rapporto invece non si discosta molto da quello regionale (Tabella 32).

Tabella 32: Distribuzione dei ricoveri con diagnosi principale di broncopneumopatia cronica ostruttiva per sesso, classe di età e provincia. Puglia, anni 2001-2005

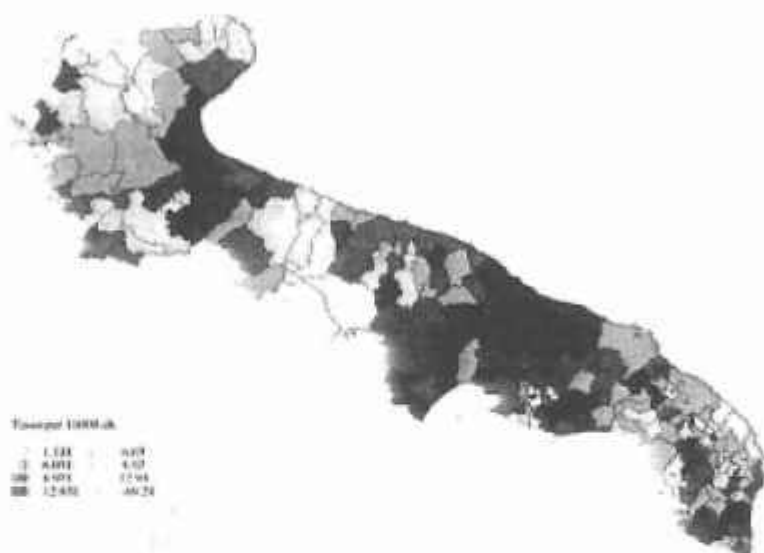
Classe di età	Foggia				BAT				Bari				Brindisi				Taranto				Lecce			
	M		F		M		F		M		F		M		F		M		F		M		F	
	N. Ricoveri	Tasso per 10000 ab.	N. Ricoveri	Tasso per 10000 ab.	N. Ricoveri	Tasso per 10000 ab.	N. Ricoveri	Tasso per 10000 ab.	N. Ricoveri	Tasso per 10000 ab.	N. Ricoveri	Tasso per 10000 ab.	N. Ricoveri	Tasso per 10000 ab.	N. Ricoveri	Tasso per 10000 ab.	N. Ricoveri	Tasso per 10000 ab.	N. Ricoveri	Tasso per 10000 ab.	N. Ricoveri	Tasso per 10000 ab.	N. Ricoveri	Tasso per 10000 ab.
<=30	9	0,1	9	0,1	9	0,2	10	0,2	42	0,3	25	0,2	12	0,3	11	0,3	25	0,4	14	0,2	55	0,6	21	0,2
35 - 39	12	1,0	2	0,2	9	1,1	3	0,4	29	1,2	12	0,5	8	1,1	4	0,5	10	0,9	3	0,3	12	0,8	10	0,8
40 - 44	20	1,8	4	0,4	17	2,4	5	0,7	37	1,7	11	0,8	13	1,9	9	1,2	21	2,1	9	0,8	15	1,1	8	0,8
45 - 49	21	2,1	10	1,0	16	2,7	6	1,0	64	3,2	20	0,9	25	4,0	17	2,5	32	3,5	11	1,1	27	2,2	9	0,7
50 - 54	37	3,9	24	2,5	33	6,0	11	1,9	121	6,4	49	2,5	51	8,5	24	3,6	86	9,4	23	2,4	46	3,8	18	1,2
55 - 59	63	6,4	29	3,1	62	11,6	23	4,3	192	10,9	80	4,3	86	14,9	18	2,8	110	12,4	44	4,8	100	8,5	27	2,1
60 - 64	103	13,6	46	5,5	86	19,5	31	6,7	263	17,6	108	6,8	121	23,8	65	11,4	174	23,2	63	7,7	144	13,9	42	3,6
65 - 69	146	20,8	73	8,7	117	26,8	33	7,5	406	30,3	144	9,4	156	42,6	67	12,4	232	34,8	107	14,0	185	19,0	77	6,6
70 - 74	182	29,7	126	18,4	164	49,9	49	12,2	515	44,2	185	13,1	282	71,5	104	20,4	286	51,8	117	16,7	287	30,7	97	8,7
75 - 79	241	46,3	135	18,7	195	53,7	67	20,5	437	50,4	189	16,1	310	100,9	149	32,8	322	79,1	136	23,8	257	40,4	193	12,2
80 - 84	171	58,8	128	27,3	116	77,6	43	18,6	250	49,9	110	13,6	190	100,4	127	40,3	217	86,2	110	28,0	144	41,2	92	15,0
>=85	108	56,7	87	23,6	50	54,3	36	21,1	176	52,1	127	19,3	143	133,2	81	34,9	116	77,3	96	34,0	83	39,1	82	12,6
Totale	1138	7,2	960	4,0	838	8,8	317	3,2	2937	9,4	1093	3,4	1437	14,9	674	6,5	1636	11,8	733	4,9	1335	7,9	674	2,7

Distribuzione dei ricoveri con diagnosi principale di broncopneumopatia cronica ostruttiva per sesso, classe di età e provincia. Puglia, anni 2006-2008.

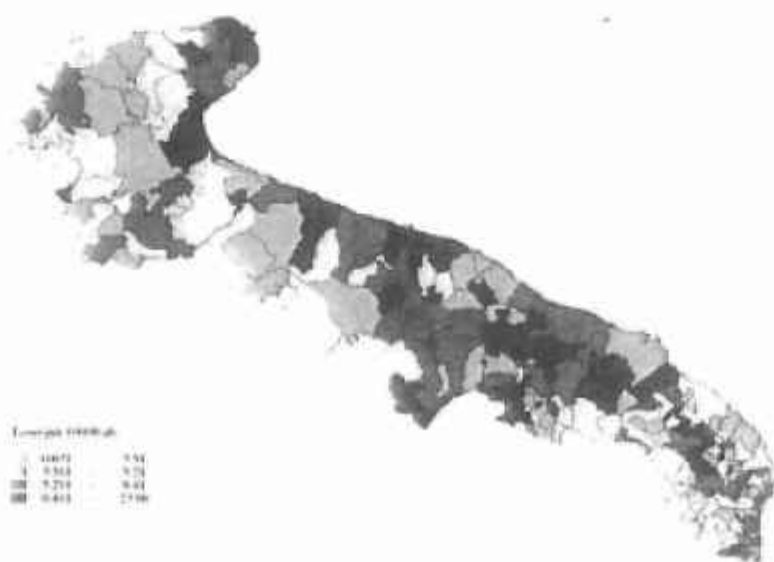
Class e di età	Foggia				BAT				Bari				Brindisi				Taranto				Lecce			
	M		F		M		F		M		F		M		F		M		F		M		F	
	N. Ricove ri	Tass o per 1000 0 ab.	N. Ricove ri	Tass o per 1000 0 ab.	N. Ricove ri	Tass o per 1000 0 ab.	N. Ricove ri	Tass o per 1000 0 ab.	N. Ricove ri	Tass o per 1000 0 ab.	N. Ricove ri	Tass o per 1000 0 ab.	N. Ricove ri	Tass o per 1000 0 ab.	N. Ricove ri	Tass o per 1000 0 ab.	N. Ricove ri	Tass o per 1000 0 ab.	N. Ricove ri	Tass o per 1000 0 ab.	N. Ricove ri	Tass o per 1000 0 ab.	N. Ricove ri	Tass o per 1000 0 ab.
<=34	6	0,17	4	0,12	5	0,23	4	0,19	31	0,47	28	0,42	6	0,29	7	0,35	6	0,17	6	0,31	7	0,17	9	0,23
35-39	6	1,13	1	0,14	0	0,00	3	0,63	15	1,04	6	0,55	6	1,38	1	0,22	6	0,94	1	0,15	3	0,35	4	0,44
40-44	12	1,85	7	0,95	12	2,57	2	0,43	31	2,11	20	1,32	14	3,11	4	0,85	11	1,73	1	0,15	9	1,01	0	0,00
45-49	16	2,50	6	0,91	14	3,47	7	1,70	29	2,22	19	1,58	15	3,72	8	1,83	13	2,21	9	1,43	10	1,26	3	0,36
50-54	25	4,31	8	1,33	21	6,10	10	2,80	66	7,35	33	2,65	31	6,51	10	2,52	23	4,24	15	2,55	23	3,16	12	1,49
55-59	44	7,89	10	2,76	43	13,02	39	11,50	127	11,20	50	4,19	36	9,87	10	2,48	42	7,63	17	2,84	41	5,57	18	2,21
60-64	54	11,12	16	3,08	65	22,61	29	9,46	180	18,21	78	7,38	38	11,82	17	4,68	77	15,71	30	6,70	49	7,30	22	2,98
65-69	73	16,78	29	6,37	93	36,93	44	16,18	273	32,05	103	10,92	65	22,18	23	6,66	141	33,20	41	8,61	89	14,56	25	3,50
70-74	109	28,63	33	7,03	129	62,20	27	11,10	307	42,53	127	14,90	67	35,66	40	16,16	126	36,48	63	14,86	132	25,04	50	7,58
75-79	118	30,11	61	14,84	110	68,89	48	21,45	314	53,45	156	20,22	124	62,91	45	18,17	144	34,57	64	17,19	130	28,66	39	6,32
80-84	85	39,63	48	14,79	61	76,09	45	29,45	216	59,42	107	16,80	119	91,95	30	36,95	97	56,52	62	22,69	99	37,25	56	12,63
>=85	43	31,93	24	10,45	32	49,84	27	21,84	121	49,99	108	22,70	63	99,39	48	27,30	46	43,06	42	18,85	62	40,49	39	10,94
Total	593	6,83	257	2,81	605	11,38	292	5,16	1733	16,28	837	4,72	624	11,85	302	5,18	733	8,44	254	4,26	654	6,10	277	2,35

Le province di Bari, Brindisi e Taranto sono quelle con la maggior diffusione della patologia o, comunque, quelle in cui i residenti fanno maggior ricorso all'ospedalizzazione per BPCO. Il pattern geografico è pressoché invariato; il livello del tasso di ospedalizzazione è molto più basso nel 2005 rispetto al 2001 (Cartogramma 13 e 14).

**Cartogramma 13** Tasso di ospedalizzazione per BPCO senza menzione di complicazione, Puglia, anno 2001.



**Cartogramma 13** Tasso di ospedalizzazione per BPCO senza menzione di complicazione, Puglia, anno 2005.



Il tasso di ospedalizzazione ed il numero di ricoveri per episodio di riacutizzazione di BPCO sono notevolmente più elevati rispetto alla BPCO senza altre complicanze. Il tasso è stabile negli anni considerati (Tabella 33).

Tabella 33: Numero di ricoveri e tasso di ospedalizzazione dei dimessi con diagnosi di broncopneumopatia cronica ostruttiva con menzione di riacutizzazione, per provincia. Puglia, anni 2001-2008

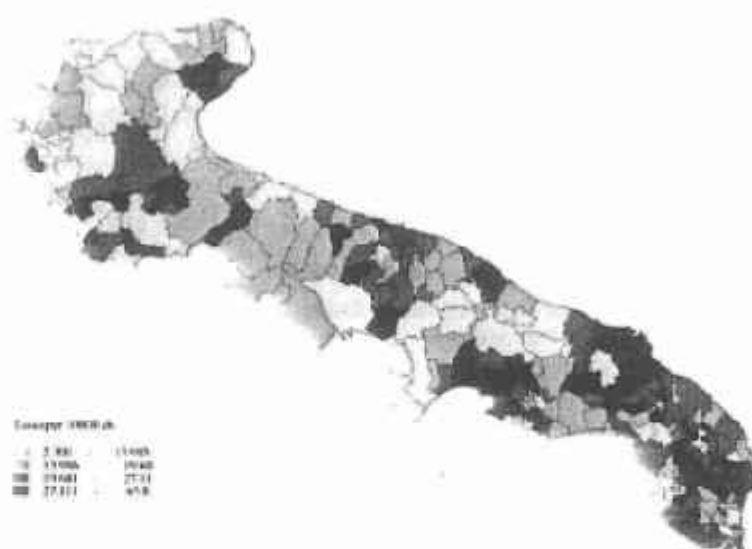
Provincia	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	N. ric.	Tasso per 10000 ab.	N. ric.	Tasso per 10000 ab.	N. ric.	Tasso per 10000 ab.	N. ric.	Tasso per 10000 ab.	N. ric.	Tasso per 10000 ab.	N. ric.	Tasso per 10000 ab.	N. ric.	Tasso per 10000 ab.	N. ric.	Tasso per 10000 ab.
Foggia	911	16	1022	18	1104	19,2	966	16,8	1034	18	1323	20,67	1229	19,18	1159	18,10
BAT	535	17,8	579	19,2	682	22,5	622	20,5	728	23,6	748	19,26	801	20,54	686	17,55
Bari	2213	21,5	2254	21,8	2504	23,8	2307	21,5	2744	25,5	2816	22,54	2558	20,45	2218	17,71
Brindisi	844	23,3	1165	31,9	1331	36	1343	36,2	1626	43,4	1691	41,98	1899	47,12	1614	40,06
Taranto	1116	22,6	1262	25,1	1443	28,4	1299	25,5	1274	24,7	1350	23,27	1140	19,64	1058	18,23
Lecce	1752	23,7	1776	23,8	1890	24,6	1673	21,7	1859	23,9	1884	23,29	1880	23,17	1941	23,88
Regione Puglia	7371	21,1	8058	22,9	8954	25	8210	22,8	9265	25,6	9812	24,11	9507	23,32	8676	21,27

I casi di BPCO riacutizzata presentano una distribuzione per sesso ed età sovrapponibile a quella osservata per la BPCO senza riacutizzazione. Non ci sono differenze consistenti tra le province o negli anni. La patologia è più diffusa negli uomini con un rapporto M/F pari a 2 senza variazioni consistenti tra le province.

La distribuzione geografica dei casi di BPCO con riacutizzazione è simile a quella presentata dalla BPCO senza riacutizzazione. La provincia di Foggia è quella con il minor ricorso all'ospedalizzazione (Cartogramma 15 e 16).

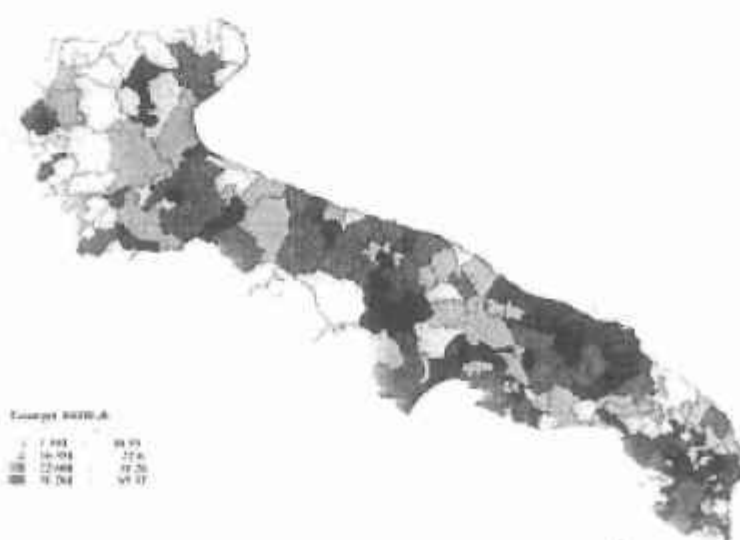
### Cartogramma 15

Tasso di ospedalizzazione per BPCO con menzione di riacutizzazione. Puglia, anno 2001.



### Cartogramma 16

Tasso di ospedalizzazione per BPCO con menzione di riacutizzazione. Puglia, anno 2008.





## **RAZIONALIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA AI FINI DEL PIANO DI RIENTRO**

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

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

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

### **Posti letto**

La dotazione complessiva di posti letto in Puglia nell'anno 2008 si attesta a 4 p.l. per mille abitanti, ed è anzi inferiore allo standard di 4,5 p.l. per mille abitanti definito nell'Intesa Stato Regioni del 3 marzo 2005. Tabella 34.

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

### **Ricoveri**

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

Il Tasso di Ospedalizzazione dei residenti presso le strutture ospedaliere regionali è comunque elevato, attestandosi intorno al 200‰. Tabella 35.

## **L'OSPEDALIZZAZIONE NELLA REGIONE PUGLIA SI CARATTERIZZA PER ALCUNI ASPETTI :**

### **L'inappropriatezza dei livelli di erogazione delle prestazioni.**

Dallo studio dei dati di ospedalizzazione, con un modello di analisi su base clinica della appropriatezza organizzativa dei ricoveri (acronimo MAAP), prodotto in sede regionale, si evidenzia un elevato numero di ricoveri che per patologie trattate e contenuti assistenziali può essere trasferito in *setting* assistenziali meno impegnativi. L'attenzione rivolta dalla Regione nei confronti dei ricoveri dei DRG a rischio di inappropriatezza organizzativa (DPCM 29/11/2001) ha prodotto una notevole riduzione dei ricoveri negli anni 2003-2004. Successivamente la Regione ha aumentato il numero delle patologie e dei DRG sotto osservazione, ed i primi risultati sono evidenti già dall'anno 2009.

### **I ricoveri in acuzie per patologie cronico degenerative.**

Altro aspetto rilevante è la presenza di un elevato numero di ricoveri per patologie croniche, quali ipertensione, scompenso cardiaco, asma e broncopneumopatie croniche, diabete, epatopatie croniche, patologie vascolari croniche, etc... Questo fenomeno rappresenta quanto l'ospedale, per aspetto culturale e per capacità tecnologico-organizzative, sia ancora riferimento primario per la soddisfazione della domanda

sanitaria della popolazione pugliese. Queste patologie sono trasferibili dalla assistenza ospedaliera episodica in acuzie, e quindi dalla intensiva ad alto costo, alla assistenza territoriale, costante nel tempo ma meno impegnativa, anche per i costi associati, di quella ospedaliera.

### **Gli ospedali di piccole dimensioni**

Esistono in Puglia alcuni stabilimenti ospedalieri di piccole dimensioni, 22 in particolare al di sotto di 100 posti letto.

Questi stabilimenti sono a bassa dotazione specialistica e tecnologica, in grado di gestire solo casistica poco complessa e quindi meno affidabili per il paziente. Ricoverano soprattutto patologie croniche, sono poco efficienti in termini gestionali ed economicamente dispendiosi.

La trasformazione di queste strutture da ospedali per acuti ad ospedali di lungodegenza e riabilitazione, *hospice*, RSA, case della salute, poliambulatori, comporterebbe una significativa riduzione dei posti letto per acuti.

### **La rete ospedaliera**

La distribuzione regionale dei posti letto per le varie discipline ( quindi l'offerta ) è irregolare per le diverse Province, con aree di carenza di offerta per determinate discipline specialistiche.

La Tabella 36 mostra come la domanda di assistenza ospedaliera viene soddisfatta nelle diverse ASL e quindi in Regione. La tabella dimostra come per alcune ASL la percentuale di residenti che si ricoverano nella stessa ASL è elevata e quindi soddisfacente, per altre la migrazione verso strutture ospedaliere di altre ASL regionali o verso altre Regioni è consistente.

Questo fenomeno è un indicatore della capacità di offerta della rete ospedaliera locale, ed indica le aree dove è opportuna una riqualificazione quantitativa e/o qualitativa della offerta ospedaliera.

Tabella 34: Posti letto pubblici e private, accreditati e non nella Regione Puglia

INDICATORI inerenti i Livelli Essenziali di Assistenza

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

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

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

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

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

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

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

**Tabella 35: Ricoveri in Puglia anni 2001-2008**

Ricoveri \* in Puglia, anni 2001-2008

Anno	A ricoveri in regione di residenti			B ricoveri fuori regione			A+B ricoveri totali residenti			Residenti	C mobilità attiva			ricovi ORD
	Ricoveri ORD	Ricoveri DH	Ricoveri TOT	Ricoveri ORD	Ricoveri DH	Ricoveri TOT	Ricoveri ORD	Ricoveri DH	Ricoveri TOT		Ricoveri ORD	Ricoveri DH	Ricoveri TOT	
2001	740.616	159.143	<b>899.759</b>	47.163	12.532	<b>59.695</b>	787.779	171.675	<b>959.454</b>	4.086.608	37.259	4.117	<b>41.376</b>	777.875
2002	698.530	112.577	<b>811.107</b>	47.498	13.748	<b>61.246</b>	746.028	126.325	<b>872.353</b>	4.019.500	35.424	3.235	<b>38.659</b>	733.954
2003	643.624	120.403	<b>764.027</b>	48.876	15.016	<b>63.892</b>	692.500	135.419	<b>827.919</b>	4.023.957	32.454	3.401	<b>35.855</b>	676.078
2004	615.202	152.686	<b>767.888</b>	51.539	17.612	<b>69.151</b>	666.741	170.298	<b>837.039</b>	4.040.990	29.178	3.801	<b>32.979</b>	644.380
2005	611.915	171.995	<b>783.910</b>	53.016	18.311	<b>71.327</b>	664.931	190.306	<b>855.237</b>	4.068.167	26.280	4.070	<b>30.350</b>	638.195
2006	621.608	182.651	<b>804.259</b>	55.024	18.628	<b>73.652</b>	676.632	201.279	<b>877.911</b>	4.071.518	26.144	4.325	<b>30.469</b>	647.752
2007	616.879	196.913	<b>813.792</b>	50.319	18.638	<b>68.957</b>	667.198	215.551	<b>882.749</b>	4.069.869	26.717	4.812	<b>31.529</b>	643.596
2008	604.516	215.188	<b>819.704</b>	47.243	19.035	<b>66.278</b>	651.759	234.223	<b>885.982</b>	4.076.546	26.200	5.161	<b>31.361</b>	630.716

Tassi di ospedalizzazione

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

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

Tasso di ospedalizzazione totale residenti

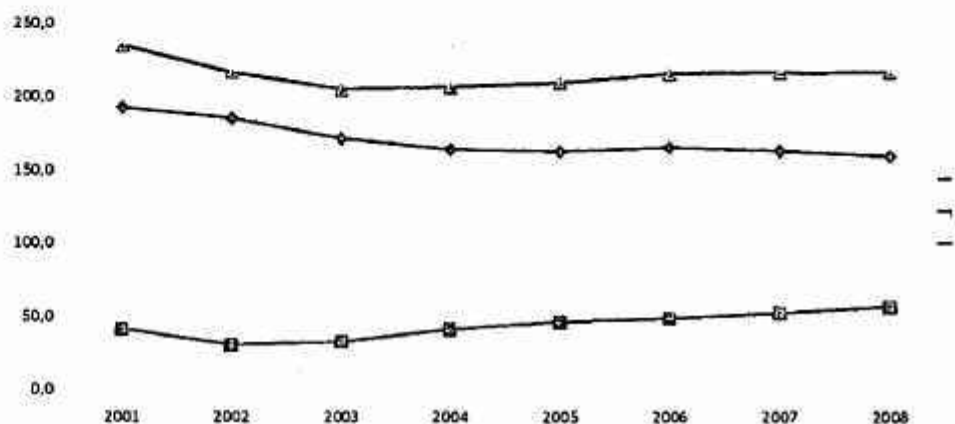


Tabella 36: Distribuzione dei ricoveri per ASL di residenza

FONTE: BANCA DATI SOO REGIONE PUGLIA ANNO 2008  
BANCA DATI SOO EXTRAREGIONALE ANNO 2008

RIEPILOGO per ASL di residenza		TOTALE ASL		AUTOCONSUMO (RICOVERI NELLA ASL DI RESIDENZA)		MOBILITA' INTRAREGIONALE (RICOVERI IN ASL DELLA REGIONE)	
				TOTALE		TOTALE	
IGLA	DEDENIMAZIONE ASL	RICOVERI TOTALI	T.O. E.1000	NUMERO CASI	PERC.	NUMERO CASI	PERC.
115	FOGGIA	165.793	260,41	144.164	86%	4.509	3%
114	BARI	284.099	226,87	254.428	89,6%	15.923	5,6%
113	BAT	82.554	211,25	49.803	60%	26.040	32%
106	BRINDISI	89.242	221,50	63.089	71%	20.402	23%
116	LECCE	169.433	208,49	148.321	88%	8.786	5%
112	TARANTO	122.253	210,61	83.676	68%	27.609	23%
<b>TOTALE REGIONE</b>		<b>914.404</b>	<b>224,13</b>	<b>743.481</b>	<b>81%</b>	<b>103.269</b>	<b>11%</b>

## 1.1.4 LIVELLO DI ASSISTENZA TERRITORIALE

### L' ASSISTENZA DISTRETTUALE NEL TERRITORIO REGIONALE

La razionalizzazione della rete ospedaliera, con la riduzione dei posti letto, potrà liberare risorse umane preziose, per quantità e per profili, al fine di implementare una rete più articolata e capillare di prestazioni domiciliari a bassa e media intensità assistenziale.

L'implementazione dell'assistenza distrettuale territoriale è assicurata sulla base di precisi indirizzi già forniti dalla Regione Puglia alle Aziende Sanitarie Locali, secondo tempi che dipendono in parte dalla riconversione della rete ospedaliera, in parte dal cambiamento culturale, vale a dire dei modi di fare, di essere e di percepire degli operatori e dell'utenza in relazione ai servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.

Le ASL provinciali risultano articolate complessivamente in n. 49 distretti sociosanitari, di norma coincidenti con gli ambiti territoriali sociali di cui alla l.r. n. 19/2006, come di seguito articolati:

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

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

Un punto di forza del percorso e degli obiettivi di consolidamento dell'offerta sociosanitaria territoriale e della razionalizzazione della spesa sanitaria distrettuale sta nel sistema di governance per l'integrazione sociosanitaria che nell'ultimo anno ha prodotto, con il Piano Regionale delle Politiche Sociali 2009-2011 di cui alla DGR n. 1875/2009 e con i Piani Sociali di Zona 2010-2012, tutti approvati dalla Regione ai 45 ambiti territoriali, la definizione di specifici accordi di programma sottoscritti tra Comuni e ASL per la realizzazione di obiettivi condivisi di integrazione sociosanitaria che, in generale, presidiano le seguenti aree, declinate anche dalla Regione Puglia in "obiettivi di servizio":

- Assistenza domiciliare integrata: 3,5 anziani ogni 100 in ADI
- Percorsi di accesso e valutazione integrata (PUA-UVM): almeno una equipe dedicata per ciascun distretto;
- Centri socio educativi e riabilitativi: almeno 1 centro/30 posti utenti ogni 50.000 abitanti;
- Integrazione scolastica e trasporto sociale disabili a fini riabilitativi;
- Concorso al pagamento della quota sociale delle rette per strutture residenziali per anziani (RSSA, comunità socio educative e riabilitative, case per la vita).

## **AREA DELLA RIABILITAZIONE E DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE PER DISABILI**

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

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

- il sistema di offerta pubblico di prestazioni riabilitative, con specifico riferimento alle strutture a ciclo diurno, quali i centri di riabilitazione non operano al massimo delle rispettive potenzialità per le croniche carenze di personale specializzato (neuropsichiatri, terapisti della riabilitazione, fisioterapisti, infermieri, educatori professionali) e per significative inefficienze organizzative;
- i percorsi di riabilitazione, sia residenziali che semiresidenziali hanno durate medie non corrispondenti alla fase acuta delle patologie e agli effettivi fabbisogni di cura dei pazienti, interessando anche la fase della cronicità che è tipicamente caratterizzata da inferiori, quando non assenti, possibilità di recupero delle abilità funzionali residue;
- sono ancora carenti le strutture di riabilitazione ad elevata intensità assistenziale nell'area della riabilitazione neuropsichica dell'età evolutiva (sono solo 4 le strutture in Puglia a carattere residenziale) e le strutture specializzate nella riabilitazione per persone affette da disturbi del comportamento alimentare;
- la rete delle strutture riabilitative residenziali non può e non deve surrogare la capacità di accoglienza di strutture residenziali sociosanitarie per il cosiddetto "dopo di noi" per disabili gravi senza il necessario supporto familiare, ma che abbiano superato le fasi acute del percorso riabilitativo;
- la carenza fino a qualche anno fa di una offerta articolata di strutture sociosanitarie a carattere socio educativo e riabilitativo ha trattenuto a carico del SSR gli oneri finanziari connessi alla quota "sociale" delle prestazioni riabilitative, nella fase post-acuta;
- pur in presenza di una offerta nettamente incrementata negli ultimi anni, le ASL non provvedono ancora a modificare i progetti assistenziali individualizzati dei pazienti in carico per differenziare la stessa presa in carico, vista l'assenza della determinazione a livello regionale di una programmazione omogenea del



fabbisogno in numero di posti letto per le strutture socio-riabilitative che, insieme a prestazioni di riabilitazione di bassa intensità, promuovono percorsi di reinserimento e di inclusione sociale.

Una attenta programmazione della allocazione delle risorse per la spesa a fini riabilitativi per i disabili e le persone gravemente non autosufficienti, ivi inclusi gli anziani con gravi demenze senili e altre malattie neurodegenerative, può generare da un lato significativi risparmi nella spesa storica per la riabilitazione ex art. 26 e dall'altro consentire di ampliare la capacità di presa in carico da parte della rete sanitaria e sociosanitaria territoriale.

1 principali obiettivi di intervento devono insistere lungo le seguenti direttrici:

- definizione nel DIEF annuale del fabbisogno finanziario e per numero di posti per ciascuna ASL con riferimento alle seguenti strutture i cui standard strutturali e organizzativi sono già disciplinati dal Reg. R. n. 4/2007 e s.m.i., per il cui accesso è necessario il ricorso alla UVM e che sono del tutto riconducibili a LEA di cui all'Allegato 1C del DPCM 29.11.2001:
  - a) comunità socio educative e riabilitative per disabili gravi;
  - b) RSSA per disabili non ultra 65enni;
  - e) centri diurni socio educativi e riabilitativi;
  - d) centri diurni per persone affette da gravi demenze senili e altre patologie neurodegenerative;
  - e) case per la vita per pazienti psichiatrici stabilizzati a media intensità assistenziale.
- corrispondente definizione degli obiettivi di risparmio della spesa per ricoveri impropri in strutture sanitarie extraospedaliere (RSA) e in strutture di cui all'art. 26 della l. n. 833/1978, e per il contenimento dei periodi di ricovero in relazione agli obiettivi riabilitativi conseguibili;
- definizione della quota di compartecipazione "sociale" a carico delle famiglie per i periodi di permanenza nelle strutture sanitarie extraospedaliere oltre la fase riabilitativa di elevata intensità assistenziale;
- integrazione delle attività di riabilitazione ospedaliere, residenziali e distrettuali, ai fini di ottimizzare l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni;
- garanzia di centralità del distretto come ambito operativo deputato a governare i processi assistenziali per garantire percorsi riabilitativi continuativi e verificabili periodicamente.

Sul versante della residenzialità sociosanitaria va detto che il sistema di offerta, pur se prevalentemente di carattere privato, è abbastanza capillare per alcune tipologie di strutture e, soprattutto nell'ultimo biennio, ha fatto registrare un incremento della dotazione di posti letto anche nelle ASL FG e TA che storicamente mostravano un'offerta più lacunosa.

Al 31.12.2007 risultavano 17 residenze sanitarie assistenziali extraospedaliere (RSA) per un totale di 1.020 posti letto, e 38 residenze sociosanitarie assistenziali (RSSA) per un totale di 1.783 posti letto. Per le RSSA le criticità nell'offerta erano rilevabili nella disomogeneità territoriale (forte carenza nelle province di Foggia e Taranto) e forte sbilanciamento per i posti letto dedicati agli anziani ultra64enni. Infatti la mancata definizione a livello regionale di una tariffa di riferimento, della corrispondente quota sanitaria della retta e del fabbisogno finanziario per Asl, hanno rallentato se non scoraggiato gli investimenti pubblici e privati in questo settore.

Si deve evidenziare che per effetto della modifica all'art. 8 della l.r. n. 26/2006, introdotta con la l.r. n. 4/2010, il fabbisogno massimo di posti letto viene ridefinito nel seguente modo:

- n. 4 p.l. per 10.000 abitanti per RSA, che equivalgono a un fabbisogno complessivo di posti letto pari a 1632 a regime;
- n. 8,5 p.l. per 10.000 abitanti per RSA, che equivalgono a un fabbisogno complessivo di posti letto pari a 3.468 a regime.

Rispetto al fabbisogno dichiarato quando l'offerta pubblica e privata contrattualizzata o accreditata sarà a pieno regime, la Puglia potrà contare su un totale di 5.100 posti letto a carattere sociosanitario, pari a circa 6,85 p.l ogni 100 anziani.

Al fine di valutare l'incremento della spesa rispetto al dato storico regionale, si consideri ad esempio che per le RSSA la spesa storica consolidata assegnata dal DIEF è di 33 Meuro fino al 2009 e che, a seguito dell'incremento programmato dei posti letto e della determinazione della nuova tariffa di riferimento regionale (92 €) il fabbisogno salirà a 47 M€ circa.

Con riferimento all'offerta residenziale sociosanitaria per disabili, oltre a rilevare la cronica carenza di posti letto in RSSA, perché finora non programmati dalle strutture esistenti, vista l'assenza di un fabbisogno regionale dichiarato, va rilevato che nell'ultimo biennio l'offerta si è arricchita grazie a un mirato piano di finanziamenti regionali a supporto degli investimenti pubblici e privati in questa area e alla completa definizione degli standard strutturali e organizzativi delle strutture residenziali e semiresidenziali per disabili.

Al 31.12.2009 risultano operanti in Puglia<sup>1</sup> le seguenti strutture per disabili:

- 53 centri socio educativi e riabilitativi per disabili e/o per persone affette da Alzheimer, per un totale di 1.264 posti-utente
- 18 centri sociali polivalenti per disabili, per un totale di 444 posti-utente;
- 7 comunità socio educative e riabilitative per disabili e per il "dopo di noi", per un totale di 94 p.l.
- 4 RSSA per disabili, per un totale di 178 posti letto, tutti concentrati nella ASL BA;
- 12 case per la vita per pazienti psichiatrici stabilizzati, per un totale di 100 p.l..

I 178 p.l. residenziali delle comunità e delle RSSA per disabili devono essere integrati nella dotazione programmata di 5.100 p.l. residenziali sociosanitari (RSA e RSSA anziani) e questa capacità di accoglienza va contemplata nel complessivo fabbisogno finanziario da programmare. Peraltro sono in corso di realizzazione nuovi investimenti per l'attivazione di nuove strutture residenziali con una nuova attivazione di almeno 500 p.l. in tutta la Puglia, per effetto delle azioni regionali finanziate con il PO FESR 2007-2013 - Asse 111 - Linea 3.2, considerando sia le RSSA per anziani e per disabili, che le comunità socio educative e riabilitative.

Per le comunità socio educative e riabilitative, per le case per la vita per pazienti psichiatrici stabilizzati, per i centri diurni socio educativi e riabilitativi (art. 60 e 60 ter del Reg. r. n. 4/2007 e s.m.i.) per disabili saranno, inoltre, definiti entro il corrente anno:

- Tariffe di riferimento regionale;
- Quota di retta sanitaria a carico del SSR;
- Quota di compartecipazione sociale delle famiglie;
- Fabbisogno finanziario e di posti-utente per Asl.

Si tratta, infatti, di un adempimento in ottica di regolazione e di programmazione dell'offerta capace di produrre una concreta area di efficientamento della spesa sanitaria a fini riabilitativi, nonché di estensione del bacino di utenza e del volume di prestazioni grazie alla riduzione della spesa prodotta dalla maggiore appropriatezza prescrittiva della riabilitazione residenziale e semiresidenziali di cui all'art. 26 della l. n. 833/1987.

<sup>1</sup> Dati dell'Osservatorio Regionale delle Politiche Sociali - Flusso informativo strutture per disabili

## **AREA DELLE CURE DOMICILIARI INTEGRATE**

Nella realtà regionale, le cure domiciliari sono storicamente frammentate in molteplici servizi sanitari e sociali, territoriali, spesso non collegati tra loro e presenti in maniera non omogenea nel territorio e ciò è ancor più vero per la domiciliarità in favore delle persone non autosufficienti, rispetto alla domiciliarità oncologica.

Si è reso in primis necessario avviare una capillare rilevazione sulle modalità organizzative dei servizi per l'accesso integrato e per la valutazione e la presa in carico congiunta delle persone fragili, cioè con bisogni sociosanitari complessi, nonché sulle modalità di organizzazione ed erogazione delle prestazioni domiciliari: la mappatura dei 49 distretti sociosanitari e delle 6 ASL rispetto all'effettiva implementazione delle Porte Uniche di Accesso e della messa a regime delle Unità di Valutazione Multidimensionale offre uno scenario disomogeneo, caratterizzato da buone pratiche, ma anche da situazioni di assoluta criticità. Tutto ciò impatta negativamente sull'efficienza del sistema di offerta, ed in particolare:

- il mancato coinvolgimento con l'UVM di diverse professionalità e di tutte le istituzioni pubbliche interessate, comporta un rischio maggiore di sanitarizzazione del percorso di cura e di mancata attivazione di tutte le risorse, familiari, sociali e sanitarie intorno al paziente fragile;
- a fronte di una situazione di fragilità complessa e in assenza di valutazione multidimensionale e di corresponsabilizzazione si tende a ricorrere più frequentemente al ricovero nelle strutture e a prolungare impropriamente i periodi di ricovero nelle strutture ad elevata intensità assistenziale sanitaria (strutture riabilitativi ex art. 26 e RSA) per la rinuncia alla definizione di setting assistenziali più appropriati, capaci ad esempio di costruire: intorno a un pacchetto di prestazioni domiciliari integrate, qualificate un insieme di interventi a supporto del carico di cura familiare (assegno di cura e assistenza indiretta personalizzata) e la integrazione con servizi a ciclo diurno per non autosufficienti capillarmente distribuiti sul territorio;
- sullo stesso utente-paziente e sullo stesso nucleo familiare non di rado convergono prestazioni domiciliari attivate dalla ASL (ADS o ADP) e dal Comune (SAD, pasti a domicilio, ecc..) e contributi economici, senza che vi sia stata una presa in carico congiunta e la più corretta attivazione di prestazioni domiciliari integrate (ADI);
- la mancata attivazione del flusso informativo automatizzato per le prestazioni domiciliari da parte delle ASL e una cultura del dato ancora assai carente, comportano una difficoltà nel reperire i dati trasmessi dalle Asl mediante i modelli FLS 21 al Ministero della Salute.

Si è lavorato negli ultimi due anni ad una profonda ri-elaborazione culturale ed organizzativa, con la riqualificazione della programmazione sanitaria e sociale della Regione Puglia in materia di percorsi domiciliari in grado di migliorare la qualità di vita della persona. Assistere le persone affette da patologie trattabili a domicilio, mantenendole il più possibile a casa, favorendo il recupero delle capacità residue, supportando i loro familiari, anche attraverso i presidi e gli ausili utili a rendere meno gravoso il carico dell'assistenza, rappresenta uno degli obiettivi prioritari per garantire risposte appropriate alla complessità dei bisogni di salute emergenti.

Quanto avviato definisce in maniera organica e completa il sistema della domiciliarità quale intervento privilegiato da mettere in campo in favore delle persone "fragili", spesso non autosufficienti o a grave rischio di perdita della autosufficienza, con bisogni complessi e necessitanti di offerta personalizzata di servizi nel proprio ambiente familiare per una serie combinata di motivazioni personali e/o di contesto familiare, nella convinzione che le iniziative intraprese, finalizzate al trattamento presso il domicilio, costituiscono anche il principale metodo

per contrastare ripetute ospedalizzazioni improprie, presenti e evidenziate in ambito regionale da elevati tassi di ospedalizzazione rispetto alle indicazioni nazionali.

Sia il Piano Regionale di Salute (l.r. n. 23/2008) che il Piano Regionale delle Politiche Sociali (Del. G.R. n. 1875/2009) prospettano rispettivamente alle ASL e ai Comuni associati in Ambiti territoriali sociali la necessità di pervenire entro il 2012 al raggiungimento dell'obiettivo di servizio relativo alle prestazioni domiciliari per persone anziane e non autosufficienti che è stato definito a livello nazionale al 3,5 % sul totale degli anziani residenti.

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

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

Nel 2009 dai dati provvisori dei modelli FLS 21 compilati dalle ASL, ed in corso di verifica, risultano presi in carico circa 20.000 pazienti anziani, che portano l'indicato S.06 al valore del 2,6 %.

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

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

\*Dati ricavati dalla rilevazione in corso dei modelli FLS 21 che le Asl trasmettono al Ministero della Salute dopo la normalizzazione del dato della ASL di Brindisi, che per il 2009 risulta ancora un valore anomalo in corso di rettifica da parte della Direzione Generale.

L'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2009 "Obiettivi prioritari del PSN per l'anno 2009", in continuità con il documento del 18 ottobre 2006 della Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA sulla "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio", fissa la necessità di assicurare l'accesso alle prestazioni domiciliari tramite UVM e l'articolazione delle cure domiciliari per livelli di intensità assistenziale (espressi in CIA = GEA/GDC<sup>2</sup>), articolando standard qualificanti e indicatori di verifica dell'erogazione delle cure domiciliari rispetto alle prestazioni raggruppate per figure professionali.

Sulla base dei parametri indicativi offerti dai documenti citati è possibile stimare un fabbisogno complessivo rispetto all'obiettivo di prendere in carico in ADI entro la prossima annualità un numero di persone non autosufficienti almeno pari a 25.743 unità

<sup>2</sup> CIA= coefficiente di intensità Assistenziale; GEA = giornate di effettiva assistenza; GDC = giornate di cura o durata del PAI.

(corrisponde all'obiettivo di servizio 3,5% per la popolazione anziana residente ai 01.01.2009), che può essere articolato per figure professionali. Per erogare prestazioni domiciliari di bassa, media ed elevata intensità assistenziale, facendo una media del tempo di cura per ciascun profilo per ogni accesso, 25.743 utenti richiederanno un fabbisogno di personale così articolato:

- almeno 4600 figure di operatori dell'assistenza di base (OSS) per la cura della persona
- almeno 1160 figure professionali infermieristiche
- almeno 1740 figure professionali di terapisti della riabilitazione
- almeno 387 figure mediche dei distretti per gli accessi domiciliari in ADI.

Il potenziamento di dette attività potrà essere possibile anche in relazione alla riconversione della rete ospedaliera.

Allo stato attuale gli sforzi maggiori per raggiungere l'obiettivo del rafforzamento delle cure domiciliari e del perseguimento dell'obiettivo di servizio ADI, andranno compiuti lungo le seguenti direttrici di azione:

- rendere omogenee le modalità organizzative, dal momento che alcuni distretti possono vantare la presenza di equipe ADI dedicate, ancorché ridotte rispetto al fabbisogno, altri distretti erogano ADI solo grazie alle prestazioni aggiuntive del personale ospedaliero e ambulatoriale, altri ancora hanno esternalizzato a fornitori esterni le prestazioni domiciliari OSS e infermieristiche, con il coordinamento di medici distrettuali;
- incrementare le dotazioni organiche per ciascun distretto da assegnare all'ADI, favorendo un rapido assorbimento sul territorio del personale infermieristico e della riabilitazione che verrà a liberarsi per effetto della razionalizzazione della rete ospedaliera;
- favorire la riqualificazione del personale ausiliario già impiegato negli ospedali, a cura delle ASL competenti, per il raggiungimento della qualifica OSS e la rassegnazione per le attività domiciliari;
- definire le modalità di compartecipazione tra ASL e Comuni per assicurare alle equipe il necessario personale OSS al fine del completamento del setting assistenziale in ADI, mediante specifici protocolli operativi;
- definizione della quota di compartecipazione a carico delle famiglie di specifici requisiti di capienza economica, per le prestazioni domiciliari.

L'architettura organizzativa del distretto verrà, pertanto, ridefinita "con l'obiettivo di garantire la presa in carico globale dell'utente per una risposta strutturata e complessiva ai bisogni di salute". Va favorito un modello di integrazione tra strutture (Ospedale, Dipartimenti, Territorio) che se realmente realizzato rappresenterà una grande opportunità per il sistema sanitario regionale, prima di tutto in ragione delle rilevanti ricadute positive sulla qualità delle cure.

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

In coerenza con quanto previsto dalle leggi regionali n. 25/2006 e 23/2008 tutte le Asl pugliesi nel corso del 2009 hanno elaborato i Piani Attuativi Locali strettamente collegati al Piano della Salute Regionale, che la Conferenza regionale per la programmazione sociosanitaria ha esaminato e approvato. I PAL 2009-2011 hanno già rappresentato un fondamentale punto di svolta nella programmazione sociosanitaria per la ridefinizione del rapporto tra ospedale e territorio.

## IL DIPARTIMENTO PER LE DIPENDENZE PATOLOGICHE

Il Dipartimento per le dipendenze patologiche, previsto dalla L.R.n.27/99 e s.m.i. e dal Piano Regionale della Salute 2008-2010, è una delle strutture operative della ASL e svolge attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale, a livello ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale, residenziale, di strada inerenti le tossicodipendenze, alcolismo e altre dipendenze patologiche. E' articolato nelle seguenti unità operative (UO):

- per gli interventi preventivi, di riduzione del danno e di promozione della salute;
- epidemiologica;
- per gli interventi in strutture penitenziarie, per le problematiche e gli interventi HIV correlati;
- per le problematiche alcol/droga correlate;
- per doppia diagnosi (per tossicodipendenti affetti da patologie psichiatriche).

Sul territorio della Regione Puglia sono presenti 56 servizi pubblici per le tossicodipendenze (Ser.T.), che si occupano delle attività di prevenzione, cura e riabilitazione dei soggetti affetti da dipendenza da sostanze illecite (tossicodipendenti) e lecite (alcolisti, tabagisti), nonché da forme di dipendenza che non derivano dall'uso di sostanze (gioco d'azzardo, tecnologia digitale, ecc.).

Con i Ser.T cooperano anche gli enti del privato sociale: nel campo della cura e riabilitazione dalla tossicodipendenza esistono 33 enti ausiliari che gestiscono complessivamente 57 strutture socio-riabilitative. Per quanto riguarda l'alcoldipendenza in Regione operano altresì n. 53 Club di Alcolisti in Trattamento, 16 gruppi di Alcolisti Anonimi e 4 gruppi di auto mutuo aiuto promossi direttamente dalle Unità operative di alcologia operanti nei Ser.T.

Si rileva dal Rapporto 2008 a cura dell'Osservatorio Regionale delle Dipendenze Patologiche quanto segue:

I tossicodipendenti in cura presso i Ser.T della Regione Puglia nel 2008 sono 13.270, con un incremento del 5,8% rispetto al dato rilevato nel 2007. In rapporto alla popolazione di età 15-54 anni, abbiamo in Puglia 58,9 soggetti in cura per tossicodipendenza ogni 10.000 residenti, dato più elevato di quello riscontrato a livello nazionale, per il quale, nel 2008, si sono registrati 54,3 utenti ogni 10.000 residenti di età 15-54 anni.

Gli alcolisti in cura presso i Ser.T nel 2008 sono 2.102, con un incremento del 18,8% rispetto al dato rilevato nel 2007. In rapporto alla popolazione di età 15 - 74 anni abbiamo in Puglia 6,8 soggetti in cura per alcoldipendenza ogni 10.000 residenti, laddove i) dato nazionale si attesta sui 13,5 utenti ogni 10.000 residenti della stessa classe d'età.

Tra i tossicodipendenti, i nuovi utenti che nel corso dell'anno hanno avuto accesso per la prima volta ai servizi ammontano complessivamente al 19% del totale dell'utenza in carico, evidenziando un trend lievemente in discesa rispetto al 2007. Tra gli alcolisti, i nuovi utenti sono circa il 32,3%, e il trend dell'incidenza tende a delinarsi lievemente in discesa nel corso degli ultimi anni.

I tossicodipendenti hanno un'età media di 32,8 anni, tendenzialmente stabile; la classe modale d'età (quella che presenta la maggiore frequenza di soggetti) si è spostata al di sopra dei 39 anni. I nuovi utenti manifestano un'età media di 29,2 anni, in incremento rispetto al dato del 2007, con una classe modale d'età 25 - 29 anni. Per gli alcolisti l'età media è di 42,7 anni e si abbassa a 41,6 per i nuovi utenti.

Tra le sostanze d'abuso maggiormente usate dai tossicodipendenti notiamo: un incremento abbastanza costante, nel corso degli ultimi anni, dell'abuso di cocaina, che è stato registrato nel 9,5% degli utenti in carico nel 2004 ed è arrivato al 15,9% nel 2008; una stabilizzazione dell'uso dei cannabinoidi (rilevato mediamente nel 14.5% dell'utenza in

carico); una ulteriore diminuzione dell'abuso di eroina (registrata, nel 2008 dal 64,6% circa degli utenti). Si affacciano ai Ser.T, ma con percentuali ancora molto contenute, anche utenti che adottano comportamenti compulsivi non necessariamente legati all'uso di sostanze (es. gioco d'azzardo, comportamenti alimentari, ecc.). Tra gli alcolisti, pur essendo preponderante l'abuso di vino, tendono ad incrementare, nel corso del tempo, i soggetti che abusano di superalcolici e aperitivi / amari / digestivi.

Per quanto riguarda le patologie infettive legate alla tossicodipendenza, generalmente si nota, tra i nuovi utenti, una maggiore diffusione di comportamenti protettivi nei confronti del rischio di contrarre patologie infettive: infatti la percentuale di test positivi per l'HIV, l'HBV e l'HCV è, per i nuovi utenti, sempre dimezzata rispetto alla percentuale riscontrata per i vecchi utenti.

Per quanto concerne i trattamenti effettuati nei Ser.T, il 57% dei tossicodipendenti in carico sono sottoposti a trattamento integrato che prevede anche l'uso di farmaci, nel 73,6 % dei casi antagonisti o agonisti (metadone o affini). Il restante 43% dei soggetti in carico è sottoposto a trattamenti solo psico-sociali o riabilitativi. Tra gli alcolisti, il trattamento prevalente è il counseling, seguito dal trattamento medico - farmacologico. L'inserimento nei gruppi di auto mutuo aiuto (C.A.T., Alcolisti Anonimi e affini) coinvolge il 7,3% dei soggetti in carico (in diminuzione dell'1 % rispetto al 2007).

Il personale che opera nei Ser.T, registrato nelle schede inviate al Ministero, ammonta a 538 unità, ma considerando la percentuale di coloro che lavorano a tempo parziale (14,7%) gli operatori equivalenti scendono a 499,5. Non esistono, tranne che a Foggia (9 operatori), unità operative esclusivamente dedicate alla cura degli alcolisti. Considerando congiuntamente tossicodipendenti e alcolisti (15.372 soggetti), nella Regione Puglia ogni operatore ha in carico mediamente 30,8 soggetti (+ 2 rispetto al 2007), ma si registra un'alta variabilità tra ASL, con un range che va dai 55 utenti per operatore della ASL BAT ai 16,8 della ASL di Foggia. Inoltre, ad una sostanziale staticità del numero di operatori riscontrata tra il 2007 e il 2008, si contrappone un incremento del 7,4% dell'utenza, senza considerare l'incremento dell'afflusso di utenti, in questi ultimi anni, che si recano ai Ser.T per i controlli clinici conseguenti a sanzioni amministrative (es. rinnovo patenti)

## **IL DIPARTIMENTO PER LA SALUTE MENTALE**

Il Dipartimento per la Salute Mentale (DSM) è la struttura operativa della A USL finalizzata alla prevenzione, cura e riabilitazione a tutela della salute mentale, in attuazione del Progetto Obiettivo "Tutela Salute Mentale" 1998-2000, delle Linee di Indirizzo nazionali per la Salute Mentale (Accordo Ministero Salute - Regioni, marzo 2008), della L.R. 30/98; della L.R. 26/2006, del Piano Regionale di Salute 2008-2010.

Il DSM è costituito dalle seguenti Unità Operative Complesse:

- CSM, aperto almeno 12 ore diurne, ha la responsabilità di farsi carico della domanda di salute del territorio di competenza ed assume la centralità ed il coordinamento di tutte le attività di salute mentale;
- SPDC, Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, che coordina e garantisce l'assistenza psichiatrica nel momento in cui risulta necessario il ricovero ospedaliero all'interno del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato. E' dotato di un numero massimo di 15 pp.lli. per Trattamenti Sanitari volontari (TSV) e Obbligatorie (TSO);
- Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, si fa carico della domanda di salute relativa all'età evolutiva per quanto concerne le problematiche neurologiche, psicopatologiche e psichiatriche;

- Psicologia Clinica, assicura gli interventi di Psicologia Clinica e di Comunità, Psicoterapia, Psicodiagnostica e Consulenza in tutte le strutture del DSM.

Le Unità operative complesse sono coordinate dal Direttore del Dipartimento coadiuvato dal Consiglio del Dipartimento.

La programmazione delle azioni di contrasto alla malattia mentale deve partire dalle seguenti valutazioni:

- le rilevazioni epidemiologiche mostrano che i DSM accolgono il 2% della sofferenza mentale contro il 20-25% della popolazione che presenta disagio psichico ( la depressione è la seconda causa di mortalità dopo l'infarto nella scala europea di disabilità).
- il numero dei pazienti in carico dei servizi cresce del 10% ogni anno.
- il disturbo mentale riduce l'impiego, la produttività e riduce tra il 3 e il 4% il prodotto nazionale lordo dei paesi europei. Il costo della riabilitazione cresce in misura esponenziale e sempre meno utenti ne possono usufruire.

Il censimento effettuato nel 2009 evidenzia che sono attivi sul territorio regionali i seguenti Servizi:

<b>TIPOLOGIA SERVIZI</b>	<b>NUMERO</b>
DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE	6, uno per ciascuna ASL Provinciale
CENTRI DI SALUTE MENTALE	48, di cui 14 nella ASL BARI, 4 nella ASL BAT, 4 nella ASL BRINDISI, 9 nella ASL FOGGIA, 10 nella ASL LECCE, 7 nella ASL TARANTO
SERVIZI PSICHIATRICI OSPEDALIERI DI DIAGNOSI E CURA	N° Totale 17, di cui: 3 ASL FG 3 ASL BAT 3 ASL BARI + 1 AZ. OSP. POLICLINICO; 2 ASL BRINDISI 4 ASL LECCE 1 ASL TARANTO
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	Presenza di U.O. semplici o complesse di NPIA presso ciascuna ASL.
PSICOLOGIA CLINICA	Presente nei 6 DSM comprende tutti gli psicologi operanti nelle altre articolazioni organizzative del DSM stesso (CSM, SPDC, ...)
STRUTTURE RIABILITATIVE RESIDENZIALI	N° totale 113 con 1.505 posti letto (3,59 ogni 10mila abitanti) Di essi, 1258 posti letto h. 24, 187 h. 12 e 60 pl in Gruppi Appartamento
STRUTTURE RIABILITATIVE SEMIRESIDENZIALI - CENTRI DIURNI	N° Totale 43, di cui: 8 ASL FG 3 ASL BAT 14 ASL BARI 4 ASL BRINDISI 7 ASL LECCE 7 ASL TARANTO

La rilevazione ha permesso di evidenziare alcune criticità importanti. I Centri di Salute Mentale sono aperti solo 6 ore al giorno e, solo in rari casi, 12 ore.



Va evidenziato che l'assistenza riabilitativa psichiatrica presenta uno sbilanciamento in direzione delle strutture H24 a svantaggio delle strutture H 12, gruppi appartamento e centri diurni. Nelle strutture vi è un basso turn-over dei pazienti (il 52% degli stessi è ospite in una struttura residenziale da 3 anni o più, alla dimissione il 44% dei pazienti va in altre strutture); si tratta di indicatori di una fragilità strutturale della rete territoriale dei servizi, in relazione sia alla rete delle cure domiciliari, che ai percorsi di reinserimento sociale e lavorativo, nonché a strutture socioassistenziali con un apporto "leggero" di prestazioni sanitarie terapeutico-riabilitative.

Le motivazioni di quanto descritto risiedono nella grave carenza di strutture a carattere sociosanitario che eroga prestazioni socioriabilitative per il recupero e il mantenimento dell'autonomia, nonché strutture sociosanitarie per pazienti psichiatrici stabilizzati che, in uscita dai percorsi terapeutico-riabilitativi, trovano come unica alternativa sul territorio il ricovero in residenze protette o RSSA per anziani.

Le ASL tendono a destinare ai Dipartimenti di Salute Mentale un budget economicamente insufficiente, per due terzi mediamente rappresentato sul costo delle strutture residenziali, senza che si sia finora riuscito a produrre una reale inversione di tendenza nei servizi territoriali, tali da favorire le prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali di bassa intensità e, soprattutto, capaci di seguire i pazienti in percorso socioriabilitativi di mantenimento e di reinserimento sociale e lavorativo.

La proliferazione di strutture residenziali, peraltro sempre più affidate al privato sociale e/o imprenditoriale, è l'espressione di un modello operativo e culturale che non supera la logica prestazionale fondata su strutture separate per funzioni. Sarebbe necessario puntare su una logica fondata sull'integrazione degli interventi offerti al cittadino, all'interno di un percorso di salute che si estrinseca nel territorio.

Si riscontra una scarsa attenzione all'inserimento lavorativo degli utenti psichiatrici, evidenziata dalla riduzione del numero di borse-lavoro e dei percorsi di reinserimento lavorativo attivati in favore di pazienti psichiatrici stabilizzati e di disabili psichici, nonché **dalla** netta diminuzione delle commesse alle Cooperative di tipo B da parte delle ASL e degli Enti Locali.

Tra i compiti del DSM rientra, inoltre, l'assistenza psichiatrica in carcere, prevista dal DM 1 aprile 2008, e la presa in carico dei soggetti affetti da malattia mentale a cui vengono comminate misure alternative alla degenza in Ospedale Psichiatrico Giudiziario.

Per quanto riguarda l'ambito relativo alla salute neuropsichica in età evolutiva alcune problematiche stanno assumendo una sempre maggiore evidenza:

Le patologie psichiatriche in età evolutiva determinano un bisogno di salute emergente, per il quale è necessario instaurare azioni di prevenzione, di diagnosi precoce e di presa in carico. Tali interventi assumono, inoltre, un valore preventivo nei riguardi del disagio psichico e della patologia psichiatrica nell'età adulta.

Le patologie neurologiche e la psicopatologia grave oltre a richiedere interventi terapeutici (e strumentali) immediati e continuativi nel tempo, necessitano, a causa della loro rilevanza sociale ed assistenziale a lungo termine, di una presa in carico che rispecchi un progetto terapeutico funzionale.

La disabilità in età evolutiva presenta peculiarità che richiedono interventi integrati e complessi, volti non solo alla riduzione del danno, ma anche e soprattutto alla prevenzione delle problematiche cosiddette d'innesto.

La riabilitazione in età evolutiva ivi compresa quella dei disturbi psichiatrici età-specifici, può avvenire solo con interventi rispettosi della globalità e dell'unitarietà del soggetto; in età evolutiva esiste una stretta connessione tra riabilitazione funzionale e riabilitazione psicosociale, per cui, nel trattamento, le disabilità devono essere considerate come problemi dello sviluppo e non semplicemente come disturbo di singole funzioni (neuromotorie, sensoriali, cognitive).

## 1.1.5 LIVELLO DI ASSISTENZA - PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA

### IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

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

Spetta ai Dipartimenti di Prevenzione affrontare i problemi sanitari a livello di popolazione applicando nella pratica i principi ed i metodi della medicina preventiva.

L'articolazione dei Dipartimenti di Prevenzione prevede le seguenti articolazioni, con relative funzioni principali:

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

Pur articolandosi in Unità Operative Complesse (U.O.C.), la cui distribuzione è definita in rapporto con le dimensioni e le caratteristiche orografiche del territorio, il Dipartimento di Prevenzione realizza una integrazione delle attività delle stesse secondo i principi dei processi per obiettivi, della multidisciplinarietà delle azioni e della unireferenzialità per l'utenza.

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

Per il potenziamento e lo sviluppo delle attività di prevenzione, assume un significato centrale l'attività di promozione della salute. La stessa, opportunamente orientata ed

ispirata ai principi di qualità, correttezza e continuità, è uno degli elementi indispensabili alla efficacia della prevenzione primaria.

L'OMS definisce la Sanità Pubblica come l'insieme degli *"sforzi organizzati della società per sviluppare politiche per la salute pubblica, la prevenzione delle malattie, la promozione della salute e per favorire l'equità sociale nell'ambito di uno sviluppo sostenibile"*. Esercitare la sanità pubblica significa, pertanto, coordinare azioni ed interventi che hanno un impatto sulla salute della popolazione, anche al di là dell'ambito dei servizi sanitari in senso stretto, ma anche, ovviamente, fornire tutti i servizi sanitari necessari alla promozione della salute, alla prevenzione della malattia, alla riabilitazione fisica, sociale e lavorativa.

I determinanti più potenti della salute devono essere ricercati nelle condizioni sociali, economiche e culturali di una popolazione; la tradizionale visione di sanità pubblica, orientata alla ricerca delle cause biomediche, comportamentali e sociali della malattia, deve essere arricchita da un approccio multisettoriale ai determinanti della salute che tenga conto delle prospettive fisiche, economiche, sociali, culturali e di genere della popolazione e delle disuguaglianze nella salute

Oltre a queste nuove acquisizioni, sono sopravvenute negli ultimi anni importanti modifiche del contesto e del Servizio sanitario regionale, che richiamano oggi la necessità di un marcato "riorientamento" del ruolo dei Dipartimenti di Prevenzione, con particolare riferimento agli obiettivi ed ai contenuti della loro attività, e al conseguente assetto organizzativo.

In uno scenario caratterizzato da valori sociali di riferimento diversi dal passato, dalla crescita di nuovi sistemi di responsabilizzazione e di processi di semplificazione amministrativa e dallo sviluppo, in sanità, della ricerca di pratiche basate su prove di efficacia, si evidenzia la necessità di una partecipazione più organica dei Dipartimenti ai grandi problemi odierni di sanità pubblica, e di una loro azione più connessa alle realtà distrettuali, nonché più unitaria ed integrata al proprio interno e con gli altri servizi sanitari.

Occorre dunque una "nuova" sanità pubblica, orientata a considerare la natura multifattoriale e multidimensionale della salute, oggi intesa come esito di fattori - i determinanti di salute - in parte modificabili come l'ambiente, i fattori socio-culturali, l'accesso ai servizi, lo stile di vita.

Nel momento in cui la sanità pubblica allarga il proprio ambito di interesse e assume come specifico oggetto di intervento la modifica dei comportamenti individuali e collettivi, che costituiscono determinanti principali dell'epidemiologia contemporanea, ai Dipartimenti di Prevenzione non deve sfuggire la necessità del coinvolgimento dei vari attori sociali e di una consapevole partecipazione della comunità per la definizione e attuazione di politiche per la salute: per ottenere ciò è necessaria una stretta relazione con le Istituzioni locali e lo sviluppo di capacità di comunicazione con l'intera popolazione di riferimento, per affrontare compiutamente ogni aspetto dei problemi connessi alla programmazione e attuazione degli interventi di sanità pubblica.

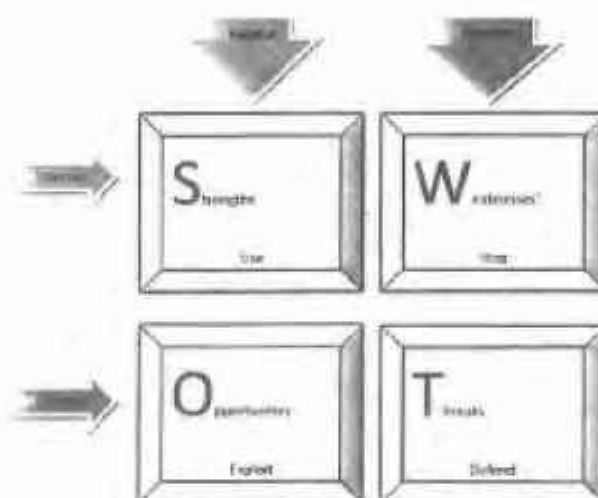
In tal senso dunque, i programmi di sanità pubblica e la "visione" di popolazione tipica dei Dipartimenti (la visione collettiva dei problemi, l'epidemiologia, la gestione e la comunicazione del rischio, ecc.) sono strategici per realizzare gli obiettivi di salute affidati alle Aziende sanitarie e configurano uno specifico ruolo dei Dipartimenti di Sanità pubblica nei confronti della Direzione delle Aziende Usi

Occorre ridefinire ambiti e priorità in modo da conseguire equilibrio ed integrazione tra le azioni di vigilanza e le azioni di sorveglianza e di educazione alla prevenzione, tutte egualmente importanti per sostenere gli obiettivi della prevenzione.

## 1.2 ANALISI SITUAZIONALE DI TIPO S.W.O.T.

Ai fini della definizione del Piano di Rientro è stata condotta un'analisi situazionale con il ricorso al metodo SWOT, che consente di identificare le principali linee in relazione all'obiettivo complessivo avanzato dal Piano di Rientro. Detta metodica, raccomandata in fase ex-ante per migliorare l'integrazione del programma nel contesto specifico di riferimento, in fase intermedia consente di valutare la bontà delle azioni individuate, e fornisce altresì un metro di misura per valutare eventuali modifiche al programma.

In modo più specifico con la SWOT si distinguono i fattori endogeni (sui quali è possibile, in una certa misura, intervenire) dai fattori esogeni (che dipendono in larga parte dalle interazioni con l'ambiente di riferimento), classificando gli stessi a loro volta in fattori di ausilio e fattori dannosi. Viene così a determinarsi una matrice costituita da quattro quadranti (*Strengths*, *Weaknesses*, *Opportunities*, *Threats* nella terminologia anglosassone) come di seguito rappresentata:



In tal senso, a più riprese, sono stati condotti incontri con gli uffici dell'Assessorato, con L'Agenzia Regionale Sanitaria, con i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, con sessioni di *brain storming* per rispondere individuare e classificare gli elementi sintetizzati nello schema innanzi riportato, con incontri di approfondimento da cui sono scaturite le azioni da intraprendere a breve, medio e lungo termine.

Le ipotesi tecniche di lavoro inizialmente ottenute sono state vagliate e riconsiderate tenendo conto delle priorità di ordine politico espresse dagli organi di governo che possono essere come di seguito sintetizzate:

- A. Garantire l'assistenza su tutto il territorio regionale, senza pregiudicare il diritto alla salute e l'accesso alle cure: "non far venir meno l'assistenza";
- B. Assicurare l'innalzamento dei livelli di servizio e di sicurezza, favorendo la riqualificazione e ricollocazione degli operatori, nel pieno rispetto della legalità e degli accordi di mobilità concordati con le organizzazioni sindacali: "salvaguardare la sicurezza e la dignità del lavoro, rafforzare i talenti";
- C. Risanare il deficit promuovendo il recupero, graduale ed incisivo, dell'efficienza nell'utilizzazione delle risorse: "far valere l'orientamento etico, la trasparenza e la sostenibilità economica".

Sulla base di queste tre priorità si è provveduto a sintetizzare la SWOT, di seguito riportata, e ad articolare gli obiettivi generali, in obiettivi specifici, ed interventi operativi.

### **PUNTI DI FORZA:** elementi interni su cui far leva

- Stabilità del governo regionale e fiducia della popolazione
- Consapevolezza diffusa circa la necessità della manovra di riorganizzazione e l'impossibilità del rinvio
- Presenza di poli consolidati di eccellenza nella rete dell'offerta, riconosciuti anche in relazione alla mobilità attiva extraregionale
- Capillarità della rete dei servizi sul territorio
- Buona qualità della formazione e della pratica medica
- Copertura sostanziale dei LEA
- Buona qualità del sistema informativo regionale ed esistenza di flussi informativi normalizzati e ben codificati
- Aver avviato l'unificazione delle ASL già da tempo
- Aver portato a definizione il Piano Regionale della Salute attraverso percorsi di partecipazione e trasparenza
- Aver avviato il percorso di definizione dei Programmi Attuativi Locali

### **OPPORTUNITÀ:** elementi esterni su cui far leva

- Sistematizzare, innovare e semplificare l'impianto normativo e regolamentare socio-sanitario della regione
- Ridisegnare l'assetto organizzativo e funzionale del sistema sanitario in relazione ai fabbisogni dell'utenza
- Rafforzare il ruolo di governance della Regione e potenziare l'apparato amministrativo di programmazione e controllo
- Utilizzare le tecnologie dell'informazione e comunicazione quale leva per migliorare collegamento e interoperabilità
- Ammodernare le strutture, rinnovare il parco tecnologico, investire nella formazione degli operatori con il ricorso ai fondi accessibili (Fondi strutturali, Fondi F+5, ex art. 20 L. 67/96)
- Sviluppare relazioni collaborative sovrazzionali per la sperimentazione gestionale, la ricerca di sinergie, l'ottenimento di economie di scala, la diffusione delle buone pratiche

### **PUNTI DI DEBILITÀ:** elementi interni da gestire

- Carenza nell'offerta di servizi alternativi al ricovero a fronte di un numero di posti letto superiore agli standard nazionali
- Presenza di un numero rilevante di stabilimenti ospedalieri con posti letto inferiori agli standard minimi normativamente previsti
- Elevato livello di inappropriata organizzativa (scelta del setting)
- Ritardi nella riorganizzazione delle ASL a seguito dell'unificazione
- Carenze numeriche delle dotazioni organiche e difficoltà a reperire alcune figure professionali (es Anestesisti, Infermieri)
- Obsolescenza del parco tecnologico e ritardi nell'adeguamento del comfort delle strutture di erogazione dell'assistenza
- Disagio sociale ed economico della popolazione (deprivazione)
- Modesta capacità di integrazione fra gli interlocutori della rete
- Spesa farmaceutica convenzionata più alta della media nazionale
- Presenza di mobilità passiva superiore alla mobilità attiva

### **MINACCE:** elementi esterni da gestire/affrontare

- Situazione socio-economica regionale caratterizzata da deprivazione
- Tempi di implementazione del Piano subitanei, normativamente definiti
- Difficoltà dei singoli attori di riconoscere e di intraprendere iniziative per affrontare il cambiamento (per l'utenza: nuove modalità di assistenza; per gli operatori: la riqualificazione e ricollocazione; per la filiera: nuove modalità di risposta ai fabbisogni del settore)
- Reazione delle categorie portatrici di interessi agli interventi di razionalizzazione del sistema sanitario regionale
- Cambiamento demografico della popolazione ed aumento di prestazioni ad alto contenuto tecnologico al momento non disponibile
- Effetti riflessi della crisi economica internazionale

### 1.3 OBIETTIVI GENERALI, SPECIFICI E INTERVENTI OPERATIVI: CRONOPROGRAMMA

Obiettivi Generali		Obiettivi Specifici		Interventi operativi		Effetti Economici programmatici (ex-post) [Valori in Milioni di euro]			
Cod.	Descrizione	Cod.	Descrizione	Cod.	Descrizione	Anno di Avvio	2011	2012	
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	A1.1	IMPULSO ALLE AZIENDE PER L'UTILIZZAZIONE DI FONDI STRUTTURALI PER L'AMMODERNAMENTO DELLA RETE DEI SERVIZI				
				A1.2	MIGLIORAMENTO DEL GRADO DI INTEROPERABILITÀ FRA GLI ENTI DEL COMPARTO SANITÀ: CENTRO UNICO DI PRENOTAZIONE				
				A1.3	AMMODERNAMENTO DEI SISTEMI DI COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE DEGLI ENTI				
		A2	Razionalizzazione funzionale della rete dei servizi (ospedale, territorio, prevenzione)	A2.1	RIORDINO DELLA RETE OSPEDALIERA		-8,95	-55,95	-68,30
				A2.2	POTENZIAMENTO DELLE FUNZIONI DEI DIPARTIMENTI TERRITORIALI E DELL'ASSISTENZA 118				
		A3	Governare del rapporto fra domanda e offerta dei servizi e delle prestazioni	A3.1	IMPLEMENTAZIONE E ADOZIONE DI SISTEMI DI VALUTAZIONE DELL'APPROPRIATEZZA				
				A3.2	VERIFICA RISPETTO DEI CRITERI DI ACCREDITAMENTO E DELLA REGOLAMENTAZIONE IN MATERIA DI APPROPRIATEZZA DELL'ASSISTENZA (UVAR, MAAP)				
				A3.3	MOBILITÀ SANITARIA EXTRA-REGIONALE			-3,00	-4,50

				A3.4	MONITORAGGIO ACCORDI CONTRATTUALI STRUTTURE ACCREDITATE	-4,70	-28,10	-49,10
B	Misure per il contenimento dei costi e per l'innalzamento dei livelli di efficacia del sistema sanitario regionale	B1	Politica del Farmaco	B1.1-2-3	INDIVIDUAZIONE DEI PRINCIPI ATTIVI RISPETTO AI QUALI EMANARE INDIRIZZI SULLE MODALITÀ PRESCRITTIVE	-2,50	-14,50	-25,80
				B1.4	RIMODULAZIONE DEL SISTEMA DI ESENZIONE DAL TICKET PER FASCIA DI REDDITO		-18,00	-18,00
				B1.5	MODIFICA DEL SISTEMA DI REMUNERAZIONE PER LA DISTRIBUZIONE IN NOME E PER CONTO DA PARTE DELLE FARMACIE CONVENZIONATE	-4,00	-10,00	-10,00
				B1.6	DEFINIZIONE DEI COMPITI DI MONITORAGGIO DELL'ATTIVITÀ PRESCRITTIVA A CURA DEI RAPPRESENTANTI AZIENDALI E DISTRETTUALI DELLA MEDICINA DI FAMIGLIA	-0,15	-0,15	-0,15
				B1.7	INTRODUZIONE DEL TICKET DI 1 EURO PER RICETTA	-7,71	-35,00	-35,00
				B1.8	IMPULSO ALLA COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE CIRCA IL CORRETTO 'USO DEI FARMACI. PREDISPOSIZIONE DI MATERIALE INFORMATIVO E DI ATTIVITÀ FORMATIVE RIVOLTE, PER IL TRAMITE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE E DEI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA, ALL'UTENZA FINALE	-0,10	-1,00	-1,00
				B1.9	INIZIATIVE SU PTOR E LINEE GUIDA REGIONALI IN MATERIA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI	-10,00	-15,00	-25,00

				AD ALTO COSTO			
B	B2	Riduzione dei costi tramite interventi di riorganizzazione interna delle Aziende pubbliche sul territorio	B2.1	IMPULSO AL MIGLIORAMENTO DELLA LOGISTICA DEI MAGAZZINI ECONOMICI, TECNICI E FARMACEUTICI SUL TERRITORIO	-2,00	-4,00	-8,00
			B2.2	IMPULSO ALL'INTEROPERABILITÀ DELLE COMUNICAZIONI IN MATERIA DI CONTABILITÀ E BILANCIO			
	B3	Contenimento dei costi del Personale per il rientro della spesa	B3.1	IMPULSO ALLA RIDETERMINAZIONE DELLA CONSISTENZA ORGANICA ALL'INTERNO DELLE AZIENDE E CONSEGUENTE ADEGUAMENTO DEI FONDI CONTRATTUALI AZIENDALI PREVISTI DAI CCNL		-6,00	-12,00
			B3.2	RIDEFINIZIONE ACCORDI CONTRATTUALI INTEGRATIVI REGIONALI ED ELABORAZIONE INDIRIZZI PER ACCORDI INTEGRATIVI AZIENDALI PREVISTI DAI CCNL PUBBLICI DELLE AZIENDE SANITARIE		-4,00	-8,00
			B3.3	RAZIONALIZZAZIONE RICORSO AD ACQUISTO PRESTAZIONI SANITARIE AGGIUNTIVE EX ART. 54 E 55 DEL CCNL	-7,00	-18,90	-30,20
			B3.4	BLOCCO DEL TURN-OVER IN RELAZIONE AL PROCESSO DI RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA E TERRITORIALE DEL S.S.R.	-19,07	-64,73	-86,12
			B3.5	REVISIONE PARAMETRI MINIMI PER L'IDENTIFICAZIONE DELLE STRUTTURE ORGANIZZATIVE (SEMPLICI, COMPLESSE, DIPARTIMENTALI)		-6,00	-9,00



				B3.6	CONTENIMENTO DELLE CONSULENZE SANITARIE E NON SANITARIE ED ALL'AFFIDAMENTO DI INCARICHI EX ART. 15-SEPTIES D.LGS. 502/1992 S.M.I.			
				B3.7	MONITORAGGIO E IMPULSO DELLE ATTIVITA' DI LIBERA PROFESSIONE		-4,50	-4,50
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	B4.1	IMPULSO ALL'ATTIVAZIONE DI FLUSSI INFORMATIVI STANDARDIZZATI PER LA PROGRAMMAZIONE DEGLI ACQUISTI (MONITORAGGIO PREZZI)			
				B4.2	INDIRIZZI REGIONALI PER FAVORIRE LE UNIONI DI ACQUISTO E LA GESTIONE CENTRALIZZATA DI GARE ANCHE CON L'AUSILIO DI ENTI STRUMENTALI DELLA REGIONE (ES. EMPULIA)			
				B4.3	EFFETTUAZIONE DI GARE REGIONALI E CONVENZIONI QUADRO CHE POSSANO ESSERE DI RIFERIMENTO PER LE AZIENDE SUL TERRITORIO.	-2,40	-7,00	-10,00
C	Rafforzamento dei meccanismi di governance regionale del sistema sanitario	C1	Adozione condivisa di strumenti di governance	C1.1	IMPULSO REGIONALE ALL'AGGIORNAMENTO DEGLI ATTI DI ORGANIZZAZIONE DELLE AZIENDE SANITARIE			
				C1.2	ATTIVAZIONE FORUM REGIONALE DI MONITORAGGIO E DISCUSSIONE DELLE PROBLEMATICHE FISCALI E CONTABILI DEL COMPARTO SANITA'			
				C1.3	IMPULSO AL MIGLIORAMENTO DEL GRADO DI AFFIDABILITA' DEI CONTI DELLE AZIENDE SANITARIE PUBBLICHE			
		C2	Tavolo sanità elettronica	C2.1	IMPULSO ALLO SVILUPPO DELLE TECNOLOGIE ICT			
D		D1	Formazione e Comunicazione	D1.1	PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITA' FORMATIVE, E DEL NUMERO DEI PROFILI NECESSARI IN RELAZIONE AL TURN OVER			

			D1.2	SVILUPPARE LE ATTIVITÀ DI FORMAZIONE, IN ASSOCIAZIONE CON LE UNIVERSITÀ E GLI ENTI DI RICERCA				
			D1.3	IMPULSO ALLA FORMAZIONE PER LA RIQUALIFICAZIONE E RICOLLOCAZIONE DEL PERSONALE				
<b>TOTALE</b>					<b>-68,59</b>	<b>-295,83</b>	<b>-404,67</b>	
<b>E</b>	<b>Maggiori ricavi per le aziende sanitarie</b>	<b>E1</b>	<b>Extra Lea e Azioni di recupero di attività non riscosse e rimodulazione ticket</b>	E1.1	COSTI DA FINANZIARE A CARICO DEL BILANCIO REGIONALE PER EXTRA LEA (IN PASSATO FINANZIATI CON RISORSE REGIONALI EX-POST A COPERTURA PERDITE)		37	
				<b>TOTALE</b>		<b>0,0</b>	<b>37,00</b>	<b>37,00</b>
				E1.2	IMPULSO DELLE AZIONI DI RECUPERO E RIVALSA DA PARTE DELLE ASL, ANCHE MEDIANTE COINVOLGIMENTO DI AGENTI ESTERNI (EQUITALIA)			
				E1.3	INTENSIFICAZIONE DELLA COLLABORAZIONE IN CORSO FINALIZZATA AL RECUPERO DEI TICKET NON PAGATI ED AL MONITORAGGIO DELLA SPESA SANITARIA (SISTEMA TESSERA SANITARIA DI CUI ALL'ART. 50 DELLA L. 326/2003 E S.M.I.)			

**1.4 IPOTESI TENDENZIALE E PROGRAMMATA - ENTITÀ E CRONOLOGIA DELLA MANOVRA**

<b>AGGREGATI DI SPESA SANITARIA REGIONE PUGLIA</b>	<b>2010 ex ante</b>	<b>2010 ex post</b>	<b>2011 ex ante</b>	<b>2011 ex post</b>	<b>2012 ex ante</b>	<b>2012 ex post</b>
Personale	2.170.980	2.146.653	2.184.860	2.091.891	2.187.800	2.052.191
Irap	156.020	154.278	156.680	150.022	157.340	147.628
Altre componenti di spesa	160.240	160.240	161.610	161.610	163.750	163.750
Prodotti farmaceutici	504.180	489.624	520.958	486.264	558.107	506.888
Altri beni e servizi	1.151.580	1.143.116	1.191.710	1.147.380	1.237.190	1.180.717
Medicina di base	481.970	481.970	484.378	484.378	484.378	484.378
Farmaceutica convenzionata	900.460	886.150	926.750	848.250	952.750	862.950
Assistenza specialistica da privato	232.930	232.319	233.142	229.489	233.142	226.759
Assistenza riabilitativa da privato	245.300	244.454	255.110	250.052	265.310	256.472
Assistenza protesica da privato	123.330	123.095	127.030	125.625	130.840	128.385
Assistenza ospedaliera da privato	779.190	776.605	787.290	771.835	795.540	768.535
Altra assistenza da privato	260.690	260.266	276.060	273.528	291.350	286.932
Assistenza da pubblico	3.790	3.790	3.790	3.790	3.790	3.790
Mobilità passiva intraregionale	0	0	0	0	0	0
Accantonamenti	63.090	63.090	51.410	51.410	55.243	55.243
Interessi e altro	24.530	24.038	23.640	20.564	22.800	19.042
Saldo poste straordinarie	-4.020	-4.020	140	140	3.660	3.660
Saldo intra moenia	150	150	160	4.660	180	4.680
<b>Totale spesa</b>	<b>7.262.150</b>	<b>7.193.558</b>	<b>7.384.118</b>	<b>7.091.288</b>	<b>7.535.490</b>	<b>7.135.320</b>

## Entità e cronologia della manovra: sintesi

### Riduzione dei costi

Obiettivo Operativo / intervento	2010	2011	2012
A2 Razionalizzazione funzionale della rete dei servizi (ospedale, territorio, prevenzione)	8.962	55.950	68.300
A3 Governo del rapporto fra domanda e offerta dei servizi e delle prestazioni	4.700	31.100	53.600
B1 Politica del Farmaco	24.460	93.650	114.950
Riduzione dei costi tramite interventi di riorganizzazione interna delle Aziende			
B2 pubbliche sul territorio	2.000	4.000	8.000
B3 Contenimento dei costi del Personale per il rientro della spesa	26.070	104.130	149.820
B4 Contenimento dei costi di acquisto di beni e servizi	2.400	7.000	10.000
	<b>68.592</b>	<b>295.830</b>	<b>404.670</b>

## SINTESI FINANZIARIA PIANO DI RIENTRO PUGLIA

(valori in migliaia di euro)

		2010	2011	2012
(1)	<b>Spesa tendenziale corrente</b>	<b>7.262.150</b>	<b>7.384.118</b>	<b>7.535.490</b>
(2)	<b>Ricavi ordinari a legislazione vigente (fondo + entrate proprie reali + saldo mobilità)</b>	<b>6.879.338</b>	<b>6.963.293</b>	<b>7.118.165</b>
	di cui:			
	finanziamento	6.877.491	6.921.056	7.070.348
	mobilità	-175.843	-175.843	-175.843
	entrate proprie reali*	177.690	218.080	223.660
(3) = (2) - (1)	<b>Disavanzo strutturale tendenziale</b>	<b>-382.812</b>	<b>-420.825</b>	<b>-417.325</b>
(4)	<b>Manovra sui costi</b>	<b>68.592</b>	<b>295.830</b>	<b>404.870</b>
	di cui:			
	Personale	24.327	92.969	135.609
	Irap	1.742	6.658	9.712
	Altre componenti di spesa	0	0	0
	Prodotti farmaceutici	14.556	34.694	51.219
	Altri beni e servizi	8.464	44.330	56.473
	Medicina di base	0	0	0
	Farmaceutica convenzionata	14.310	78.500	89.800
	Assistenza specialistica da privato	611	3.653	6.383
	Assistenza riabilitativa da privato	846	5.058	8.838
	Assistenza protesica da privato	235	1.405	2.455
	Assistenza ospedaliera da privato	2.585	15.455	27.005
	Altra assistenza da privato	424	2.532	4.418
	Assistenza da pubblico	0	0	0
	Mobilità passiva intraregionale	0	0	0
	Accantonamenti	0	0	0
	Interessi e altro	492	3.076	3.758
	Saldo poste straordinarie	0	0	0
	Saldo intra moenia	0	-4.500	-4.500
	mobilità passiva extra		3.000	4.500
(5)	<b>Quota della manovra nazionale 2011-2012 di 834 mln di euro (articolo 2, comma 67, legge 191/2009)</b>		<b>55.000</b>	<b>55.000</b>
(6) = (3) + (4) + (5)	<b>Disavanzo strutturale residuo</b>	<b>-314.220</b>	<b>-69.995</b>	<b>42.345</b>
(7)	<b>Coperture da bilancio</b>	<b>314.220</b>	<b>156.890</b>	<b>156.890</b>
	di cui:			
	Manovra fiscale (IRAP)	149.625	156.890	156.890

## 1.5 PRINCIPALI AZIONI DI PIANO

Di seguito vengono sinteticamente riportate le principali azioni previste dal piano di rientro, così come da cronoprogramma di cui al paragrafo 1.3. Le azioni di dettaglio pur indicate nel cronoprogramma testé citato, saranno oggetto di specifici piani operativi da concordarsi con i Ministeri.

### A: RIORDINO-DELLA RETE DEI SERVIZI

Le iniziative da intraprendere sul sistema ospedaliero pugliese vanno nella direzione del potenziamento delle attività territoriali in parallelo alla concentrazione e riorganizzazione dell'offerta ospedaliera. Per l'attuazione del presente programma saranno poste in essere azioni ispirate ai seguenti criteri:

**a) disattivazione di stabilimenti ospedalieri con un numero di posti letto inferiore ad una soglia da determinarsi nell'ambito di riordino della rete, ovvero di ospedali con meno di tre unità operative per acuti**, (come da modelli HSP12), tenuto conto di:

- dati complessivi di attività;
- grado % di utilizzo della struttura da parte dei cittadini residenti nel comune in cui insiste la struttura.

**b) accorpamenti e disattivazioni di singole UU.OO. all'interno' di ospedali che non sono** destinati alle operazioni di chiusura/riconversione tenuto conto di una serie di elementi:

- assenza di dirigente responsabile e gravi carenze di organico;
- tasso di occupazione registrato dalla struttura negli ultimi 3 anni;
- grado di inappropriata organizzativa (trattamento dell'utenza nel *setting* più appropriato in relazione all'intensità delle cure richieste) della struttura osservato negli ultimi 3 anni;
- n. di posti letto inferiore allo standard normativo minimo per disciplina secondo le indicazioni del Piano regionale della salute.

**c) riconversione di ospedali disattivati in strutture sanitarie territoriali.**

L'applicazione di detti criteri comporterà una ristrutturazione della rete ospedaliera, distrettuale e dei dipartimenti territoriali che si svilupperà nel corso di vigenza del Piano.

Il risparmio associato alla riduzione dei posti letto, tenuto conto che il costo medio equivalente annuo nella Regione Puglia per posto letto è pari a € 206.000,00 e che la riduzione dei posti letto non impatta, se non in misura limitata, sul costo del personale (*/ dipendenti vengono riconvertiti e ricollocati, tenendo conto del ruolo e della qualifica ricoperta; si riducono i costi relativi ai turni, agli straordinari, alla riduzione del turnover*), si ipotizza sia mediamente pari al 70% del costo medio equivalente annuo. Il rimanente 30% è riferibile al minor acquisto di beni e servizi (sanitari e non), ai minori affitti passivi, alle riduzioni di costo per quanto attiene manutenzioni e più in generale ai minori oneri variabili direttamente ed indirettamente connessi con il funzionamento degli stabilimenti ospedalieri che si intende trasformare.

In modo del tutto prudente, anche a seguito di indicazioni emerse al tavolo tecnico preparatorio per l'esame della proposta di piano di rientro, il valore così ottenuto è stato ulteriormente abbattuto, considerando lo stesso solo al 50%. In altri termini, tenuto conto del costo medio equivalente per posto letto, si è ritenuto prudentemente di considerare solo il 15% del costo medio equivalente per posto letto, rapportato ai mesi di chiusura per il primo anno.

#### Azioni da realizzare entro il 31.12.2012

Per giungere ad uno standard di 3,05 per pl per acuti entro il 31.12.2012 è necessario prevedere una riduzione complessiva di 2211 pi al termine del riordino della rete ospedaliera, che comporterà un risparmio di spesa non inferiore a 68,30M€, così ripartito nei 3 anni:

Risparmio al 2010	Risparmio al 2011	Risparmio al 2012
<b>8,96M€</b>	<b>55,95M€</b>	<b>68,30M€</b>

Sul versante del miglioramento dei livelli di appropriatezza, la scelta del *setting* assistenziale più appropriato costituisce, indubbiamente, un elemento cardine su cui intervenire per migliorare l'assistenza. Nel caso specifico della Regione Puglia è tuttavia da evidenziare come il ricorso all'assistenza in regime di ricovero sia in parte anche spiegato dalla carenza quantitativa di *setting* assistenziali alternativi al ricovero.

L'attenzione rivolta a detta problematica ha portato allo sviluppo, presso l'Agenzia Sanitaria Regionale, di un modello di analisi della **appropriatezza organizzativa** dei ricoveri ospedalieri per elenchi normativi di procedure, anche detto "MAAP".

Le iniziative che la Regione intende porre in essere sul versante dell'adozione di strumenti di verifica dell'appropriatezza dell'assistenza, ed in modo specifico sul versante organizzativo, già contribuiscono alla riduzione del fatturato "inappropriato" delle strutture accreditate, in una misura che si attesta nell'ordine del 3-4% del fatturato complessivo. Le misure che si intende attivare porteranno ad un ulteriore affinamento del grado di appropriatezza, valutabile nell'ordine di due punti percentuali a regime, paragonabile a quello mediamente riscontrabile anche in altre regioni (studi recenti dimostrano una media **nell'ordine del 5%**).

Un ulteriore ambito di intervento previsto nell'ambito del presente Piano riguarda la mobilità sanitaria. La problematica della migrazione sanitaria è di grande rilievo per la Regione Puglia, che pur essendo tra le Regioni meridionali quella a maggior capacità di attrazione, ha comunque un saldo negativo; in termini di prestazioni: il 7% circa dei ricoveri dei cittadini pugliesi avviene in strutture extraregionali; in termini economici il saldo passivo, tra mobilità in entrata ed in uscita, è di circa 170 milioni per anno.

Le iniziative che la Regione intende porre in essere attengono da un lato la migliore conoscenza e conseguentemente l'adozione di provvedimenti atti a ridurre la cosiddetta mobilità evitabile (legata a problematiche organizzative del SSR o di carenza tecnologica), dall'altro alla valorizzazione delle strutture di eccellenza nel più ampio panorama nazionale. In tal senso, anche tenendo conto della ristrutturazione della rete ospedaliera, e considerando il trend decrescente attualmente in essere, è possibile stimare un recupero dei saldi di mobilità prudenzialmente quantificabile nell'ordine di 3M€ nel 2011 e 4,5M€ nel 2012. Sulla riduzione della mobilità avrà una indubbia influenza la concentrazione dell'offerta ospedaliera già programmata (trasferimento e potenziamento IRCCS Oncologico, concentrazione e apertura Ospedale della Murgia ed altre iniziative meglio dettagliate nella sezione relativa alla riorganizzazione della rete ospedaliera).

Nell'ambito delle attività di riordino della rete dei servizi rientrano anche le attività di governo del rapporto fra domanda e offerta dei servizi e delle prestazioni. Con provvedimento di GR n.1494/2009 sono state adottate iniziative volte a razionalizzare la spesa stabilendo una serie di criteri nel rispetto di quanto fissato dalla normativa nazionale in materia. Nell'ambito delle procedure stabilite a livello regionale le ASL assegnano i **tetti di spesa invalicabili** per ciascuna struttura erogante.

In considerazione della necessità di pervenire ad una razionalizzazione del settore, con il presente Piano la Regione intende intraprendere iniziative volte a definire il fabbisogno, programmare la riduzione dei tetti di spesa, migliorare la appropriatezza delle prestazioni e porre in essere il monitoraggio degli accordi contrattuali stipulati.

Premesso quanto sopra, si ritiene che tali azioni possano incidere in maniera significativa sulla spesa del settore privato accreditato. La stima è effettuata sulla base dei valori per prestazioni sanitarie comunicati dalle Aziende sanitarie territorialmente competenti.

<b>Totale Riduzione dei costi collegata al riordino della rete dei servizi</b>			
--	--	--	--

	2010	2011	2012
Rete Ospedaliera e privati accreditati	13.662	87.050	121.900

(dati in migliaia di euro)

## B1 : POLITICA DEL FARMACO

La spesa farmaceutica territoriale per l'anno 2009 sostenuta dalla Regione Puglia ha fatto registrare un incremento del 2,2 % sul risultato dell'anno precedente in controtendenza rispetto al dato medio nazionale ed in misura maggiore rispetto al dato fatto registrare dalle regioni con popolazione sovrapponibile.

L'analisi approfondita del confronto tra il dato pugliese e quello riferito alle regioni Emilia Romagna, Toscana, e Veneto fa emergere differenze significative sia del volume della spesa che della sua composizione.

Il confronto tra i dati di spesa della Puglia, delle regioni che registrano le migliori performance e della media nazionale, riferiti ai principali ATC e per ognuno di essi, in dettaglio, ai principi attivi che fanno registrare i maggiori scostamenti, consente l'avvio di un programma di lavoro sull'appropriatezza prescrittiva che deve coinvolgere sia i medici specialisti che i medici di medicina generale, anche attraverso la condivisione di linee guida e indirizzi vincolanti.

In particolare, attraverso il lavoro della Commissione regionale per l'appropriatezza prescrittiva, la regione individua i principi attivi rispetto ai quali emanare indirizzi sulle modalità prescrittive, con riferimento alle note AI FA ed a specifiche condizioni cliniche definite a livello regionale.

I medici di famiglia, che rappresentano la parte più consistente dei prescrittori, partecipano con la strutturazione organizzativa prevista dal vigente accordo regionale integrativo, al monitoraggio della spesa farmaceutica ed al programma di appropriatezza prescrittiva. La regione formula, sentiti gli organismi rappresentativi della categoria, gli indirizzi per l'assegnazione del budget di spesa ai medici di famiglia e pediatri di libera scelta, prevedendo i necessari percorsi formativi ed un sistema di premialità diretto non già al singolo medico bensì allo sviluppo della medicina in associazione ed alla implementazione e rafforzamento del modello organizzativo dell'ambulatorio di medicina di famiglia. La scelta di instaurare con i medici di famiglia una politica di budget per il contenimento e la riduzione della spesa farmaceutica è l'unica strada perseguita con successo dalle regioni che hanno affrontato questo tema. Il budget assegnato a ciascun medico è fissato con riferimento a dati medi, assumendo che, in ragione della incidenza delle diverse patologie sulla propria popolazione assistita, il medico può giustificare una maggiore spesa.

Il sistema che la regione intende azionare prevede il monitoraggio della spesa farmaceutica rispetto al budget assegnato con il coinvolgimento dei medici di famiglia e dei loro organismi distrettuali, l'obbligo per il medico di giustificare una eventuale maggiore spesa in relazione alle necessità terapeutiche della popolazione assistita, le azioni di censura previste dall'accordo collettivo nazionale della medicina generale in caso di spesa inappropriata. La distribuzione dei farmaci inclusi nell'elenco PHT sia in forma diretta che attraverso l'accordo con le farmacie convenzionate comporta una significativa riduzione della spesa farmaceutica. La modifica del sistema di remunerazione per la distribuzione in nome e per conto da parte delle farmacie convenzionate, entrata in vigore a partire dal secondo semestre del 2010, comporterà una riduzione della spesa che riguarderà l'intero triennio 2010-2012. Tenuto conto del considerevole superamento del limite stabilito per la spesa farmaceutica ospedaliera che fa registrare per la Puglia uno superamento che si attesta intorno ai 100 milioni di euro la Regione intende avviare interventi specifici agendo sul Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (PTOR) e attivando un tavolo di lavoro con le società scientifiche per la definizione di indirizzi volti al miglioramento della appropriatezza prescrittiva.

Un altro ambito di intervento per ridurre la spesa farmaceutica è la rimodulazione dell'attuale sistema di esenzione del ticket, che agirebbe in modo diretto attraverso il maggior incasso della compartecipazione dei cittadini alla spesa ed in modo indiretto inducendo minori consumi nell'area dell'inappropriatezza.

Gli esenti totali per soli motivi economici e sociali sono una fetta rilevante della popolazione pugliese (il 70%). L'ampiezza di questa fascia di esenti è il risultato di decisioni assunte negli anni. Pertanto la rimodulazione del ticket riguarderà la ridefinizione delle fasce di reddito esenti oltre che la introduzione di un ticket fisso per ricetta.



### SINTESI INTERVENTI IN MATERIA DI RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA

Codifica	Interventi Operativi	Indicatori	Fonti di verifica	Cronoprogramma			Effetti Economici		
				2010	2011	2012	2010	2011	2012
B1.1	Individuazione dei principi attivi rispetto ai quali emanare indirizzi sulle modalità prescrittive Indirizzi regionali per l'incremento utilizzo farmaci generici all'interno della medesima categoria farmaceutica (trasferimento a carico dell'utente la differenza fra il farmaco generico ed il farmaco branded) Indirizzi regionali per l'assegnazione del budget di spesa ai MMG E PLS per ricondurre la spesa entro limiti di sostenibilità sociale ed economica	n. Principi attivi oggetto di specifici indirizzi  <u>DDD totale generici</u>  DDD totale generici +branded  Attivazione del sistema di budget per ASL	Provvedimento regionale; report di monitoraggio	X	X	X	-2,5	-14,5	-25,8
B1.4	Rimodulazione del sistema di esenzione dal ticket per fascia di reddito	Numero di esenti su totale della popolazione	Provvedimento regionale; report di monitoraggio		X	X		-18	-18
B1.5	Modifica del sistema di remunerazione per la distribuzione in nome e per conto da parte delle farmacie convenzionate	Spesa per la distribuzione in nome e per conto	Provvedimento regionale; report di monitoraggio	X	X	X	-4	-10	-10
B1.6	Definizione dei compiti di monitoraggio dell'attività prescrittiva a cura dei rappresentanti aziendali e distrettuali della medicina di famiglia	Report di monitoraggio	Atto di indirizzo regionale	X	X	X	-0,15	-0,15	-0,15
B1.7	Introduzione del ticket di 1 euro per ricetta	Numero di ricette con ticket	Provvedimento regionale; report di monitoraggio	X	X	X	-7,71	-35	-35
B1.8	Impulso alla comunicazione istituzionale circa il corretto uso dei farmaci. Predisposizione di materiale informativo e di attività formative rivolte, per il tramite dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, all'utenza finale	Numero di iniziative di comunicazione e informazione	Provvedimento regionale; report di monitoraggio	X	X	X	-0,10	-1	-1
B1.9	Iniziative su PTOR e linee guida regionali in materia di somministrazione di farmaci ad alto costo	Numero di farmaci oggetto di specifici indirizzi	Provvedimento regionale; report di monitoraggio	X	X	X	-10	-15	-25

AREA B.B.: gli effetti economici sono espressi in milioni di euro

## B2-4: OTTIMIZZAZIONE ACQUISTO BENI, SERVIZI E LOGISTICA

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

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

Le iniziative che la regione intende porre in essere prevedono un investimento iniziale, la cui copertura è assicurata nell'ambito dei risparmi immediatamente ottenibili in termini di ottimizzazione delle scorte e di riduzione dei costi connessi con la perdita di materiale stoccato (es. farmaci scaduti). L'investimento iniziale, valutabile sulla base degli elementi progettuali in esame, può essere valutato nell'ordine di 4 milioni di euro, con tempi di realizzazione e avvio del progetto di 12 mesi.

Le iniziative che la regione intende porre in essere, a fronte di un investimento iniziale che trova copertura nelle risorse liberate derivanti dalla razionalizzazione logistica, in parte già indirettamente attivabile dal riordino della rete ospedaliera, consentono di ottenere effetti oltre che sul versante qualitativo dell'offerta di beni all'interno delle Aziende, anche sul versante della riduzione dei costi, stimabile a regime, nell'ordine del 7-10% rispetto alle rimanenze, come di seguito rappresentate:

Anni	2010	2011	2012
Investimenti		4M€	—
Risparmio di costi		8M€	8M€
Risultati netti attesi	2M€	4M€	8M€

In modo del tutto prudente, considerando la complessità delle azioni che si intende porre in essere, ai fini del piano la riduzione di costi attesa viene in parte sterilizzata e pertanto non si terrà conto dell'intera riduzione dei costi, che nello specifico potrà essere utilizzata per potenziare il sistema logistico nell'ottica di principi internazionalmente riconosciuti (lean production, just in time).

La Regione Puglia ha avviato un investimento in tecnologie dell'informazione e della comunicazione che tra i suoi obiettivi ha anche quello di realizzare una unica piattaforma regionale dedicata a:

- acquisti on line
- realizzazione e gestione dell'Albo dei Fornitori del SSR
- supportare le attività di centralizzazione degli acquisti

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

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

In modo del tutto prudente, ai fini del piano, la riduzione di costi attesa viene del tutto sterilizzata e pertanto non si terrà conto della riduzione dei costi derivante da detta azione, che nello specifico potrà essere utilizzata per potenziare il sistemi informativi e per la formazione del personale in servizio.

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

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

Va evidenziato, inoltre, che le Aziende ed Enti del SSR sono tenuti a operare nell'ambito delle convenzioni quadro di cui al comma 6, in attuazione del comma 449 dell'articolo 1 della legge n.296/2006.

Tali Enti del SSR utilizzeranno il sistema informatico di supporto alle attività di EmpPULIA, sviluppato nell'ambito dell'accordo di programma quadro "in materia di e-government e società dell'informazione della Regione Puglia", sottoscritto in data 4 agosto 2004 tra Regione Puglia, Ministero dell'economia e finanza e Ministero per l'innovazione e tecnologie.

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

<b>Riduzione dei costi</b>			
	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>Beni e Servizi</b>	<b>4.400</b>	<b>11.000</b>	<b>18.000</b>

(dati in migliaia di euro)

### B3: PERSONALE

Fra le misure di contenimento della spesa sono previste azioni specifiche per quanto attiene il blocco del turnover, la razionalizzazione del ricorso alle prestazioni aggiuntive ex art 54-55 del CCNL, il monitoraggio dei contratti di consulenza, la definizione di indirizzi regionali per la contrattazione integrativa e per la determinazione dei fondi contrattuali, l'attività libero professionale.

Il processo di reingegnerizzazione della rete ospedaliera e territoriale, previsto dal presente piano, comporta una migliore allocazione delle risorse umane da utilizzare per la ottimizzazione dei carichi di lavoro e il miglioramento della qualità dell'assistenza e, conseguentemente determina la possibilità di operare il blocco totale delle assunzioni sui posti resisi vacanti per cessazioni dal servizio nel triennio 2010-2012. Pertanto, in ragione di detto processo di ristrutturazione, la Regione si impegna ad attuare un programma di blocco totale del turn-over. Detto intervento è dettagliato nell'allegato operativo.

In occasione delle verifiche periodiche, e fermo restando il rispetto dell'obiettivo di ricondurre la spesa per il personale nei limiti previsti dall'art. 2, comma 71 della L.191/2009, entro la scadenza del Piano, stante la necessità di garantire l'attivazione della nuova sede dell'IRCCS Oncologico "Giovanni Paolo II", potrà essere possibile prevedere, per casi specifici, la deroga al suddetto blocco del turnover.

A seguito della razionalizzazione organizzativa e della riduzione degli incarichi di direzione di struttura complessa, semplice, dipartimentale, e di posizioni organizzative e di coordinamento si attende un risultato in termini di riduzione della complessiva spesa per il personale.

Riepilogo interventi riguardanti il "personale"

	2010	2011	2012
Personale	26.070	104.130	149.820

(dati in migliaia di euro)

Rispetto del vincolo del 1,4%.

Anno 2009 - Totale costo del personale da Tab. adempimenti verifica al netto dei rinnovi contrattuali (costo pari per il 2010 non essendo intervenute assunzioni)	1.997.171
Anno 2004 - Totale costo del personale ridotto del 1,4%	1.856.860
Risparmio necessario per garantire l'adempimento del 1,4%	140.311
Minori costi e risparmi complessivi programmati da Piano di Rientro (compresa IRAP e altri oneri riflessi) (al netto della libera professione)	149.820

## E1.1. COSTI DA FINANZIARE A CARICO DEL BILANCIO REGIONALE ED EXTRA LEA

Il progressivo affinamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, ha comportato da un lato la definizione delle prestazioni e dei servizi che le Regioni sono tenute ad assicurare sul territorio di pertinenza, dall'altro il trasferimento a carico del bilancio autonomo delle regioni di servizi e prestazioni non specificamente contemplate o addirittura escluse dai Livelli Essenziali di Assistenza.

La Regione Puglia, così come altre regioni, nel corso del tempo ha provveduto, laddove ha ritenuto opportuno, ad introdurre misure aggiuntive rispetto a quelle previste dai LEA, sostenendo il relativo costo.

Gli Extra-LEA rispondono a precise esigenze che il governo regionale, indipendentemente dalle legislature, ha inteso identificare e finanziare, per dare precise risposte a situazioni non compiutamente affrontate nel contesto del livello nazionale dei LEA. Fra queste rientrano iniziative diverse, da accordi integrativi con i MMG e con i Medici del 118, a campagne vaccinali anti HPV, finanche all'assistenza aggiuntiva agli extracomunitari.

Nel periodo di vigenza del presente piano 2010-2012, anche al fine di meglio evidenziare sotto l'aspetto contabile quanto del deficit è strettamente legato ai cosiddetti EXTRA-LEA, e quanto è invece riferibile ad altre cause, verranno intraprese le seguenti iniziative:

- Creazione di un tavolo tecnico a regia regionale con lo specifico obiettivo di esplicitare e monitorare le prestazioni rientranti fra i cosiddetti extra-LEA; (entro 31/12/2010 – DGR)
- Attivazione di un monitoraggio contabile finalizzato alla programmazione delle risorse ed alla definizione di una specifica copertura nel bilancio annuale di previsione (entro 31/12/2010 – DGR)

Il finanziamento dei c.d. Extra-Lea sino all'esercizio 2009 era quantificato a consuntivo e garantito ex post con i mezzi di copertura del disavanzo regionale.

Di seguito si riporta la quantificazione dei costi Extra-Lea:

Farmaci fascia C	€ 0,50
Aproteici	€ 1,50
Vaccino HPV	€ 2,50
Quota parte Contratto Integrativo MMG-PLS e 118	€ 15,00
Parte personale LR 16 e prestazioni di riabilitazione	€ 12,50
Progetti	€ 5,00
<b>(Dati in Milioni di EURO) Totale</b>	<b>€ 37,00</b>

Si precisa che nel modello CE programmatico del piano di rientro sono inglobati i costi di tali prestazioni.

Limitatamente all'anno 2010 il finanziamento correlato agli extra-lea è valorizzato a zero nella corrispondente voce del modello CE e la conseguente copertura è effettuata ex post a valere sul disavanzo programmato.

La regione si impegna ad adottare con norma regionale nel bilancio 2011 e 2012 lo specifico finanziamento per gli extra-lea. Conseguentemente è valorizzata pari a 37 mln di euro la corrispondente voce di finanziamento 2011 e 2012 riportata nel modello CE.

Inoltre, per quanto riguarda i contributi regionali extra fondo vincolati (conto A01030 – A1B11) riportati nel modello CE programmatico si precisa che trattasi di risconti per

obiettivi di piano e per progetti (conformemente a quanto già presentato per il consuntivo 2009 e precedenti), per sussidi agli infermi di mente (cap. 783035), rimborso per interventi di trapianto (cap. 781076) e quota destinata alle Aziende sanitarie per le politiche sociali (contributi SLA, celiachia, ecc..) (cap. 784025) del Bilancio di Previsione della Regione Puglia -Anni 2010, 2011, 2012 [Fonte: Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. 210 straord. Volume II].

### E1.3: CONTROLLO ESENZIONI TICKET TRAMITE SISTEMA TESSERA SANITARIA

#### Situazione attuale

La Regione Puglia ha disposto con L.r. n. 1/2008, art.8, modificata con L.r. n.45/2008, art. 12, che i cittadini aventi titolo all'esenzione ticket per motivi di reddito non possono auto-certificare il diritto all'esenzione, ma devono essere muniti di apposito attestato rilasciato dalla ASL a seguito di richiesta documentata.

Tale norma risulta in linea con quanto previsto dal decreto interministeriale dell'11 dicembre 2009, attuativo dell'articolo 79, comma 1-sexies, lettere a) e b) della Legge n. 133/2008, concernente il controllo delle esenzioni sanitarie per reddito per le prestazioni di specialistica ambulatoriale previste dall'articolo 8, comma 16 della legge n. 527 del 1993, tramite il supporto del Sistema Tessera Sanitaria di cui all'articolo 50 della legge n. 326/2003.

Nel corso della riunione svoltasi-, il,, giorno 13 maggio u.s. presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze, è stato convenuto, ai sensi dell'articolo 2 del citato decreto 11 dicembre 2009, il cronoprogramma delle attività realizzative nell'ambito della Regione Puglia e della relativa tempistica di attuazione.

In particolare, la Regione si è impegnata, nell'ambito di quanto già previsto dalla normativa regionale, ad utilizzare le informazioni fornite dal Sistema T.S. ai sensi di quanto disposto dal citato decreto 11 dicembre 2009, ai fini del controllo e verifica della sussistenza delle condizioni per il rilascio dell'attestato di esenzione da parte delle ASL.

#### Iniziative da intraprendere e cronoprogramma

Attraverso il sistema TS si procederà ad effettuare una verificata incrociata con i dati di esenzione presenti nell'anagrafica regionale sulla base della documentazione prodotta dai cittadini ed alla base del rilascio dell'attestato di esenzione.

Il flusso, reso disponibile nell'ambito del sistema tessera sanitaria, sarà utilizzato per bonificare ed aggiornare l'anagrafe regionale degli esenti, per effettuare le necessarie azioni di controllo, per sospendere e/o ritirare gli attestati di esenzione ticket rilasciati dalle ASL (relativamente alle esenzioni per reddito per le prestazioni di specialistica).

Inoltre, nell'ambito del progetto del nuovo sistema informativo regionale sanitario (Edotto, già N-SISR), si adotteranno le necessarie implementazioni volte ad automatizzare la gestione delle informazioni ricevute dal sistema TS e ad agevolare e velocizzare i controlli da parte delle ASL.

Gli effetti economici dei suddetti interventi non sono immediatamente stimabili, sebbene sia prevedibile un aumento dei ricavi per le prestazioni specialistiche ambulatoriale, derivanti da un aggiornamento degli elenchi degli esenti e, quindi, da una presumibile riduzione dei soggetti effettivamente aventi diritto all'esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria.

## 1.6 MEZZI DI COPERTURA: EQUILIBRIO SSR

<b>Sbilancio 2010:</b>	
Risultato di gestione Programmatico da CE (compresi i soli costi per extra Lea per 37 mln e non anche i ricavi)	<b>€ -314.220</b>
<b>Mezzi di copertura:</b>	
-compressioni sull'impegnabilità derivanti dalle sanzioni per sfornamento patto di stabilità (€62.979.376,93), giusta comma 1, art.1, L.R. 11 del 24/9/2010:	€ 62.979
-destinazione di quota parte dell'avanzo di amministrazione 2009 con la variazione di bilancio, giusta art.10, L.R. 9 del 2/8/2010:	€ 80.965
-Irap periodo di imposta 2011, come da comunicazione DF prot. 5974 dell'11/12/2009:	€ 149.625
-iscrizione di accertamento di Iva non sanitaria 2005 per € 40.659.585,00, già inserita nel capitolo 1011084 della competenza 2010, giusta art. 5, L.R. 10 del 30/4/2009, in combinato disposto con il comma 7, art.3, L.R. 40 del 31/12/2007 e con il comma 1, art.2, L.R. 34 del 31/12/2009:	€ 40.659
<b>Totale</b>	<b>334.228</b>
<b>Mezzi di copertura ad ulteriore garanzia</b>	
	<b>20.008</b>

<b>Sbilancio 2011:</b>	
Risultato di gestione Programmatico da CE (compresi i costi ed i ricavi per extra Lea per 37 mln)	€ -69.995
<b>Mezzi di copertura:</b>	
Irap periodo di imposta 2012, come da comunicazione DF prot.5974 del 11/12/2009:	€ 156.890
iscrizione di apposito capitolo nel preventivo 2011, derivante dall'applicazione a stanziamenti dell'obiettivo 2011 (-0,9%, art.77-ter, comma 3, D.L.112/2008) del patto di stabilità-competenza, giusta comma 2, art.1, L.R. 11 del 24/9/2010:	€ 22.770
iscrizione di Iva non sanitaria 2009, allibrata al minore dei valori degli ultimi anni (€ 9.142.563):	€ 9.142
Quota risorse autonome destinata al finanziamento degli extralea	€ -37.000
-destinazione di quota parte dell'avanzo di amministrazione 2009 con la variazione di bilancio, giusta art.10, L.R. 9 del 2/8/2010:	€ 24.035
iscrizione di apposito capitolo nel preventivo 2011, derivante dai risparmi relativi agli interessi da mutui sulla competenza 2011 individuati con gli stessi criteri di cui all' art. 4, comma 4-octies, D.L.2/2010, giusta comma 3, art.1, L.R. 11 del 24/9/2010	€ 12.593
<b>Totale</b>	<b>€ 188.430</b>
<b>Mezzi di copertura ad ulteriore garanzia</b>	
	<b>€ 118.435</b>



**Sbilancio 2012:**

Risultato di gestione Programmatico da CE (compresi i costi ed i ricavi per extra Lea per 37 mln)	€ +42.345
--	-----------

**Mezzi di copertura:**

Irap periodo di imposta 2013, iscritta pari al valore del 2012:	€ 156.890
---	-----------

<b>Totale</b>	<b>+€ 156.890</b>
---------------	-------------------

<i>Mezzi di copertura ad ulteriore garanzia</i>	<i>199.235</i>
---	----------------