

informa tempestivamente il Direttore Generale per l'avvio del procedimento di cui all'art. 30 dell'ACN, che qui sinteticamente si richiama.

- L'Azienda contesta per iscritto l'addebito al medico, entro 30 giorni dal momento in cui ne viene a conoscenza. Il medico ha la possibilità di produrre le proprie controdeduzioni entro 20 giorni dalla data della contestazione e di essere sentito se lo richiede;
- Il Direttore Generale dell'ASL, valutate le controdeduzioni addotte dallo stesso e sentito l'Ufficio di Coordinamento, procede all'archiviazione del caso o alla irrogazione della sanzione. Il provvedimento è notificato all'interessato entro 30 giorni dalla sua assunzione.
- Le violazioni di maggiore gravità danno luogo alle seguenti sanzioni:
 - a) riduzione del trattamento economico in misura non inferiore al 10% e non superiore al 20% per la durata massima di cinque mesi per infrazioni gravi compreso il reiterarsi di infrazioni che hanno comportato il richiamo con diffida;
 - b) sospensione del rapporto per durata non inferiore a 1 mese per recidiva di infrazioni che hanno comportato la riduzione del trattamento economico;
 - c) revoca del rapporto per infrazioni particolarmente gravi e/o finalizzate all'acquisizione di vantaggi personali, compresa quella di cui all'art. 3019, comma 2, e per recidiva di infrazioni che hanno comportato la sospensione del rapporto.

Al fine della verifica della attuazione delle attività di controllo sulla appropriatezza prescrittiva, il Direttore Generale deve trasmettere obbligatoriamente alla Regione con cadenza trimestrale un report riepilogativo delle attività di verifica effettuate nei singoli Distretti, delle valutazioni dei Direttori di Distretto nell'alveo dell'UDMG e delle eventuali procedure sanzionatorie applicate.

In tale contesto è stata adottata la Determinazione Dirigenziale n. 16/2016 avente ad oggetto: *Misure urgenti per il contenimento della spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale convenzionata. Determinazione dei tetti di spesa per singola Azienda Sanitaria Locale per l'anno 2017* (Sistema Documentale Piani di Rientro al prot. n. 1 - A del 09/01/2017.)

Va inoltre evidenziato che dal 31.12.2017 il principio attivo ipolipemizzante rosuvastatina, oggetto di uno dei provvedimenti sull'appropriatezza prescrittiva, perderà il brevetto e ciò comporterà di conseguenza un'ulteriore riduzione della spesa farmaceutica convenzionata (al momento non valutabile nelle more della ridefinizione dei costi di acquisto).

Nella tabella che segue la sintesi delle azioni e gli impatti economici per la costruzione del documento programmatico che sono stati fortemente sottodimensionati rispetto ai risparmi possibili, indicati in tabella VI-11.

CRONOPROGRAMMA				
Intervento GOFAR 03.01: Appropriately Prescriptive and Therapeutic Adherence				
CRONOPROGRAMMA		INDICATORE	ENTRO	Adempimento (e riferimento documentale)
GOFAR 03.01.01	Sistema di Budget MMG/PLS per governo ATC critici con la collaborazione dell'AReSS	Atto amministrativo regionale di approvazione	31/03/2017	
GOFAR 03.01.02	Elaborazione prime linee guida di indirizzo al corretto utilizzo del farmaco	Atto amministrativo regionale di approvazione	30/06/2017	DGR 2034/2016 (prot. n. 4-A del 16/01/2017 e prot. 21-A del 02/02/2017) DGR 177/2017 (prot. 34-A del 27/02/2017) DGR 473/2017 (prot. 62-A del 10/04/2017) DGR 699/2017 (prot. 76-A del 23/05/2017) DGR 700/2017 (prot. 77-A del 23/05/2017) DGR 250/2017 (prot. 45 - A del 01/03/2017) DGR 1019/2017 (prot. 97-A del 04/07/2017)
GOFAR 03.01.03	Elaborazione ulteriori linee guida di indirizzo al corretto utilizzo del farmaco	Atto amministrativo regionale di approvazione	31/12/2017	Nota prot. AOO_081/3487/2017 (prot. 152 - A del 24/07/2017)
Impatto Economico Intervento (in migliaia di euro)		2016	2017	2018
		-	-€ 10.000	-€ 25.000.

Tabella VI – 12. GOFAR 03.01. Cronoprogramma ed impatto economico

Intervento GOFAR 03.02: Governo Farmaci Innovativi Oncologici

Nell'ambito dell'assistenza oncologica si assiste ad un crescente aggravio della spesa sanitaria in relazione alla maggiore utilizzazione di farmaci ad alto costo rispetto ad altre branche della medicina clinica. In particolare, l'introduzione di terapie a bersaglio molecolare, note come *targeted therapy*, ed ancor più dell'immunoterapia nel trattamento di varie forme tumorali ha comportato un significativo allungamento della sopravvivenza e dei periodi di remissione a favore dei pazienti rispetto alle chemioterapie convenzionali con un conseguente miglioramento della qualità di vita.

Gli studi promossi da società scientifiche tra cui l'AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica) e l'ASCO (American Society of Clinical Oncology) hanno documentato come la *targeted therapy* comporti migliori risposte terapeutiche in quanto neutralizza selettivamente nelle cellule tumorali le anomalie funzionali dei geni correlati allo sviluppo del tumore senza danneggiare le cellule sane come invece avviene con i comuni chemioterapici. La minore tossicità della *targeted therapy* comporta peraltro un sensibile risparmio nei costi di gestione delle complicanze correlate al trattamento dei tumori. Infatti, l'insorgenza di infezioni, citopenie e malattie organiche da tossicità iatrogena, è molto ridotta se confrontata agli effetti collaterali delle chemioterapie citotossiche. Questi farmaci, superiori come efficacia terapeutica e minore tossicità, possono essere utilizzati soltanto dopo la caratterizzazione molecolare del genoma tumorale. Pertanto, la diagnostica oncogenomica dei più comuni tumori costituisce una condizione essenziale e necessaria per l'utilizzo dei farmaci della *targeted therapy*.

L'innovazione culturale dell'oncogenomica consente l'adozione di possibili strategie politiche in tema di farmaco-economia offrendo possibilità di razionalizzazione dell'uso dei farmaci ad alto costo. In questo senso, potenziali programmi attuativi comprendono le seguenti iniziative da attuarsi a cura dell'Agenzia Sanitaria Regionale (AReSS):

- **Qualificazione di centri oncologici per la prescrivibilità di farmaci ad alto costo**, soggetti a nota AIFA con relativi piani terapeutici, che deve essere limitata a centri oncologici di riferimento per specifiche tipologie tumorali configurati in PDTA (Percorso diagnostico Terapeutico Assistenziale), riducendo la spesa per farmaci ad alto costo utilizzati al di fuori di un percorso assistenziale riconosciuto.
- **Istituzione di centri di riferimento regionali per la diagnostica oncogenomica**, che può favorire una più razionale utilizzazione della *targeted therapy*. Si ritiene che siano sufficienti nel territorio pugliese tre centri clinici attrezzati per la diagnostica molecolare dei tumori che ricevono campioni tumorali da centri periferici collegati in rete. L'attuazione di questa iniziativa si integra con la effettiva attivazione della Rete Oncologica Regionale e con un progetto regionale 'pilota' di oncogenomica è attualmente in corso presso la Divisione di Oncologia Medica del Policlinico di Bari, presso cui vengono studiate le alterazioni molecolari di quasi tutti i tumori eleggibili a trattamenti con la *targeted therapy* presso l'IRCCS Giovanni Paolo II di Bari e l'IRCCS Saverio De Bellis di Castellana Grotte.
- **Razionalizzazione della prescrivibilità dei farmaci ad alto costo**. Questa iniziativa può essere attuata secondo le seguenti modalità:
 - a) Prescrivibilità affidata a specialisti in oncologia operanti presso strutture specifiche. clinicizzate con posti letto dedicati all'oncologia;
 - b) Prescrivibilità controllata in relazione alla diagnosi oncogenomica di tumore qualora prevista dall'AIFA.
- **Istituzione di un capitolo di spesa dedicato ai farmaci ad alto costo per l'oncologia**. La disponibilità di un fondo dedicato all'acquisto dei farmaci ad alto costo secondo l'incidenza territoriale dei vari tumori consentirebbe alle Aziende ospedaliere in cui sono

operativi i centri oncologici autorizzati, di programmare piani di spesa per l'acquisizione di questi farmaci.

Si evidenzia inoltre la previsione di una azione relativa all'allestimento delle terapie oncologiche a livello sovraziendale nell'alveo della nuova rete oncologica pugliese (prevista quale intervento nel presente piano). Tale modello organizzativo permetterà al contempo di soddisfare i requisiti dei galenici oncologici e di liberare le risorse derivanti dal recupero degli avanzi di lavorazione dei farmaci, mediante la diminuzione dei laboratori e l'accorpamento delle attività di allestimento.

CRONOPROGRAMMA			
Intervento GOFAR 03.02: Governo Farmaci Innovativi Oncologici			
AZIONE		INDICATORE	ENTRO
GOFAR 03.02.01	Ricognizione e ridefinizione dei centri prescrittori dei farmaci oncologici ad alto costo con particolare riguardo agli impatti finanziari, maggiori, ai volumi e alle risposte cliniche, a cura di AReSS	Studio e DGR di recepimento	31/03/2017
GOFAR 03.02.02	Progettazione, in collaborazione con AReSS, della rete della diagnostica oncogenomica con relativa definizione dei requisiti dei centri, dei protocolli di accesso agli stessi e del programma di dotazione tecnologica e organica	Atto di istituzione e regolamentazione dei centri di diagnostica oncogenomica	31/05/2017
		2016	2017
		2018	
Impatto economico		<i>I risparmi, per quanto attesi, non sono stimabili anche a fronte di un altrettanto atteso incremento dei trattamenti legati al corrente trend epidemiologico</i>	

Tabella VI – 13. GOFAR 03.02. Cronoprogramma ed impatto economico

PROGRAMMA GOFAR 04: GOVERNANCE FARMACEUTICA REGIONALE

Intervento GOFAR 04.01: Commissione e Prontuario Regionale

L'analisi dei consumi dei farmaci all'interno delle varie Aziende Sanitarie ha messo in risalto un'elevata variabilità dei medicinali utilizzati, in quanto gli acquisti sono indirizzati attraverso i propri Prontuari Terapeutici Aziendali (PTA). Ciò ha reso evidente la necessità di ridurre gli elementi di disomogeneità all'interno della Regione.

Il Prontuario Terapeutico rappresenta uno strumento di governo clinico e di condivisione delle scelte in materia di appropriatezza nell'uso dei farmaci e di ottimizzazione delle risorse; per espletare appieno la funzione di indirizzo delle scelte terapeutiche verso i medicinali con maggior rapporto costo/efficacia clinica deve assumere carattere vincolante a livello regionale, sia in ambito ospedaliero che territoriale, delimitando considerevolmente il numero dei farmaci rispetto.

Con D.G.R. n. 984 del 06/07/2016, in alternativa al precedente Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale (PTOR), è stato istituito il nuovo Prontuario Terapeutico Regionale (PTR) Ospedale-Territorio con carattere vincolante, inteso quale strumento di governo della

spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale e della relativa continuità terapeutica, con particolare riferimento all'appropriatezza e alla aderenza alla terapia successivamente alle dimissioni del paziente e presa in carico da parte del MMG e PLS.

Con la stessa D.G.R. n. 984/2016, è stata contestualmente istituita la Commissione Tecnica Farmaceutica Regionale (CTFR), quale organismo multidisciplinare tecnico-scientifico regionale cui sono stati assegnati i principali compiti specifici di:

- aggiornamento del PTR tenendo in doverosa considerazione:
 - a) l'analisi delle prove di efficacia "*evidence-based medicine*" sulla base della letteratura scientifica pubblicata anche rispetto alle indicazioni terapeutiche registrate e alle vie di somministrazione più appropriate;
 - b) la preferenza, nell'ambito delle categorie dei farmaci considerate omogenee, di farmaci dotati di rilevanti indicazioni terapeutiche aggiuntive oltre quella principale della categoria stessa;
 - c) la valutazione del rapporto costo-efficacia dei farmaci;
 - d) la valutazione del profilo rischio-beneficio dei farmaci e, in fase di aggiornamento, la valutazione dei dati di farmacovigilanza e di sicurezza nell'impiego dei farmaci e della loro via di somministrazione;
 - e) la valutazione del grado di innovatività terapeutica dei nuovi farmaci;
 - f) la disponibilità di farmaci di fascia C, Cnn, solo se ritenuti indispensabili per rispondere a particolari esigenze assistenziali che non trovano valida alternativa.
- elaborazione di Linee Guida/Raccomandazioni per il corretto utilizzo del farmaco a valenza regionale, per la fissazione di criteri di appropriatezza clinica nella definizione di interventi curativi per patologie particolari, nonché, percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali e studi di monitoraggio e valutazione dell'uso dei farmaci e Dispositivi Medici, che dovranno necessariamente coinvolgere figure sanitarie a vario titolo.

La DGR 6 luglio 2016, n. 984 "Governo dell'appropriatezza d'uso dei farmaci "Istituzione Commissione Tecnica Regionale Farmaci" e contestuale revoca Commissioni istituite con la DGR 350/2008 e s.m.i. e con la D.D. 15/2006 (ex DGR n. 1226 del 24.08.2005 DGR 08 novembre 2016, n. 1706", la DGR 08 novembre 2016, n. 1706 "DGR n. 984/2016. Nomina della Commissione Tecnica Regionale Farmaci" e la DD. n. 4/2017 recante "DGR n. 984/2016 e DGR n. 1706/2016. Approvazione delle modalità di funzionamento della Commissione Tecnica Regionale Farmaci (CTRF), sono stati trasmessi nella piattaforma documentale dei piani di rientro ed acquisiti al prot. n. 2 - A del 10/01/2017.

In particolare, si prevede di elaborare entro il primo trimestre 2017 le seguenti linee guida e di obiettivo:

- utilizzo dei farmaci ipolipemizzanti (Nota AIFA 13);
- utilizzo degli antibiotici;
- utilizzo di farmaci antiipertensivi (ace-sartani);
- utilizzo dei farmaci per il trattamento di ASMA e BPCO;
- utilizzo dei farmaci antiacidi

- utilizzo dei farmaci NAO
- utilizzo dei nuovi farmaci antidiabetici orali;
- utilizzo delle insuline a lunga durata di azione ad alto costo.

Nell'ambito dell'intervento in parola si ritiene opportuno evidenziare anche la attività di riorganizzazione della rete dei centri prescrittivi autorizzati per la diagnosi e cura delle malattie rare di cui al DM 279/2001, al fine di un più accurato controllo della spesa associata a tale categoria di assistiti. Tale revisione sarà effettuata dalla Commissione Regionale di concerto con il Coordinamento Malattie Rare (COREMAR) presso l'ARES Puglia.

Inoltre, al fine di introdurre un ulteriore strumento di governo della spesa farmaceutica anche nell'ambito della gestione delle Malattie Rare, notoriamente caratterizzata da frequente ricorso ad usi off-label dei medicinali oltre che da prescrizioni a carico SSN di prodotti farmaceutici o parafarmaceutici normalmente non rimborsabili, si intende procedere a:

- rendere effettivo e diffuso l'utilizzo nel Sistema Informativo Regionale per la gestione delle Malattie Rare (SIMaRRP) di un modulo specifico per la registrazione dei protocolli farmaceutici prescritti per ogni patologia rara;
- rafforzare la sinergia tra il Coordinamento Regionale delle Malattie Rare e la Commissione Regionale Farmaci al fine di verificare ed eventualmente autorizzare tutti i nuovi protocolli terapeutici registrati dai prescrittori nel sistema informativo regionale SIMaRRP, individuando opportunamente la rimborsabilità o meno di farmaci/parafarmaci/dispositivi medici prescritti nei casi di utilizzi off-label ovvero di prodotti normalmente non rimborsabili (ad es. farmaci di categoria C).

L'adozione di tale modello organizzativo e l'implementazione del SIMaRRP con il modulo per la gestione della terapia farmacologica, oltre ad aumentare l'appropriatezza prescrittiva e limitare le prescrizioni off-label/di prodotti parafarmaceutici messe a carico del SSR, consentirà di accedere ai protocolli terapeutici già validati da parte delle altre Regioni convenzionate con il Veneto per l'utilizzo del SIMaRRP (ad oggi Emilia Romagna, Liguria, Campania, Umbria, Trento e Bolzano) dando quindi la possibilità di esaminare e fare proprie le valutazioni già vagliate da parte di altri gruppi Tecnici operanti in altre regioni.

Una volta validati, i protocolli farmacologici prescritti nell'ambito delle varie patologie rare assumeranno una validità a livello regionale, saranno resi disponibili quali standard per il trattamento di una data malattia rara e condivisi sul Sistema Informativo SIMaRRP a livello Regionale, non necessitando di successive ulteriori valutazioni e/o autorizzazioni, garantendo a tutti i pazienti pari livello di accesso alle terapie su scala regionale.

Inoltre, tra le iniziative per il miglioramento della *governance* e del controllo della spesa farmaceutica si ritiene di dover apportare modifiche al Regolamento Regionale n. 17/2003 della Regione Puglia nella parte in cui inibisce ai medici specialisti dipendenti del Servizio Sanitario Regionale di effettuare prescrizioni in regime di assistenza farmaceutica

territoriale sul ricettario farmaceutico del SSR (o in modalità dematerializzata ai sensi del DM 2/11/2011) al fine di tracciare meglio la spesa farmaceutica rinveniente dagli stessi specialisti e differenziarla in maniera più netta rispetto a quella effettuata dai MMG e PLS (cosiddette prescrizioni indotte).

CRONOPROGRAMMA				
Intervento GOFAR 04.01: Commissione e Prontuario Regionale				
AZIONE		INDICATORE	ENTRO	Adempimento (e riferimento documentale)
GOFAR 04.01.01	Nomina commissione revisione PTR	DGR di nomina Commissione	31/12/2016	DGR 1706/2016 (prot. n. 2 - A del 10/01/2017)
GOFAR 04.01.02	Revisione del PTOR regionale ed istituzione del nuovo PTR vincolante ospedale/territorio	Atto di adozione nuovo PTR	30/06/2017	DD 151/2017 (prot. n. 59 - A del 23/03/2017) DD 230/2017 (prot. n. 78-A del 23/05/2017) DD 307/2017 (prot 174 - A del 06/11/2017)
GOFAR 04.01.03	Approvazione prime linee guida	DGR di approvazione linee guida	31/03/2017	DGR 869/2017 (prot. 95-A del 04/07/2017) DGR 870/20187 (prot. 96-A del 04/07/2017)
GOFAR 04.01.04	Approvazione ulteriori linee guida	DGR di approvazione linee guida	30/09/2017	
GOFAR 04.01.5	Revisione dei centri prescrittori per le malattie rare e potenziamento <i>governance</i>	Atto amministrativo di revisione	30/06/2017	
GOFAR 04.01.06	Modifica RR n. 17/2003	Regolamento di modifica	30/06/2017	DGR 1492/2017 (prot. 161 - A del 11/10/2017) RR 17/2017
Impatto Economico Intervento (in migliaia di euro)		2016	2017	2018
		0	-€ 1.000	-€ 2.000

Tabella VI – 14. GOFAR 04.01. Cronoprogramma ed impatto economico

Intervento GOFAR 04.02: Risk Sharing

Si intende potenziare le attività delle Aziende Sanitarie Locali inerenti la chiusura delle schede di monitoraggio AIFA in particolare relative ai medicinali per i quali sono stati sottoscritti

accordi con i fornitori per il recupero di somme da parte di Aziende sanitarie a fronte del raggiungimento di obiettivi specifici.

Si deve porre l'attenzione sulla necessità che per tutti i trattamenti dichiarati "RIMBORSABILI", a conclusione del trattamento, il medico è obbligato alla compilazione delle schede di fine trattamento, in modo da consentire al farmacista preposto di procedere alla richiesta di rimborso.

Da una attenta valutazione effettuata tramite i cruscotti di monitoraggio del sistema AIFA, si rileva la presenza di alcune criticità che si intende sanare:

- per molti trattamenti dichiarati rimborsabili non si è proceduto, da parte dello specialista, a compilare la scheda di fine trattamento con conseguente impossibilità di richiedere il relativo rimborso da parte del farmacista ospedaliero/territoriale;
- per i farmaci sottoposti a Piano Terapeutico i medici specialisti non procedono all'invio del relativo Piano Terapeutico ai Servizi Farmaceutici competenti per le attività di controllo della appropriatezza, della aderenza e della efficacia della terapia.

Saranno pertanto fornite opportune indicazioni e si procederà al potenziamento delle azioni di monitoraggio da parte della Regione e delle Direzioni Sanitarie delle Aziende Sanitarie.

In considerazione del danno erariale derivante dal mancato inserimento dei dati nei registri di monitoraggio da parte degli operatori sanitari (medici e farmacisti), le Direzioni Generali, in accordo a quanto previsto dagli accordi contrattuali con il personale dipendente e convenzionato e dalla regolamentazione aziendale, dovranno ad attivare le procedure sanzionatorie, in caso di mancata osservanza delle disposizioni in materia di farmaci soggetti a monitoraggio, nonché l'avvio di procedimenti per il recupero delle somme non incassate.

CRONOPROGRAMMA				
Intervento GOFAR 04.02: Risk Sharing				
AZIONI		INDICATORE	ENTRO	Adempimento (e riferimento documentale)
GOFAR 04.02.01	Potenziamento della struttura regionale di verifica dello stato delle schede	Atto amministrativo regionale e circolari applicative	31/03/2017	
GOFAR 04.02.02	Monitoraggio continuo	Report trimestrali	Dal 31/03/2017 a cadenza trimestrale	Nota AOO_081/2529 del 23/11/2017 (prot. 22-A del 02/02/2017) Nota AOO_081 03-11-2017/5300 (prot. 175 - A del 06/11/2017).
Impatto Economico Intervento (in migliaia di euro)		2016	2017	2018
		-	-€ 1.000.	-€ 2.000

Tabella VI – 15. GOFAR 04.02. Cronoprogramma

Intervento GOFAR 04.03: Sistema Direzionale Farmaceutico

In Regione Puglia si è ormai consolidato il processo di informatizzazione del sistema sanitario attraverso il sistema informativo Edotto. Tutti i domini assistenziali espressi dal SSR trovano oggi flussi di alimentazione, database, infrastrutture tecnologiche e procedure omogenee su tutto il territorio regionale.

Concluso il processo di uniformità tecnologica e informativa su scala regionale che ha richiesto del tempo per il superamento della eterogeneità tecnica delle organizzazioni (pubbliche e private) e delle inevitabili resistenze culturali, è possibile ora avviare con decisione la stagione delle “informazioni per le decisioni”. Va in questa direzione il percorso avviato da qualche mese di realizzare un cruscotto direzionale per il monitoraggio della spesa farmaceutica.

La versione attuale utilizza, al momento, i flussi farmaceutici del sistema Tessera Sanitaria (ex comma 5 dell’art. 50 della l.n. 326/2003) e il contabilizzato mensile Edotto, ricavato dalla acquisizione ottica delle ricette rosse e dai dati dell’erogato della ricetta dematerializzata, integrati con le anagrafiche regionali degli assistiti e dei medici di famiglia; è in fase di perfezionamento l’integrazione con il più aggiornato flusso (in tempo reale) del prescritto ex DM 2/11/2011 (ricetta dematerializzata).

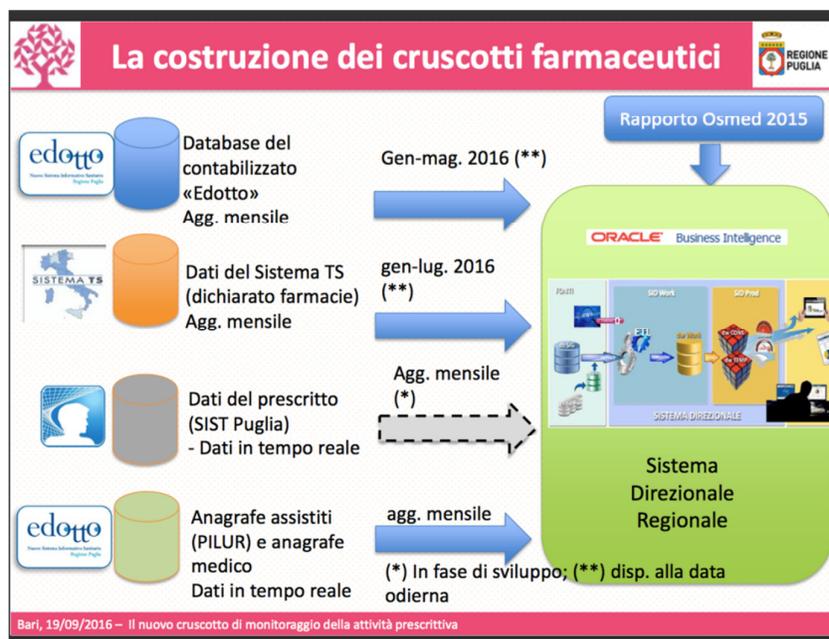


Figura VI – 3. Flussi di alimentazione del cruscotto farmaceutico territoriale

Il cruscotto si compone di diversi pannelli. Il primo offre una panoramica regionale dettagliata per ASL e con confronti rispetto alla media regionale e, soprattutto, rispetto alla media nazionale relativamente a tre metriche: importo lordo procapite (popolazione pesata), media confezioni per assistito pesato, DDD per 1000 assistibili pesati. Il secondo pannello approfondisce le stesse metriche (confronti con benchmark inclusi) a livello di singolo distretto socio-sanitario di una data ASL. Con la stessa logica di analisi verticale il terzo pannello prosegue, in un distretto socio-sanitario, il confronto tra singoli medici di famiglia.



Figura VI – 4. Confronto tra medici dello stesso distretto sociosanitario o della stessa ASL

L'ultimo e più articolato pannello consente al singolo medico di avere una panoramica (grafica e tabellare) del proprio posizionamento in termini di spesa lorda pro-capite pesata (anche come obiettivo atteso, DDD per 1000 assistibili pesati, costo medio DDD, primi 8 ATC a maggior scostamento dalla spesa lorda nazionale e quota prescrizioni in liste di trasparenza.

Il medico di base può controllare il proprio cruscotto accedendo al sistema informativo con le stesse credenziali in uso per l'accesso ad altre funzioni a supporto della attività assistenziale. Il cruscotto viene modificato su base mensile e le variazioni sono notificate al medico a mezzo email.

Inoltre per ogni categoria di farmaci sottoposta per le quali si definiscono linee guida ed obiettivi di riduzione della spesa e dei consumi viene elaborata una apposita scheda di monitoraggio per il singolo medico prescrittore (esempio Scheda monitoraggio prescrizioni "Ipolipemizzanti")

Inoltre con lo stesso sistema si fornisce alle Direzioni Generali uno strumento per la verifica ed il monitoraggio mensile dell'andamento della spesa farmaceutica (sia ospedaliera che territoriale) rispetto ai tetti prefissati con le specifiche degli scostamenti rispetto agli obiettivi del presente Piano Operativo.. Il cruscotto è costruito al fine di consentire una lettura a più livelli di approfondimento e supportare le direzioni strategiche delle Aziende Sanitarie nelle azioni di competenza.

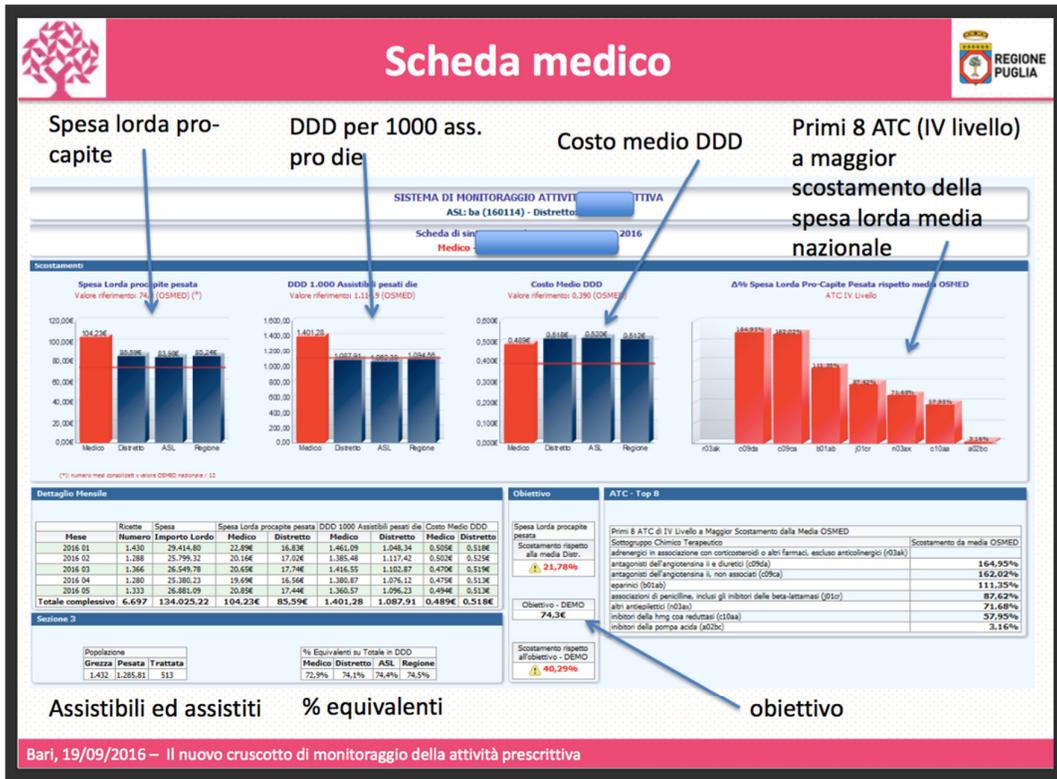


Figura VI – 5. Cruscotto del MMG/PLS

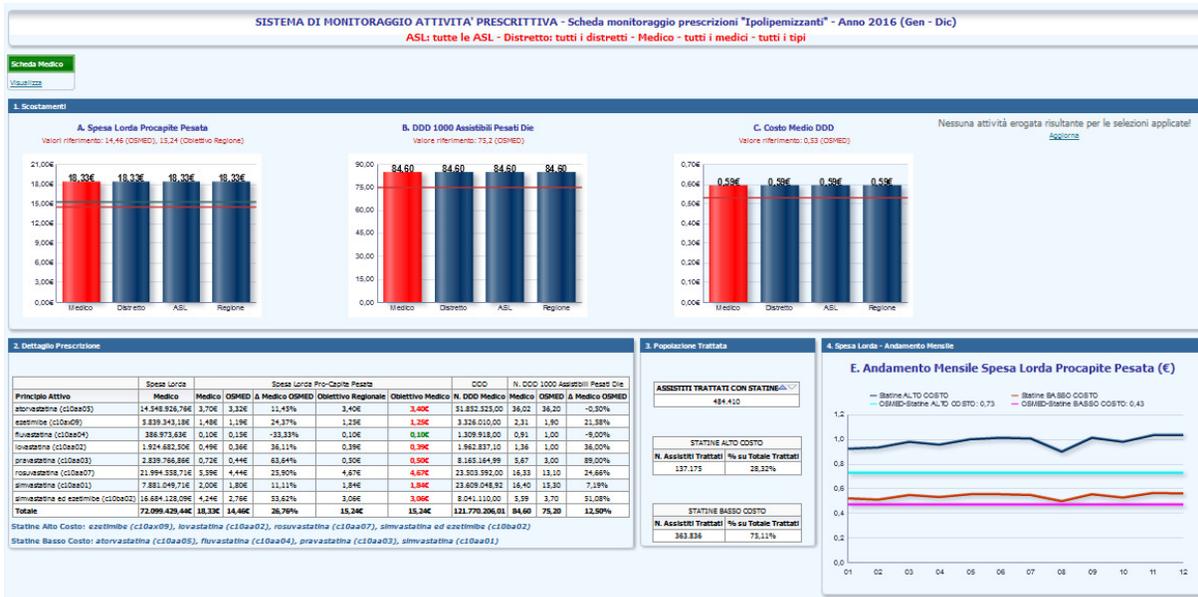


Figura VI – 6. Scheda monitoraggio prescrizioni "Ipolipemizzanti"

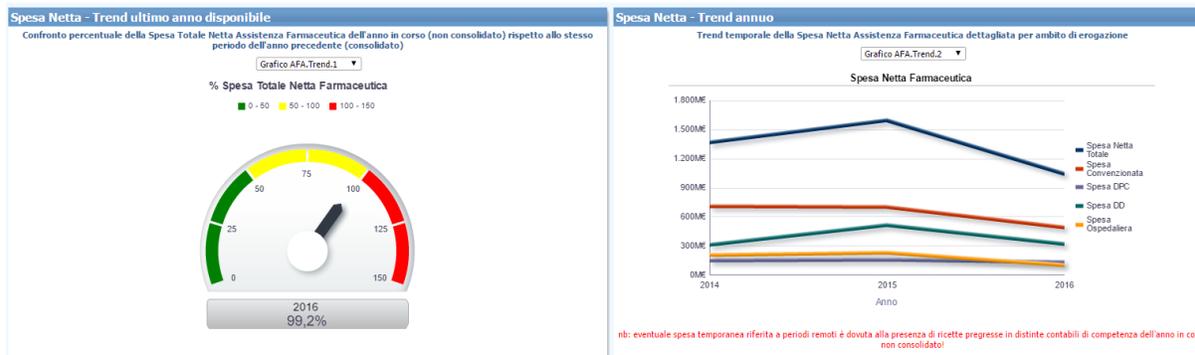


Figura VI – 7. Cruscotto di alto livello a supporto delle direzioni strategiche

Questa azione è complementare e di supporto alle azioni sopra descritte e concorre al raggiungimento degli obiettivi economici dell'intera misura. Tuttavia si ritiene di poter stimare un obiettivo di risparmio derivante dal solo potenziamento delle azioni di monitoraggio e di restituzione ai singoli prescrittori dei dati delle proprie prescrizioni.

Intervento GOFAR 04.03: Sistema Direzionale Farmaceutico				
AZIONE		INDICATORE	ENTRO	Adempimento
GOFAR 04.03.01	Implementazione del cruscotto di monitoraggio per singolo medico	Relazione tecnica sulla implementazione	31/01/2017	Note attuative e descrittive (prot. 20-A del 02/02/2017. prot. 58 - A del 20/03/2017. prot. 103 - A del 05/07/2017. prot. 159 - A del 10/10/2017).
GOFAR 04.03.02	Individuazione e condivisione con MMG e PLS di obiettivi strategici specifici relativa alla riduzione della spesa farmaceutica pro-capite	DGR di adozione degli obiettivi per singolo medico	28/02/2017	Prima fase individuazione obiettivi di spesa media procapite allegato DGR 2198/2016 (prot. 10-A del 19/01/2017)
GOFAR 04.03.03	Individuazione e condivisione di un set di indicatori per il monitoraggio continui della spesa per l'acquisto diretto di farmaci	Relazione tecnica sulle funzioni implementate	31/03/2017	Relazione su cruscotti di monitoraggio continuo della spesa per l'acquisto diretto di farmaci (prot. 176 - A del 06/11/2017.)
Impatto Economico Intervento (in migliaia di euro)		2016	2017	2018
		-	- 2.000.	- 3.000

Tabella VI – 17. GOFAR 04.03. Cronoprogramma ed impatto economico

CAPITOLO VII

[GOAMM] INNOVARE E GOVERNARE I PROCESSI DI SUPPORTO E COMPLEMENTO TECNICO-AMMINISTRATIVO PER LA SALUTE

PROGRAMMA GOAMM 01: CENTRALIZZAZIONE ACQUISTI

Il Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti ha messo in atto nel corso del 2016 molteplici iniziative ed attività per conseguire gli obiettivi fissati dalla normativa nazionale in tema di centralizzazione degli acquisti, in costante sinergia con i referenti del Soggetto Aggregatore (SA), individuato nella società in house Innovapuglia spa, e con le Aziende Sanitarie.

Intento prioritario della struttura è la creazione di un centro di coordinamento regionale autorevole, nell'ambito del quale realizzare un confronto qualificato per la ricerca delle soluzioni ottimali e l'attivazione degli interventi conseguenti al fine della razionalizzazione e qualificazione della spesa sanitaria, a tutela dell'interesse collettivo prima ancora che in quello delle singole Aziende Sanitarie. Tale approccio, indispensabile per favorire meccanismi di condivisione e collaborazione con tutti i componenti del processo in funzione degli obiettivi fissati, si ritiene possa spiegare piena efficacia nel medio periodo.

Con deliberazione n. 2256/2015 *“Razionalizzazione degli acquisti sanitari. Abrogazione deliberazione n. 1391/2012, modifica DGR n. 2356 del 18/11/2014. Disposizioni”* ha impartito disposizioni per supportare il soggetto aggregatore Innovapuglia spa nell'indizione e gestione delle 14 categorie di acquisti individuate dal Tavolo degli Aggregatori Nazionali in adempimento al disposto del DL 66/2014 (DPCM 24/12/2015). Intento prioritario della struttura è la creazione di un centro di coordinamento regionale autorevole, nell'ambito del quale realizzare un confronto qualificato per la ricerca delle soluzioni ottimali e l'attivazione degli interventi conseguenti al fine della razionalizzazione e qualificazione della spesa sanitaria, a tutela dell'interesse collettivo prima ancora che in quello delle singole Aziende Sanitarie. Tale approccio, indispensabile per favorire meccanismi di condivisione e collaborazione con tutti i componenti del processo in funzione degli obiettivi fissati, si ritiene possa spiegare piena efficacia nel corso del triennio 2016-2018.

In particolare, sono state individuate le Azienda Capofila, riportate in tabella GOAMM-01, quali supporto al soggetto aggregatore per la gestione delle procedure di gara aggregate.

Procedura di Gara	CAPOFILA
Defibrillatori	A.O.U. POLICLINICO
Protesi d'anca	A.O.U. POLICLINICO
Stent	ASL BT
Pace-maker	A.O.U. POLICLINICO
Aghi e siringhe	ASL BT
Medicazioni generali	ASL BR
Ausili per incontinenza (ospedalieri e territoriali)	ASL BT
Farmaci	ASL BA
Farmaci PHT	ARES
Integrati per gestione apparecchiature elettromedicali	ASL BR
Ristorazione	ASL BA

Procedura di Gara	CAPOFILA
Lavanderia	ASL BA
Smaltimento rifiuti	ASL FG

Tabella GOAMM-01-01. Procedure di gara ed Aziende capofila

A febbraio 2016 è stata effettuata una attività di analisi e di ricognizione delle gare per beni e servizi appartenenti alle suddette categorie, dalla quale sono emerse le disposizioni di cui alla **DGR n. 73 del 10/02/2016**, con la quale la Giunta Regionale ha stabilito quanto segue in relazione alle gare afferenti le 14 categorie merceologiche del DPCM 24/12/2015.

Procedura di Gara	Stato (febbraio 2016)	Decisione (febbraio 2016)
Defibrillatori	Gara da bandire	
Protesi d'anca	Esistono due procedure in corso: 1)Gara bandita a livello centrale in Unione di Acquisto, capofila ASL TA, per n. 351 lotti di cui n. 32 lotti per protesi d'anca (dal n. 274 al n.305), l'importo complessivo per tali lotti a base di gara (quadriennale) di euro 33.578.293,49. La gara è stata bandita su piattaforma telematica. 2)Gara bandita dall'A.O.U. Policlinico in data 18..12.2013	1)la gara, bandita In UTA regionale a metà agosto 2015, presenta i requisiti di cui alla DGR n. 2256/2015, risulta prioritaria per il SSR. 2) la gara è stata bandita In UTA tra A.O.U. Policlinico e ASL BA, è in corso di aggiudicazione, risulta prioritaria per il SSR. Per l'anno 2016 l' A.O.U. Policlinico di Bari è stata individuata, con DGR n. 2256/2015, come capofila a supporto del soggetto aggregatore. Considerando le procedure già in corso, tale procedura di gara è da bandire attraverso il soggetto aggregatore solo per le tipologie merceologiche residuali non ricomprese nelle gare già bandite e per tipologie di oggetti caratterizzati da particolari specificità tecniche e sulla base di motivate necessità.
Stent	Gara bandita in UTA tra A.O.U. Policlinico di Bari e OO.RR. di Foggia ad aprile 2015. L'aggiudicazione è prevista nel prossimo mese.	Occorre bandire la gara regionale attraverso il soggetto aggregatore per tutte le ASL territoriali e per gli IRCCS pubblici che tenga conto anche dei fabbisogni del Policlinico di Bari e OO.RR. di Foggia per la rispettiva adesione allo scadere dei contratti rivenienti dalla gara in LITA in via di aggiudicazione.
Pace-maker	Gara da bandire	
Aghi e siringhe	Gara da bandire	
Medicazioni generali	Gara da bandire	

Procedura di Gara	Stato (febbraio 2016)	Decisione (febbraio 2016)
Ausili per incontinenza (ospedalieri e territoriali)	Gara da bandire	
Farmaci	Gara indetta il 9 novembre 2015 in Unione Temporanea d'Acquisto tra OO.RR. capofila, ASL BT, ASL TA e ASL FG su SDAPA Consip con previsione di apertura offerte 28/01/2016. Per farmaci in PHT vedi di seguito. Gara da bandire	Le procedure di acquisizione di farmaci rientranti nel PHT regionale saranno bandite attraverso il soggetto aggregatore, capofila Ares Puglia. Le suddette procedure saranno calendarizzate da parte del soggetto aggregatore nel I trimestre 2016. La gara farmaci sarà bandita dal Soggetto Aggregatore con capofila la ASL BA, tenendo conto anche dei fabbisogni degli OO.RR. di Foggia, ASL BT, ASL FG e ASL TA per la rispettiva adesione allo scadere dei contratti rivenienti dalla gara in UTA in via di aggiudicazione.
Vaccini	Gara da bandire	
Servizi Integrati per gestione apparecchiature elettromedicali	Gara da bandire	
Pulizia	Il Servizio attribuito attualmente alle società in house per ASL Bari, BAT, BR, FG, LE, TA, A.O.U. Policlinico	
Ristorazione	Gara bandita dall'A.O.U Policlinico e dalla ASL di Lecce. Entrambe per esigenze delle singole aziende e in Cartaceo	Le procedure di gara contrastano con quanto disposto sia a livello nazionale che a livello regionale. Gare aziendali da revocare ed indire procedura regionale
Lavanderia	Gara bandita da ASL BA e A.O.U. Policlinico per esigenze delle singole Aziende, non in UTA. La gara della ASL TA è in aggiudicazione provvisoria	Le procedure di gara contrastano con quanto disposto sia a livello nazionale che a livello regionale. Gare aziendali da revocare ed indire procedura regionale.
Smaltimento rifiuti	Gara da bandire	

Tabella GOAMM-01-02. Situazione delle procedure di gara per l'anno 2016 (come da DGR 73/2016)

Il processo avviato ha prodotto, nei primi nove mesi di attività del 2016, l'approvazione degli atti prepedeutici per le seguenti procedure di acquisto:

1. Ausili per incontinenza, Importo a base d'asta di € 149.097.395,95
2. Medicazioni generali, importo a base d'asta di € 49.668.477,98
3. Aghi e Siringhe, importo a base d'asta € 50.648.791,95
4. Defibrillatori e Pacemakers, importo a base d'asta € 138.514.240,00

5. Farmaci PHT, importo a base d'asta complessivo € 169.701.666,00
6. Avvio del sistema dinamico di acquisizione (SDA) regionale per l'acquisto di farmaci

Successivamente con DGR 11 ottobre 2016, n. 1584 recante "Procedure di acquisto aggregate del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2016. Modifica DGR n. 2256/2015. Ulteriori disposizioni" si è proceduto ad aggiornare le procedure per la centralizzazione degli acquisti e la aggregazione dei fabbisogni al fine di accelerarne l'attuazione.

Inoltre con nota circolare prot. AOO_081/PROT/18/11/2016/0002459 sono state fornite ulteriori indicazioni alle Aziende Sanitarie Locali per la aggregazione dei fabbisogni e la gestione delle gare non ricomprese nelle categorie merceologiche di cui al DPCM 24/12/2015.

La documentazione sopra indicata è stata trasmessa al sistema documentale ed acquisita al Sistema Documentale Piani di Rientro, prot. n. 11 - A del 19/01/2017.

Pertanto, entro il I trimestre del 2017, la Regione Puglia intende bandire per il tramite del proprio soggetto aggregatore tutte le gare per beni e servizi ricomprese nelle suddette categorie merceologiche.

Di seguito la tabella GOAMM-01 con i riepilogativi delle gare pianificate e dei relativi tempi di aggiudicazione dei risparmi presenti che si ipotizza di conseguire nel 2017 e nel 2018 prudenzialmente (importi abbattuti anche percentualmente per tener conto di eventuali ritardi medi di aggiudicazione).

Tipologia	Intervento	Spesa annua	Scadenza	Indicatore	Risparmi previsti		
					2016	2017	2018
Farmaci	Indizione IV TRIM 2016 e aggiudicazione III TRIM 2017 per un consumo annuo di € 874 mln (nota_1)		30/09/17	gara aggiudicata	-	Si veda intervento GOFAR 01.04: Aggregazione e centralizzazione delle gare dei farmaci	Si veda intervento GOFAR 01.04: Aggregazione e centralizzazione delle gare dei farmaci
Vaccini	Indizione II TRIM 2017 e aggiudicazione IV TRIM 2017 per un consumo annuo in corso di definizione (nota_2)		31/12/17	gara aggiudicata	-	Non quantificato (fabbisogno in corso di definizione)	Non quantificato (fabbisogno in corso di definizione)
Stent	Indizione II TRIM 2017 e aggiudicazione II TRIM 2018 per un consumo annuo di € 9.072.140	9.071.140 €	30/06/18	gara aggiudicata	-		453.557 €
Ausili per incontinenza	Gara bandita a maggio 2016 e aggiudicazione attesa nel III TRIM 2017 per un consumo annuo di € 23.296.468	23.296.468 €	30/09/17	gara aggiudicata	-	582.412 €	2.329.647 €

Protesi d'anca	Aggiudicazione nel II semestre 2017 su due diverse UTA regionali per un consumo annuo di circa € 10.000.000 (nota_3), (*)	10.000.000 €	30/06/17	gara aggiudicata	-	500.000 €	1.000.000 €
Medicazioni generali	Gara bandita a luglio 2016 e aggiudicazione attesa nel III TRIM 2017 per un consumo annuo di € 8.737.813	8.737.813 €	30/09/17	gara aggiudicata	-	218.445 €	873.781 €
Defibrillatori	Indizione IV TRIM 2016 e aggiudicazione IV TRIM 2017 per un consumo annuo di € 22.291.875	22.291.875 €	31/12/17	gara aggiudicata	-		2.229.188 €
Pace-maker	Indizione IV TRIM 2016 e aggiudicazione III TRIM 2017 per un consumo annuo di € 3.238.875	3.238.875 €	30/09/17	gara aggiudicata	-	80.972 €	323.888 €
Aghi e siringhe	Indizione IV TRIM 2016 e aggiudicazione III TRIM 2017 per un consumo annuo di € 8.127.074.	8.127.074 €	30/09/17	gara aggiudicata	-	203.177 €	812.707 €
Servizi integrati gestione apparecchiature elettromedicali	Indizione II semestre 2017 e aggiudicazione I TRIM 2018 per un consumo annuo di € 3.250.000	3.250.000 €	31/03/18	gara aggiudicata	-		243.750 €
Ristorazione	Indizione II TRIM 2017 e aggiudicazione II TRIM 2018 per un consumo annuo di € 30.562.200	30.562.200 €	30/06/18	gara aggiudicata	-		1.528.110 €
Lavanderia	Indizione II TRIM 2017 e aggiudicazione I TRIM 2018 per un consumo annuo di € 23.713.313	23.713.313 €	31/03/18	gara aggiudicata	-		1.778.498 €
Smaltimento rifiuti sanitari	Indizione II TRIM 2017 e aggiudicazione II TRIM 2018 per un consumo annuo di € 16.562.250	16.562.250 €	30/06/18	gara aggiudicata	-		828.113 €
TOTALE						1.585.006 €	12.401.238 €

Note

Nota_1: avviato il sistema dinamico di acquisizione (SDA farmaci)

Nota_2: l'iniziativa in atto è in corso di conclusione per cui si rende necessario procedere ad una ulteriore procedura aggregata

Nota_3: la procedura di gara di riferimento regionale è quella della ASL di Taranto, la gara del Policlinico di Bari in UTA con la ASL di Bari si riferisce solo ad alcune particolari tipologie di protesi

(*)documento acquisito alla piattaforma documentale prot. 70 - A del 19/04/2017.

Tabella GOAMM 01-03. Stima dei risparmi

La suddetta pianificazione può essere costantemente consultata mediante il "Piano delle Iniziative" che rappresenta l'insieme di tutte le iniziative di acquisto aggregate dei Soggetti Aggregatori, inerenti le categorie merceologiche di beni e servizi di cui al DPCM 24 dicembre 2015., disponibile alla pagina:

https://www.acquistinretepa.it/opencms/opencms/soggetti_aggregatori_new/iniziative/

La pianificazione e l'ulteriore aggregazione delle gare nel 2017 e nel 2018 potrà essere ulteriormente integrata sulla base delle decisioni del Tavolo Nazionale dei Soggetti Aggregatori e delle pianificazioni annuali previste dal DPCM 14/11/2014.

CRONOPROGRAMMA		INDICATORE	ENTRO	Adempimento (e riferimento documentale)
GOAMM01.01.01	Ricognizione gare aggregate	Relazione sullo stato delle attività 2016	31/01/2017	DGR 1584/2016 (prot. 11 - A del 19/01/2017) Relazione (prot. 17-A del 30/01/2017)
GOAMM 01.01.02	Pianificazione gare anno 2017	Relazione sulla pianificazione delle attività	31/03/2017	Relazione pianificazione 2017 (prot. 64-A del 13/04/2017)
GOAMM 01.01.03	Ricognizione gare aggregate (nota_1)	Relazione annuale sullo stato delle attività Stato intermedio semestrale	31/12/2017 Entro il 31/7/2017 e 31/7/2018 con riferimento al semestre precedente	Relazione stato gare (prot. 108- A del 05/07/2017) Accordo quadro attrezzature informatiche. (prot. 180-A del 06/11/2017) DD 12/2017 (prot. 184 - A del 06/11/2017)
GOAMM 01.01.04	Pianificazione gare anno 2018	Relazione sulla pianificazione delle attività	31/03/2018	
GOAMM 01.01.05	Ricognizione gare aggregate	Relazione sullo stato delle attività	31/12/2018	
Impatto Economico Intervento (in migliaia di euro)		2016	2017	2018
		-	- 1.585	- 12.401

Nota_1: in aggiunta alla ricognizione disponibile su:

https://www.acquistinretepa.it/opencms/opencms/soggetti_aggregatori_new/iniziative/

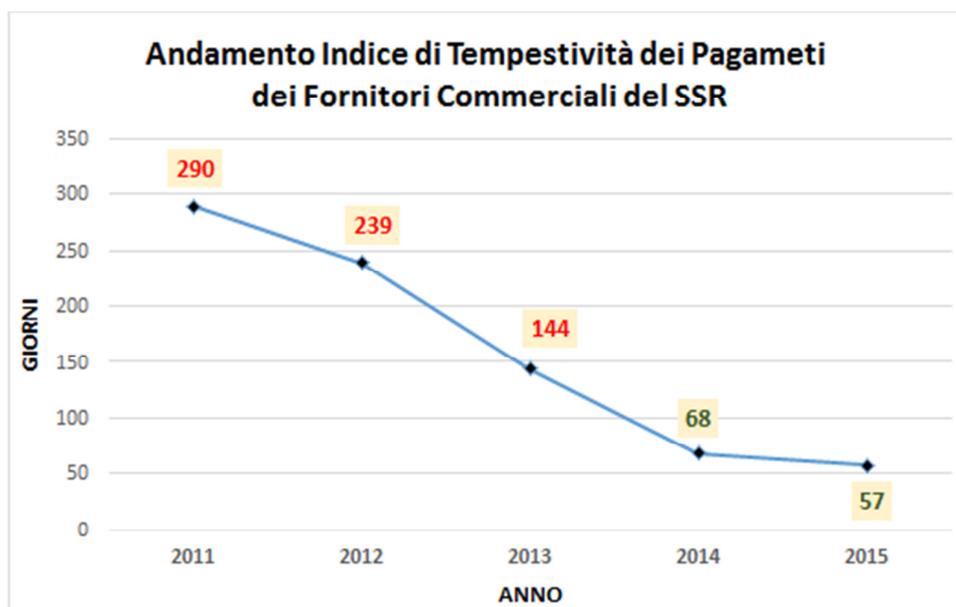
Tabella GOAMM 01-04. Cronoprogramma GOAMM 01.01

La responsabilità del coordinamento delle azioni è della Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche insieme al Soggetto Aggregatore (InnovaPuglia S.p.A.)

PROGRAMMA GOAMM 02: ARMONIZZAZIONE E REGOLARITÀ AMM.VO-CONTABILE

Intervento GOAMM 02.01: Tempestività Pagamento Fornitori

Lo stretto monitoraggio dei debiti commerciali delle Aziende Sanitarie pugliesi con lo scopo di migliorare i tempi medi di pagamento dei fornitori, con particolare riferimento alla Direttiva 2011/7/UE in materia di riduzione dei tempi di pagamento, ha permesso alle aziende sanitarie di passare da un ritardo medio di 290 giorni del dicembre 2011 ai 42 giorni di giugno 2016.



Risultati programmati

La Regione Puglia si impegna a ridurre l'ITP a zero entro il 31 dicembre 2017 mettendo in atto una serie di iniziative economico organizzative insieme alle Aziende del SSR. Per raggiungere tale risultato la Sezione Amministrazione, Finanza e Controllo (AFC) intende porre in essere alcune azioni:

- **Riorganizzazione delle procedure aziendali e applicazione del Manuale:** avviare una fase riorganizzativa all'interno delle aziende che registrano i maggiori ritardi anche mediante l'applicazione del "Manuale standard delle procedure amministrativo-contabili" adottato dalla Regione Puglia con Atto Dirigenziale della Sezione Controlli n.27 del 18 dicembre 2015.

La Sezione AFC intende potenziare il monitoraggio del "ciclo passivo" per la definitiva risoluzione delle problematiche anche attraverso la responsabilizzazione dei funzionari aziendali e lo snellimento delle procedure per il pagamento delle fatture. Le aziende dovranno:

- recepire, implementare ed applicare il Manuale precedentemente citato al fine di riorganizzare tutta la macchina amministrativa;
- avviare, attraverso l'Area Gestione Risorse Economico Finanziarie (AGREF), il monitoraggio mensile delle fatture in attesa di liquidazione presso ciascuna Unità Operativa per anno di formazione e scadenza;

- formalizzare e mettere a sistema, se non è stata già avviata, la procedura di circolarizzazione dei fornitori;
- definire una più complessiva regolamentazione delle procedure di liquidazione e pagamento delle fatture, individuando puntualmente ruoli e responsabilità cui è assegnato l'obiettivo di garantire il rispetto dei termini di pagamento previsti dalla normativa;
- pensare ad un sistema organizzativo che "accorpi" e "riduca" le Unità Organizzative coinvolte nella fase di ordinazione delle forniture e successiva liquidazione e pagamento;
- implementare un sistema di monitoraggio e verifica dei tempi di ciascuna fase;
- responsabilizzare i dirigenti preposti alle procedure di liquidazione delle fatture inserendo specifici obiettivi nei rispettivi contratti di lavoro, funzionali a perseguire l'obiettivo regionale di ITP.

Sarà compito della Sezione AFC:

- o Controllare trimestralmente la reale applicazione del Manuale all'interno delle singole Aziende e verificare la reale definizione di nuove procedure del "ciclo passivo" volte alla definizione di tempi certi per il pagamento delle fatture;
 - o Creare un flusso informativo per il monitoraggio mensile del Debito e dei Pagamenti;
 - o Monitorare gli obiettivi specifici ai Direttori Generali assegnati con la DGR 2189/2016;
 - o Responsabilizzare i Direttori Generali a dare specifici obiettivi ai Dirigenti preposti alla liquidazione;
 - o Creare un flusso informativo utile a monitorare trimestralmente lo stato dei pagamenti e dei debiti aziendali.
- **Verifica delle risorse finanziarie:** La Sezione AFC continuerà nel monitoraggio mensile del fabbisogno finanziario aziendale allibrando le risorse in tempo reale con lo scopo ultimo di erogare alle Aziende tutto il necessario per il pagamento dei fornitori. La Regione Puglia, quindi, proseguirà nel trasferimento delle risorse agli enti del SSR anche modulando le esigenze di liquidità degli stessi in corso dell'anno. Giova evidenziare che la Regione Puglia ha vietato le anticipazioni bancarie, disponendo delle risorse necessarie per far fronte ai saldi da erogare.
- **Rafforzamento della macchina amministrativa:** Per poter affrontare in modo forte e responsabile la presente problematica, ma anche tutto ciò che concerne le dinamiche aziendali, non meno importante sarà l'inserimento in organico di nuovo personale per rafforzare le aree gestionali-aziendali del SSR, con un occhio particolare alle strutture amministrativo-contabili deputate all'esecuzione delle procedure di pagamento dei fornitori.

Responsabile del procedimento attuativo

Struttura/Dirigente responsabile è il Dirigente della Sezione Amministrazione, Finanza e Controllo.

Risoluzione della problematica Riduzione Tempestività Pagamento Fornitori			
Obiettivi, Azioni da realizzare e Crono programma			
Programma	Obiettivo Generale	Obiettivi Specifici	Indicatori di Risultato
Riorganizzazione delle procedure aziendali e applicazione del Manuale	Applicazione del Manuale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definizione di un sistema di controllo in merito alla reale applicazione del manuale ▪ Creazione di un flusso informativo per il monitoraggio mensile del Debito e dei Pagamenti. ▪ Creazione di un flusso informativo per il monitoraggio del fabbisogno finanziario aziendale. 	<p>Tenuto conto dell'obiettivo generale di ITP a zero, l'obiettivo sfidante massimo è:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ITP medio pari a 30 al 31/12/2016; ▪ ITP medio pari a -5 al 31/12/2017; ▪ ITP medio pari a -10 al 31/12/2018.
Verifica delle risorse finanziarie	Monitoraggio		
Rafforzamento della macchina amministrativa	Individuazione del fabbisogno finanziario delle Aziende del SSR		
Cronoprogramma	<p>Entro dicembre 2016</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Creazione di un flusso informativo per il monitoraggio mensile del Debito e dei Pagamenti. [Adempimento: Rif. A00/168 n. 158,159,160,161,162,163,164,165,166,167 del 13 febbraio 2017] <p>Entro Agosto 2017</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Creazione di un flusso informativo per il monitoraggio del fabbisogno finanziario aziendale. [Adempimento: Rif. A00/168 n. 711 del 3 Luglio 2017] <p>Entro Ottobre 2018</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Definizione di un sistema di controllo in merito alla reale applicazione del manuale delle procedure. 		
Impatto Economico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ In riferimento al triennio 2016-2018, il presente programma non impatta sulla spesa, anzi sono previsti minori costi per conteziosi e risparmi sugli interessi di mora, quantificabili nel 2017 con -2.000.000 per gli accantonamenti per interessi e -2.000.000 per gli interessi addebitati. ▪ Nel 2018 -6.000.000 per gli accantonamenti per interessi e -3.000.000 per gli interessi addebitati 		
Responsabile del Processo Attuativo	del Sezione Amministrazione, Finanza e Controllo		

Intervento GOAMM 02.02: Sistemi di Contabilità Analitica

Analisi del Contesto ed attività concluse

Rispetto al 2012, gli attuali sistemi di contabilità analitica presso le Aziende Sanitarie della Regione e le metodiche in uso sono notevolmente omogenei e nel complesso sufficientemente implementati.

Le fasi del percorso regionale in materia di contabilità analitica sono state:

1. articolazione del piano dei centri di responsabilità e di costo;
2. predisposizione del piano dei fattori produttivi;
3. adozione di criteri obiettivi per la rilevazione dei costi;
4. identificazione delle unità di calcolo;
5. adozione di criteri uniformi per il ribaltamento dei costi;
6. sviluppo ed aggiornamento del sistema di *reporting*;
7. definizione di un sistema comune di indicatori di risultato.

Attività avviate e da avviare

Verrà costituito un panel di referenti regionali ed aziendali sul “Controllo di Gestione”;

Sarà previsto, inoltre, lo sviluppo di una piattaforma di Business Intelligence per:

- la gestione dei flussi informativi (da azienda a regione ed a Ministero (NSIS)).
- fornire un interfaccia web alle Aziende Sanitarie per l’invio dei flussi informativi e la successiva esplorazione degli esiti dei controlli logico-formali automaticamente elaborati sul flusso inviato.
- L’implementazione di un sistema direzionale di controllo a livello regionale ed aziendale.

Rispetto agli adempimenti LEA, le attività già implementate sono:

- a. verifica della coerenza del piano dei centri di costo con la struttura organizzativa aziendale.
- b. verifica della coerenza del Piano dei Fattori Produttivi con Piano dei Conti unico aggiornato ai sensi del D.Lgs. 118/2011.
- c. verifica della quadratura tra contabilità generale ed analitica;
- d. verifica dei sistemi informativi aziendali con verifica dell’implementazione e collegamento con quelli regionali esistenti e da prevedere.
- e. verifica della compilazione del modello L.A. attraverso l’utilizzo della contabilità analitica;
- f. verifica di criteri uniformi per il ribaltamento dei costi indiretti.
- g. verifica dei criteri per la quantificazione dell’attività territoriale svolta in ospedali e, in generale, dei criteri per la gestione e rappresentazione dei costi fra i diversi livelli di assistenza;

Le attività da ultimare sono:

- h. puntuale definizione di un sistema di *reporting* uniforme che costituirà il mezzo naturale di espressione per la rappresentazione dei fatti di gestione e l’individuazione di un sistema di indicatori in grado di descrivere le attività svolte da ciascun centro di responsabilità e di costo;
- i. Istituzione di un sistema di raccolta ed elaborazione dei dati a livello regionale.

In tale ottica si inserisce il progetto di **Activity Based Funding secondo metodologia Costi Standard**

Il Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti della Regione Puglia ha tra i suoi obiettivi il rispetto dei parametri economici di appropriatezza e di efficacia delle prestazioni erogate su tutto il territorio regionale.

In data 27 maggio 2016 è stato sottoscritto un protocollo di intesa con la società Roche S.p.A. (Nr. Rep. 018438 del 9 giugno 2016) volto alla realizzazione di un sistema di Activity - Based Funding (ABF) utile alla determinazione dei costi standard e degli indicatori di benchmarking per la Sanità della Regione Puglia. Il protocollo di cui sopra è stato successivamente recepito mediante Determina Dirigenziale 005/DIR/2016/00006 del 13 giugno 2016.

I costi standard costituiscono un elemento imprescindibile affinché la Regione riesca a: superare "l'approccio a spesa storica" e quello dei "tagli lineari", e possa realmente controllare la spesa sanitaria senza dequalificarla; realizzare un sistema di programmazione di economia sanitaria per poter individuare i cambiamenti futuri e "simularne" gli effetti e monitorarli. Per fare in modo che avvenga tutto ciò, è indispensabile che la Regione:

- 1) costruisca correttamente i costi standard, fissando non dei parametri generici ma analitici, ovvero stabiliti per:
 - prodotto (DRG), in modo da evincere "che cosa si vuole fare", al fine di sapere che cosa si va a finanziare;
 - disciplina (unità erogante), in modo da individuare "chi lo fa", per sapere chi si va a finanziare;
 - attività (degenza I° e II° livello, sala operatoria, ecc.), per conoscere la composizione del prodotto, ovvero "che cosa si dà al paziente";
 - fattore produttivo (personale, farmaci, dispositivi sanitari, ecc.), per sapere "quanto si dà al paziente" (quali/quante risorse sono destinate ad un dato "prodotto").
- 2) disponga di uno specifico sistema di programmazione/valutazione dell'attività secondo la logica dell'Activity-based Funding (ABF), mediante il quale impiegare opportunamente i costi standard prima formulati e ricalcolare gli stessi; mentre i costi standard rappresentano il necessario "propellente" informativo, l'ABF costituisce la "macchina" che consente ad una Regione di raggiungere l'equilibrio tra vincoli di spesa ed esigenze socio-sanitarie;
- 3) abbia un'équipe di dipendenti regionali/delle aziende che siano in grado di utilizzare il sistema ABF.

Risultati programmati

- a) ottemperare ai dettami del Decreto legislativo n°502 del 30/12/1992, del Decreto del Ministero della Salute del 15/4/2004, e soprattutto della Legge n°133 del 6/8/2008 (art.79, comma 1 quinquies), che ribadisce l'esigenza di elaborare i costi standard a livello regionale;
- b) rispettare i requisiti internazionali per determinare i costi standard in Sanità ma calati nella realtà pugliese; ciò si traduce nel determinare i valori di riferimento (standard) economici di tipo analitico (ovvero per fattore produttivo/attività) per tipo di ricovero (ordinario, outliers, 0-1 gg., day hospital), DRG, disciplina di dimissione (Chirurgia generale, Ortopedia, Neurochirurgia, Medicina generale, Cardiologia, Oncologia, Pediatria, ecc.);
- c) calcolare degli indicatori di benchmarking di 1° livello al fine di evincere dove e quanto è possibile migliorare l'efficienza e/o contenere le risorse. Ciò consentirà di formulare delle

valutazioni gestionali per la regione nel suo complesso e per ognuna delle aziende, sia sul totale delle risorse che per aggregazioni di fattori produttivi (personale, dispositivi sanitari, ecc.);

- d) calcolare degli indicatori di benchmarking di 2° livello (confronto tra i costi effettivi delle aziende e standard di cui al punto b);
- e) realizzare dei confronti di benchmarking, seppur di livello meno approfondito di quello realizzato per l'attività di ricovero, anche per le altre macroattività (PS, Ambulatorio per esterni, Territorio), in modo da evincere un sistema di benchmarking per il complesso dell'attività delle aziende;
- f) disporre di uno strumento per elaborare simulazioni gestionali HMG (Health Management Game) a fini decisionali (ad esempio: supporto all'allocazione risorse tra le aziende) e programmatori (ivi compreso il sistema di budgeting);
- g) formare un'équipe (4-5 persone) per la Regione (dipendenti regionali e delle aziende) sull'impiego del programma di cui al punto f, affinché la Regione sia "autosufficiente" nell'utilizzo del sistema ABF.

Il raggiungimento dei suddetti obiettivi avverrà attraverso la realizzazione di un percorso composto da 10 fasi. Le prime due fasi riguardano il "debito informativo" per realizzare il progetto; le restanti fasi si concentrano sull'utilizzo dei dati forniti con le prime due fasi. Ogni fase raggiunge specifici risultati; perciò, non occorrerà aspettare la fine del progetto per avere dei risultati, ma alcuni di essi potranno essere fruibili già durante lo svolgimento del progetto medesimo.

Fase 1. Elaborazione da parte di ciascuna delle Aziende ospedaliere/ASL regionali di una matrice dei costi (tabella 1), in modo da evincere l'allocazione delle risorse per macroattività aziendali.

Fase 2. Analisi della produzione del 2015 per ogni azienda ospedaliera pubblica/ASL della Regione. Ciò si traduce nella richiesta di dati relativi ai ricoveri (attraverso alcune informazioni non sensibili contenute nelle SDO), all'attività ambulatoriale (n°/tipologia di prestazioni e relativo tariffato), alle macroattività PS e Territorio (n° accessi e residenti).

Fase 3. Determinazione dei benchmark di 1° livello dei DRG di tutta la regione, applicando ad ogni episodio di ricovero analizzato nel punto 1, i relativi standard N.I.San. Sommando tali valori di benchmark per tutti gli episodi di ricovero, si otterrà la valorizzazione economico-organizzativa complessiva dell'attività di ricovero per azienda e per la regione nel suo complesso, ossia quante risorse e di che tipo (medici, infermieri, farmaci, ecc.) sarebbe necessario disporre per "produrre" il mix dei ricoveri e delle altre macro-attività.

Fase 4. Comparazione dei costi per l'attività di ricovero scaturiti dalla fase 1 con i relativi benchmark calcolati nella fase 3, in modo da realizzare l'analisi di benchmarking di 1° livello, per ogni azienda e per la regione nel suo complesso, sia a livello generale (costi totali), che per aggregazioni di fattori produttivi.

Fase 5. Determinazione degli standard economici regionali "pugliesi" o standard di 2° livello, sulla base dell'analisi di cui al punto precedente, riparametrando gli standard N.I.San. in funzione dei costi e del mix dei ricoveri effettivamente realizzati.

Fase 6. Determinazione dei benchmark di 2° livello dei DRG di tutta la regione, applicando ad ogni episodio di ricovero analizzato nel punto 1, i relativi standard di cui al punto 5.

Sommando poi tali valori di benchmark per ogni episodio di ricovero, si otterrà la “valorizzazione economico-organizzativa complessiva dell’attività di ricovero” per azienda e per la regione nel suo complesso, ossia quante risorse e di che tipo (medici, infermieri, farmaci, ecc.) sarebbe necessario disporre per “produrre” il mix dei ricoveri e delle altre macro-attività sulla base degli standard “pugliesi”.

Fase 7. Confronto di benchmarking di 2° livello dell’attività di ricovero, tra i costi effettivi aziendali/regionali ed i benchmark relativi scaturiti dalla fase 6, per ogni azienda e per la regione nel suo complesso, sia a livello generale (costi totali), che per aggregazioni di fattori produttivi (personale, farmaci, dispositivi sanitari, ecc.).

Fase 8. Confronto di benchmarking di 2° livello tra i costi effettivi aziendali/regionali per le macroattività “finali” non relative all’attività di ricovero (PS, Ambulatorio per esterni, Territorio) e standard elaborati a partire da parametri di sintesi sulla base dei dati della fase 2. In tal modo, “sommando” tali risultati con quelli scaturiti dalla fase 6, sarà possibile realizzare un’analisi di benchmarking complessiva delle aziende sanitarie regionali;

Fase 9. Elaborazione di un programma informatico di ABF, personalizzato per la Regione Puglia. Tale fase inizierà contestualmente alla fase 1, in tal modo il programma non sarà disponibile solo alla fine del progetto, ma “crescerà” lungo tutta la durata del medesimo.

Fase 10. Formazione per i dipendenti regionali ed un pool di funzionari delle aziende sull’impiego dell’ABF e del relativo programma informatico, affinché la Regione sia nelle condizioni di poter impiegare l’ABF e possa procedere autonomamente alla rielaborazione dei costi standard e dell’analisi di benchmarking.

Indicatori di risultato

- Determinazione dei benchmark di 1° livello;
- Determinazione degli standard economici regionali “pugliesi”;
- Determinazione dei benchmark di 2° livello dei DRG di tutta la regione;
- Elaborazione di un programma informatico di ABF e relativa attività di formazione.

Attività avviate

La Sezione Amministrazione, Finanza e Controllo, di concerto con le Aziende del SSR, ha costituito un Tavolo di Lavoro “Costi Standard” per l’avvio delle attività. E’ attualmente in corso una prima raccolta di informazioni dalle Aziende per la definizione di un primo foglio di lavoro e per completare la prima fase.

Responsabile del procedimento attuativo

Struttura/Dirigente responsabile è il Dirigente della Sezione Amministrazione, Finanza e Controllo.

Contabilità Analitica		
Obiettivi, Azioni da realizzare e Crono programma		
Programma	Obiettivo Generale	Indicatori di Risultato
Contabilità Analitica	<p>Puntuale definizione di un sistema di reporting uniforme che costituirà il mezzo naturale di espressione per la rappresentazione dei fatti di gestione e l'individuazione di un sistema di indicatori in grado di descrivere le attività svolte da ciascun centro di responsabilità e di costo;</p> <p>Istituzione di un sistema di raccolta ed elaborazione dei dati a livello regionale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Provvedimento di Giunta per l'istituzione di un sistema di raccolta ed elaborazione dei dati a livello regionale; ▪ E' prevista la definizione di un capitolato di appalto con l'obiettivo di acquisire un sistema contabile unico a livello regionale anche per il supporto e la gestione della contabilità analitica ed, inoltre, la creazione di una piattaforma Business Intelligence.
Activity Based Funding secondo metodologia Costi Standard	<p>a) Elaborazione matrice dei costi per Azienda con lo scopo di individuare l'allocazione delle risorse per macroattività (PS/Territorio).</p> <p>b) Analisi della produzione 2015 per Azienda</p> <p>c) Comparazione dei costi per attività di ricovero e determinazione dei benchmarking di 1° livello per singole Aziende</p> <p>d) Confronto dei benchmarking di 2° livello per attività di ricovero e non ricovero</p> <p>e) Realizzare un'analisi di benchmarking complessiva delle Aziende Sanitarie</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Determinazione dei benchmark di 1° livello per Regione; 2. Determinazione degli standard economici regionali "pugliesi"; 3. Determinazione dei benchmark di 2° livello dei DRG per Regione; 4. Elaborazione di un programma informatico di ABF e relativa attività di formazione.
Cronoprogramma	<p>Entro giugno 2017</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Determinazione dei benchmark di 1° livello; [Adempimento – Rif. Stato Avanzamento PO – prot. 105-A del 5-7-17] <p>Entro giugno 2017</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Determinazione degli standard economici regionali "pugliesi"; [Adempimento – Rif. Stato Avanzamento PO – prot. 105-A del 5-7-17] <p>Entro giugno 2018</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Determinazione dei benchmark di 2° livello dei DRG di tutta la Regione; <p>Entro dicembre 2018</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborazione di un programma informatico di ABF e relativa attività di formazione; ▪ Definizione report regionale per il Controllo di Gestione; ▪ Istituzione di un sistema di raccolta ed elaborazione dei dati a livello regionale per il Controllo di Gestione. 	
Impatto Economico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ In riferimento al triennio 2016-2018, il presente programma non impatta sulla spesa con maggiori costi. ▪ Sono previsti miglioramenti nella gestione dei processi contabili e si stima, in linea con quanto già realizzato negli ultimi esercizi: <ul style="list-style-type: none"> ○ Proventi straordinari, 2017 (- 3mln) e 2018 (-6 mln) ○ Oneri straordinari, 2017 (- 5 mln) e 2018 (-10 mln) <p>Inoltre in continuità con quanto previsto con le DGR 2582/13 e DGR 867/15, nel 2017 saranno ulteriormente fissati budget per l'utilizzo di fondi propri per l'acquisto di beni durevoli e spese di investimento, anche con lo stanziamento di apposite risorse del bilancio autonomo e fondi comunitari (-7 mln).</p> <p>Nel 2018 sarà invece necessario sulla base della programmazione regionale, per la realizzazione a pieno dei nuovi LEA sostenere gli investimenti sanitari e pertanto si prevede un incremento della spesa di 62 mln di euro, in quanto il nuovo sistema informativo sostituirà quello delle singole aziende. Sono in corso inoltre anche le verifiche di utilizzo dei fondi comunitari e strutturali.</p>	
Responsabile Pr. A.	Sezione Amministrazione, Finanza e Controllo	

<i>Proventi straordinari</i>	2016	2017	2018
		-	- K€ 3.000-

<i>Oneri straordinari</i>	2016	2017	2018
		-	- K€ 5.000

Intervento GOAMM 02.03: Miglioramento Organizzativo *Lean*

Come in altre realtà italiane anche in Puglia negli ultimi anni si sono svolte promettenti sperimentazioni di *lean management* applicato ai processi sanitari.

La filosofia manageriale, che trae origine dai principi di gestione operativa dell'industria automobilistica giapponese (Toyota, in particolare) e che successivamente è stata introdotta – integrandola in maniera occidentale – da Womack e Jones nei primi anni novanta in contesti produttivi più eterogenei, si pone l'obiettivo di produrre un bene o erogare un servizio solo al momento giusto, nella quantità corretta, al prezzo più basso e con la migliore qualità.

Per raggiungere questo obiettivo di massima i *lean thinker* fanno ricorso a una svariata gamma di metodologie e strumenti operativi con cui si standardizzano le procedure, si semplificano/snelliscono i processi, si riducono gli sprechi e si ricercano continuamente miglioramenti incrementali della qualità del ben/servizio.

Sul finire degli anni 90 la metodologia *lean* fa il suo ingresso anche nel mondo sanitario con effetti sorprendenti. L'Italia coltiva da anni, in alcune realtà ospedaliere che ne hanno fatto sistema, l'esperienza e anche in Puglia sono stati realizzati progetti in ASL Bt (LeanLAB), Policlinico di Bari e, più recente, in un'altra ventina di realtà (Going Lean).

Per le opportunità che le sperimentazioni regionali hanno lasciato intravedere in termini di razionalizzazione e semplificazione organizzative e di riduzione degli sprechi, si ritiene ora opportuna di portare a sistema le esperienze. Analogamente a quanto fatto ad Andria si procederà con l'addestramento di cinquanta *lean leader* che saranno assegnati ad altrettanti progetti promossi dalle aziende sanitarie pubbliche in concorrenza per il conseguimento di un premio.

L'intento nei primi due anni di esercizio del progetto non è certo quello di ottenere cospicui ritorni in termini di risparmi quanto di creare un percorso iterativo di disseminazione culturale per fare in modo di generare un duraturo cambiamento culturale nel modo con cui si approcciano i processi organizzativi. Solo a quel punto si potranno apprezzare cambiamenti su larga scala che non i soli cinquanta progetti del primo anno.

Con i documenti di cui al prot. 98-A del 4/7/2017 e al prot. 109-A del 5/7/2017 sono state fornite la Deliberazione del Commissario Straordinario di ARES Puglia per la definizione di un Accordo di collaborazione con la Azienda Ospedaliera Senese per l'attivazione di corsi di Lean Thinking ed i programmi dei Corsi inerenti al Programma di formazione regionale "Sanità LEAN. Salute diValore". La formazione ha avuto inizio il 10 giugno 2017.

CRONOPROGRAMMA		INDICATORE	ENTRO	Adempimenti (e riferimento documentale)
GOAMM 02.03.01	Formazione dei primi 50 <i>lean</i> leader sugli elementi di base del <i>lean management</i>	Avvio, conduzione e conclusione del percorso formativo	28/02/17 (1° ciclo) 31/10/17 (2° ciclo) 30/09/18 (3° ciclo)	Relazione formazione programmata (prot. 109-A del 5/7/2017)
GOAMM 02.03.02	Call alle aziende sanitarie pubbliche per la candidatura di progetti di miglioramento organizzativo-assistenziale	Atti amministrativi regionali per bando e selezione progetti in concorso	31/03/17 (1° ciclo) 30/11/17 (2° ciclo) 15/10/18 (3° ciclo)	
GOAMM 02.03.03	Conduzione e conclusione dei progetti	Evento di restituzione e premiazione	30/06/17 (1° ciclo) 28/02/18 (2° ciclo) 15/12/18 (3° ciclo)	
Impatto Economico Intervento*		2016	2017	2018
		<i>Prudenzialmente i risparmi non sono quantificati.</i>		

Intervento GOAMM 02.04 – Certificabilità dei bilanci del SSR

Analisi del contesto

Il Decreto del Ministero della Salute n. 42 del 18 Gennaio 2011 reca disposizioni in materia di valutazione straordinaria dello stato delle procedure amministrativo-contabili necessarie ai fini della certificazione dei bilanci del settore sanitario ed emana il documento metodologico che traccia il percorso per consentire alle strutture pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale, nonché alle Regioni per la gestione accentrata ed il consolidamento dei dati aziendali, di effettuare la valutazione straordinaria di cui innanzi;

Il titolo II, art. 19 del D.Lgs. 118/2011 “*Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli Enti locali e dei loro organismi, a norma degli art. 1 e 2 della L. n. 42/2009*”, al fine di garantire che gli enti coinvolti nella gestione della spesa finanziata con le risorse destinate al Servizio Sanitario Nazionale concorrano al perseguimento degli obiettivi di finanza pubblica sulla base di principi di armonizzazione dei sistemi contabili e dei bilanci, disciplina le modalità di redazione e di consolidamento dei bilanci da parte dei predetti enti, nonché definisce i principi contabili generali cui devono attenersi gli stessi per l’attuazione delle disposizioni contenute;

Il Piano di rientro, approvato Legge regionale n. 2 del 9 Febbraio 2011, aveva già previsto quale obiettivo prioritario, al paragrafo C1.3, “l’impulso al miglioramento del grado di affidabilità dei conti delle aziende sanitarie pubbliche”, attraverso l’adozione di specifiche iniziative che andassero nella direzione della certificazione contabile e della trasparenza e chiarezza della rendicontazione contabile.

In data 17 settembre 2012 con Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell’Economia e delle Finanze, in adempimento all’art. 1 comma 291 della Legge 266/2005 e dell’art. 11 del Patto per la Salute 2010-2012, che ha stabilito all’art. 2 “l’Obbligo di certificabilità dei dati”, prevedendo che gli Enti Sanitari devono garantire, sotto la

responsabilità e il coordinamento delle Regioni di appartenenza, la certificabilità dei propri dati e dei propri bilanci. Per certificabilità si intende l'applicazione di una regolamentazione della materia contabile e di un sistema di procedure amministrativo contabili che ponga gli Enti Sanitari nella condizione, in ogni momento, di sottoporsi con esito positivo alle verifiche e alle revisioni contabili.

Da ultimo, il Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze del 1 marzo 2013, così come previsto dall'art.3 del decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze di cui sopra, ha definito le indicazioni e le linee guida per le fasi di predisposizione, presentazione, approvazione e verifica dell'attuazione del Piano Attuativo della Certificabilità (PAC).

Attività Svolte

Atteso che le disposizioni contenute nel Titolo II del D.Lgs. 118/2011, riguardanti la gestione del bilancio regionale con riferimento, tra l'altro, al consolidamento dei conti degli enti sanitari ed alla rilevazione, attraverso scritture di contabilità economico-patrimoniale, del finanziamento regionale sanitario direttamente gestito, trovano diretta ed immediata applicazione a partire dal 1 gennaio 2012, anche ai fini delle verifiche di certificabilità e che in attuazione del D.M. del 17 settembre 2012 gli Enti del SSR, sotto la responsabilità ed il coordinamento della Regione, devono garantire la certificabilità dei propri dati e dei propri bilanci, la Regione Puglia, con DGR 1060/2012, ha avviato un percorso attuativo finalizzato a perseguire la concreta certificabilità dei bilanci secondo le fasi di seguito indicate:

- 1) ricognizione e valutazione straordinaria delle procedure amministrativo-contabili e delle risultanze contabili all'interno delle aziende;
- 2) accompagnamento degli Enti del S.S.R. nel percorso di adeguamento delle procedure, dei sistemi e delle competenze finalizzate alla certificabilità dei bilanci;
- 3) certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie.

In relazione alla prima fase, la Regione, così come previsto dall'art. 1, c. 2 del DM n. 42/2011, ha provveduto alla valutazione straordinaria finalizzata alla verifica della qualità e del rispetto delle procedure amministrativo-contabili, come da nota prot. n. 168/249 del 20.03.2012 indirizzata al "Tavolo adempimenti e Comitato LEA - Verifica annuale Piano di Rientro" ed avente ad oggetto la relazione sullo stato di implementazione delle attività di cui al D.lgs 118/11, Titolo II.

Per l'implementazione della seconda fase, la D.G.R. n. 1060/2012 ha demandato al Dirigente del Servizio Controlli il coordinamento e la supervisione del "piano di adeguamento ai requisiti per la certificazione dei bilanci degli enti sanitari", ivi comprese le attività per l'espletamento di idonea procedura ad evidenza pubblica (gara europea) - riservata a società di revisione iscritte nell'Albo Speciale CONSOB ai sensi dell'art. 161 del D.Lgs. 24 febbraio 1998, n. 58 (T.U.F.) e dell'art. 43, comma 1, lettera i), del D.Lgs. 27 gennaio 2010, n. 39 - per l'affidamento dei servizi di seguito dettagliati:

- implementazione di un piano di azione che partendo dai risultati della verifica straordinaria e dalla ricognizione sul campo delle prassi amministrativo-contabili degli Enti Sanitari, definisca in modo puntuale le attività da svolgere;
- attuazione di un percorso graduale di razionalizzazione delle metodologie e delle procedure amministrativo-contabili al fine di favorire l'armonizzazione delle procedure contabili ai sensi della normativa vigente ed in relazione all'evoluzione della disciplina nazionale in materia di contabilità sanitaria;
- implementazione di un processo di sviluppo del potenziale e di capacity building per l'adeguamento delle competenze tecniche necessarie agli Enti Sanitari ed agli Uffici regionali coinvolti ai fini della certificazione di bilancio;
- normalizzazione dei flussi formativi e documentali finalizzata a migliorare la qualità dei dati contabili ed a rinnovare la cultura del controllo interno;
- implementazione di procedure scritte, anche attraverso la messa a punto di apposita manualistica, per la definizione e standardizzazione delle modalità operative da seguire per il perseguimento della certificazione;
- definizione ed estensione di test formali e sostanziali, diretti ed indiretti, volti a migliorare il grado di affidabilità del sistema amministrativo contabile;
- supporto nella definizione di decisioni in materia organizzativa e di controllo interno, coinvolgimento della dirigenza attraverso la valutazione dei processi aziendali, integrazione nel sistema di valutazione di elementi a marcato carattere contabile amministrativo, supporto al processo di certificazione del bilancio;
- emissione, in relazione all'avanzamento della procedura di affiancamento, di lettere e rapporti intermedi e finali.

Con Determinazione Dirigenziale del Servizio Controlli n. 23 del 17 luglio 2012 è stata indetta la procedura di gara per l'affidamento alle società di revisione dei suddetti servizi.

Con Determina Dirigenziale n. 20/2013, il Servizio Controlli ha approvato il Piano operativo per l'attuazione della D.G.R. n. 1060/2012, conformando i piani di attività presentati dalle società di revisione mandatarie degli RR.TT.II aggiudicatari. Il citato Piano Operativo, individua il cronoprogramma delle attività da svolgere da parte degli RR.TT.II a supporto degli Enti del SSR e i connessi output.

Successivamente con Determina Dirigenziale n.12 del 22 aprile 2015 il Servizio Controlli, al fine di garantire il perseguimento degli obiettivi di cui alla DGR 1060/2012, ha prorogato la scadenza originarie del Piano Operativo.

Nell'ambito del Piano operativo 2013-2015, all'attività 6.1, è stata prevista la realizzazione di procedure di verifiche concordate, ai sensi dell'International Standard on Related Services "ISRS 4400- Engagements to Perform Agreed-Upon Procedures Regarding Financial

Information”, sulle principali voci di bilancio d’esercizio chiuso al 31 dicembre 2012 e al 31 dicembre 2013 degli Enti del Servizio Sanitario Regionale.

Pertanto, la strategia seguita dall’amministrazione regionale nel perseguire l’obiettivo della certificabilità ha previsto da un lato il supporto agli Enti del Servizio Sanitario Regionale attraverso la predisposizione e l’adozione di manuali delle procedure allo scopo di rafforzare il sistema di controllo interno, e dall’altro il supporto operativo nell’individuazione delle principali criticità contabili che ostano al raggiungimento dell’obiettivo stesso.

Nuovi Obiettivi

Al termine dell’attività di affiancamento delle società di Revisione nell’ambito del PAC, Le Aziende sanitarie, pur avendo raggiunto risultati in termini di miglioramento della bontà dei dati contabili per aree di bilancio e di proceduralizzazione delle attività, hanno ancora la necessità comune di portare a compimento il Percorso attuativo di certificabilità fatta eccezione dell’IRCCS Giovanni Paolo II, il quale, ha già ottenuto la certificazione del bilancio per l’esercizio 2015.

A fronte di questa comune esigenza e come anticipato in sede di verifica ministeriale del 21 marzo 2017, si è previsto di prorogare la scadenza del PAC alla data del 31 dicembre 2019.

La Regione per permettere la certificabilità dei bilanci delle Aziende del S.S.R. pugliese entro il 31 dicembre 2019, ha predisposto, un’ apposita gara, in corso di pubblicazione, il cui oggetto consiste nella prestazione di servizi professionali diretti a supportare gli Enti del S.S.R. Pugliese nelle attività connesse al raggiungimento dei requisiti di certificabilità dei bilanci degli Enti del S.S.R. Pugliese.

Di seguito riportiamo il programma delle attività:

N.	DATE	Azioni / obiettivi specifici	Soggetti
1	MAG-AGO 2017:	Pubblicazione gara	Regione
2	SET-NOV 2017:	- Verifica e aggiornamento delle procedure scritte presenti nella manualistica predisposta nelle precedenti fasi; - definizione ed estensione di test formali e sostanziali, diretti ed indiretti, volti a migliorare il grado di affidabilità del sistema amministrativo contabile;	Aziende/Soc. Revisione
3	NOV 2017 - DIC 2017:	- predisposizione di inventariazione fisica delle immobilizzazioni e delle Rimanenze di Magazzino	Aziende/Soc. Revisione
4	GEN 18-LUG	Attività di assistenza per il superamento dei	Aziende/Soc.

	2018	limiti ancora presenti nelle diverse aree di bilancio e che ostano alla certificabilità dello stesso. (Esercizio 2017)	Revisione
5	LUG 2018 - AGO 2018	Predisposizione di report riepilogativi delle risultanze di lavoro che permettano di individuare lo stato avanzamento lavori per il completamento del PAC e dunque le attività correttive da espletare nell'anno 2018/2019	Aziende/Soc. Revisione
6	SET 2018 - OTT 2019	- Verifica e aggiornamento delle procedure scritte presenti nella manualistica predisposta nelle precedenti fasi; - definizione ed estensione di test formali e sostanziali, diretti ed indiretti, volti a migliorare il grado di affidabilità del sistema amministrativo contabile;	Aziende/Soc. Revisione
7	NOV 2018 - DIC 2018:	-Verifica della correttezza delle procedure inventariali eseguite dall'azienda e dell'eventuale recepimento delle rettifiche inventariali	Aziende/Soc. Revisione
8	GEN 19-LUG 2019	Attività di assistenza per il superamento dei limiti ancora presenti nelle diverse aree di bilancio 2018 e che ostano alla certificabilità dello stesso.	Aziende/Soc. Revisione
9	AGO 19-OTT 2019	Predisposizione report Finali	Aziende/Soc. Revisione

Con l'attuazione del crono programma verranno di fatto rispettate ma anche riprogrammate le attività previste nello schema fornito nell'allegato A della citata D.G.R. n.1170 del 21/06/2013 con cui è stato adottato il Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC) degli Enti del Servizio Sanitario Regionale.

Responsabile del	GSA – Amministrazione Finanza e Controlli e Struttura di Raccordo
Processo	regionale
Attuativo	

	2016	2017	2018
Proventi straordinari	-	-	- K€ 1.500.

CAPITOLO VIII

PIANO ASSUNZIONALE

Fabbisogno ed esigenze assunzionali

Per quanto concerne il personale del Servizio Sanitario Regionale si registra che di fatto, dopo il blocco del turnover degli anni 2010-2012, nel successivo triennio si è riusciti a compensare con nuove assunzioni solo il personale cessato del periodo 2013-2015.

Si rileva dunque la stringente necessità, al fine di garantire i LEA nonchè l'attuazione del D.Lgs. 161/2014 su orario di lavoro e riposi compensativi del personale sanitario, di procedere ad assunzioni a tempo indeterminato nel rispetto dei limiti imposti dall'art. 2, comma 71 della L.191/2009 s.m.i., garantendo comunque la sostituzione del turnover e la stabilizzazione del personale precario in possesso dei requisiti previsti per legge.

Peraltro, l'andamento della spesa del personale a livello regionale nel triennio 2013-2015 non è sensibilmente variato, nonostante le assunzioni sia a tempo determinato che indeterminato, come risulta dalla seguente tabella.

Tab. 1 – SPESA DEL PERSONALE S.S.R. 2013-2015

Spesa del personale al netto dei rinnovi contrattuali post 2004 ai fini del controllo di cui all'art.2 comma 71 della L.191/2009 s.m.i.			
2013	2014	2015	Tetto di spesa (2004-1,4%)
€ 1.754.151.688	€ 1.752.366.000	€ 1.755.714.000	€1.961.863.417

Con riferimento al fabbisogno di personale si evidenzia che il Piano sul fabbisogno di personale ospedaliero della Regione Puglia, predisposto in attuazione dell'art. 1, co. 541 della Legge n. 208/2015, è stato trasmesso al Tavolo tecnico del D.M. 70/2015 nel marzo 2016, e successivamente integrato - da ultimo - in data 24/1/2018, in adeguamento alla metodologia ministeriale di determinazione del fabbisogno condivisa in sede di Tavolo ex DM 70/2015 nel febbraio 2017 ed opportunamente revisionato per renderlo coerente con l'attuale rete ospedaliera regionale.

Sulla base di tale Piano sul fabbisogno di personale, attualmente al vaglio del Tavolo tecnico, emerge un fabbisogno complessivo di personale ospedaliero pari a n. 30.939 unità, per un costo complessivo di € 1.241.023.510. Nell'ambito del predetto fabbisogno, n. 2.797 unità di personale medico si riferiscono all'Area dell'Emergenza-urgenza (che comprende – secondo le indicazioni ministeriali – le seguenti discipline: Cardiologia; Chirurgia Generale; Medicina e Chirurgia d'Accettazione e Urgenza; Medicina Generale; Terapia Intensiva Neonatale; Terapia Intensiva e Anestesia; Rianimazione), la cui centralità e rilevanza all'interno del sistema sanitario ne rende prioritarie le assunzioni.

Al fabbisogno di personale ospedaliero di cui innanzi deve essere poi aggiunto il fabbisogno di personale relativo all'assistenza territoriale, che può stimarsi in un ulteriore 30-35%.

Ad avvenuta approvazione del predetto Piano di fabbisogno da parte dei Ministeri affiancanti e ad avvenuta emanazione di apposite linee guida regionali in materia di dotazioni organiche ai sensi dell'art. 3, co. 5, lett. g) del D.Lgs. 502/1992, le Aziende ed Enti del S.S.R. potranno

procedere all'adozione delle nuove dotazioni organiche, da sottoporre al controllo della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 30 della L.R. n. 36/1994.

Per ciò che riguarda le assunzioni, sono state finora autorizzate – sulla base delle Deliberazioni di Giunta Regionale n. 581/2013 s.m.i., n. 183/2014 s.m.i., n. 1824/2014 s.m.i. e n. 1072/2016 ed entro il limite dei risparmi certificati al 31.12.2013 e quantificati dal M.E.F. in € 207.712.000 – le assunzioni riportate nella seguente Tabella 2. Si ritiene utile precisare che con l'ultimo degli atti deliberativi citati, la DGR n. 1072/2016, la Regione ha modificato l'impostazione metodologica, non autorizzando più l'assunzione di singole unità (per disciplina) con indicazione dei corrispondenti costi, ma autorizzando l'utilizzo a fini assunzionali di un importo massimo per ciascuna Azienda e definendo i criteri per l'elaborazione da parte delle medesime Aziende dei piani assunzionali, volti a "fronteggiare le criticità verificatesi con l'entrata in vigore del nuovo orario di lavoro di cui all'art.14 della L. 161/2014 e tenendo conto delle nuove esigenze assistenziali derivanti dall'applicazione del riordino della rete ospedaliera".

Tab. 2 - ASSUNZIONI AUTORIZZATE

AZIENDA/ENTE	DGR 581/2013 s.m.i.		DGR 183/2014 s.m.i.		DGR 1824/2014 s.m.i.		DGR 1072/2016	COSTI COMPLESSIVI
	UNITA'	COSTI	UNITA'	COSTI	UNITA'	COSTI (66,96%)	COSTI	
ASL BA	65	€ 4.968.000	418	€ 25.952.000	277	€ 15.475.126	€ 7.695.060	€ 54.090.186
ASL BR	10	€ 1.154.000	60	€ 5.768.000	207	€ 9.205.661	€ 4.542.339	€ 20.670.000
ASL BT	21	€ 1.468.000	/	€ 0	181	€ 8.246.794	€ 4.083.744	€ 13.798.538
ASL FG	9	€ 1.008.000	25	€ 1.874.000	155	€ 7.945.474	€ 6.800.244	€ 17.627.718
ASL LE	5	€ 560.000	28	€ 1.810.000	150	€ 7.125.883	€ 6.165.117	€ 15.661.000
ASL TA	15	€ 1.544.000	158	€ 11.236.000	242	€ 10.972.066	€ 10.823.777	€ 34.575.843
AOU "Policlinico"	251	€ 11.146.000	6	€ 876.000	260	€ 11.112.682	€ 5.510.772	€ 28.645.454
AOU "Ospedali Riuniti"	43	€ 2.776.000	/	€ 0	145	€ 7.404.437	€ 3.653.563	€ 13.834.000
IRCCS "De Bellis"	0	€ 0	2	€ 224.000	53	€ 2.257.891	€ 1.114.109	€ 3.596.000
IRCCS "Giovanni Paolo II"	26	€ 1.807.000	4	€ 328.000	52	€ 2.057.011	€ 1.014.989	€ 5.207.000
TOTALE	445	€ 26.431.000	701	€ 48.068.000	1722	€ 81.803.023	€ 51.403.714	€ 207.705.737

Gli importi autorizzati riportati nella precedente tabella sono stati utilizzati, comunque in misura parziale, per assunzioni di nuovo personale in larga parte in sostituzione del personale cessato dalle Aziende del SSR.

Il costo delle assunzioni effettuate al 31/12/2016, rispetto a quelle autorizzate, è esplicitato nella seguente Tabella 3, costruita sulla base dei dati forniti dalle singole Aziende in riscontro ad apposita richiesta regionale prot. AOO_151-3121 del 27/3/2017.

Tab. 3 - COSTO ASSUNZIONI EFFETTUATE AL 31/12/2016 (su autorizzate)

AZIENDA/ENTE	COSTI AUTORIZZATI	COSTI EFFETTIVAMENTE SOSTENUTI
ASL BA	€ 54.090.186	€ 33.169.128
ASL BR	€ 20.670.000	€ 15.439.176
ASL BT	€ 13.798.538	€ 10.752.448
ASL FG	€ 17.627.718	€ 3.402.255
ASL LE	€ 15.661.000	€ 13.174.807
ASL TA	€ 34.575.843	€ 8.861.907
AOU "Policlinico"	€ 28.645.454	€ 26.107.181,93
AOU "Ospedali Riuniti"	€ 13.834.000	€ 5.708.082
IRCCS "De Bellis"	€ 3.596.000	€ 2.538.377
IRCCS "Giovanni Paolo II"	€ 5.207.000	€ 3.409.772
TOTALE	€ 207.705.737	€ 122.563.133

Con i risparmi non ancora utilizzati si procederà alla definizione di un nuovo piano assunzionale per il biennio 2017-2018, che non implichi il superamento del limite di spesa regionale certificato dal M.E.F. di € 1.961.863.417, al netto dei rinnovi contrattuali intervenuti dopo il 2004.

Personale cessato

Il personale cessato annualmente, per mobilità o quiescenza, nel triennio 2013-2015 ha prodotto nuovi risparmi. La percentuale di riduzione annuale del personale nel predetto triennio è stata in costante crescita, passando dal 4 al 7% e creando non pochi problemi di gestione delle strutture assistenziali.

Una stima dei minori costi per cessazioni è di circa 86 milioni annui, al netto dei rinnovi contrattuali e dei fondi contrattuali aziendali.

Si riportano di seguito, in Tab. 4, i dati relativi al personale cessato nell'anno 2016 ed ai conseguenti risparmi, nonché le previsioni di cessazioni e connessi risparmi per gli anni 2017 e 2018.

Tab. 4 - PERSONALE CESSATO 2016-2017-2018

AZIENDA/ENTE	Cessazioni 2016	Risparmio	Cessazioni 2017 (previsione)	Risparmio	Cessazioni 2018 (previsione)	Risparmio
ASL BA	324	€ 18.000.973	261	€ 13.467.916	95	€ 5.821.655,06
ASL BR	80	€ 3.745.091	84	€ 4.032.947	21	€ 1.231.269,35
ASL BT	105	€ 4.452.839	117	€ 5.340.798	29	€ 1.670.022,28
ASL FG	91	€ 1.351.891	90	€ 2.031.847	70	€ 1.386.884,40
ASL LE	210	€ 9.593.087	73	€ 3.883.936	87	€ 3.789.034,00
ASL TA	89	€ 2.233.203	112	€ 2.987.267	31	€ 1.219.167,67
AOU "Policlinico"	146	€ 7.153.780	167	€ 8.470.458	87	€ 5.186.643,82
AOU "Ospedali Riuniti"	36	€ 2.213.643	40	€ 1.817.152	18	€ 663.843,90
IRCCS "De Bellis"	7	€ 452.307	7	€ 596.195	3	€ 185.173,00

IRCCS "Giovanni Paolo II"	4	€ 250.000	3	€ 170.000	8	€ 400.000,00
TOTALE	1092	€ 49.446.814	954	€ 42.798.514	449	€ 21.553.693

La valorizzazione delle assunzioni che si intende programmare per garantire il turn-over, oltre che risultare coerente con le disposizioni di cui all'art. 1, co. 541 e 543 della L. 208/2015, sosterà l'ammontare dei costi stimati delle assunzioni già autorizzate nel triennio 2013-2015, ma non ancora effettuate.

Personale a tempo determinato e con altre forme di lavoro flessibile

Per il personale a tempo determinato e con altre forme di lavoro flessibile devono essere bandite procedure assunzionali, riservate e non, ai sensi del D.P.C.M. 6.3.2015, dell'art. 1, co. 543, L. 208/2015 nonché dell'art. 20 D.Lgs. 75/2017.

L'assunzione del suddetto personale a tempo indeterminato produrrà una sostanziale riduzione del precariato, senza peraltro determinare – trattandosi di spesa consolidata – un incremento della spesa del personale.

Nella seguente Tabella n. 5, costruita sulla base dei dati forniti dalle singole Aziende in riscontro ad apposite richieste regionali prot. AOO_151-3121 del 27/3/2017 e prot. AOO_151-3832 del 7/4/2017, sono riportate le unità di personale S.S.R. a tempo determinato e con altre forme di lavoro flessibile, distinto per profili professionali, in possesso dei requisiti per beneficiare delle procedure assunzionali previste dal DPCM 6.3.2015 e dall'art. 1, co. 541 e 543 della L. 208/2015:

TAB. 5 - PERSONALE S.S.R. A TEMPO DETERMINATO E CON ALTRE FORME DI LAVORO FLESSIBILE

PROFILO PROFESSIONALE	Personale t.d. in possesso dei requisiti DPCM 6.3.2015	Personale con contratti di lav. flessibile in possesso dei requisiti art.1, c.543 L.208/2015 al 31.12.2017
Ausiliario Specializzato	15	0
Oss-Ota	37	40
Personale Amministrativo	0	1
Personale Della Riabilitazione	23	22
Personale Di Vigilanza Ed Ispezione	0	13
Personale Dirigente Amministrativo	0	2
Personale Dirigente Medico	80	98
Personale Dirigente Veterinario	30	20
Personale Dirigente Non Medico	17	30
Personale Infermieristico	398	280
Personale Professionale	0	1
Personale Tecnico	7	9
Personale Tecnico-Sanitario	56	65
Autista-Commesso	0	0
Altro	2	0

Prestazioni aggiuntive

Considerato che il ricorso alle prestazioni aggiuntive è finalizzato, in via temporanea ed eccezionale, alla riduzione delle liste di attesa ovvero all'erogazione di prestazioni in carenza di organico, se ne prevede per gli anni 2017 e 2018 una riduzione proporzionale rispetto alle nuove assunzioni di personale, come di seguito schematizzato:

Azione	2017 Migliaia di euro	2018 Migliaia di euro
Riduzione Prestazioni aggiuntive		
Conto CE BA1390- B.2.A.15.3.A) Consulenze sanitarie da privato - articolo 55, comma 2, CCNL 8 giugno 2000	-546	-1.500

Spesa Programmatica 2017 e 2018

La maggiore spesa del personale per il biennio 2017-2018, rispetto agli importi consuntivi del 2016, programmabile sulla base dei risparmi previsti con il presente Piano di Rientro, è riportata nella seguente Tabella n. 6 :

TAB. 6 – SPESA DEL PERSONALE PROGRAMMATICA 2017-2018

Voci di spesa (incluso costo dei rinnovi contrattuali)	Anno 2017 (migliaia di euro)	Anno 2018 (migliaia di euro)	Voce CE
DIRIGENTE MEDICO	17.743,00	21.337,00	BA2120
DIRIGENTE SANITARIO	317,00	487,00	BA2160
INFERMIERISTICO	5.445,00	8.476,00	BA2200
TECNICO SANITARIO	1.247,00	1.724,00	BA2380
RIABILITAZIONE	934,00	1.435,00	BA2380
OSS	4.571,00	7.509,00	BA2200
AUSILIARIO	173,00	264,00	BA2380
PTA-Amministrativi: Dirigenti	483,00	947,00	BA2430
PTA-Amministrativi: Comparto	382,00	1.269,00	BA2470
IRAP	2.123,00	2.955,0	YA0020
Totale	33.418,00	46.403,0	

Non rientra nella spesa riportata in Tabella 6 la spesa per il personale a tempo determinato convertito a tempo indeterminato nonché la spesa per il turn-over del personale cessato, trattandosi di spesa storica consolidata e dunque già presente sia nel consuntivo 2016 che nei tendenziali 2017 e 2018.

Tale maggiore spesa del personale risulta necessaria ai fini dell'erogazione dei LEA, dell'applicazione del D.M. 70/2015 e del rispetto della disciplina normativa in materia di orario di lavoro di cui al D.Lgs. 161/2014.

D'altra parte, alcune criticità ascrivibili al percorso nascita, all'emergenza-urgenza, all'assistenza territoriale ed alla prevenzione – anche sulla base di quanto rilevato nei più recenti report del Ministero della Salute sugli adempimenti Lea – potrebbero essere superate con l'assunzione di personale specifico dedicato.

Si fa presente, infine, che la riorganizzazione della rete ospedaliera e la razionalizzazione di specifici reparti e servizi (quali ad esempio i laboratori d'analisi) potrebbe produrre esuberi di personale che dovranno essere ricollocati o nell'ambito delle stesse strutture ospedaliere, in coerenza con il relativo fabbisogno, ovvero nelle strutture sanitarie territoriali già esistenti o da avviare a seguito di programmi di ristrutturazione. Risultano applicabili, in tali circostanze, i Regolamenti regionali n. 25, 26 e 27 del 2012 in materia di ricollocazione e mobilità del personale a seguito di processi di ristrutturazione.

Dotazioni Organiche e fondi aziendali

La riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale delle Aziende ed Enti del SSR in applicazione del DM 70/2015 e del D.lgs. n. 161/2014 richiede atti di rideterminazione delle dotazioni organiche del personale di ciascuna Azienda ed Ente, da adottarsi da parte delle rispettive Direzioni generali e da sottoporre poi al controllo della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 30 della L.R. n. 36/1994.

Le nuove dotazioni organiche di ciascuna Azienda dovranno tenere conto del Piano di fabbisogno di personale predisposto in attuazione dell'art. 1, co. 541 della Legge n. 208/2015 e validato dal Tavolo tecnico interministeriale di cui al D.M. 70/2015.

La rideterminazione delle dotazioni organiche dovrà essere seguita dalla tempestiva rideterminazione dei fondi contrattuali aziendali.

Attività Libero Professionale Intramuraria

La Regione ha sviluppato i seguenti strumenti di governo dell'attività libero professionale intra-muraria (ALPI) a livello regionale:

- Con DGR n. 787 del 22.10.2013 si è provveduto a costituire la Commissione paritetica regionale ALPI, composta da rappresentanti della Regione, delle Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative e da cittadini.
- Con Regolamento regionale n. 2 del 11.02.2016 la Regione ha definito le linee guida che ogni Azienda ed Ente del SSR deve recepire nei propri regolamenti aziendali per l'erogazione dell'ALPI.

Tali strumenti di governo si sono rivelati efficaci, producendo un progressivo rientro “entro le mura” aziendali delle attività di ALPI: le ultime rilevazioni, infatti, attestano che tale attività presso gli studi privati è divenuta del tutto residuale.

Si può prevedere, inoltre, che le nuove assunzioni di personale medico – ed il conseguente miglioramento dei tempi di erogazione delle prestazioni in ambito istituzionale – determineranno un'ulteriore riduzione del ricorso all'ALPI, generalmente connesso ai minori tempi di attesa.

CAPITOLO XI

COSTRUZIONE DEL TENDENZIALE E PROGRAMMATICO

Per quanto concerne i Piani Economici Tendenziali e programmatici giusta proposta prot. 74 - A del 21/04/2017, rispetto a quanto riportato in calce, si procederà in sede di verifica periodica alla eventuale riclassificazione ed aggiornamento delle voci riguardanti le quote del FSN Indistinto e Vincolato, tenuto conto delle Intese CSR, rettifiche degli investimenti con fondi propri, altro payback, e degli accantonamenti per il personale dipendente e convenzionato così come comunicato durante la verifica del 23 novembre u.s.

Il Tendenziale 2016-2018 è stato costruito sulla base dei dati e/o informazioni che seguono:

- Conti Economici – Bilanci di Esercizio degli anni 2013-2015
- Conto Economico Preconsuntivo 2016;
- Tendenze e flussi derivate anche dalle azioni e misure avviate con i Piani di Rientro precedenti
- Flussi gestionali dell'esercizio 2015 e proiezione dati 2016;
- Legge di Stabilità 2015 e Legge di Stabilità 2016

Inoltre nella determinazione dei valori tendenziali sono stati tenuti in considerazione gli effetti derivanti dall'applicazione del D.Lgs.118/2011, del DM 17/09/2012 (e della relativa casistica applicativa), e delle successive circolari ministeriali.

Analisi dei valori tendenziali.

A) RICAVI

Contributi in c/esercizio – Quote Fondo Sanitario

Per quanto riguarda il 2016 si è tenuto conto delle Intese n. 62/CSR e 63/CSR del 14 aprile 2016. Per quanto riguarda il finanziamento del Fondo Sanitario Regionale 2017 e 2018 si è tenuto conto delle previsioni del Fabbisogno del Servizio Sanitario Nazionale e Livelli Essenziali di Assistenza pari a:

- 113 MLD di euro per l'anno 2017;
- 114 MLD di euro euro per l'anno 2018.

Al fine di determinare il finanziamento annuo per la Regione Puglia, si è tenuto conto della quota di accesso 2016, pari a circa il 6,65% del totale.

Considerato l'incremento previsto per il FSN ed i vincoli/accantonamenti previsti per la Regione Puglia ad invarianza di criteri si prevede nel tendenziale un maggior finanziamento di 130 milioni di euro nel 2017 e 70 milioni di euro nel 2018.

Per quanto riguarda i finanziamenti vincolati del FSN gli stessi si prevedono prudenzialmente in misura pari agli importi definiti per il 2016, nonostante la previsione per il 2017 del Fondo farmaci oncologici e del Fondo per il Piano Vaccini. L'importo è così determinato.

Finanziamento Vincolato	Fonte dell'importo	Importo 2016 e tendenziale 2017-2018
B.Studio MMG	Stima su Proposta riparto 2015 (Intesa n. 27/CSR del 11/02/2016)	4.467.648,00
Extracom	Stima su Proposta riparto 2014 (Intesa CSR n. 230 del 17/12/2015)	1.551.979,00
Medicina Penitenziaria	Proposta riparto 2016 (Intesa CSR n. 62 del 14/04/2016) + Legge 147/2013	551.000,00
Fondo per l'esclusività	Stima su Proposta riparto 2015 (Intesa n. 19/CSR del 11/02/2016)	1.983.970,98
Obiett.di Piano	Proposta riparto 2016 (Intesa CSR n. 64 del 14/04/2016)	70.454.542,90
Medicina Penitenziaria	Stima su Proposta riparto 2015 (Intesa n. 15/CU dell'11/02/2016)	9.511.332,00
OPG	Stima su Proposta di riparto 2015	2.584.807,00
Screening neonatale	Stima riparto 2016	735.348,44
Farmaci innovativi	Stima riparto fondo farmaci innovativi in proporzione al 2015	28.853.282,02
	TOTALE VINCOLATE	120.693.910,34

Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti

L'importo 2016 è stato determinato sulla base preconsuntivi elaborati dalla aziende sanitarie.

L'importo in linea con il budget assegnato alle aziende ex DGR 867/2015.

Per l'anno 2016 si evidenzia che il bilancio autonomo, con la L.R. n. 39 del 12.12.2016 (art.1) ha previsto 30 milioni di stanziamento per gli acquisti di beni durevoli e spese di investimento in conto capitale e pertanto la rettifica rispetto agli esercizi precedenti è risultata inferiore.

Per gli anni 2017 e 2018, sebbene si auspica che tale finanziamento sia replicato, tale importo non si è previsto.

Si è previsto nel modello CE tendenziale nel 2017 una minima riduzione del budget per gli investimenti con fondi propri in linea a quanto già stabilito con le DGR 2582/2013 e DGR 867/2015 e per il 2018 un incremento per sostenere gli investimenti sanitari anche per i nuovi LEA e le ristrutturazioni e riconversioni dei presidi, subordinato sempre ai risparmi derivanti dalle azioni a contrasto della maggiore spesa farmaceutica.

Contributi da Regione

L'importo complessivo iscritto nel 2016 comprende progetti minori ed in linea con gli esercizi precedenti la quota del Bilancio di Regionale per il Contratto integrativo regionale MMG-PLS-118 pari per il 2016 ed anni seguenti ad euro 32,4 mln di euro (DGR 1033/2015, DGR 425/2011, DGR 2488/2009).

Non sono stati riportati finanziamenti aggiuntivi per c.d. extra LEA.

Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti

Gli importi iscritti nei modelli economici sono stati determinati quale media tendenziale degli importi relativi agli anni precedenti e sulla base dei dati storici.

Mobilità attiva intra regionale

Gli importi iscritti nei modelli economici sono stati determinati quale media tendenziale degli importi relativi agli anni precedenti.

Mobilità attiva extra regionale

Gli importi iscritti nei modelli economici sono stati allibrati, così come richiesto, sulla base dei dati del FSN 2015 al fine di ricomprendere prudenzialmente il saldo di mobilità relativo ai farmaci innovativi ed i conguagli annui.

Con specifico riferimento alla manovra che coinvolge il governo della mobilità interregionale si conferma che nel modello programmatico 2018 non è stato scontato alcun risparmio, in quanto le azioni previste da implementare troveranno la loro realizzazione solamente a partire dall'anno 2017 e, pertanto, con effetti che potranno essere registrati dalla matrice di mobilità solo due anni dopo la loro effettiva realizzazione (quindi dal 2019).

Payback

L'importo iscritto nel 2016 riporta l'incasso aggiornato al 31.12.2016 registrato per altro payback diverso da quello per il superamento dei tetti. Nel 2017 e 2018 si riporta solo una stima prudenziale dell'altro payback con riduzione progressiva. Non è riportata la quota per il superamento dei tetti.

Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)

Gli importi iscritti nei modelli economici sono stati determinati quale media tendenziale degli importi relativi agli anni precedenti e sulla base dei dati 2016.

Altre entrate

Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria

Gli importi iscritti nei modelli economici sono stati determinati quale media tendenziale degli importi relativi agli anni precedenti e sulla base dei dati 2016.

Concorsi, recuperi e rimborsi

Gli importi iscritti nei modelli economici sono stati determinati quale media tendenziale degli importi relativi agli anni precedenti e sulla base dei dati 2016.

Altri ricavi e proventi

Gli importi iscritti nei modelli economici sono stati determinati quale media tendenziale degli importi relativi agli anni precedenti e sulla base dei dati 2016.

Costi capitalizzati

Gli importi iscritti nei modelli economici sono stati determinati quale media tendenziale degli importi relativi agli anni precedenti e sulla base dei dati 2016, nonché sulla base dei principi ex D.Lgs 118/2011 e s.m.i. e casistiche applicative ministeriali. Si è tenuto conto del tendenziale degli investimenti con fondi propri.

Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni.

Importo storicamente non valorizzato.

B) COSTI

Personale

Il costo riportato nel modello CE del 2016 è stato determinato sulla base dei dati pre-consuntivi 2016 tenendo delle assunzioni già avviate e programmate.

Il costo tendenziale 2017 e 2018 è calibrato sul costo storico registrato al 31.12.2016 [di fatto comprende le assunzioni, ad invarianza di spesa, relative alla sostituzione del personale cessato e alla trasformazione del tempo determinato in tempo indeterminato].

Per quanto concerne il costo tendenziale non sono riportate le assunzioni già autorizzate nel triennio 2013-2015 e non ancora effettuate in quanto le assunzioni sono sempre autorizzate in presenza di risparmi ed in condizione di equilibrio economico.

Inoltre dall'analisi dei modelli CE 2013-2015 si evince che, indipendentemente dalle autorizzazioni, le assunzioni hanno di fatto coperto a mala pena il turnover.

Il costo programmatico 2017 e 2018 tiene conto delle assunzioni autorizzabili sulla base delle cessazioni e nel rispetto dei limiti di spesa (spesa 2004 - 1,4% e 50% tempo determinato 2009).

Le assunzioni previste sono coerenti con le disposizioni di cui ai commi 541 e 543 dell'articolo 2 della legge n. 208/2015.

Il costo programmato alla fine dell'esercizio 2018 è al di sotto del limite massimo di spesa previsto dalla normativa vigente.

L'Irap è calcolata in misura proporzionale al costo del personale.

Si riportano le tabelle di sintesi del saldo incrementale del costo del personale.

Voci di spesa (incluso costo dei rinnovi contrattuali)	Anno 2017	Anno 2018	Voce CE
DIRIGENTE MEDICO	17.743,00	21.337,00	BA2120
DIRIGENTE SANITARIO	317,00	487,00	BA2160
INFERMIERISTICO	5.445,00	8.476,00	BA2200
TECNICO SANITARIO	1.247,00	1.724,00	BA2380
RIABILITAZIONE	934,00	1.435,00	BA2380
OSS	4.571,00	7.509,00	BA2200
AUSILIARIO	173,00	264,00	BA2380
PTA-Amministrativi: Dirigenti	483,00	947,00	BA2430
PTA-Amministrativi: Comparto	382,00	1.269,00	BA2470
IRAP	2.123,00	2.955,0	YA0020
Totale	33.418,00	46.403,0	

Si evidenzia che, anche sulla base di quanto rilevato nel report finale del Ministero della Salute sugli adempimenti Lea, le criticità ascrivibili al percorso nascita, all'emergenza-urgenza e all'assistenza territoriale, prevenzione, nuovi LEA, ecc., possono essere superate soprattutto con l'assunzione di personale specifico.

Il Piano assunzionale, nel rispetto dell'equilibrio di bilancio, è subordinato ai risparmi derivanti dalle altre voci di spesa ed in particolare della spesa farmaceutica.

Nel 2016 è riportato l'accantonamento per il rinnovo contrattuale del personale dipendente nella misura dello 0,4% alle voci B.16.D.4), B.16.D.5) e B.16.D.6) - (oltre a quanto già riportato come vacanza contrattuale nel costo del personale).

Nel 2017 e 2018 la quota di costo dello 0,4% è stata riclassificata nelle voci di costo del personale alle voci B5,B6,B7,B8 del modello CE.

Beni sanitari

Farmaci

Il costo tendenziale è stato calcolato tenendo conto dell'andamento dei costi e dei consumi registrati in Puglia negli ultimi tre anni (2014-2015-2016) ed, in particolare, dell'esercizio 2016.

Si è tenuto conto anche dell'andamento della spesa nazionale e degli effetti "da trascinamento" delle azioni già avviate dalla Regione con i precedenti Piano di Rientro.

Il costo 2016, anche per effetto delle azioni di contenimento e monitoraggio avviate dalle Aziende Sanitarie, infatti, è pressoché in linea con il dato consuntivo 2015. L'incremento registrato nel 2016 risulta pari allo 0,58%.

Ciò nonostante, per ragioni prudenziali e tenendo conto dell'andamento storico pluriennale, nel conto tendenziale 2017 si è previsto un incremento di spesa annuo di 55 milioni di euro e nel 2018 di 53,5 milioni di euro, corrispondenti ad una variazione percentuale di +7% nel 2017 rispetto al 2016 e +13,86% nel 2018 rispetto al 2016.

Nel programmatico sono stati riportati i risparmi derivanti dalle azioni dettagliatamente riepilogati nel paragrafo GOFAR.

Sangue ed Emoderivati.

Gli importi iscritti nei modelli economici tendenziali e programmatici, sono stati determinati sulla base dei dati 2016.

Altri Beni sanitari e beni non sanitari

I costi tendenziali e programmatici sono stati elaborati sulla base dei dati 2016 e biennio precedente.

I costi programmatici tengono conto, in analogia a quanto riportato per i farmaci, dei risparmi attesi da gare centralizzate, Riordino Ospedaliero, Piani Rientro AOU-IRCCS e P.O. ASL.

Il dettaglio degli interventi è puntualmente riportato nei programmi specifici.

Per quanto concerne i vaccini il costo tendenziale è previsto in incremento.

Occorre evidenziare che i risparmi che saranno raggiunti con le gare centralizzate per la voce vaccini non sono stati riportati nel programmatico in quanto prudenzialmente si prevede che saranno compensati dai maggiori consumi previsti.

Servizi

Servizi Sanitari.

Gli importi iscritti nei modelli economici sono stati determinati sulla base dei dati preconsuntivi 2016 che risultano in linea con quanto registrato nel biennio 2014-2015.

Convenzioni

Per quanto riguarda le convenzioni si è potuto partiti dai dati 2016 oramai definitivi, i quali hanno confermato sostanzialmente gli importi medi e gli andamenti di spesa degli ultimi anni.

In particolare per MMG, PLS, Continuità assistenziale il costo è oramai consolidato negli ultimi anni ed il costo 2016 tiene conto anche dell'incremento dell'Accordo integrativo regionale previsto con la DGR 1033/2015 (Integrazione dell'Accordo Regionale per la Medicina Generale).

Per quanto concerne la farmaceutica convenzionata, gli obiettivi previsti nei prossimi mesi, sono dettagliatamente riportati nel Programma GOFAR.

Assistenza specialistica ed ospedaliera

Occorre evidenziare che all'interno della spesa da privato rientrano gli Ospedali Enti Ecclesiastici ed IRCCS privati per i quali il finanziamento tiene conti di specifici accordi contrattuali. Gli stessi partecipano anche alla rete di emergenza-urgenza e svolgono specifiche funzioni non tariffate.

Per quanto riguarda la spesa accreditata per specialistica ed ospedaliera da operatori privati accreditati si è tenuto conto nella costruzione del tendenziale della spesa storica, dei tetti di spesa e dei contratti sottoscritti con le strutture.

La spesa accreditata per specialistica ed ospedaliera va complessivamente analizzata, ai fini della corretta determinazione dei risparmi, considerando che, negli ultimi anni, la spesa ospedaliera si è gradualmente trasferita su quella specialistica in attuazione dei Piani di intervento e riqualificazione dell'assistenza ospedaliera (ad esempio attraverso l'implementazione dei day service).

I costi tendenziali e programmatici pertanto tengono conto dei valori registrati nel 2016, che sono sostanzialmente in linea con quanto rilevato nel biennio precedente.

La Regione Puglia ha applicato integralmente quanto previsto dall'art. 15 co. 14 del DL 95/2012 per le Case di Cura e Struttura specialistiche.

Dall'analisi dei modelli CE dell'ultimo quadriennio risulta, comparando il dato 2015 con il dato 2011, per contro, una maggiore spesa per:

- un incremento dei costi di alta specialità degli Enti Ecclesiastici ed IRCCC privati, con i quali è stato già sottoscritto un contratto triennale 2017-2019;
- un incremento dei costi relativi a specifiche attività progettuali avviate dopo il 2012;
- un incremento della mobilità attiva extraregionale erogata da strutture private;
- voci di costo che necessitano di essere riclassificate in altri conti.

Il comma 574 dell'art. 1 della L.208/2015 ha previsto la possibilità di programmare l'acquisto da strutture accreditate e IRCCS di prestazioni di alta specialità sia per pazienti residenti in regione che per i pazienti residenti fuori dalla regione, nonché ricomprese negli accordi di confine, in deroga ai limiti del DL 95/2012, purché sia garantito il rispetto dell'equilibrio economico complessivo del Servizio Sanitario Regionale.

Il rispetto dell'equilibrio economico complessivo del Servizio Sanitario Regionale può essere garantito attraverso misure compensative sia sulla stessa spesa ospedaliera che su qualsiasi altro settore della spesa sanitaria (Nota 4723 del 1/8/2016 della Direzione generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute).

Nei modelli tendenziali e programmatici si prevede una prima riduzione della spesa (complessivamente ospedaliera e specialistica), in particolare sul fronte dei progetti specifici,

con l'obiettivo di determinare il costo che assicuri il rispetto della normativa nazionale sopra richiamata (DL 95/2012 e L.208/15).

Per quanto riguarda la specialistica ambulatoriale, si evidenzia che l'incremento di spesa rispetto al 2012 è attribuibile all'introduzione del modello assistenziale del day service che, – comportando una consistente riduzione del ricorso al ricovero ospedaliero (come evidenziabile dal decremento del tasso di ospedalizzazione registrato in Regione Puglia dal 2012 al 2015), ha determinato conseguentemente una riclassificazione della spesa dal setting ospedaliero a quello ambulatoriale, soprattutto per gli enti ecclesiastici e gli IRCCS privati.

Assistenza riabilitativa e Altre prestazioni da privato

Si è tenuto conto nella costruzione del tendenziale della spesa storica e per il 2017 e 2018 delle azioni già avviate in continuità con il precedente piano di rientro.

Gli importi tendenziali e programmatici sono stati determinati sulla base dei dati 2016 e sulla base degli andamenti di spesa degli ultimi anni, nonché sulla base delle azioni avviate in materia di deospedalizzazione e potenziamento dell'assistenza territoriale dettagliatamente riportate nei programmi specifici.

Per quanto concerne la costruzione del programmatico, come analiticamente riportato nei programmi specifici si è previsto:

- Potenziamento della Rete dell'Assistenza Residenziale ExtraOspedaliera a Elevato Impegno Sanitario;
- Potenziamento della Rete dell'Assistenza Residenziale e Semiresidenziale per Disabili;
- Potenziamento della Rete dell'Assistenza Residenziale Anziani non Autosufficienti e Affetti da Demenza;
- Potenziamento della Rete dell'Assistenza Residenziale per persone con Disturbi Mentali, Anziani non Autosufficienti e Affetti da Demenza;
- Potenziamento dell'Assistenza Domiciliare;
- Razionalizzazione della spesa per l'assistenza protesica.

Prestazioni da pubblico e mobilità passiva

Si veda quanto riportato nel paragrafo "Mobilità attiva extra regionale".

Servizi non sanitari

Il valore tendenziale tiene conto dei costi aziendali 2016 e della programmazione dei costi regionali.

Occorre evidenziare che in materia di servizi non sanitari influiscono le utenze energetiche e di riscaldamento, legate inevitabilmente all'aumento del costo dei carburanti ed energia elettrica, per le quali non si può prevedere in modo puntuale un risparmio, tenendo conto dell'inevitabile incremento dei prezzi al consumo.

Sono stati previsti sia nel tendenziale che nel programmatico variazioni in aumento ed in diminuzione sulla base dell'andamento dell'ultimo triennio e sulla base delle azioni avviate in materia di conversione di presidi e contratti di noleggio e leasing.

Accantonamenti

Gli importi iscritti nei modelli economici sono stati determinati sulla base dei dati 2016, che comunque corrispondono al costo medio degli ultimi esercizi.

Si registra un decremento per l'accantonamento degli interessi di mora correlato alle attività di monitoraggio e governo del pagamento dei fornitori avviato negli ultimi due anni che ha permesso la riduzione sensibile del debito commerciale e dei giorni di ritardo del pagamento ai fornitori.

Proventi ed oneri finanziari.

Sulla base degli importi 2016, con riferimento alla soprariportata azione di riduzione dei debiti dei fornitori si prevede una costante riduzione degli interessi passivi così come già riscontrato negli ultimi esercizi.

Oneri fiscali (netto IRAP)

Gli importi iscritti nei modelli economici sono stati determinati sulla base dei dati 2016, che comunque corrispondono al costo medio degli ultimi esercizi.

Saldo poste straordinarie

Le poste straordinarie tendenziali e programmatiche sono state calcolate tenendo conto dell'andamento dei costi e dei ricavi registrati negli ultimi tre anni, dei dati 2016, nonché tenendo conto degli effetti derivanti dalle azioni avviate dalla Regione di "verifica" delle poste patrimoniali che hanno permesso anche la riduzione delle poste negli ultimi anni.

Sono previste minime riduzione degli oneri e dei proventi straordinari.

Ammortamenti

Gli importi iscritti nei modelli economici sono stati determinati quale media tendenziale degli importi relativi agli anni precedenti e sulla base dei dati 2016, nonché sulla base dei principi ex D.Lgs 118/2011 e s.m.i. e casistiche applicative ministeriali.

Rivalutazioni e svalutazioni

Non risultano storicamente importi significativi.

MEZZI DI COPERTURA: EQUILIBRIO SSR

Esercizio 2016:	
Risultato di gestione Programmatico da CE	-38.351 k€
Il risultato tiene conto delle minori risorse per payback e delle risorse stanziare con la L.R. 39/2016.	
Mezzi di copertura come da Tavolo di Verifica 21 marzo 2017:	
<ol style="list-style-type: none">1. Residui utili GSA 2015 non utilizzati e portati a nuovo nel Bilancio di Esercizio 2015 pari a 20,345;2. Stanziamento di 20 mln di euro con LEGGE REGIONALE 30 dicembre 2016, n. 40 "Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2017 e bilancio pluriennale 2017-2019 della Regione Puglia (legge di stabilità regionale 2017)" Apposito stanziamento da iscriverne nel Bilancio di Previsione della Regione Puglia 2017, in corso di adozione con Legge Regionale. L'art. 3 Risorse aggiuntive a favore del Servizio Sanitario Regionale per l'esercizio 2016 ha previsto: <i>1. Al fine di far fronte ai costi per i livelli essenziali di assistenza non coperti dai finanziamenti ordinari a valere sui conti economici delle aziende sanitarie per l'esercizio 2016, nel bilancio regionale autonomo, 60820 Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 150 del 30-12-2016 nell'ambito della missione 13, programma 1, titolo 1, è assegnata una dotazione finanziaria per l'esercizio finanziario 2017, in termini di competenza e cassa, di euro 20 milioni.</i>	
In ogni caso le manovre regionali sono prioritariamente destinate alla sanità.	

Esercizio 2017:	
Risultato di gestione Programmatico da CE	+ 144 K€
Mezzi di copertura: non necessari.	
Con la DGR 2200 del 28.12.2016 si è previsto in particolare: <<Si ritiene in via del tutto prudentiale di prevedere per l'esercizio 2017, così come richiesto dai Ministeri dell'Economia e Finanze e della Salute, nell'incontro tecnico del 21 dicembre u.s., in caso di disavanzo sanitario, quali coperture: <ul style="list-style-type: none">• I maggiori incassi registrati nel 2017 per il recupero di bollo auto non pagati negli anni precedenti;• Gli incassi registrati nel 2017 per la vendita di immobili operata da Puglia Valore	

Immobiliare S.r.l.;

Ulteriori fondi destinati a tale misura provenienti dal Bilancio regionale. del Bilancio autonomo che si rendano necessarie con variazione al Bilancio di Previsione 2017e 2018 ai sensi della DGR .>>

In ogni caso le manovre regionali sono prioritariamente destinate alla sanità oltre quanto disposto con la DGR n. 2220 del 28.12.2016

Esercizio 2016:

Risultato di gestione Programmatico da CE

+ 38 K€

Mezzi di copertura: non necessari.

In ogni caso le manovre regionali sono prioritariamente destinate alla sanità oltre quanto disposto con la DGR n. 2220 del 28.12.2016

Prospetti sintetici

Riepilogo azioni programmate		2017	2018
Ricavi	Rettifica Investimenti Fondi propri	-	-
Personale	Saldo incrementi assunzioni / cessazioni	33.418	46.403
Farmaci (acquisti)	Contenimento dei costi e risparmi	(22.000)	(64.000)
Beni sanitari e non	Contenimento dei costi e risparmi	(1.584)	(14.497)
Servizi non sanitari	Contenimento dei costi e risparmi	1.854	(8.394)
Farmaceutica convenzionata	Contenimento dei costi e risparmi	(19.000)	(42.000)
Altre prestazioni da privato	Saldo incrementi per potenziamento/risparmi	1.250	81.517
Mobilità extraregionale - saldo	Risparmi su accordi bilaterali	-	-
Accantonamenti	Minori costi per interessi di mora	(2.000)	(6.000)
Oneri finanziari	Minori costi per interessi di mora	(2.000)	(3.000)
Saldo poste straordinarie		(2.000)	(4.000)
	Totale	(12.062)	(13.971)
	CHECK	(12.062)	(13.971)
		VERO	VERO

RICAVI		Tendenziale						Programmatico		
Cod.	VOCE	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2016	2017	2018
1	Contributi da Regione ... per quota F.S. regionale	6.992.805	7.181.148	7.149.793	7.208.182,000	7.342.182	7.412.182,0	7.208.182,0	7.342.182,00	7.412.182
2	Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione	(18.064)	(42.149)	(70.438)	-23.755,000	(48.755)	(53.755,0)	(23.755,0)	(48.755,00)	(53.755)
3	Contributi da regione a titolo di copertura extra LE	-	-	-	0,000	-	-	-	-	-
4	Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di ese	4.646	9.987	6.962	8.076,000	8.076	8.076,0	8.076,0	8.076,00	8.076
5	Altri contributi in conto esercizio	42.547	57.593	89.486	96.577,000	76.577	76.577,0	96.577,0	76.577,00	76.577
6	Mobilità attiva intra	-	-	-	0,000	-	-	-	-	-
7	Mobilità attiva extra regionale	109.496	116.008	129.471	115.813,000	126.083	126.083,0	115.813,0	126.083,00	126.083
8	Payback	45.619	53.193	154.379	31.658,000	27.658	22.713,0	31.658,0	27.658,00	22.713
9	Compartecipazioni	58.785	54.189	50.657	46.699,000	46.099	45.019,0	46.699,0	46.099,00	45.019
10	Altre entrate	37.913	41.226	42.730	41.105,000	40.805	40.505,0	41.105,0	40.805,00	40.505
11	Costi capitalizzati	58.914	85.353	79.603	80.524,000	80.291	82.291,0	80.524,0	80.291,00	82.291
12	Rettifica contributi in c/esercizio ... altri contributi	-	-	-	0,000	-	-	-	-	-
	TOTALE RICAVI	7.332.661	7.556.548	7.632.643	7.604.879,000	7.699.016	7.759.691,0	7.604.879,0	7.699.016,00	7.759.691

COSTI		Tendenziale						Programmatico		
Cod.	VOCE	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2016	2017	2018
14	Personale	1.983.385	1.988.499	1.992.764	1.985.209,000	1.993.077	1.993.077,0	1.985.209,0	2.024.372,00	2.036.525,0
15	Irap	143.703	142.751	142.016	140.623,000	141.174	141.174,0	140.623,0	143.297,00	144.129,0
16	Beni	1.159.363	1.241.317	1.367.555	1.333.161,000	1.393.031	1.452.951,0	1.333.161,0	1.369.447,00	1.374.454,0
16a	Beni sanitari	1.132.845	1.215.801	1.344.900	1.313.018,000	1.372.888	1.432.808,0	1.313.018,0	1.349.304,00	1.356.231,0
16b	Beni non sanitari	26.518	25.516	22.655	20.143,000	20.143	20.143,0	20.143,0	20.143,00	18.223,0
17	Servizi	766.999	767.999	762.742	774.107,000	758.814	759.830,0	774.107,0	760.668,00	751.436,0
17a	Servizi sanitari	134.359	128.787	118.149	134.978,000	118.978	118.978,0	134.978,0	118.432,00	117.478,0
17b	Servizi non sanitari	632.640	639.212	644.593	639.129,000	639.836	640.852,0	639.129,0	642.236,00	633.958,0
18	Prestazioni da privato	2.804.894	2.827.928	2.862.181	2.867.482,000	2.864.236	2.861.990,0	2.867.482,0	2.846.486,00	2.901.507,0
18a	Medicina di base	517.693	520.884	516.767	518.795,000	520.351	521.907,0	518.795,0	520.351,00	521.907,0
18b	Farmaceutica convenzionata	668.102	669.548	659.629	655.860,000	655.860	655.860,0	655.860,0	636.860,00	613.860,0
18c	Assistenza specialistica da privato	283.893	281.895	282.996	281.766,000	281.964	282.162,0	281.766,0	281.964,00	282.162,0
c1	di cui Enti Ecclesiastici ed IRCCS	67.373	65.671	65.671	65.671,000	65.671	65.671,0	65.671,0	65.671,00	65.671,0
c2	di cui privato accreditato	216.520	216.224	217.325	216.095,000	216.293	216.491,0	216.095,0	216.293,00	216.491,0
18d	Assistenza riabilitativa da privato	161.021	164.735	156.534	156.859,000	161.859	162.859,0	156.859,0	161.859,00	162.859,0
18e	Assistenza ospedaliera da privato	743.221	733.324	747.851	748.845,000	735.845	730.845,0	748.845,0	735.845,00	730.845,0
e1	di cui Enti Ecclesiastici ed IRCCS	375.634	377.338	377.338	377.339,000	377.339	377.339,0	377.339,0	377.339,00	377.339,0
e2	di cui privato accreditato	367.587	355.986	370.513	371.506,000	358.506	353.506,0	371.506,0	358.506,00	353.506,0
18f	Altre prestazioni da privato	430.964	457.542	498.404	505.357,000	508.357	508.357,0	505.357,0	509.607,00	589.874,0
19	Prestazioni da pubblico	2.006	1.414	340	276,000	276	276,0	276,0	276,00	276,0
20	Mobilità passiva intraregionale	-	-	-	0,000	-	-	-	-	-
21	Mobilità passiva extraregionale	289.555	303.273	318.575	300.723,000	318.579	318.579,0	300.723,0	318.579,00	318.579,0
22	Accantonamenti	99.114	117.822	130.543	116.508,000	106.606	110.606,0	116.508,0	104.606,00	104.606,0
23	Oneri finanziari	12.676	8.007	4.853	4.132,000	4.132	4.132,0	4.132,0	2.132,00	1.132,0
24	Oneri fiscali (netto irap)	9.341	10.810	10.985	11.423,000	11.423	11.423,0	11.423,0	11.423,00	11.423,0
25	Saldo poste straordinarie	3.547	3.891	(17.958)	16.377,000	16.377	16.377,0	16.377,0	14.377,00	12.377,0
26	Saldo intramoenia	(8.423)	(9.511)	(9.016)	-9.173,000	(9.173)	(9.173,0)	(9.173,0)	(9.173,00)	(9.173,0)
27	Ammortamenti	100.255	129.598	110.648	109.839,000	109.839	109.839,0	109.839,0	109.839,00	109.839,0
28	Rivalutazioni e svalutazioni	8.139	8.073	9.137	2.543,000	2.543	2.543,0	2.543,0	2.543,00	2.543,0
0	TOTALE COSTI	7.374.554	7.541.871	7.685.365	7.653.230,000	7.710.934	7.773.624,0	7.653.230,0	7.698.872,00	7.759.653
31	Contributi	47.197	-	60.000	10.000,000	-	-	10.000,0	-	-
	Risultato	5.304	14.677	7.278	-38.351,000	(11.918)	(13.933,0)	(38.351,0)	144,00	38
	Risultato da CE	5.304	14.677	7.278	-38.351,000	(11.918)	(13.933,0)	(38.351,0)	144,00	38
	Check				VERO-B	VERO-E	VERO-N	VERO-N	VERO-Y	VERO-+

Allegati Modelli CE e Modelli LA

Allegato – Intervento GOFAR.01.01. Potenziamento distribuzione diretta di farmaci.

Si forniscono di seguito indicazioni di dettaglio ed organizzative relative al potenziamento della **Distribuzione Diretta (D.D.) del Primo Ciclo Terapeutico** (intervento **GOFAR 01.01**).

Al fine di garantire che la distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico venga effettuata:

- a) **in maniera efficiente**, conciliando le esigenze operative dei reparti ospedalieri e dei Servizi di Farmacia Ospedaliera, in modo da garantire il corretto espletamento di tutte le verifiche sull'appropriatezza prescrittiva, senza causare ritardi e disagi agli assistiti a causa di eventuali code e rallentamenti del servizio;
- b) **in maniera efficace**, in modo tale da produrre gli effetti desiderati in termini di riduzione della spesa farmaceutica e garantendo a tal fine l'accesso in distribuzione diretta per la totalità delle terapie farmacologiche prescritte nel post dimissione/visita specialistica ambulatoriale;

si propone di organizzare la consegna del primo Ciclo Terapeutico prevedendo che:

- per le terapie farmacologiche prescritte a seguito di Dimissione Ospedaliera, l'erogazione del primo ciclo venga effettuata presso le stesse Unità Operative (U.O.), in pacchetti personalizzati allestiti dalla Farmacia Ospedaliera;
- per le terapie farmacologiche prescritte a seguito di visita specialistica ambulatoriale, l'erogazione del primo ciclo venga effettuata mediante l'accesso diretto dei pazienti ai Servizi di Farmacia Ospedaliera del presidio presso cui si è svolta la visita specialistica;
- per ciò che riguarda la presa in carico in Distribuzione Diretta delle terapie farmacologiche relative ai pazienti outliers nello stesso mese di gennaio 2017, la Regione avvii un percorso di confronto con i rappresentanti di categoria dei Medici di Medicina Generale finalizzato all'individuazione dei pazienti a maggiore impatto sulla spesa farmaceutica convenzionata da indirizzare alla distribuzione diretta presso le farmacie ospedaliere;
- per ciò che riguarda le terapie farmacologiche relative a farmaci di fascia H (ex OSP 2), farmaci di fascia A-PHT erogabili in D.D. su disposizione regionale, farmaci emoderivati e farmaci di cui alla L.648/96, l'erogazione, sia del primo ciclo che della continuità terapeutica, venga effettuata mediante l'accesso diretto dei pazienti ai Servizi Farmaceutici Territoriali della propria ASL di residenza.

Al fine, inoltre, di garantire il governo dell'appropriatezza prescrittiva anche mediante il supporto di meccanismi di controllo informatici automatizzati, il sistema informativo regionale Edotto, quale strumento obbligatorio per effettuare le prescrizioni farmacologiche a livello ospedaliero, è stato configurato in modo tale da:

- individuare all'atto della prescrizione informatizzata ed escludere dalla distribuzione diretta sia i medicinali di fascia C che quelli di fascia A con Nota AIFA al di fuori delle indicazioni e limitazioni sulla rimborsabilità previste a carico S.S.N., indirizzando i pazienti presso le farmacie convenzionate territoriali per l'acquisto degli stessi a proprio carico;
- effettuare le prescrizioni farmaceutiche informatizzate indicando sempre il principio attivo del medicinale, al fine di incentivare l'utilizzo di farmaci generici rispetto ai

- medicinali di marca, anche nella successiva presa in carico dei pazienti da parte dei MMG/PLS;
- effettuare le prescrizioni farmaceutiche informatizzate nel rispetto del PTR (Prontuario Terapeutico Regionale) al fine di garantire l'erogazione diretta di farmaci rivenienti da aggiudicazione di gare centralizzate a costi maggiormente vantaggiosi;
 - escludere dalla distribuzione diretta gli assistiti residenti al di fuori della Regione Puglia che, stante quanto previsto dai vigenti accordi sulla mobilità sanitaria interregionale saranno indirizzati per la dispensazione del primo ciclo presso le farmacie convenzionate territoriali;
 - alimentare un flusso specifico di dati (distribuzione post dimissione, distribuzione post visita specialistica ambulatoriale, distribuzione ADI/RSA, distribuzione pazienti Outliers), relativo a spesa e consumi farmaceutici, mediante il quale effettuare un monitoraggio mensile sull'andamento specifico di tale attività di distribuzione diretta e valutarne rapidamente i relativi risparmi.

Di seguito i dettagli del **Protocollo Organizzativo** per l'attivazione della Distribuzione Diretta del Primo Ciclo Terapeutico.

1) Primo Ciclo Terapeutico post Dimissione ospedaliera.

– **prescrizione** della terapia farmacologica **per i pazienti in dimissione**, da effettuare obbligatoriamente in maniera informatizzata prima della dimissione (dal lunedì al Sabato, indicativamente entro le ore 11,00 in modo da consentirne l'allestimento in tempo utile da parte della Farmacia Ospedaliera) mediante il sistema informativo regionale Edotto, avendo cura di selezionare il flag "*Primo Ciclo post Dimissione*";

– **controllo**, da parte del farmacista addetto alla D.D., sempre mediante il sistema informativo regionale Edotto delle richieste informatizzate pervenute, al fine di verificare la correttezza formale della prescrizione, ossia:

- a) che siano prescritti medicinali nel rispetto delle indicazioni e limitazioni sulla rimborsabilità a carico S.S.N. previste dalle Note A.I.F.A.;
- b) che siano in linea con il raggiungimento degli obiettivi strategici stabiliti dalla Regione Puglia in ambito di Assistenza Farmaceutica;

Nel caso in cui la richiesta non possa essere evasa, il farmacista addetto alla D.D. (previo contatto, ove ritenuto opportuno, con il medico prescrittore al fine di escludere eventuali errori intervenuti all'atto della registrazione informatica della terapia ed in tal caso richiederne la rettifica), annota sul sistema informativo la motivazione (es. utilizzo off-label del farmaco, mancato rispetto delle dosi massime somministrabili, mancato rispetto delle limitazioni previste dalle note A.I.F.A. etc...), avvisando l'U.O. del mancato invio della terapia

ovvero della non rimborsabilità di taluni medicinali in modo da indirizzare il paziente presso le farmacie convenzionate territoriali per l'acquisto degli stessi con oneri a proprio carico.

- **predisposizione** da parte del farmacista addetto alla D.D. di un pacchetto personalizzato per ciascun paziente, registrando sul modulo della prescrizione informatizzata in Edotto i dati salienti dell'erogazione quale certificazione dell'atto professionale dispensativo effettuato. Il Farmacista inoltre, al fine di garantire la tracciabilità del farmaco, avrà cura di applicare, fino a quanto non sarà disponibile un processo informatico sostitutivo, le fustelle autoadesive dei medicinali erogati sulla ricevuta di consegna stampata tramite il sistema Edotto che verrà a sua volta firmata dall'addetto dell'U.O. per la presa in carico e successiva consegna al paziente. Una copia della ricevuta di consegna è inserita nel pacchetto a beneficio del paziente; la copia della ricevuta di consegna, con le fustelle in originale dei medicinali apposte dal Farmacista, prima dell'archiviazione potrà essere utilizzata dal personale della Farmacia Ospedaliera per effettuare lo scarico informatico dei prodotti distribuiti, qualora il sistema gestionale di magazzino in utilizzo non risulti ancora integrato con il sistema regionale informativo Edotto (per ogni Ospedale verrà creato un centro di costo relativo all'erogazione del Primo Ciclo Terapeutico a seguito di dimissione);

- **consegna** indicativamente entro le ore 14,00 dei suddetti pacchetti alle singole Unità Operative dell'Ospedale in cui ha sede la Farmacia per la consegna all'assistito.

2) Primo Ciclo Terapeutico a seguito di Visita Specialistica Ambulatoriale:

- **prescrizione** della terapia farmacologica **per i pazienti a seguito di visita specialistica ambulatoriale**, da effettuare obbligatoriamente in maniera informatizzata mediante il sistema informativo regionale Edotto, avendo cura di apporre il Flag "*Primo Ciclo post Visita Specialistica Ambulatoriale*".

- **invio dei pazienti**, da parte degli Ambulatori Specialistici, alla Farmacia Ospedaliera per l'accesso diretto all'erogazione del Primo Ciclo terapeutico prescritto a seguito di visita specialistica ambulatoriale, esclusivamente per pazienti residenti nella regione Puglia, orientativamente dalle ore 8,30 alle ore 16,30 (dal lunedì al Venerdì) e dalle ore 8,30 alle ore 13,30 (il Sabato).

- **controllo**, da parte del farmacista addetto alla D.D., sempre mediante il sistema informativo regionale Edotto delle richieste informatizzate pervenute, al fine di verificare la correttezza formale della prescrizione, ossia:

- a) che siano prescritti medicinali nel rispetto delle indicazioni e limitazioni sulla rimborsabilità a carico S.S.N. previste dalle Note A.I.F.A.;
- b) che siano in linea con il raggiungimento degli obiettivi strategici stabiliti dalla Regione Puglia in ambito di Assistenza Farmaceutica;

Nel caso in cui la richiesta non possa essere evasa, il farmacista addetto alla D.D. (previo contatto con il medico prescrittore, al fine di escludere eventuali errori intervenuti all'atto della digitazione informatica della terapia ed in tal caso richiederne la rettifica) riporta sull'apposito campo predisposto nel modulo della prescrizione informatizzata presente sul sistema Edotto la motivazione (es. paziente residente fuori regione, es. utilizzo off-label del farmaco, mancato rispetto delle dosi massime somministrabili, mancato rispetto delle limitazioni previste dalle note A.I.F.A. etc...), avendo cura di informare il paziente rispetto alla modalità alternativa di dispensazione ed alle limitazioni sulla rimborsabilità previste dall'AIFA per taluni medicinali;

- **erogazione** da parte del farmacista addetto alla D.D. del primo ciclo completo di terapia farmacologica, registrando sul modulo della prescrizione informatizzata in Edotto i dati salienti della erogazione, quale certificazione dell'atto professionale dispensativo effettuato. Il Farmacista inoltre, al fine di garantire la tracciabilità del farmaco, avrà cura di applicare le fustelle autoadesive dei medicinali erogati sulla ricevuta di consegna stampata tramite il sistema Edotto che verrà a sua volta firmata dall'assistito per ricevuta della terapia. Una copia della ricevuta di consegna, viene rilasciata al paziente mentre la copia della ricevuta di consegna, con le fustelle in originale dei medicinali apposte dal Farmacista, prima dell'archiviazione potrà essere utilizzata dal personale della Farmacia Ospedaliera per effettuare lo scarico informatico dei prodotti distribuiti, qualora il sistema gestionale di magazzino in utilizzo non risulti ancora integrato con il sistema regionale informativo Edotto (per ogni Ospedale verrà creato un centro di costo relativo all'erogazione del Primo Ciclo Terapeutico a seguito di dimissione).

Allegato– Specifici interventi per l'area di Taranto

Con DGR 1980/2012 è stato adottato il Piano Straordinario Salute Ambiente, individuando un corpus di azioni strategiche e programmatiche da mettere in campo, denominato Centro Salute Ambiente, che rappresenta un modello di integrazione funzionale di competenze e attività a tutela della salute e dell'ambiente, finalizzato a valutare la correlazione tra esposizioni ambientali attraverso tutte le matrici e gli effetti sulla salute umana, implementando specifiche attività di monitoraggio e ricerca e le relative dotazioni strutturali e infrastrutturali.

Parallelamente, in funzione delle evidenze epidemiologiche disponibili circa le principali criticità sanitarie, sono implementate attività di prevenzione primaria e secondaria, nonché di potenziamento e ottimizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici delle patologie correlate all'inquinamento ambientale.

In particolare, il programma è stato implementato con l'obiettivo di produrre dati ambientali utili alla comprensione dei meccanismi attraverso cui si determinano gli effetti avversi sulla salute umana, in modo che sia possibile intervenire specificamente sulle sorgenti di emissione degli inquinanti.

La realizzazione delle attività passa anche attraverso il potenziamento dei servizi di vigilanza e controllo del Dipartimento ARPA di Taranto, del Dipartimento di Prevenzione della ASL di Taranto orientate alla ricerca tecnico-scientifica, l'interconnessione funzionale delle loro attività, il rafforzamento delle attività epidemiologica della S.C. Statistica Epidemiologia e del Dipartimento di Prevenzione della ASL di Taranto, di ARPA Puglia e AREs Puglia, l'attivazione di specifiche attività di sorveglianza sanitaria presso i distretti socio-sanitari e con il coinvolgimento dei MMG.

Il programma è stato inizialmente finanziato con 8 milioni di euro, la metà dei quali destinati ad interventi di natura strutturale ed infrastrutturale dei laboratori ARPA (strumentazione e personale) collocati all'interno dell'ex ospedale Testa di Taranto, previa effettuazione degli opportuni interventi per l'adeguamento della struttura, nonché degli spazi destinati agli operatori del Dipartimento di Prevenzione e dei distretti socio-sanitari delle aree oggetto di studio.

La pianificazione delle attività del Centro Salute Ambiente è stata rimodulata con la Deliberazione di Giunta Regionale n.2337/2013 prevedendo l'integrazione con il progetto CCM coordinato dall'ISS denominato "Studio di biomonitoraggio e tossicità degli inquinanti nel territorio di Taranto", nato nell'ambito dell'Osservatorio ILVA insediato nel dicembre 2012 presso il Ministero della Salute e sostenuto economicamente anche con le risorse regionali del Piano Straordinario, nonché con le attività di monitoraggio disposte dal decreto AIA di ILVA S.p.A. e con tutte le attività che ruotano intorno alla tematica ambiente e salute a Taranto. Per queste ulteriori attività sono stati previsti ulteriori 5 milioni di euro.

Su queste basi sono state identificate 5 macroaree di attività (ambiente, esposizione, epidemiologia, assistenza, comunicazione): ogni Macroarea è stata affidata ad un project manager ed è articolata in più linee di intervento.

Con la DGR 2731 del 18 dicembre 2014 sono stati stanziati ulteriori 5,2 milioni di euro per il Centro Salute Ambiente, prevedendo l'estensione di alcune attività anche per le aree di Brindisi e Lecce con il Progetto Jonico-Salentino e recependo il Piano delle Prestazioni sanitarie dell'ASL di Taranto, da realizzarsi a valere sul finanziamento assegnato con la L. 6/2014.

Con Deliberazione di Giunta Regionale n. 889/2015 è stato approvato il Piano delle attività 2015-2016, nonché il Piano di Offerta delle Prestazioni per Taranto (L. 6/2014).

Tali iniziative hanno consentito un sostanziale incremento di attività istituzionale.

Per quanto riguarda ARPA, con investimenti a valere sui fondi regionali, al 31.12.2015, si è provveduto al potenziamento della modellistica diffusionale (di supporto anche agli studi epidemiologici e alla valutazione del danno sanitario), all'acquisizione di campionatori sequenziali per il particolato atmosferico, di strumentazione per l'analisi dei metalli pesanti (ICP-MS) e la valutazione degli effetti tossicologici in vivo e in vitro, di accessori per campionamento a camino, di un sistema automatico per dosimetria del radon, al raddoppio del laboratorio microinquinanti, oltre che alla fornitura di tutto il materiale di consumo e funzionamento per l'esecuzione degli esami ambientali.

Per la ASL di Taranto, il Dipartimento di Prevenzione, accanto ai progetti condotti per la valutazione degli effetti sanitari legati all'esposizioni ambientali attraverso campagne di monitoraggio biologico su bambini e adulti, conduce il Piano Straordinario di controllo delle aziende zootecniche e agro-alimentari dell'area e al prelievo di campioni di prodotti di origine animale (mitili, latte, formaggi, carne) destinati al consumo umano e foraggi destinati all'alimentazione del bestiame, finalizzato alla verifica della contaminazione da parte di Diossine(PCDD e PCDF) e Policlorobifenili (PCB-DL e PCB-NDL).. Tale piano è peraltro accompagnato da un'azione di georeferenziazione dei prelievi e delle risultanze analitiche che consente di visualizzare la distribuzione dell'attività e dei suoi esiti man mano che la sorveglianza viene condotta. Nel 2015, su 442 campioni prelevati delle diverse matrici, 56 sono risultati positivi e 22 (5%) hanno evidenziato valori superiori ai limiti di azione.

La prosecuzione dell'attività di monitoraggio si rende necessaria anche alla luce dei risultati dello studio *"Stima del ruolo svolto dall'interazione tra esposizione a inquinanti ambientali (diossine, PCB e IPA) e caratteristiche genetiche relative ad enzimi coinvolti nella biotrasformazione degli stessi inquinanti sulla salute riproduttiva femminile, specificamente nell'insorgenza di endometriosi"*, condotto nell'ambito dello Studio CCM 2013 Studi di biomonitoraggio e tossicità degli inquinanti presenti nel territorio di Taranto coordinato dall'ISS. Infatti, i risultati dello studio evidenziano concentrazioni di PCDD, PCDF, DL-PCB e NDLPB in linea con i valori osservati in un recente studio su gruppi di donne della popolazione generale italiana con caratteristiche confrontabili a quelle del presente studio. Ma complessivamente, le concentrazioni di contaminanti nel siero risultano essere più elevate nelle donne con endometriosi rispetto al gruppo di controllo. Risultati simili, relativamente ai PCB, erano stati evidenziati in uno studio analogo condotto su donne residenti a Roma (Porpora et al, 2009). Livelli medio/alti di concentrazione nel siero di Tot TE, PCDD+PCDF, NDL-PCB risultano associati, nei limiti della numerosità campionaria considerata, a un aumento di rischio di endometriosi statisticamente significativo, seppur contenuto, rispetto ai livelli bassi.

Lo studio *"Definizione dell'esposizione a metalli con proprietà neurotossiche (As, Cd, Hg, Mn e Pb) in fluidi e tessuti di soggetti in età evolutiva (6-12 anni) residenti nelle aree di Taranto in studio e in un gruppo di controllo al fine di individuare eventuali difformità di esposizione e valutare le possibili associazioni con deficienze nella sfera neuro-comportamentale e cognitiva"* condotto dalla ASL con il coordinamento dell'Istituto Superiore di Sanità ha tuttavia permesso di rilevare una **situazione di potenziale presenza di disturbi clinici e preclinici del neurosviluppo nell'area di Taranto, non riconosciuti e non adeguatamente sottoposti ad interventi preventivi, terapeutici e riabilitativi**. Il 15% di potenziali diagnosi cliniche osservato nel campione esaminato, basato per definizione su soggetti supposti sani, indica l'opportunità di ulteriori approfondimenti diagnostici ed epidemiologici.

Il gruppo di ricerca di Brescia è stato affiancato da personale (psicologo e neuropsichiatra) della ASL Taranto per le esigenze sanitarie che sono scaturite dalle valutazioni neurocognitive e comportamentali di primo livello (e cioè per la presa in carico assistenziale dei soggetti positivi al test di screening).

Tali figure professionali sono state previste nel Piano delle Prestazioni ex legge 6/2014 e sono coordinate e gestite dal punto di vista operativo dal Dipartimento di Salute Mentale della ASL TA.

Il Programma ha previsto infatti:

- assunzione a t.d. di uno psicologo e di un neuropsichiatra (con assunzione dal 1 febbraio 2016)
- supporto al lavoro di ricerca dell'Università di Brescia.

L'attività di biomonitoraggio sta proseguendo attraverso un accordo di collaborazione con l'Università di Brescia – che ha previsto un cofinanziamento da parte della ASL di Taranto di ulteriori 150.000 euro, a valere sulla seconda annualità di finanziamento, per portare a 720 bambini il campione in studio.

Nell'ambito del CSA prima e quindi del Piano di Offerta delle Prestazioni Sanitarie, formulato a valere sulle previsioni della L. 6/2014, con un finanziamento aggiuntivo per il primo anno pari a 8.069.000 euro, è in corso un imponente programma di sorveglianza per la salute cardiorespiratoria della popolazione che prevede interventi di promozione attiva della salute (potenziamento centri antifumo, definizione percorsi nutrizionali ad hoc, promozione attività fisica) e di prevenzione attraverso il raccordo con i medici di medicina generale che hanno aderito gratuitamente all'iniziativa e con specialisti ambulatoriali individuati dalla ASL.

L'attività mira da un lato alla riduzione degli eventi cardiovascolari acuti (IMA) tramite l'attivazione di un programma di prevenzione primaria cardiovascolare attraverso l'utilizzo dello score del rischio cardiovascolare individuale (considerando come soggetti a rischio potenziale coloro che hanno RCI >5-9%) in definite fasce di età e in aree a maggior incidenza di IMA; dall'altro alla diagnosi precoce di bronco pneumopatia cronico-ostruttiva.

Il programma, rivolto universalmente a uomini e donne residenti a Taranto e Statte, rispettivamente a partire dall'età di 40 anni per il sesso maschile e 45 anni per quello femminile, è realizzato in sinergia con i MMG e prevede evidenziare coloro i quali abbiano stili di vita inadeguati, incentivando la cooperazione ai vari livelli operativi (territorio, ospedale, distretti, dipartimento di prevenzione, università) e di rendere la popolazione maggiormente consapevole dei fattori predisponenti.

Tra i risultati attesi è prevista l'attivazione di percorsi atti a modificare gli stili di vita della popolazione, attraverso interventi di counselling e percorsi di salute, anche per ottenere dei riscontri in termini di riduzione dei valori pressori e glicemici.

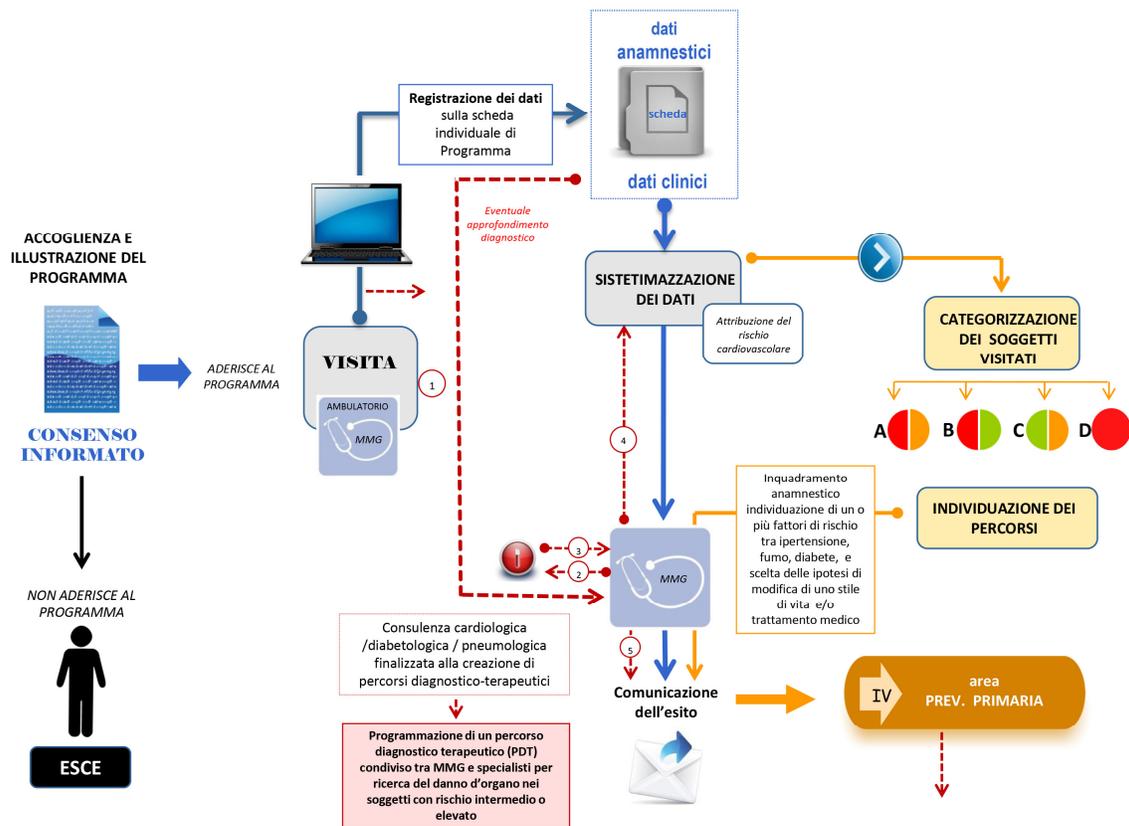
Il Dipartimento di prevenzione ha curato lo start-up, gli aspetti di accordo tra MMG e vertici aziendali, l'implementazione della "rete interna", attraverso la formazione di assistenti sanitari, assunti ad hoc, fino alla costruzione di un software dedicato realizzato dai Tecnici Informatici.

In particolare, la prima fase operativa ha visto una fase di affiancamento degli assistenti sanitari neo-assunti con il personale del Dipartimento di Prevenzione (medici igienisti e infermieri) per la formazione didattico-pratica relativa anche all'utilizzo degli strumenti clinici. Il personale suddetto è stato appositamente formato anche presso il Presidio Pneumologico da parte di specialisti pneumologi e ha eseguito un Corso teorico-pratico sulla fisiopatologia respiratoria e sull'esecuzione ed interpretazione dell'esame spirometrico.

Per ciascun soggetto sottoposto a visita di primo livello vengono valutati pressione arteriosa, glicemia, colesterolemia totale, curva spirometrica, peso e altezza. Inoltre, attraverso la somministrazione di un questionario standardizzato, vengono valutati gli stili di vita. I dati rilevati sono raccolti in una scheda valutativa ("bilancio di salute preventivo").

Il profilo di salute cardiovascolare è valutato attraverso il linkage di questi parametri alle carte del rischio cardiovascolare (RCV) del “Progetto Cuore”.

La visita di screening (visita di primo livello) è effettuata dagli assistenti sanitari del Dipartimento di Prevenzione, inizialmente presso gli studi di alcuni MMG, successivamente presso gli ambulatori territoriali del Dipartimento di Prevenzione e del Distretto Socio Sanitario.



Nell’ambito di questo programma, per i soggetti a rischio sono stati attivati dei percorsi nutrizionali, di disassuefazione dall’abitudine tabagica, nonché delle visite specialistiche di secondo livello (cardiologiche e pneumologiche), finalizzate alla riduzione del rischio cardio-respiratorio, attraverso la promozione di stili di vita corretti e un potenziamento dell’offerta sanitaria gratuita.

Per questa attività, che ha già coinvolto oltre 7000 cittadini tarantini di età compresa tra 40 e 50 anni, sono stati chiamati attivamente da parte di 6 assistenti sanitari fino al gennaio 2016 (in base alle DGR 1980/2012 e 2337/2013) e da 12 assistenti sanitari a partire da febbraio 2016 (in base alla DGR 889/2015).

Al 20 dicembre 2016 sono stati sottoposti a visita 5.159 soggetti, sono state eseguite 4.818 spirometrie, 136 soggetti con fattori di rischio predisponenti a patologia cardiovascolare maggiore si sono sottoposti a visita cardiologica; il numero di soggetti in eccesso ponderale che, in seguito alla visita di screening, hanno comunicato la disponibilità ad aderire ai Percorsi Nutrizionali è pari a 2156, e 1479 assistiti hanno già effettuato la prima visita nutrizionale; 700 soggetti sono stati avviati a counselling per la disassuefazione dal fumo di sigaretta; a 199 soggetti è stato somministrato il questionario per la ricostruzione delle abitudini alimentari.

La Direzione Sanitaria ha garantito il potenziamento dei servizi consultoriali per organizzare i corsi di accompagnamento alla nascita, i corsi di Massaggio Infantile e gli incontri di promozione e sostegno all'allattamento al seno; sono stati potenziati gli screening oncologici previsti dai LEA (estensione screening cervice uterina dal 62% all'84%; estensione screening mammella dal 48% al 69%, sceso al 61% nel 2016 per temporanea sospensione delle attività per adeguamento della piattaforma informatica).

La SC di Statistica ed Epidemiologia, oltre a supportare attivamente i complessi studi di epidemiologia descrittiva e analitica riportati nella sezione di descrizione del contesto del presente Piano, garantisce l'aggiornamento del registro nominativo delle cause di morte e del registro tumori e la conduzione di attività di sorveglianza epidemiologica, oltre che il supporto ai sistemi informativi aziendali. Tali attività sono indispensabili per la valutazione aggiornata dello stato di salute della popolazione che guida le strategie di programmazione regionale, nonché per la verifica dell'efficacia delle azioni avviate.

In virtù delle iniziative assunte dal 2013 con il Piano Straordinario Salute Ambiente della Regione Puglia e quindi dal 2015 con il Piano di Offerta delle Prestazioni Sanitarie (L. 6/2014), sono stati creati i percorsi diagnostico-terapeutici con riferimento a tutte le specialità mediche coinvolte nel percorso assistenziale delle patologie neoplastiche, cardiovascolari, respiratorie, quali: oncologia, radioterapia, medicina nucleare, anatomia patologica, radiologia, cardiologia e pneumologia.

Sono state garantite prestazioni prima non disponibili (IMRT/VMAT e trattamenti di brachiterapia ad alto rateo di dose) e per altre è stato possibile aumentare l'offerta: rispetto al 2014 si è registrato un incremento di 4.116 protocolli di terapia gestiti dall'UFA e di 5.120 allestimenti; servizio di endoscopia digestivo ora attivo h12 con un incremento del 45% dell'attività; Dal settembre 2013 fino al 31.12.2015, sono stati effettuati complessivamente 197 trattamenti in 195 pazienti con carcinoma differenziato della tiroide (CDT), di cui, 2 ritrattamenti.

Nel 2016 sono stati effettuati 103 primi trattamenti e 5 ritrattamenti. La maggior parte dei pazienti provengono dal territorio della Provincia di Taranto, circa il 7% dalle province di Brindisi, di Lecce e Bari.

Per quanto attiene le attività della Medicina Nucleare dell'Ospedale SS. Annunziata si registra un numero totale di 8.715 prestazioni, comprensive di ecografie tiroidee (322), densitometrie ossee (1.759), visite specialistiche (2.336), scintigrafie (4.298).

I costi sostenuti e programmati per lo svolgimento dell'attività descritta, a valere sul finanziamento erogato in applicazione della L. 6/2014, sono riportati nelle tabelle che seguono.

Si allega il dettaglio delle spese.

DESCRIZIONE progetto	importo contributo (a)	ENTRATE (b)	CREDITO RESIDUO (c)	SPESA SOSTENUTA AL 31/12/2015 (d)	DISPONIBILITA' RESIDUE AL 31/12/2015	SPESA SOSTENUTA NEL 2016 (e)	SPESA SOSTENUTA AL 31/12/2016 (f)	DISPONIBILITA' RESIDUE AL 31/12/2016	SPESE PROGRAMMATE	SPESE TOTALI	RESIDUO TOTALE
TERRA DEI FUOCHI DIREZIONE SANITARIA	3.743.554,07	3.743.554,07	-	2.650.533,75	1.093.020,32	1.093.020,32	3.743.554,07	0,00	-	3.743.554,07	0,00
TERRA DEI FUOCHI DIPARTIMENTO PREVENZIONE SVILUPPO NEUROCOGNITIVO BAMBINI	278.848,91	278.848,91	-	-	278.848,91	188.848,91	188.848,91	90.000,00	90.000,00	278.848,91	-
TERRA DEI FUOCHI DIPARTIMENTO PREVENZIONE SORVEGLIANZA RESPIRATORIA E CARDIOVASCOLARE	2.732.884,60	2.732.884,60	-	57.333,30	2.675.551,30	864.302,35	921.635,65	1.811.248,95	1.811.248,95	2.732.884,60	-
TERRA DEI FUOCHI ATTREZZATURE	1.314.266,49	1.314.266,49	-	-	1.314.266,49	991.062,93	991.062,93	323.203,56	323.203,56	1.314.266,49	-
TOTALI	8.069.554,07	8.069.554,07	-	2.707.867,05	5.361.687,02	3.137.234,51	5.845.101,56	2.224.452,51	2.224.452,51	8.069.554,07	0,00

DESCRIZIONE progetto	importo contributo (a)	ENTRATE (b)	CREDITO RESIDUO (c)	SPESA SOSTENUTA AL 31/12/2015 (d)	DISPONIBILITA' RESIDUE AL 31/12/2015	SPESA SOSTENUTA NEL 2016 (e)	SPESA SOSTENUTA AL 31/12/2016 (f)	DISPONIBILITA' RESIDUE AL 31/12/2016	SPESE PROGRAMMATE	SPESE TOTALI	RESIDUO TOTALE
TERRA DEI FUOCHI DIREZIONE SANITARIA II ANNO	3.743.554,07	-	3.743.554,07	-	-	3.743.554,07	3.743.554,07	-	-	3.743.554,07	-
TERRA DEI FUOCHI DIPARTIMENTO PREVENZIONE SVILUPPO NEUROCOGNITIVO BAMBINI II ANNO	326.000,00	-	326.000,00	-	-	-	-	326.000,00	-	-	326.000,00
TERRA DEI FUOCHI DIPARTIMENTO PREVENZIONE SORVEGLIANZA RESPIRATORIA E CARDIOVASCOLAR E II ANNO	3.367.263,39	-	3.367.263,39	-	-	-	-	3.367.263,39	-	-	3.367.263,39
TERRA DEI FUOCHI GENERICO	57.109,69	-	57.109,69	-	-	57.109,69	57.109,69	-	3.693.263,39	3.750.373,08	-
TERRA DEI FUOCHI ATTREZZATURE II ANNO	575.626,92	-	575.626,92	-	-	26.425,90	26.425,90	549.201,02	549.201,02	575.626,92	-
TOTALI	8.069.554,07	-	8.069.554,07	-	-	3.827.089,66	3.827.089,66	4.242.464,41	4.242.464,41	8.069.554,07	-
Tot. complessivo	16.139.108,14	8.069.554,07	8.069.554,07	2.707.867,05	5.361.687,02	6.964.324,17	9.672.191,22	6.466.916,92	6.466.916,92	16.139.108,14	0,00

Nel contesto delle iniziative di riqualificazione complessiva del SSR della Regione Puglia, il quadro epidemiologico suggerisce un fabbisogno di salute specifico, in termini di prevenzione e assistenza, che richiede l'attivazione di presidi dedicati nonché un potenziamento straordinario della rete dei servizi in termini di risorse umane e strumentali, anche oltre gli ordinari trasferimenti riconosciuti a livello di riparto del FSN.

Tale esigenza è stata di fatto già riconosciuta in passato con le previsioni di cui all'art. 3 bis, comma 1 del decreto-legge 3 dicembre 2012, n. 207, coordinato con la legge di conversione 24 dicembre 2012, n. 231, recante: «Disposizioni urgenti a tutela della salute, dell'ambiente e dei livelli di occupazione, in caso di crisi di stabilimenti industriali di interesse strategico nazionale.», nonché con l'art. 2 comma 4 octies del decreto-legge 10 dicembre 2013, n. 136, coordinato con la legge di conversione 6 febbraio 2014, n. 6, recante: «Disposizioni urgenti dirette a fronteggiare emergenze ambientali e industriali ed a favorire lo sviluppo delle aree interessate.»

Come risulta evidente dall'aggiornamento delle evidenze epidemiologiche, infatti, perdurano criticità nel profilo di salute che richiedono non solo che vengano confermate le iniziative regionali e nazionali già attivate ma che, alla luce del permanere in attività delle sorgenti inquinanti da un lato, e dall'altro dei risultati positivi raggiunti con le azioni avviate, queste vengano potenziate e consolidate nel tempo.

A seguito dell'incontro di verifica dello stato di attuazione del Piano di Offerta delle Prestazioni Sanitarie tenutosi presso il Ministero della Salute in data 20/12/2016, con nota prot. 0012676 -P-23/12/2016 il Ministro della Salute ha trasmesso lo schema di decreto interministeriale (Salute – MEF) di ripartizione delle risorse integrative pari a complessivi 25 milioni di euro per il 2015 ai sensi dell'articolo 2, comma 4-octies, del decreto legge 10 dicembre 2013, n. 136, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 febbraio 2014, n. 6. Lo schema di decreto prevede all'articolo 1 un finanziamento per la seconda annualità pari a 8.069.554,07 destinato alla Regione Puglia.

Nello stesso senso operano evidentemente le previsioni del Decreto Legge 29 dicembre 2016, n. 243 *Interventi urgenti per la coesione sociale e territoriale, con particolare riferimento a situazioni critiche in alcune aree del Mezzogiorno* che, all'art. 1 comma 2 lettera b) stabilisce che: *“nel limite di 50 milioni di euro per il 2017 e di 20 milioni di euro per il 2018, sono versate all'entrata del bilancio dello Stato per essere riassegnate in spesa nello stato previsione del Ministero della salute e successivamente trasferite alla Regione Puglia per la realizzazione di un progetto volto all'acquisizione dei beni e dei servizi necessari alla realizzazione di interventi di ammodernamento tecnologico delle apparecchiature e dei dispositivi medico-diagnostici delle strutture sanitarie pubbliche ubicate nei Comuni di Taranto, Statte, Crispiano, Massafra e Montemesola, avvalendosi, in via esclusiva, della CONSIP S.p.A., nonché alla conseguente e necessaria formazione e aggiornamento professionale del personale sanitario”.*

Intervento Taranto 01.01: Potenziamento Attività di prevenzione e promozione attiva della salute

Sulla base della situazione di partenza e della programmazione regionale e nazionale di cui alle DGR 889/2015 e DGR 302/2016 si possono così sintetizzare le Azioni di Intervento.

CRONOPROGRAMMA		INDICATORE	ENTRO
Taranto 01.01	Implementazione Programma di Sorveglianza attiva cardiorespiratoria	N. soggetti reclutati	31/01/18

CRONOPROGRAMMA		INDICATORE	ENTRO
Taranto 01.02	Implementazione Programma per la sicurezza alimentare	N. campionamenti effettuati/N. campionamenti programmati dal Piano Straordinario di Monitoraggio degli alimenti	90% (31/12/17) 100% (31/12/18)
Taranto 01.03	Screening Oncologici	Vd. GOPRO 01	Vd GOPRO 01
Taranto 01.04	Sorveglianza epidemiologica	N. studi epidemiologici effettuati	2 (31/12/17) 3 (31/12/18)
Taranto 01.05	Comunicazione e informazione	Piano di comunicazione nell'ambito delle attività nell'area a rischio di Taranto.	70% attività previste (31/12/17) 100% attività previste e valutazione efficacia (31/12/18)

Gli impatti economici che riguardano, per il 2017-2018, gli interventi già programmati a valere su risorse regionali e nazionali (DGR nn. 2337/2013; 889/2015-L. 6/2014), sono quantificabili in € 4.000.000, finalizzati al consolidamento delle attività di prevenzione, promozione attiva della salute e di sorveglianza epidemiologica.

Per quanto riguarda le spese relative a beni e servizi finalizzate al potenziamento dell'azione di vigilanza e controllo effettuata dalle diverse articolazioni del Dipartimento di Prevenzione della ASL di Taranto, nonché per la prosecuzione degli interventi di prevenzione e di promozione attiva della salute, è stimato un costo pari a 1.540.124,96 a valere sui fondi previsti dal Decreto Legge 243/2016. Il dettaglio delle attrezzature necessarie è riportato in allegato (Allegato Taranto_1).

Intervento Taranto 02.: Potenziamento Assistenza ospedaliera e territoriale

Con DGR n. 239 del 28.02.2017. di riordino della rete ospedaliera, infine, la Regione Puglia ha inteso rimodulare l'offerta ospedaliera in provincia di Taranto coerentemente con le indicazioni provenienti dalle evidenze epidemiologiche.

In particolare, l'attuale disponibilità di posti letto attivi nelle strutture ospedaliere pubbliche della provincia di Taranto è pari a 884; la nuova programmazione li porta a 1.088.

In particolare, con la nuova programmazione regionale, coerentemente con le evidenze epidemiologiche descritte, l'offerta pubblica si arricchisce, rispetto ai posti letto attualmente attivi, di:

- 5 posti letto di oncoematologia pediatrica
- 5 posti letto di chirurgia toracica
- 6 posti letto di chirurgia plastica a supporto della breast unit
- + 30 posti letto di pneumologia (disciplina in precedenza assente negli ospedali pubblici)
- +56 posti letto di riabilitazione e recupero funzionale (disciplina in precedenza assente negli ospedali pubblici)
- + 15 posti letto di oncologia
- + 31 posti letto di ostetricia e ginecologia

- + 23 posti letto di terapia intensiva
- + 12 posti letto di neurologia

La programmazione regionale ha inoltre stabilito di modulare l'offerta assistenziale dell'Ospedale Moscati in senso oncologico, ridefinendo in questo senso la dotazione delle discipline e identificando un programma di adeguamento strutturale, infrastrutturale e tecnologico comprensivo della ristrutturazione delle sale operatorie, della piastra endoscopica e del laboratorio centralizzato per la preparazione dei farmaci antitumorali.

Già nel corso del 2016, nell'ambito della riorganizzazione con caratterizzazione oncologica dello Stabilimento "S.G. Moscati", è stata avviata l'attività Ambulatoriale di **Endoscopia Bronchiale Oncologica** e l'attività Ambulatoriale Polispecialistica di **Chirurgia Oncologica**, dedicate a pazienti afferenti le strutture di oncologia ed ematologia, per approfondimenti diagnostici prescritti nel follow-up assistenziale.

Dette attività sono assicurate per 5 giorni settimanali, dal lunedì al venerdì (3 ore al giorno) con dirigenti medici specialisti provenienti dalle UU.OO. del Presidio Ospedaliero Centrale "SS. Annunziata".

Sulla base della situazione di partenza e della programmazione regionale e nazionale di cui alle DGR 889/2015 e DGR 1933/2016 si possono così sintetizzare le Azioni di Intervento.

CRONOPROGRAMMA		INDICATORE	ENTRO
Taranto 02.01	Implementazione Nuova Rete Ospedaliera	Vd. GOOSP 01.01.02	Vd. GOOSP 01.01.02
Taranto 02.02	Riorganizzazione Polo Oncologico S. Moscati di Taranto e SS. Annunziata	Stato avanzamento procedure per ammodernamento tecnologico	70% (31/12/17) 100% (31/12/18)
Taranto 02.03	Implementazione PDTA oncologici	Nell'ambito della istituenda Rete Oncologica (vd. GOOSP 01.01.02)	GOOSP 01.01.02
Taranto 02.04	Potenziamento assistenza neuropsichiatrica infantile	N. prese in carico tempestive (non oltre 30 gg dalla richiesta di approfondimento o dalla certificazione)	50% (31/12/17) 100% (31/12/18)

Per gli anni successivi, occorre prevedere maggiori costi per spese di personale e beni e servizi, ma soprattutto per interventi di riqualificazione dei punti di erogazione dell'offerta assistenziale, per ristrutturazione degli ambienti ospedalieri, nonché per l'adeguamento del parco tecnologico sia per la diagnostica che per la terapia.

Gli impatti economici che riguardano gli interventi già programmati a valere su risorse regionali e nazionali (DGR nn. 2337/2013; 889/2015) sono quantificabili in € 4.000.000, parte dei quali trovano copertura negli stanziamenti già previsti per l'assunzione di personale.

Per quanto riguarda la programmazione di spesa a valere sui fondi previsti dal citato Decreto Legge n. 243/2016, il dettaglio dell'ipotesi di allestimento tecnologico a supporto delle attività diagnostiche e terapeutiche previste è riportato nelle tabelle allegare (Allegato Taranto_02).

Fra i principali interventi di riqualificazione e potenziamento previsti vi è la trasformazione del plesso ospedaliero Moscati in un ospedale oncologico dotato di tecnologie all'avanguardia. Si provvederà infatti alla realizzazione di **sale operatorie di tipo integrato** che consentano un approccio multidisciplinare alle problematiche di carattere oncologico. L'allestimento strumentale e di attrezzature consentirà la massima flessibilità di utilizzo da parte delle chirurgie ad indirizzo oncologico relative ai vari distretti corporei. **Una delle sale sarà dedicata alla chirurgia robotica.**

È inoltre previsto il rinnovamento della **Radiologia** e il suo potenziamento, in particolare attraverso l'installazione di una **RM 3T e di una TAC 128 Dual Source** oltre che di una **sala di Radiologia interventistica** di tipo ibrido, caratterizzata quindi come una sala operatoria e ubicata nel gruppo operatorio, all'interno della quale troverà posto un **Angiografo** idoneo all'esecuzione di procedure di **termoablazione e di crioablazione.**

Anche la **Radioterapia** sarà potenziata mediante l'installazione di un **terzo acceleratore lineare (o di una Tomoterapia) e della sostituzione dei due esistenti.** Sarà inoltre prevista l'installazione di una apparecchiatura **IORT** per l'esecuzione di Radioterapia intraoperatoria. Nel potenziamento si è prevista anche l'installazione di un **apparecchio per TC/simulazione.**

Sarà realizzata, inoltre, la **Piastra endoscopica** che risponderà anche alle più avanzate richieste di **endoscopia bronchiale attraverso l'acquisizione di un sistema di videobroncoscopia/EBUS.**

Non sono previsti interventi di riqualificazione o potenziamento di strutture come l'UMACA poiché sono in corso lavori finanziati con Fondi ex art. 20 L. 66/88. Analogamente, per il Servizio di Anatomia Patologica, centralizzato e allocato nel Presidio Santissima Annunziata non si ritiene di intervenire se non prevedendo, a supporto del comparto operatorio, le tecnologie idonee all'attività di caratterizzazione istologica estemporanea. Il Laboratorio Analisi inoltre è già presente presso il plesso Moscati.

La stima dei costi è stata effettuata tenendo conto delle convenzioni CONSIP attualmente in corso, delle aggiudicazioni provenienti dall'attività di diverse centrali di committenza sul territorio nazionale, dei prezzi in privativa industriale per alcune tecnologie.

I costi sono stati calcolati tenendo conto, in alcuni casi, degli interventi strutturali necessari e inerenti al nuovo allestimento tecnologico e di un costo di manutenzione annuo pari a circa l'8% (valore medio). Il costo dei consumabili è stato esplicitato ove rilevante nelle singole schede e calcolato su un numero ipotizzabile di procedure annue certamente soggette ad incremento progressivo in linea con la crescita delle abilità professionali ed il superamento delle varie curve di apprendimento; Inoltre, tenendo conto del notevole investimento strutturale ed organizzativo che si dipanerà, si prevede di migliorare notevolmente l'attrattività del centro con un incremento delle prestazioni chirurgiche riservate a soggetti oncologici di almeno il 15% a partire dal 2018. (N. procedure inerenti a DRG chirurgici con diagnosi principale oncologica a Taranto pari a 2782 nel 2015).