



Bollettino ufficiale della Regione Puglia n. 145 del 03/12/2004

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 19 novembre 2004, n. 1712

D.G.R. n. 1494 del 26/09/03 - Verifica dei risultati amministrativi e di gestione ottenuti dal direttore generale della AUSL BA/1 di Andria - Approvazione delle risultanze dei lavori eseguiti dalla Commissione regionale di esperti. Adempimenti conseguenti.

L'Assessore alla Sanità, dr. Salvatore Mazzaracchio sulla base dell'istruttoria effettuata dal responsabile dell'attività Affari Istituzionali del S.S.R., confermata dal Dirigente del Settore riferisce quanto segue:

Con deliberazione della G.R. n. 1494 del 26/09/03 sono stati determinati, preventivamente in via generale, i criteri e le modalità procedurali del sistema valutativo dei direttori generali delle Aziende sanitarie, da utilizzare per la procedura di verifica, del conseguimento dei risultati aziendali, prevista dal D.lgs 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, art. 3bis comma 6, oltre che per la determinazione dell'eventuale integrazione del trattamento economico ai sensi del DPCM 502/95 e successive modifiche ed integrazioni.

Con la stessa deliberazione, così come rettificata dalla DGR n. 119/2004, è stata avviata la suddetta procedura di verifica, per i direttori generali, per i quali ricorrono le condizioni previste dal richiamato decreto legislativo, in quanto trascorsi 18 mesi dall'affidamento dell'incarico, nonché quelle stabilite dalla G.R., in quanto con la deliberazione di affidamento del nuovo incarico è statuito che "la presente nomina è subordinata all'esito favorevole del procedimento di verifica del raggiungimento degli obiettivi e risultati aziendali, avviato in relazione al pregresso mandato di direttore generale, ricorrendo le condizioni previste dalla norma."

Nello specifico la procedura di verifica ha interessato il dr. Tommaso Moretti per il quale ricorre la condizione stabilita dalla Giunta regionale, in quanto, già direttore generale dell' AUSL BA/1 di Andria, nominato con DGR. 2053 del 30/12/99 è transitato a nuovo incarico di direttore generale dell'AUSL BA/3 di Altamura - DGR n. 1178 dell'8 agosto 02;

La Commissione regionale di esperti, costituita con la citata DGR n. 1494/2003 per eseguire tale verifica, in data 14/09/2004, con nota di trasmissione prot. n. 25462, ha rimesso al Presidente della G.R. e a questo Assessorato gli atti, allegati al presente provvedimento per costituirne parte integrante e sostanziale, concernenti le risultanze del procedimento di verifica di che trattasi.

Considerato che, dai predetti atti si evince che, la Commissione ritiene - "a conclusione del proprio processo valutativo effettuato secondo i criteri e le modalità procedurali indicate dalla G.R. con la deliberazione n. 1494 del 26/09/2003 e sulla base degli atti pei venuti alla Commissione o acquisiti, su richiesta della stessa, dagli Uffici dell'Assessorato regionale alla Sanità e, - tenuto conto delle situazioni oggettive dell'Azienda -, che:

- gli obiettivi assegnati con il provvedimento giuntale di nomina, due non sono raggiunti e gli altri

raggiunti e/o parzialmente raggiunti

- la valutazione complessiva nei confronti del dr. Tommaso Moretti, direttore generale della AUSL BA/1 di Andria, con riferimento al periodo di 18 mesi decorrenti dal 10/01/2000, vada espressa in termini "favorevoli"

Ritenuto, pertanto, che occorre sottoporre alle decisioni della Giunta regionale le suddette valutazioni al fine di consentire l'esercizio di competenza, previsto dal richiamato disposto legislativo, nonché dalla citata DGR n. 1178/2002.

Copertura Finanziaria

Il presente provvedimento non comporta oneri a carico del bilancio regionale.

Il responsabile dell'attività AA.II. del SSR

dr. Rosalinda Colaprico

Il presente provvedimento rientra nella competenza della Giunta regionale a norma dell'art. 4 co. 4 lettera d) della LR 7/97

L'Assessore relatore sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale.

LA GIUNTA

Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;

Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Dirigente dell'Ufficio e dal Dirigente del Settore;

A voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in premessa, che quivi si intendono integralmente riportate:

- di prendere atto delle risultanze del procedimento di verifica, di cui agli atti allegati al presente parte integrante e sostanziale, così come eseguita dalla Commissione regionale di esperti nei confronti del dr. Tommaso Moretti, con riferimento al pregresso mandato di direttore generale della AUSL BA/1 di Andria il periodo di 18 mesi decorrenti dal 10/01/2000, così come disposto dalla DGR n. 1494/2004;

- di dare atto che gli obiettivi assegnati con DGR n. 2053 del 30/12/99, di nomina del pregresso mandato, risultano - due non raggiunti e gli altri raggiunti e/o parzialmente raggiunti -;

- di ritenere favorevole l'esito del procedimento di verifica, ai fini di eliminare la condizione di subordine stabilita dalla G.R. con la deliberazione n. 1178 del 08/08/02, rispetto alla nomina del dr. Tommaso Moretti a direttore generale dell'AUSL BA/3 di Altamura. di disporre che il presente provvedimento sarà pubblicato nel BURP ai sensi della l.r. 13/94 art. 6

Il Segretario Il Presidente
Dr. Romano Donno Dott. Raffaele Fitto

REGIONE PUGLIA
ASSESSORATO ALLA SANITA'E SERVIZI SOCIALI
- Settore Sanità -

RELAZIONE PREDISPOSTA DALLA COMMISSIONE
DI ESPERTI PER LA VALUTAZIONE DEI RISULTATI
DI GESTIONE DEL DIRETTORE GENERALE
DELLA AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE BA/1
DI ANDRIA DOTT. TOMMASO MORETTI

La Commissione - ai sensi di quanto disposto dalla Giunta Regionale con deliberazione n. 1494 del 26.9.2003 così come modificata dalla deliberazione n.119 del 17.2.2004 - ha svolto la propria attività valutativa dei risultati di gestione ottenuti dal dott. Tommaso Moretti Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria BA/1 di "Castel del Monte" Andria con riferimento al periodo 10.1.2000/20.8.2002, sulla base dei seguenti atti, pervenuti alla Commissione od acquisiti, su richiesta della stessa, dagli Uffici dell'Assessorato alla Sanità:

- a) relazione prodotta dal Direttore Generale sottoposto a verifica;
- b) relazioni fatte tenere dai componenti del Nucleo Ispettivo Regionale;
- c) atti, documenti e corrispondenza, in possesso degli Uffici del Settore Sanità, pervenuti da parte delle Amministrazioni sottoposte al procedimento, ivi compresi quelli relativi ai verbali del Collegio dei revisori dei conti;
- d) relazione appositamente richiesta agli Organi che, ai sensi delle norme vigenti, hanno titolo a provvedere.

Il sistema di verifica e di valutazione dei risultati aziendali conseguiti dal dott. Tommaso Moretti adottato dalla Commissione, è stato realizzato ed impostato secondo i criteri e le modalità procedurali indicati dalla Giunta Regionale con la deliberazione n. 2107 del 27 dicembre 2002.

In particolare si è proceduto ad esaminare ed analizzare, per ciascuno degli obiettivi assegnati al dott. Moretti con l'atto di nomina dello stesso (Delibera di G.R.2053 del 30.12.99) per il quinquennio 2000-2004, il grado di raggiungimento degli stessi, assegnando, sulla base della relativa graduazione, il giudizio di "obiettivo raggiunto", "parzialmente raggiunto" e "non raggiunto".

La valutazione complessiva, infine, tenuto conto delle situazioni oggettive dell'Azienda, è stata formulata secondo gli specifici criteri di commisurazione e graduazione dei risultati raggiunti in relazione a ciascun obiettivo.

La Commissione, pertanto, ha provveduto, attraverso il puntuale esame degli atti pervenuti, a formulare, per ciascuno degli obiettivi assegnati, così come di seguito riportati, ad esprimere il proprio giudizio e valutazione con l'indicazione di un quadro descrittivo di sintesi dell'attività svolta in relazione a ciascuna linea di attività amministrativo - sanitaria e gestionale assegnata al direttore generale con l'atto di nomina e del relativo grado di conseguimento.

A tale riguardo è opportuno precisare che il dott. Moretti, in data 21.08.2002, è stato trasferito per essere assegnato alla direzione della USL BA/3 di Altamura con un incarico triennale, tuttora in corso, e che, pertanto, ai fini della presente valutazione, è stato preso in considerazione, come previsto, unicamente l'attività svolta presso la USL BA/1 di Andria nel periodo, si ribadisce, 1.1.2000/20.8.2002, ricorrendo le condizioni stabilite dall'art. 3 bis, comma 6, del D.Lgs. 229/99.

1) Per quanto attiene al "rapido raggiungimento dell'equilibrio economico-gestionale al fine di contribuire al conseguimento dell'obiettivo primario formulato nell'art. 28 della Legge 448/98 (Patto di stabilità)" giova preliminarmente precisare che il modello di finanziamento delle aziende sanitarie, come è noto, è stato costruito in base alla spesa storica ovvero "tenuto conto dei risultati di esercizio" e, pertanto, con ripiani a pie di lista e non a quota capitaria, ancorchè pesata.

La ripartizione dei fondi, infatti, è avvenuta sistematicamente con acconti in corso di esercizio e con saldo ad esercizio chiuso e, quindi, non a ricavo di competenza dell'esercizio, bensì a ripiano patrimoniale della perdita.

I risultati economici della USL BA/1, secondo i dati di bilancio di esercizio prodotti ed approvati, si sono manifestati secondo il quadro di riferimento di seguito riportato nell'apposito allegato nel quale si provvede ad illustrare in modo sistematico la complessiva situazione finanziaria per tutti gli anni sino al 31.12.2002, e con l'indicazione di tutti i finanziamenti e relativi provvedimenti attribuiti alla USL BA/1 a ripiano dei disavanzi/perdite formati nei vari esercizi.

Dall'esame del quadro di sintesi prima riportato può rilevarsi che nel corso degli anni 2000/2002, i relativi risultati di bilancio a consuntivo hanno presentato perdite di 5,656 milioni di euro nel 2000, di 12,679 milioni di euro nel 2001 e di 4,234 milioni di euro nel 2002.

Tali disavanzi, tuttavia, sono stati successivamente, con specifici provvedimenti regionali, in tutto od in parte ripianati.

Ad oggi la situazione finanziaria complessiva presenta l'esercizio 2000 a pareggio, l'esercizio 2001 con un disavanzo residuo di 1,943 milioni di euro ed il 2002 in attesa di ripiano.

Può rilevarsi dall'esame dei predetti dati di sintesi un trend di disavanzi contenuti con riferimento ai risultati conseguiti dall'intero sistema sanitario pugliese e sempre più indirizzato verso il conseguimento del pareggio. Tanto sulla base anche del risultato di esercizio per il 2003 che registra un utile/avanzo di 4,461 milioni di euro.

Un andamento, peraltro, che ha risentito, in particolare, dell'assunzione degli oneri derivanti dal finanziamento degli accordi nazionali di lavoro non coperti dai necessari finanziamenti aggiuntivi, delle impennate della spesa farmaceutica in conseguenza della eliminazione del tickets decisa a livello governativo centrale e della decurtazione dell'intera mobilità passiva extraregionale, risultata a consuntivo inferiore con necessità di provvedimenti regionali di riequilibrio nel l'assegnazione delle risorse.

I predetti risultati complessivi di gestione, nel periodo di riferimento, sono stati determinati da una politica di contenimento dei costi realizzata, in particolare, attraverso:

- a) un comportamento coerente della classe medica in materia di appropriatezza dei ricoveri e di contenimento della spesa farmaceutica;
- b) una razionalizzazione del sistema di offerta sanitaria con dismissioni e riconversioni di attività sanitario - ospedaliera;
- c) il potenziamento dei presidi poliambulatoriali, sia ospedalieri che distrettuali con funzioni di filtro per i ricoveri ospedalieri;
- d) un'opera di sensibilizzazione dell'utenza verso un uso più appropriato dei servizi sanitari;
- e) un puntuale adempimento delle direttive regionali in materia di assistenza specialistica erogata con contingentamento dei tetti di spesa per ogni accreditato;
- f) la dismissione di contratti particolarmente onerosi (cucine e lava - nolo in particolare);
- g) il contenimento della spesa per fitti passivi (in attuazione dell'art. 62 della L. 388/2000 e dell'art. 17, comma 6, della L.R. 14/2001);
- h) il conseguimento di risparmi di spesa con opportune transazioni con i creditori;
- i) la riduzione della spesa di personale in attuazione dei criteri stabiliti dalle leggi regionali 28/2000 e 32/2001, ivi compreso il riesame dei contratti di consulenza tecnica, sanitaria e amministrativa ai fini della riconferma di quelli indispensabili per il funzionamento dei servizi.

La Commissione, sulla base degli elementi di giudizio sopra indicati così come documentalmente estraibili dagli atti esaminati, valuta la linea di attività in esame quale "obiettivo parzialmente raggiunto".

2) Per quanto riguarda la "debuocratizzazione dei rapporti, improntando gli stessi nel rispetto dei requisiti di legittimità delle azioni, all'efficacia economica e qualitativa della gestione, la Direzione generale ha sviluppato una politica gestionale orientata a:

- a) dare attuazione al principio di funzionalità attraverso l'accorpamento dei procedimenti riguardanti la medesima attività ricorrendo all'istituto delle Conferenze di servizi e l'adozione di linee guida di comportamento e di azione;

b) realizzare sul piano organizzativo una struttura "orizzontale" attraverso l'assegnazione a ciascuna struttura e ciascun dirigente della piena autonomia nell'esercizio dei poteri derivanti dal proprio ruolo e prevedendo un regime sanzionatorio, secondo le norme e nei limiti contrattuali, per i casi di comportamenti omissivi (come, in particolare, quello della eventuale omessa applicazione dell'"autocertificazione"), nonché un sistema di controlli interni;

c) ridurre, in genere, i tempi di erogazione dei servizi sanitari ed amministrativi attraverso la semplificazione delle relative procedure operative, la produzione di specifici regolamenti interni e soprattutto, attraverso l'accelerazione e riduzione dei tempi di accesso ai servizi (Urp, numero verde, uffici infermieristici in ogni presidio ospedaliero, etc.).

Con riferimento all'obiettivo in esame la Commissione ritiene che, in considerazione delle iniziative a tale riguardo intraprese dall'Azienda, così come sopra sinteticamente indicate, si sia determinato un apprezzabile grado di avanzamento quali-quantitativo della gestione e, pertanto, un obiettivo che può valutarsi "raggiunto".

3) Per quanto riguarda "accelerazione attuativa ed incentivata del piano di integrazione dell'assistenza ospedaliera con quella territoriale per il miglioramento dei livelli di professionalità e qualità del servizio, dei soldi di mobilità sanitaria (intra-regionale ed inter-regionale) e dell'equilibrio economico del sistema" l'azione della Direzione generale è stata essenzialmente rivolta a realizzare e favorire:

a) la diretta partecipazione dei medici ospedalieri alla negoziazione degli obiettivi di budget al fine, in particolare, di pervenire alla proposizione di indicatori di appropriatezza verso il contenimento dei tassi di ospedalizzazione da riportare e tendere al valore di riferimento stabilito dal P.S.N. (160 ricoveri per mille abitanti). Iniziativa questa che ha visto scendere nell'arco di tre anni il predetto tasso di ospedalizzazione da 240 a 190;

b) processi di integrazione fra Medici ospedalieri e Medici territoriali anche attraverso la definizione (Del. n. 239 del 1998) di un protocollo di accesso dei Medici di famiglia negli Ospedali dell'Azienda, al fine di:
creare una cultura di collaborazione;
migliorare e abbreviare i processi di diagnosi e cura in regime di degenza;
favorire le dimissioni protette e concordare indirizzi di terapia farmacologia domiciliare;

c) un filtro stabile per i ricoveri evitabili attraverso la predisposizione di apposito "protocollo" per le procedure operative dell'Aria di osservazione - astanteria negli Ospedali (Direttiva 2001/1174);

d) la semplificazione delle procedure di accesso degli utenti alle prestazioni sanitarie (Direttiva 1998/5059 così come integrata con la Direttiva 2001/544 D.G.), attraverso la corretta applicazione dell'accordo collettivo nazionale dei Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta in materia, in particolare, di prescrizione farmaceutica e diagnostica;

e) un protocollo di esecuzione delle prestazioni strettamente e direttamente correlate al ricovero programmato (Direttivo 1998/4663), al fine di abbreviare la durata delle degenze ospedaliere e migliorare l'appropriatezza della prestazione.

Relativamente al tasso di ospedalizzazione rappresentato dal numero dei ricoveri per ogni 1000 residenti nel territorio della AUSL BA/1, comprensivi dei ricoveri avvenuti fuori regione, può rilevarsi, dai dati forniti dall'Assessorato relativamente all'Azienda in esame attraverso specifico elaborato, un

andamento, nel corso degli anni dal 1999 al 2002, in forte riduzione e molto al di sotto della media regionale e più precisamente:

Anni 1999 2000 2001 2002

1) Valori assoluti:

- Numero dei ricoveri 241,91 235,95 213,93 200,77
- Puglia 251,85 249,83 240,38 221,76

2) Scostamento % rispetto

alla media regionale -3,9% -5,6% -11,0% -9,5%

Circa ancora i "ricoveri in autoconsumo" ovvero i ricoveri effettuati presso le strutture pubbliche a gestione diretta da parte delle UU.SS.LL. può ricavarsi, dai dati di sintesi all'uopo predisposti dagli Uffici assessorili, con riferimento al periodo 1999 - 2002, un andamento, per quanto riguarda la BA/1, che depone per un utilizzo dei propri Presidi Ospedalieri, coerente con il trend aziendale del tasso di ospedalizzazione, e più precisamente:

Anni 1999 2000 2001 2002

1) Valori assoluti:

- Peso medio 0,84 0,86 0,88 0,90
- Puglia 0,85 0,86 0,87 0,90

2) Scostamento % rispetto

alla media regionale

- Numero casi +49,3% +46,9% +36,9% +45,7%
- Valori in euro + 52,5% +55,8% +45,2% +46,1%
- Peso medio - 1,2% + 0,0% + 1,1% + 0,1%

Emerge in particolare dai dati sopra esposti un "peso medio" dei casi trattati in costante crescita nel corso del periodo di riferimento che si posiziona su valori in linea con la media regionale.

Analogamente per quanto attiene al "numero dei casi" e al valore in euro degli stessi, il relativo andamento si posiziona, rispetto alla media regionale, su valori sensibilmente superiori.

Tale risultato, tuttavia, va posto in correlazione con il "tasso di ospedalizzazione" prima esaminato che presenta un andamento molto al di sotto della media regionale.

Per quanto attiene, infine, ai "Ricoveri in Mobilità Extraregionale Passiva" ovvero ai ricoveri presso altre Regioni si riscontra dai dati forniti dall'Assessorato alla Sanità attraverso il tabulato all'uopo trasmesso, che l'Azienda Sanitaria BA/1 nel corso del periodo 1999 - 2002 ha registrato i livelli che di seguito si rappresentano:

Anni 1999 2000 2001 2002

1) Valori assoluti:

- Numero casi 2.966 2.960 3.370 3.401
- Puglia 59.934 59.333 61.128 62.809
- Valori in euro 8.521.714 7.757.877 8.653.308 9.651.531
- Puglia 172.519.287 173.187.989 179.814.203 192.130.454

2) Scostamento % rispetto alla media regionale: dei valori pro-capite:

- Numero casi -16,5% -16,0% - 7,2% - 8,8%
- Valori in euro -16,6% -24,6% -19,0% +15,4%

Può rilevarsi dai dati sopra riportati un " trend" azienda le negativo, ma pur sempre positivo rispetto ai valori regionali.

Con riferimento all'obiettivo in esame, la Commissione ritiene che, sulla base delle iniziative adottate, degli elementi estraibili dagli atti esaminati e del grado di conseguimento ottenuto, la linea di attività in discorso sia da valutare quale "obiettivo parzialmente raggiunto".

4) Circa "l'attenta ridefinizione e riqualificazione concertata della funzione dei Medici di medicina generale e dei Pediatri di libera scelta quali soggetti attivi di regolazione della domanda, onde evitare il ripetersi di impieghi impropri delle risorse" la Direzione generale - al fine di realizzare il necessario coinvolgimento nella organizzazione distrettuale dei M.M.G. e del P.L.S. per una più appropriata definizione dell' intervento sanitario - ha adottato una serie di iniziative rivolte a stabilire e regolamentare:

a) forme e modalità di organizzazione del lavoro e di erogazione delle prestazioni (associazionismo medico, processi assistenziali per protocolli correlati alle patologie sociali, interventi specifici per la popolazione anziana mediante A.D.I.);

b) i livelli di spesa per l'assistenza farmaceutica, specialistica e di riabilitazione;

c) criteri guida condivisi per progetti sanitari, corsi di formazione dei Medici in un contesto professionale sinergico;

d) monitoraggio e controllo della spesa attraverso un'azione di "report" per tutti i soggetti coinvolti.

Tali iniziative hanno consentito, in particolare, in uno spirito di collaborazione, di regolamentare le prescrizioni farmaceutiche prevedendo un maggiore utilizzo del farmaco generico (Del. n. 336 del 28.6.2001), nonché la introduzione del budget e del monitoraggio sistematico del comportamenti prescrittivi riguardanti l'assistenza ospedaliera, ambulatoriale e farmaceutica.

Circa la "pesa netta farmaceutica" si riscontra dai dati forniti dall'Assessorato alla Sanità attraverso il tabulato all'uopo trasmesso, che l'Azienda Sanitaria BA/1 nel corso del periodo 2001/2003 ha registrato i "livelli di spesa" che di seguito si rappresentano:

Anni 2001 2002 2003

Valori assoluti 46.015.318 50.110.681 48.847.393

- Puglia 867.758.377 853.874.243 809.600.440

Valori pro-capite 195,91 213,34 207,97

- Puglia 212,34 208,95 198,11

Scostamento rispetto

alla media regionale - 7,7% + 2,1% + 5,0%

Può ricavarsi dai dati sopra riportati un "trend" sia rispetto all'anno precedente che rispetto alla media regionale, in netto peggioramento.

Con riferimento all'obiettivo in esame la Commissione ritiene che, in considerazione delle iniziative a tale riguardo intraprese dall'Azienda, così come sopra sinteticamente indicate, si sia realizzato un apprezzabile grado di avanzamento di tale linea gestionale e, pertanto, un obiettivo che può valutarsi "parzialmente raggiunto".

5) In ordine al "consolidamento dei processi di dipartimentalizzazione" la Direzione generale ha adottato provvedimenti rivolti, oltre che alla attivazione del Dipartimento di salute mentale, del Dipartimento di prevenzione e di quello delle dipendenze patologiche, alla creazione del Dipartimento aziendale di radiologia" e successivamente del "Dipartimento ospedaliero dell'Area di Patologia clinica".

La Direzione ha soprasseduto all'attivazione degli altri Dipartimenti ospedalieri in attesa del Piano di riordino ospedaliero intervenuto nell'agosto 2002, pur provvedendo all'Istituzione e regolamentazione degli stessi con Delibera n.18 del 9.1.2002.

La Commissione, al riguardo, sulla base degli elementi di giudizio sopra indicati così come documentalmente estraibili dagli atti esaminati, valuta la linea di attività in esame quale "obiettivo parzialmente raggiunto".

6) Per quanto attiene al "conseguimento degli obiettivi fissati nel documento annuale di indirizzo economico-funzionale deliberato dalla Giunta Regionale", l'azione della Direzione generale è stata essenzialmente rivolta a realizzare:

a) un contenimento della spesa farmaceutica convenzionata, seppure non in linea con i dati medi regionali, attraverso un'opera di sensibilizzazione dell'utenza, anche con pubblici manifesti verso atteggiamenti più responsabili e parsimoniosi;

b) una significativa riduzione del tasso di ospedalizzazione, attraverso una più accurata valutazione della appropriatezza delle proposte di ricovero. Misure queste che hanno consentito di realizzare una progressiva riduzione del tasso di ospedalizzazione passato dal 235,95 per mille abitanti nel 2000 al 200,97 per mille abitanti nel 2002;

c) la partecipazione al Piano Nazionale Trapianti attraverso una politica attiva nei trapianti d'organo e che potuto registrare, nel triennio 2000/2002, un incremento del numero degli espunti ed un tasso di donazione pari al 23,2 per milione di abitanti, maggiore di otto punti rispetto alla media italiana;

d) un'assistenza specialistica erogata dalle strutture accreditate, attraverso la stipula di accordi contrattuali in conformità alle direttive regionali e con i vantaggi economici conseguenti alla definizione dei tetti di spesa;

e) la riduzione del numero del personale dipendente in attuazione degli obiettivi di contenimento della relativa spesa secondo quanto previsto dall'art. 23 della L.R. 28/2000.

Misure queste che hanno consentito di realizzare, nel periodo di riferimento, una riduzione complessiva del 5,82% delle unità di personale e del 5,74% del costi dello stesso;

f) una adeguata attività di prevenzione sia attraverso il piano di vaccinazione antinfluenzale, che

mediante le strutture consultoriali e specialistiche aziendali;

g) l'autosufficienza del sangue pienamente realizzata anche attraverso la riorganizzazione dei Centri Trasfusionali costituiti in Servizio, la trasmissione telematica ed, in sostanza, il "buon uso del sangue" Ciò ha determinato un incremento dei prelievi di oltre il 25%, che, ancorchè distanti dalla quota prevista dall'OMS, risulta adeguata a garantire l'autosufficienza dell'Azienda.

La Commissione, conclusivamente, ritiene, sulla base degli elementi di valutazione come sopra sinteticamente riportati, che l'obiettivo in esame sia considerato "parzialmente raggiunto"

7) Circa la "riduzione delle liste di attesa per i ricoveri ospedalieri e per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale" è da sottolineare che l'Azienda risente di una rete ospedaliera per molti aspetti "ridondante" e, quindi meritevoli di ridimensionamento come, peraltro, intervenuto con i recenti provvedimenti regionali di riordino.

Un fenomeno relativo alle liste di attesa, pertanto, pur non eclatante e vistoso, è presente specie in conseguenza delle carenze di anestesisti, cardiologi e radiologi ed alle quali si è sopperito con progetti obiettivi.

La Commissione, in ordine all'aspetto gestionale in esame, ritiene, sulla base di quanto rilevato dagli atti di supporto prodotti, che l'obiettivo sia valutato, in relazione al periodo di riferimento, "non raggiunto"

8) In ordine alla "realizzazione di campagne di screening per la diagnosi precoce dei tumori femminili", la Direzione generale ha adottato, in attuazione delle direttive regionali, iniziative rivolte:

a) alla costituzione dei "comitati di coordinamento" per la diagnosi precoce del carcinoma mammario e per i tumori della sfera genitale (Del. n. 1248/99 e n. 157/00);

b) all'acquisto di mammografi negli Ospedali di Andria e Corato;

c) al potenziamento del Servizio di Anatomia patologica in Andria;

d) allo svolgimento di campagne di sensibilizzazione della popolazione femminile attraverso l'affissione di appositi manifesti;

e) al potenziamento del consultorio familiare di Andria con l'assegnazione, nella nuova sede inaugurata nel giugno 2000, quale specifica missione, dell'attività di prevenzione secondaria dei tumori della cervice uterina mediante l'esecuzione di Pap Test.

La Commissione, al riguardo, ritiene, sulla base degli elementi di valutazione come sopra sinteticamente riportati, che l'obiettivo in esame sia considerato "parzialmente raggiunto"

9) Per quanto riguarda "potenziamento dell'assistenza domiciliare" la Direzione generale ha provveduto ad istituire, in via sperimentale, nel giugno 1999 (Del. D.G. n. 651/99) ed in recepimento delle Direttive nazionali e regionali, il "Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.L)" con iniziale connotazione geriatria e per un numero complessivo di posti letto pari a 200 ripartiti, tra i vari Comuni interessati, in 10 moduli da 20 utenti ciascuno ai quali si è aggiunto un ulteriore modulo in Minervino Murge (nel maggio 2001) con 20 posti a carattere esclusivamente sanitario in seguito alla chiusura della Unità Operativa di Chirurgia Generale del Presidio di Minervino in attesa della prevista riconversione in struttura di

riabilitazione e lungo degenza.

Il servizio è stato strutturato attraverso la stipula di accordi di programma con tutti i Comuni compresi nell'ambito territoriale dell'Azienda e con il coinvolgimento di tutte le strutture, organismi e servizi operanti sul territorio in forma autonoma (cooperative sociali).

Il modello organizzativo adottato prevede, per la presa in carico del paziente, l'obbligo della "previa valutazione dell'Unità di Valutazione Geriatria distrettuale", nonché, quale responsabile del paziente in Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.), il Medico di Medicina Generale.

Il progetto, inoltre, è sottoposto al monitoraggio continuo degli episodi di ricovero occorsi in pazienti in A.D.I., anche al fine di valutarne la convenienza in termini finanziari attraverso il confronto tra i risultati precedenti l'istituzione del servizio e quelli derivanti dopo un anno dalla sua messa a regime.

Circa il livello di Assistenza Domiciliare Integrata e Programmata conseguito dall'Azienda Sanitaria in esame, può rilevarsi dai dati di sintesi forniti dal competente Settore dell'Assessorato regionale alla Sanità attraverso specifico elaborato trasmesso, che la BA/1 ha registrato nel corso degli anni 2000 - 2003 un costo pro-capite secondo un andamento moderatamente crescente ed al disopra della media regionale e più precisamente:

Anni 2000 2001 2002 2003

1) Importo pro-capite a 3,18 a 2,85 a 3,42 a 3,74
- Puglia a 2,34 a 2,38 a 2167 a 3,00

2) Incremento % rispetto
all'anno precedente -10,5% +20,1% +9,4%
- Puglia +1,61% +12,28% +12,31%

3) Scostamento rispetto
alla media regionale +35,7% + 19,5% +27,8% +24,5%

Con riferimento all'obiettivo in esame la Commissione ritiene che, in considerazione delle iniziative a tale riguardo assunte dall'Azienda e dei tempi di realizzazione, l'Azienda abbia ottenuto un apprezzabile grado di avanzamento di tale linea gestionale e, pertanto, un obiettivo che può valutarsi "parzialmente raggiunto".

10) In ordine al "miglioramento dell'assistenza a favore di soggetti affetti da malattie mentali", la direzione generale ha sviluppato, in coerenza con le indicazioni regionali, riportate nella Delibera n. 181 del 28/01/97 e nella Delibera di C.R. 244 del 16/12/97, un'azione rivolta al rafforzamento delle strutture riabilitative residenziali dell'Azienda per consentire la deospedalizzazione degli assistiti dell'ospedale psichiatrico di Bisceglie.

Le strategie di intervento adottate sono state, in particolare, rivolte:

- a) ad acquistare locali e mezzi per dare stabilità assistenziale e dignità ai cittadini afferenti al settore psichiatrico;
- b) adeguare e potenziare le strutture riabilitative esistenti;

c) attivare nuove strutture riabilitative residenziali e semi residenziali;

d) potenziare i servizi territoriali.

I predetti interventi hanno consentito, nel periodo di riferimento, di realizzare ed attivare due strutture residenziali riabilitative in Minervino Murge e Spinazzola, nonché di acquistare e rendere operativa la nuova sede del Dipartimento di sanità mentale in Andria.

Non si è mancato, infine, di implementare servizi ambulatoriali e di assistenza domiciliare oltre che di vigilanza e controllo nelle strutture residenziali di riabilitazione psichiatrica.

Si riscontra sulla base dei dati forniti dall'Assessorato alla Sanità mediante apposite note informative all'uopo trasmesse, relativamente ai pazienti in trattamento riabilitativo psichiatrico residenziale o diurno, presenta il quadro di riferimento al 31.12.2002 che di seguito si rappresenta.

BA/1

POPOLAZIONE 242.026

NUMERO STRUTTURE REGIONALI UTILIZZATE 9

POSTI LETTO ASL 70

PAZIENTI IN ASL 70

PAZIENTI OUT ASL 3 LE/2

4 BA/5

1 BA/4

4 BA/4 VILLA

ATA (ALBERGO)

1 NAPOLI

2 MATERA

TOTALE PAZIENTI OUT ASL 22

La spesa totale annua per assistenza psichiatrica riabilitativa in strutture a "gestione diretta" "a retta" ed "in convenzione" rispettivamente quantificata in 877.976 euro, 833.556 ed in 1.734.486 con un costo annuo medio pro-capite di 37.456 euro.

La Commissione, a riguardo, ritiene che l'obiettivo in esame, sulla base delle iniziative adottate dalla direzione generale, sia da valutare "raggiunto".

11) Circa la "realizzazione di idonee strutture e spazi distinti per l'esercizio della libera professione intramuraria nel rispetto delle caratteristiche contenute nel D.lgs. n. 229/99, art. 15 quinquies ed art. 15 sexies e successive integrazioni e modificazioni", la direzione generale è stata fortemente condizionata oltre che dalla insufficienza delle disponibilità di spazi, dalla fatiscenza, in particolare, di quasi tutte le strutture ospedaliere.

Circostanza questa che ha di fatto rallentato la osservanza delle disposizioni legislative in materia.

La direzione ha provveduto al riguardo, su richiesta dell'Assessorato regionale alla Sanità, a formulare un piano di interventi per realizzare idonee strutture per l'attività libero-professionale da finanziare con l'art. 20 della Legge 67/88.

La Commissione, al riguardo, ritiene conclusivamente che l'obiettivo in esame, sulla base degli elementi desunti dagli atti acquisiti, sia da valutare "non raggiunto".

GIUDIZIO FINALE

La Commissione, a conclusione del proprio processo valutativo effettuato secondo i criteri e le modalità procedurali indicati dalla Giunta Regionale con Deliberazione n. 1494 del 26.9.2003 e sulla base degli atti pervenuti alla Commissione od acquisiti, su richiesta della stessa, dagli Uffici dell'Assessorato regionale alla Sanità.

RITIENE

che, tenuto conto delle situazioni oggettive dell'Azienda e dei giudizi come sopra espressi per ciascun obiettivo, che di seguito si riassumono:

la valutazione complessiva nei confronti del Dott. Tommaso MORETTI, Direttore generale della AUSL BA/1 di Andria con riferimento al periodo di 18 mesi decorrenti dal 10.1.2000, di nomina dello stesso, vada espressa in termini "favorevoli".