

BOLLETTINO UFFICIALE

DELLA REGIONE PUGLIA

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

Anno XXX

BARI, 28 LUGLIO 1999

N. 79

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

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

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

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

Direzione e Redazione - Presidenza Regione Puglia - Via Capruzzi, 212 - Bari - Tel. 0805402259-0805402264-0805402099 - Fax 0805402262.

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

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

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

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

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

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

Non si darà corso alle inserzioni prive della predetta documentazione.

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

SOMMARIO

PARTE SECONDA

Deliberazioni del Consiglio Regionale e della Giunta

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 luglio 1999, n. 1003

Documento di Indirizzo Economico-Funzionale del SSR per il 1999 (DIEF-SSR 1999) Assegnazione alle Aziende UU.SS.LL., alle Aziende Ospedaliere, agli E.E ed I.R.C.C.S. degli obiettivi funzionali e dei limiti di spesa a valere sul F.S.R. 1999 - L.R. 38/94, L.R. n. 16/97, L.R. 22/97, L. 449/97, L. 448/98

Pag. 4526

PARTE SECONDA

Deliberazioni del Consiglio Regionale e della Giunta

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
15 luglio 1999, n. 1003

Documento di Indirizzo Economico-Funzionale del SSR per il 1999 (DIEF-SSR 1999) Assegnazione alle Aziende UU.SS.LL., alle Aziende Ospedaliere, agli E.E ed I.R.C.C.S. degli obiettivi funzionali e dei limiti di spesa a valere sul F.S.R. 1999 - L.R. 38/94, L.R. n. 16/97, L.R. 22/97, L. 449/97, L. 448/98

L'Assessore alla Sanità, sulla base dell'istruttoria espletata dall'Ufficio n. 9, confermata dal Dirigente dello stesso ufficio e dal Coordinatore del Settore, riferisce quanto segue:

La Giunta Regionale con la DGR 1800/98 "Criteri per le assegnazioni alle Aziende UU.SS.LL., alle Aziende Ospedaliere, agli E.E ed IRCCS degli obiettivi funzionali e dei limiti di spesa a valere sul F.S.R. 1998" e successive modificazioni ed integrazioni, nel corso del 1998 ha introdotto nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale importanti innovazioni.

Con i successivi atti:

- DGR 3689/98, "Chiarimenti e modificazioni a DGR 1800/98 "Criteri per le assegnazioni alla Aziende UU.SS.LL., alle Aziende Ospedaliere, agli E.E. ed I.R.C.C.S. degli obiettivi funzionali e dei limiti di spesa a valere sul F.S.R. 1998";
- DGR 4336/98 "Deliberazione CIPE n.84/98 - Assegnazione definitiva del FSR per il 1998-Modificazioni ed integrazioni alla DGR 1800/98 ed alla DGR 3689/98 - Rimodulazione delle assegnazioni alla Aziende UU.SS.LL., alle Aziende Ospedaliere, agli E.E. ed I.R.C.C.S. dei limiti di spesa a valere sul F.S.R. 1998";
- DGR 4337/98, "DGR 1800/98 - Attuazione Procedure di compensazione delle prestazioni sanitarie rese dalle Aziende USL ed Ospedaliere, dagli IRCCS ed Enti Ecclesiastici (Clearing House).- Direttiva della Giunta Regionale"
- DGR 74/99 "Assistenza specialistica provvisoriamente accreditata Determinazioni in ordine al livello di prestazioni e di spesa relative al 1998 rivenienti dalla trattativa tra Parte Pubblica e Privata del comparto",

in particolare, sono stati meglio qualificati i tetti di spesa, gli obiettivi, le linee guida e le direttive regionali in materia di assistenza sanitaria, con lo scopo di perfezionare le azioni orientate al riordino economico-funzionale del SSR.

Con i predetti atti, venivano indicati altresì principi e direttive tra cui:

- perseguire "una adeguata qualificazione ed integrazione dei vari soggetti e delle loro prestazioni

rispetto al Cittadino-utente";

- comporre, in un equilibrato rapporto tra strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, il diritto alla libera scelta del Cittadino";
- raggiungere in un triennio, a valori e legislazione costante l'obiettivo regionale del pareggio di bilancio nell'area sanitaria, anticipando quanto disposto in materia dalla Legge 448/98 (Finanziaria 1999).

Circa quest'ultimo punto, ai fini della corretta interpretazione dell'azione di indirizzo e coordinamento esercitata dall'Assessorato alla Sanità, nel rispetto del diritto alla libera scelta del Cittadino, ma anche nella esigenza di dar corpo ai principi di buona amministrazione (così come ampiamente qualificati dalla Legge Finanziaria 448/98 in materia di **patto di stabilità interna**, di cui si dirà più dettagliatamente in appresso), occorre tener conto dei criteri di ripartizione funzionale, della consistenza delle risorse assegnate in sede di riparto del FSN 1999 e della **indifferibile esigenza di perseguire forti e concreti obiettivi di risparmio**.

È da rilevare come rispetto a questo obiettivo ed a molte delle azioni e degli elementi di riequilibrio definiti dalla successiva legislazione, la DGR 1800/98 abbia percorso i tempi, permettendo alla Regione di anticipare i fattori di esperienza attraverso cui meglio governare il *Cambiamento*.

Partendo dai risultati già raggiunti rispetto a tale direttrice occorre, ora, che si concretizzi un forte **"patto di responsabilità"** da parte dei Cittadini della regione e delle strutture pubbliche e private operanti nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale.

È altresì richiesto un **particolare impegno dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri** di libera scelta che, sia nella veste di mandatarî delle Aziende USL, sia di fiduciari dei Cittadini per l'assistenza medica di base, hanno il compito di fungere da "regolatori" e da "garanti" della salvaguardia di un livello sufficiente di uniformità nell'assistenza sanitaria e di un oculato impiego delle risorse.

Agli stessi è, in particolare, assegnato l'obiettivo di **contenere la spesa per l'assistenza farmaceutica** che nel corso del 1998 ha superato la soglia insostenibile di 1.000 miliardi.

Agli operatori ed alle strutture pubbliche e private del SSR è assegnato lo scopo, raggiungibile, di garantire i livelli di assistenza e di perseguire gli obiettivi previsti per il 1999-2001 dal Patto Interno di Stabilità.

Il presente *Documento* è quindi atto di Indirizzo Economico-Funzionale (DIEF) in materia sanitaria e concorre, in particolare, per quanto di competenza della Giunta, al perseguimento degli obiettivi previsti dal **patto di stabilità regolato dall'art. 28 della L. 448/98** e successive attuazioni, di cui ultima la Circolare 12 Marzo u.s. del Ministero del Tesoro del Bilancio e della Programmazione Economica, redatta con l'intesa del Ministro degli Affari Regionali e del Ministro della Sanità.

Tenuto conto della **rilevanza degli effetti sull'am-**

ministrazione delle Regioni prodotti dall'Art. 28 della L. 448/98, lo stesso e la cit. *Circ. Min. Tesoro 12 Marzo* (che ne chiarisce le modalità di applicazione) sono riportati, per sintesi, nella **sezione Normativa e Regolamentare** (Allegato B), limitandosi in questa sede ad evidenziare:

(A) Continuità degli obiettivi del Patto di Stabilità Interno anche negli anni 2000 e 2001:

Il Patto di Stabilità interno ha valenza almeno triennale, sicché, nell'ipotesi in cui l'intervento correttivo nel 1999 si sia rilevato insufficiente per il perseguimento del saldo programmatico 1999, occorrerà operare sul bilancio del 2000 per realizzare le correzioni necessarie per ricondurre il saldo (compreso quello del settore sanitario) sui livelli richiesti dal "patto di stabilità interno".

(B) Forza giuridica del "patto di stabilità interno":

Il patto di stabilità interno, così come formulato nell'art. 28 della L. 448/98 è prescrittivo sui risultati da raggiungere ed ha grande rilievo dal punto di vista della responsabilità del sistema delle autonomie in caso di mancato raggiungimento dei risultati desiderati.

In particolare, alle Regioni a statuto ordinario è assegnato per il 1999 un obiettivo di risparmio di 1000 miliardi, (**oltre quello sulla spesa sanitaria** che appare evidenziare un fabbisogno aggiuntivo per il 1998 superiore ai 7.000 miliardi), obiettivo primario che il sistema delle autonomie ha fatto proprio per concorrere agli obiettivi di risanamento della finanza pubblica italiana.

Gli eventuali scostamenti rispetto agli obiettivi, accertati dal Governo, sono sottoposti alla Conferenza permanente Stato-Regioni, alla quale è affidata la individuazione delle misure da prescrivere per il ripristino degli obiettivi.

Se, nonostante l'applicazione di tali misure, gli scostamenti dovessero persistere alla fine dell'anno e l'Italia venisse sanzionata per il deficit eccessivo, tale sanzione sarà posta a carico degli enti che non hanno realizzato gli obiettivi in proporzione alla quota ad essi imputabile.

Parallelamente agli elementi sin qui evidenziati, ai fini di un corretto inquadramento dei presupposti economici e normativi in cui si inserisce il provvedimento di assegnazione degli obiettivi e di riparto interessanti nel 1999 e nel triennio 1999-2001 il servizio sanitario regionale, occorre anche tenere conto di ulteriori elementi legislativi quali quelli presenti nella L. 419/98 (Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale) e nella stessa L. 448/98.

In quest'ultima (Legge Finanziaria 1999), si introducono significative variazioni sull'assetto economico del sistema sanitario, quali quelli previsti in materia di:

— misure da attuarsi per la razionalizzazione ed il

contenimento della spesa farmaceutica (Artt 68, 69 e 70);

- interventi per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani (Art. 71);
- disposizioni per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria (Art. 72),

elementi questi che, congiuntamente ad altri che incidono negativamente sul versante dei costi, pongono la Regione Puglia nella esigenza di dar corso ad ogni possibile azione volta al perseguimento, al consolidamento ed all'adeguamento degli obiettivi di risparmio già definiti nel corso del 1998 dalla richiamata DGR 1800/98 e successive modificazioni ed integrazioni.

In altri termini è **richiesta la riduzione dell'incidenza della spesa sanitaria verso livelli sostenibili** della stessa, adattamento rispetto al quale occorre che *Tutti* aderiscano al "**patto di responsabilità**" alla base del presente documento di indirizzo.

Si tratta, in altre parole di dare continuità a quanto già indicato nella richiamata DGR 1800/98, così come migliorata, adeguata ed integrata nel corso del tempo sin qui trascorso, ma anche di meglio integrare nel processo decisionale le Parti che operano nel sistema sanitario regionale, cosicché da tale "concertazione responsabile" possa scaturire una serie di azioni funzionali all'obiettivo di stabilità cui la Regione Puglia ha aderito.

Giova al riguardo ricordare che l'azione pianificatoria intrapresa dalla Regione Puglia nel corso del 1998, tra gli altri principi espressi dall'atto di indirizzo costituito dalla DGR 1800/98 ha evidenziato come il nuovo Modello operativo di rete introdotto nel SSR ha l'obiettivo di:

- a) favorire l'equilibrio complessivo del sistema sanitario regionale sotto il profilo economico-funzionale e prestazionale;
- b) complementare, anche mediante l'intervento del privato, le capacità erogative di alta specialità nella regione, giusta successiva riconferma di indirizzo espressa dalla DCR 379/99 regolamentante il riordino della rete ospedaliera;
- c) bilanciare a livello regionale (e delle strutture sanitarie) il rapporto prestazioni/risorse in un equilibrio economico di periodo;
- d) dare sostegno alla attuazione coordinata delle azioni strumentali di programmazione.

Metodologia di Pianificazione e Concertazione sugli obiettivi 1999 del SSR

Rispetto a tali condizioni, l'Assessorato alla Sanità, completato l'iter procedurale che ha permesso alla Regione Puglia di dotarsi, con la DCR 379/99 dello strumento necessario per il riordino della rete ospedaliera, a partire dal mese di febbraio del corrente anno ha dato corso ad una serie di Conferenze di servizio, su base provinciale o regionale, aventi come scopo la concertazione circa gli obiettivi e le azioni da compiersi ai fini del perseguimento degli indirizzi di programmazione e di risultato voluti dal Legislatore ed a

cui si conforma l'azione della Regione Puglia in materia di assistenza sanitaria.

Le intese, definite con i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Pubbliche, i Legali Rappresentanti degli Enti Ecclesiastici, degli IRCCS pubblici e privati, e con i Rappresentanti delle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale delle categorie dei soggetti erogatori di prestazioni sanitarie (Ospedalità privata, specialistica ambulatoriale, medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta), hanno determinato, anche ai fini di quanto disposto dalla Legge 448/98 in materia di adesione al patto di stabilità e crescita, significative innovazioni i cui elementi costituiscono presupposti per la determinazione da parte della Giunta Regionale degli obiettivi fondamentali della programmazione regionale in materia sanitaria.

Detti elementi, in via generale, possono così essere riepilogati:

- (a) rapido raggiungimento dell'equilibrio economico nella gestione del sistema sanitario della Puglia, nell'intesa e nell'accordo di tutte le Parti interessate, ognuno con i propri mezzi e le proprie capacità di contribuire a tale scopo;
- (b) inattuabilità di atti generali con efficacia retroattiva la cui esecuzione dia luogo a crescite di costo non compatibili con le disponibilità del FSR e con gli obiettivi di salvaguardia connessi con il Patto di Stabilità. Sono fatti salvi gli atti derivanti da provvedimenti nazionali, con oneri a carico dell'Amministrazione centrale dello Stato.
- (c) deburocratizzazione dei rapporti, improntando gli stessi, nel rispetto dei requisiti di legittimità delle azioni, all'efficacia economica e qualitativa della gestione;
- (d) accelerazione attuativa ed incentivata del Piano di integrazione dell'assistenza ospedaliera (Riordino della Rete Ospedaliera) con quella territoriale per il miglioramento dei livelli di professionalità e qualità del servizio, dei saldi di mobilità sanitaria (infraregionale ed interregionale) e dell'equilibrio economico del "sistema" costituito dal SSR;
- (e) progressivo ma rapido assestamento delle "missioni" proprie delle Aziende Sanitarie Pubbliche, delle strutture ospedaliere e specialistiche private (alla data provvisoriamente accreditate) che congiuntamente agli altri Soggetti operanti nell'ambito del SSR devono prontamente concorrere, secondo principi di integrazione e complementarietà, alla contrazione delle diseconomie strutturali derivanti dalle sopresse UU.SS.LL, con l'obiettivo primario della salvaguardia dei livelli minimi uniformi di assistenza.
- (f) presa di coscienza della limitata disponibilità di risorse con conseguente bisogno, per criteri di uniformità ed equità, di procedere ai necessari riequilibri nell'assegnazione delle risorse ai diversi soggetti e strutture del SSR, tenuto conto degli elementi scaturenti dal previsto programma

di complementarizzazione ed integrazione tra le prestazioni di assistenza del livello preventivo, ospedaliero e distrettuale, interessanti il comparto pubblico e privato;

- (g) esplicitazione che gli indirizzi interessanti il comparto privato, si intendono definiti in via temporanea, attesa la esigenza di procedere, sulla base dei criteri e delle linee derivanti anche dai decreti legislativi di prossima promulgazione, al rapido avvio delle procedure previste in materia di accreditamento.

- (h) attenta ridefinizione e riqualificazione concertata della funzione dei Medici di Base e dei Pediatri di Libera scelta, i quali nel definito (DGR 1800/98) ruolo di mandatari, opereranno quali soggetti attivi di "regolazione" della domanda (anche ai fini della significativa riduzione dei livelli di spesa per l'assistenza farmaceutica).

Giusta accordo assunto in sede regionale con i Sindacati maggiormente rappresentativi dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di libera scelta (di seguito riportato per estratto), tra gli obiettivi primari delle categorie mediche interessate vi è quello di assicurare i livelli essenziali di assistenza di base, evitando, nel caso in cui ciò si verifici, il ripetersi di impieghi impropri delle risorse.

Ulteriore obiettivo è quello di indirizzare la domanda, prioritariamente verso le strutture del SSR pubbliche e private accreditate della regione, nell'ambito dei piani delle prestazioni e dei tetti di spesa programmati.

- (i) Avvio, per comprensorio provinciale, dei processi di dipartimentalizzazione interaziendale in materia di prevenzione e di assistenza sanitaria distrettuale ed ospedaliera.

È infatti obiettivo comune delle Aziende USL, delle Aziende Ospedaliere, delle strutture della Ospedalità Privata, degli IRCCS, degli Enti Ecclesiastici, raccordare ed armonizzare le risorse e le professionalità disponibili con quelle presenti nei diversi ambiti distrettuali.

In questo quadro sono ricompresi accanto a tutte le altre strutture pubbliche e private operanti nell'ambito del SSR, anche i Soggetti privati eroganti prestazioni specialistiche, i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera scelta, come ulteriormente evidenziato nelle specifiche sezioni di riferimento.

I Direttori Generali delle Aziende USL, delle Aziende Ospedaliere ed i Legali Rappresentanti degli IRCCS pubblici sono impegnati, per comprensorio provinciale di riferimento, ad inviare all'Assessorato alla Sanità, entro e non oltre il termine 15 Ottobre 1999 a presentare il proprio modello interaziendale di dipartimentalizzazione dei livelli di assistenza sanitaria.

Dette ipotesi costituiscono indicazioni di massima per le dipartimentalizzazioni interaziendali su base comprensoriale, che la Giunta Regionale si

riserva di deliberare, anche in via sperimentale, entro il 31-12-1999.

L'azione definita dall'Assessorato alla Sanità, costituisce quindi una ulteriore evoluzione rispetto a quanto già raggiunto nel corso del 1998, primo anno di applicazione dei principi di contrattazione delle prestazioni e di determinazione dei limiti di spesa per le strutture del SSR, concretizzando il ruolo centrale della Regione quale regolatore del sistema sanitario.

In una serie di incontri di negoziazione, nel 1998 l'Assessorato alla Sanità ha infatti determinato le risorse, i limiti di spesa, gli obiettivi assegnati alle Aziende Ospedaliere, IRCCS ed Enti Ecclesiastici, nonché indicatori e parametri interessanti anche i settori in cui operano gli altri Soggetti provvisoriamente accreditati dal SSR.

In linea con la avviata evoluzione del sistema, nel 1999 l'Assessorato alla Sanità, nell'ambito del processo di innovazione gestionale in atto, al fine di favorire la concreta applicazione dei principi di cooperazione e compartecipazione al processo di programmazione enunciati nella DGR 1800/98 tra i Soggetti del SSR, ha, come si è detto adottato, ai fini della regolamentazione dei rapporti tra Aziende USL e gli altri Soggetti erogatori di prestazioni sanitarie, la procedura della negoziazione concertata su scala regionale, provinciale ed aziendale.

Detta procedura è stata conseguentemente impiegata per la definizione dei principi regolanti i rapporti multilaterali tra le Aziende USL e:

- a) le Aziende Ospedaliere;
- b) gli IRCCS pubblici e privati;
- c) la Ospedalità Privata, attraverso le Rappresentanze Sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale;
- d) le Strutture ed i Soggetti della Assistenza Specialistica provvisoriamente accreditata, attraverso le Rappresentanze Sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale;
- e) i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta, attraverso le Rappresentanze Sindacali delle Organizzazioni maggiormente rappresentative a livello regionale e nazionale.

Ulteriore elemento innovativo introdotto e condiviso in sede di concertazione è quello della dipartimentalizzazione interaziendale (nell'ambito di comprensori di dimensione provinciale), dei livelli di assistenza in materia di prevenzione, territoriale ed ospedaliera, ambito rispetto ai quali la capacità di erogazione del settore sanitario privato (sia a livello di assistenza ospedaliera che territoriale a livello specialistico) acquisisce una funzione di insostituibile complementarietà nell'ambito dei tetti di spesa e dei piani delle prestazioni necessarie.

In tale contesto, ferma restando la funzione di indirizzo, coordinamento, sorveglianza e garanzia esercitata dall'Assessorato alla Sanità per il rispetto dei principi di congruità ed equità, negli accordi concernenti i diversi livelli di assistenza (ospedaliera, specialistica, medicina di base, etc) si è avuto cura di

adottare criteri e principi analoghi di concertazione, assumendo come schema di riferimento i presupposti innanzi riportati prioritariamente adottati in sede di negoziazione multilaterale con le Aziende Ospedaliere, gli Enti Ecclesiastici e gli IRCCS pubblici e privati e, per analogia, estesi alle intese intercorse con le Organizzazioni maggiormente rappresentative a livello regionale della Ospedalità privata, della assistenza specialistica provvisoriamente accreditate e con quelle dei medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta.

In particolare, per la validità giuridica delle intese tra i Direttori Generali ed i Legali Rappresentanti delle Aziende e degli Enti interessati, l'Assessorato alla Sanità, che ha assolto alla funzione di "segretario", ha fatto riferimento per analogia a:

- i principi di cui all'Art. 2359 Cod. Civ. ed a quelli regolanti la costituzione dell'Assemblea e la validità delle deliberazioni delle società di cui all'Art. 2368 del Cod. Civ.;
- le norme del Cod. Civ. in materia di contratti ed obbligazioni.

Conseguentemente, ai fini della determinazione multilaterale degli indirizzi programmatici e degli accordi interaziendali interessanti le strutture ed i Soggetti operanti nell'ambito del SSR, i Direttori Generali presenti nelle diverse riunioni, hanno operato anche nell'interesse delle altre Aziende USL della Regione, tenuto conto, come si è detto, che taluni incontri di concertazione sono avvenuti su base provinciale (in particolare per quanto attiene i rapporti tra USL ed Aziende Ospedaliere, IRCCS ed Enti Ecclesiastici) ed altri su base regionale (esplicitamente, in materia di ospedalità e specialistica privata provvisoriamente accreditata e di medicina di base convenzionata).

Le decisioni assunte in sede di concertazione comprensoriale, divengono quindi, alla luce delle indicate modalità di determinazione, schema di riferimento per i Soggetti e le strutture che operano nell'ambito del SSR. Le determinazioni contenute nella presente deliberazione e negli atti alla stessa connessi, si intendono, ove non diversamente specificato, aver **effetto dal 1 Gennaio 1999.**

Rilevato che:

- il piano di riparto del FSN per il 1999 recentemente approvato dalla Conferenza Stato-Regioni dà luogo ad una significativa riduzione delle risorse assegnabili al livello ospedaliero di assistenza, rispetto alla quale l'Assessorato alla Sanità ha valutato - al fine di permettere alle strutture interessate di dar corso alle ristrutturazioni previste dal Piano di Riordino della Rete Ospedaliera - di frazionare la contrazione nell'arco di un triennio, pur nella consapevolezza che tale decisione graverà prevalentemente sulle Aziende USL, istituzionalmente competenti per quanto attiene l'assistenza distrettuale;
- la richiamata DCR 379/99 di riordino della rete ospedaliera, conferma la esigenza di dar corso ad una riduzione della relativa spesa in modo pro-

gressivo e compatibile, percorso rispetto al quale l'Assessorato alla Sanità ha rilevato nei Direttori Generali delle USL convenute un appropriato senso di responsabilità e compartecipazione al problema.

- conseguentemente si è determinato, per il 1999, con riferimento ai livelli di assistenza previsti dal PSN, di assegnare agli stessi le risorse disponibili secondo la seguente matrice di ripartizione:

Livello di Assistenza	Risorse 1999
Prevenzione	5%
Ospedaliera (compresa Mobilità)	52%
Distrettuale	43%

Analisi dei Bilanci Consuntivi per il 1997 e conseguenti riparametrazioni 1999

Parallelamente alle attività di concertazione comprensoriale che costituiscono uno degli elementi inno-

vativi del presente atto di indirizzo, coordinamento e riparto, sulle Aziende Ospedaliere, gli EE, gli IRCCS, le USL e gli altri Soggetti che operano in regime di accreditamento provvisorio nell'ambito del SSR, è stata sviluppata una attenta analisi per meglio comprendere le principali componenti di costo che hanno caratterizzato la gestione del SSR.

Non potendosi disporre al momento della elaborazione del presente provvedimento dei Bilanci consuntivi delle strutture del SSR riferiti al 1998, a cura degli Uffici dell'Assessorato Regionale alla Sanità e del gruppo tecnico di lavoro che con lo stesso collabora, sono stati valutati gli esiti dei rendiconti consuntivi del 1997. La metodologia adottata, coerente con quella impiegata per la definizione dei criteri di riparto di cui alla preliminare DGR 1800/98 ed alla definitiva DGR 4336/9, ha, tra gli altri, tenuto conto degli indicatori primari che si riferiscono agli aggregati in appresso riepilogati:

LIVELLO 1

COSTI GENERALI

PERSONALE DIPENDENTE

BENI E SERVIZI

LIVELLO 2

CONVENZ. & OBIETTIVI DI PIANO
INTERESSI FINANZIARI
ALTRI & NON ATTRIBUIBILI

PERS RUOLO SANITARIO
PERS-RUOLO AMMINISTRATIVO E
PROFESSIONALE
PERS-RUOLO TECNICO
PERS-ONERI RIFLESSI

MATERIALE SANITARIO
PRODOTTI ECONOMICI E SERVIZI
ECONOMICI APPALTATI
SERVIZI SANITARI

LIVELLO 3

ASSIST.MEDICO GENERICA
ASSIST.MEDICO-SPECIALISTICA
E DIAGNOSTICA STRUMENTALE
ESTERNA ASSIST.FARMACEUTICA
ASSIST.RIABILITATIVA ED
INTEGRATIVA ASSIST.TERMALE
ASSIST.OSPEDALIERA IN ENTI O
ISTITUTI DI RICERCA SCIENTIFICA
ASSIST.OSPEDALIERA IN CASE
DI CURA CONVENZIONATE

Gli esiti di tale costruzione, agli atti dell'Assessorato alla Sanità, hanno concorso a dar luogo ai criteri di valutazione per la assegnazione dei budget e delle quote di riparto del FSR 1999, coerentemente ai principi di armonizzazione indicati nel presente atto.

Consequentemente, tenuto conto delle vigenti norme di legge nazionali e regionali, degli indirizzi di programmazione del PSN 1998-2000, delle modalità di riparto determinate nell'ambito dell'Assessorato

alla Sanità, conformemente alla vigente normativa, ai criteri ed ai principi approvati dalla Giunta Regionale con le richiamate DGR 1800/98, 4336/98, 4337/98, 74/99 e nell'obiettivo di rendere efficace l'azione complessiva del SSR, l'ammontare di riferimento delle assegnazioni e dei tetti di spesa previsti dall'ipotesi di riparto del FSR 1999 per i diversi livelli di assistenza può essere definito (con diretto riferimento all'ammontare dello stesso determinato in circa 6.684 MLD), per provincia come segue:

		100%	5%	52%	43%
Provincia	USL	Assegnazione indistinta	Prevenzione	Assistenza Ospedaliera	Assistenza Distrettuale
FOGGIA		1116,80	55,84	580,73	480,23
	FG/1	332,08	16,60	172,68	142,80
	FG/2	317,93	15,90	165,32	136,71
	FG/3	466,79	23,34	242,73	200,72
BARI		2493,26	124,67	1296,50	1072,09
	BA/1	350,52	17,53	182,27	150,72
	BA/2	501,39	25,07	260,72	215,60
	BA/3	310,84	15,54	161,64	133,66
	BA/4	948,96	47,45	493,46	408,05
	BA/5	381,55	19,08	198,41	164,06
BRINDISI		622,70	31,14	323,80	267,76
	BR/1	622,70	31,14	323,80	267,76
LECCE		1275,75	63,79	663,39	548,57
	LE/1	725,93	36,30	377,48	312,15
	LE/2	549,82	27,49	285,91	236,42
TARANTO		872,50	43,63	453,70	375,17
	TA/1	872,50	43,63	453,70	375,17
PUGLIA		6381,01	319,07	3318,12	2743,82

+ Valori arrotondati alle decine di milioni

Tale importo è determinato al netto degli accantonamenti previsti dal piano

di riparto ai sensi della L.R. 38/94, compresi quelli per la remunerazione delle prestazioni interessanti la mobilità attiva extraregionale, come evidenziato nell'Allegato A.

Tale prima assegnazione è quindi comprensiva delle quote di riequilibrio, delle misure di prima attuazione della DCR 181/97 e, per USL direttamente interessate da tali componenti di costo, anche delle dotazioni e dei contributi per l'esercizio dei PMP (FG/3, BA/4, BR/1, LE/1, TA/1), la trasformazione ed esaurimento delle strutture psichiatriche residuali (LE/1, BA/2, FG/3), per la LE/1, a norma dell'Art. 42 della L. 449/97, di quelli di gestione per le attività di cui alla DGR 1800/98 ed alla DGR 4337/98 in materia di controllo e compensazione delle prestazioni sanitarie e per la LE/2 dei maggiori oneri derivanti dall'emergenza Kosovo, prevalentemente concentrati in quest'area della Puglia.

Tenendo conto degli elementi evolutivi in atto, si è altresì provveduto, con riferimento ai livelli di assistenza (visti nella loro interdipendenza e complementarietà), a determinare linee e criteri guida, obiettivi ed azioni che, definiti negli elementi principali, trovano specifica attuazione e modulazione nell'ambito delle singole Aziende USL e delle relazioni negoziali tra queste ed i soggetti e le strutture abilitate ad operare nell'ambito del SSR (Aziende Ospedaliere, Enti

Ecclesiastici, IRCCS, Specialisti, Medici di Medicina Generale, Pediatri di libera scelta, e quant'altri).

Garanzia di Continuità Assistenziale al Cittadino

L'obiettivo di fondo da perseguire nel 1999, è quello di garantire al Cittadino la continuità assistenziale, qualunque sia il sito nel quale la prestazione sanitaria e sociale viene assicurata, tanto al fine di raggiungere l'indifferibile riequilibrio nell'impiego delle risorse tra prevenzione, ospedale e territorio, nei limiti delle disponibilità previste dal FSR.

Nella DGR 1800/98, ai fini del raggiungimento della "continuità assistenziale" al Cittadino, si indicavano una serie di azioni coordinate da attuarsi nell'ambito dei livelli di prevenzione, assistenza distrettuale ed ospedaliera. Rispetto a tali azioni, di seguito riportate, a partire dagli inizi del 1998 sono stati compiuti alcuni passi significativi.

Il momento di sintesi per una organica diffusione ed applicazione di tali azioni nell'ambito dell'intero SSR è costituito dalla introduzione a partire dal 1999 del principio della *Concertazione Comprensoriale*.

Azioni ex DGR 1800/98 da perseguire con la Cooperazione dei Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta

Nella DGR 1800/98 si evidenziava la necessità che

le Aziende definissero una rete operativa integrata *Territorio - Ospedale*, con l'obiettivo di seguire il Paziente all'interno della stessa, in un processo idoneo a permettere di segmentare la domanda di ricovero in senso quantitativo e qualitativo, razionalizzando i percorsi diagnostici (e di conseguenza la modalità di presa in carico dell'Utente).

"La rete operativa territoriale", si indicava altresì, "è costituita dal Medico di Base, dal Poliambulatorio, dalle Strutture specialistiche territoriali (CSM, SERT, Servizi Riabilitativi residenziali e non) e dall'Ospedale".

In questo quadro che, ai fini della costituzione della "rete operativa integrata", rileva la centralità funzionale dei Medici di Base, si individuavano, tra le altre, le seguenti azioni:

1. SPERIMENTAZIONE, CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE ED I PEDIATRI DI LIBERA SCELTA, DI PROGRAMMI ASSISTENZIALI LEGATI A LIVELLI DI SPESA PROGRAMMATI;

4. DEFINIZIONE DI PERCORSI DIAGNOSTICI E TERAPEUTICI INTEGRATI COINVOLGENTI GLI OSPEDALI, LE STRUTTURE AMBULATORIALI SPECIALISTICHE ED I MEDICI DI BASE.

11. COORDINAMENTO IN AMBITO DISTRETTUALE DELL'ATTIVITÀ EFFETTUATA DAI CONSULTORI, DAI PEDIATRI DI BASE, DAI SERVIZI SPECIALISTICI E DAL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE;

12. UTILIZZO DEL PEDIATRA DI BASE E DEL SERVIZIO DI MEDICINA SCOLASTICA NEL CONTROLLO DELLO SVILUPPO PSICOFISICO DEL BAMBINO, NELLA DIAGNOSI PRECOCE DELL'HANDICAP, NELLA DEFINIZIONE DEI PROGRAMMI ASSISTENZIALI INTEGRATI PER BAMBINI CON PATOLOGIA CRONICA, NELL'AVVIO DI INTERVENTI PREVENTIVI, ANCHE IN AMBITO SCOLASTICO, COMPRESE LE VACCINAZIONI OBBLIGATORIE E FACOLTATIVE IN ETÀ PEDIATRICA;

13. POTENZIAMENTO DELLA RETE DEI SERVIZI SOCIO SANITARI EFFETTUATI PER IL BAMBINO CON PATOLOGIA CRONICA E BASATI SULLA CENTRALITÀ DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA.

Rispetto a detti elementi, per la prima volta, nella Regione Puglia, di concerto con le Organizzazioni regionali e nazionali più rappresentative dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di libera scelta, nel 1998 si è dato corso alla definizione di percorsi assistenziali legati a livelli di spesa programmati, con l'obiettivo di giungere all'appuntamento per il 1999 disponendo di una strumentazione operativa condivisa, concertata, attuabile e sperimentata.

A tale positivo lavoro che è servito anche per sperimentare e tarare, nel reale, la positiva capacità dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera scelta di operare e concorrere a determinare, quali mandatarie delle Aziende USL, gli indirizzi e le moda-

lità operative attraverso cui svolgere, al meglio, la rilevante funzione di regolatori ed equilibratori del sistema primario di assistenza (e da questo, dell'intero circuito assistenziale interessante la capacità erogativa presente sul territorio), si deve la definizione degli obiettivi e delle azioni riportate nella relativa sezione che costituiscono dal 1999, principi guida fondamentali per tutte le Aziende USL della Regione Puglia.

Azioni di Supporto alla Pianificazione ed al Controllo

L'applicazione delle procedure e delle metodologie a sostegno delle azioni di pianificazione e controllo in materia sanitaria costituisce azione essenziale della funzione di coordinamento dell'Assessorato alla Sanità. Rispetto a tale tema, con la DGR 1800/98, tra le azioni di rilevanza regionale si erano indicate quelle della:

2. INDIVIDUAZIONE E RILEVAZIONE DI INDICATORI: DI DOMANDA, DI ATTIVITÀ, DI RISULTATO E DI EFFICACIA DA UTILIZZARE IN SEDE DISTRETTUALE, AZIENDALE E REGIONALE AI FINI DELLA PROGRAMMAZIONE E DEL CONTROLLO;

17. ACCERTAMENTO DEI CRITERI E DEI PARAMETRI DI CALCOLO IMPIEGATI NELLE DIVERSE STRUTTURE DELLE AZIENDE SANITARIE - MEDIANTE ADEGUAMENTO A NORMA DEGLI ADDEBITI ALLE ALTRE REGIONI SULLA BASE DELLE VIGENTI TARIFFE SULLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE, ED AMBULATORIALI - CONSEGUENTE AUMENTO DELLE ENTRATE PROPRIE DELLE AZIENDE USL ED OSPEDALIERE.

Anche in questo campo sono stati compiuti considerevoli progressi. L'attivazione del nuovo sistema informativo sanitario regionale, di quello di pianificazione e controllo gravitante sui modelli economico-funzionali del MEF di cui alla DGR 1800/98, di quello di controllo delle prestazioni e di compensazione multilaterale economico-finanziaria attivato con la DGR 4337/98 e la loro mutua integrazione rispetto alle funzioni proprie previste dalla DGR 3286/98 e dalla DGR 4255/98 istitutive rispettivamente della UOC e della struttura di progetto per il monitoraggio e la programmazione della spesa sanitaria della Regione Puglia, hanno permesso di anticipare nel trascorso esercizio gli elementi normativi previsti dalla successiva Legge Finanziaria per il 1999 in materia di patto di stabilità, ponendo in essere le strumentazioni operative necessarie per l'attuazione dei principi che caratterizzano la decretazione legislativa in corso di perfezionamento ex Legge 419/98 (Riforma ter), a cui il presente atto di indirizzo si conforma.

La Puglia rispetto a detti obiettivi, viene a trovarsi in una posizione di "vantaggio" a confronto delle altre Regioni che con essa devono concorrere agli obiettivi previsti dal patto di stabilità 1999-2001.

Azioni per la Deospedalizzazione dell'Assistenza Sanitaria

In attuazione della DGR 1800/98, che tra le azioni di rilevanza regionale prevedeva tra le altre la:

6. ATTIVAZIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA.

7. RIDUZIONE DELLA MOBILITÀ SANITARIA LEGATA A PATOLOGIE DI BASE.

RIDUZIONE DEI RICOVERI OSPEDALIERI

9. SPERIMENTAZIONE ED ATTIVAZIONE DI FORME DI DEOSPEDALIZZAZIONE

10. RIDUZIONE DELLA REITERAZIONE DEI RICOVERI.

si è dato corso a quanto necessario per dare organica concretezza operativa a tali indirizzi. In particolare, in materia di:

- ATTIVAZIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA.

La DRG 1800/98 preannunciava che "il potenziamento della rete dei servizi afferenti al progetto Assistenza Domiciliare Integrata, nell'ambito di definiti tetti di spesa e di oculata riflessione sui connessi indicatori beneficio/costo, dovrà portare, con economia di gestione, ad una diminuzione del numero dei posti letto "magazzino" ed alla riduzione del correlato fenomeno del soggiorno ospedaliero indiscriminato (poco funzionale, economicamente molto costoso, poco gratificante per il paziente);"

La applicazione del Piano di Riordino ospedaliero rende disponibili nelle Aziende USL un considerevole numero di risorse del ruolo sanitario, professionalizzate e competenti che, mediante l'attivazione dell'istituto della mobilità, possono dar corpo, con economia di gestione al miglioramento dei livelli di assistenza, conformemente agli indirizzi in materia previsti dal PSN 1998-2000.

Analogamente, per le azioni concernenti la:

— RIDUZIONE DELLA MOBILITÀ SANITARIA LEGATA A PATOLOGIE DI BASE.

— RIDUZIONE DEI RICOVERI OSPEDALIERI

— SPERIMENTAZIONE ED ATTIVAZIONE DI FORME DI DEOSPEDALIZZAZIONE

— RIDUZIONE DELLA REITERAZIONE DEI RICOVERI

nella DGR 1800/98, si indicava in ordine a:

(a) la RIDUZIONE DELLA MOBILITÀ SANITARIA LEGATA A PATOLOGIE DI BASE: "tale obiettivo può essere raggiunto solo attraverso un efficace collegamento tra livello di Assistenza Ospedaliera e Territoriale, tra Aziende USL ed Aziende Ospedaliere".

(b) la RIDUZIONE DEI RICOVERI OSPEDALIERI: la riflessione di privilegiare tale obiettivo partendo dalle "patologie che possono essere opportunamente trattate a domicilio o diagnosticate attraverso il razionale utilizzo di ambulatori specialistici, prioritariamente impiegando le risorse

interne alle Aziende USL ed Ospedaliere, in raccordo con i Medici di Base ed i Pediatri di Libera Scelta, con economia di gestione".

(c) la SPERIMENTAZIONE ED ATTIVAZIONE DI FORME DI DEOSPEDALIZZAZIONE: la opportunità di dar corso a procedure operative quali preospedalizzazione, dimissione protetta, ospedalizzazione domiciliare, ADI, etc. al fine di valutarne gli effetti in termini di costo-opportunità e benefici-costi;

(d) la RIDUZIONE DELLA REITERAZIONE DEI RICOVERI e delle prestazioni sanitarie agli stessi Pazienti: da realizzarsi, anche, con un incremento nell'utilizzo delle strutture socio-sanitarie delle USL da parte dei Pazienti che si trovano in situazioni di marginalità sociale o di bisogno socio-sanitario;

(e) il COORDINAMENTO IN AMBITO DISTRETTUALE DELL'ATTIVITÀ EFFETTUATA DAI CONSULTORI, DAI PEDIATRI DI BASE, DAI SERVIZI SPECIALISTICI E DAL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE;

(f) L'UTILIZZO DEL PEDIATRA DI BASE E DEL SERVIZIO DI MEDICINA SCOLASTICA NEL CONTROLLO DELLO SVILUPPO PSICOFISICO DEL BAMBINO, NELLA DIAGNOSI PRECOCE DELL'HANDICAP, NELLA DEFINIZIONE DEI PROGRAMMI ASSISTENZIALI INTEGRATI PER BAMBINI CON PATOLOGIA CRONICA, NELL'AVVIO DI INTERVENTI PREVENTIVI, ANCHE IN AMBITO SCOLASTICO, COMPRESSE LE VACCINAZIONI OBBLIGATORIE E FACOLTATIVE IN ETÀ PEDIATRICA;

(g) IL POTENZIAMENTO DELLA RETE DEI SERVIZI SOCIO SANITARI EFFETTUATI PER IL BAMBINO CON PATOLOGIA CRONICA E BASATI SULLA CENTRALITÀ DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA,

la DGR 1800/98 indicava quale scelta strategica quella di meglio coordinare l'intervento dello specialista Pediatra nella rete di assistenza territoriale rilevandosi che tale scelta potesse concretamente, abbattere, in molti casi, il ricorso al ricovero ospedaliero (con conseguente razionalizzazione nell'utilizzo delle risorse farmaceutiche e diagnostiche in particolare per le patologie acute);

Analoghi indirizzi di razionalizzazione venivano indicati in detto atto in materia di:

(h) RIDUZIONE DEL 2% DELLA SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA, da perseguirsi mediante una più adeguata integrazione del Medico di Base nel sistema organizzativo e terapeutico-assistenziale delle Aziende USL e di CONTENIMENTO DELLA SPESA PER PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI INTERNE ED ESTERNE PER BRANCA SPECIALISTICA, assumendo quale riferimento parametri medi che permettessero l'allineamento ten-

denziale e riequilibrante nell'impiego delle risorse.

Il presente atto di indirizzo e le propedeutiche intese comprensoriali raggiunte tra le Aziende Ospedaliere, IRCCS, Enti Ecclesiastici da una parte, Aziende USL, Organizzazioni dei Medici di Base e degli Specialisti dall'altra, rispetto a dette azioni, costituiscono un fondamentale momento di generale concentrazione delle volontà per il perseguimento di tale obiettivo di razionalizzazione.

Da tale momento di conferma ma anche di origine di una nuova sistematicità regionale di intervento, possono quindi svilupparsi le azioni organiche ed i compiti propri dei Dirigenti e degli Operatori della Sanità.

Prevenzione

In relazione al livello della Prevenzione, gli obiettivi generali da perseguire nel rispetto dei limiti tendenziali fissati, sono quelli previsti nel PSN 1998-2000.

Ulteriori e specifici obiettivi potranno essere indicati nel corso del 1999 nell'ambito degli interventi in corso di predisposizione da parte dell'Assessorato alla Sanità anche sulla base degli esiti degli incontri comprensoriali di coordinamento.

Permane la rilevanza tra gli obiettivi prioritari, di quelli di seguito indicati che danno continuità ed evoluzione a quanto già definito con la DGR 1800/98 e successive modificazioni ed integrazioni:

- PREVENZIONE PRIMARIA E SECONDARIA con particolare attenzione verso le patologie cronico-degenerative individuate dal PSN di rilevanza sociale (diabete, ipertensione, forme invalidanti neuromotorie e cardiocircolatorie, broncopneumopatie ostruttive, asma, etc), coerentemente al programma regionale "prevenzione" in corso di definizione da parte dell'Assessorato;
- PREVENZIONE DELL'HANDICAP IN ETÀ PEDIATRICA E NELL'ADULTO, riconfermando che è obiettivo delle Aziende Sanitarie:
 - Lo studio e la definizione dei percorsi assistenziali da attuarsi sul territorio al fine di soddisfare i bisogni e la domanda sanitaria di pazienti in età pediatrica e degli anziani con patologia cronica;
 - il miglioramento dei servizi materno-infantili in epoca pre concezionale, durante la gravidanza, il periodo perinatale e post neonatale con una conseguente appropriata organizzazione dell'assistenza;

Assistenza Distrettuale

Il livello riferito all'assistenza distrettuale comprende i livelli di assistenza sanitaria non attribuibili alla prevenzione ed alla assistenza ospedaliera. In dettaglio, contempla i livelli di assistenza per la medicina di base, la farmaceutica, la specialistica ambulatoriale, l'assistenza domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale agli anziani non autosufficienti, ai disabili, ai tossicodipendenti ed ai malati di mente,

nonché l'assistenza integrativa, protesica, termale, ecc.

Rispetto ai contenuti prestazionali di tale livello di assistenza, la Regione potrà determinare a partire dal 2000, coerentemente all'evolversi del quadro normativo ed informativo di cui dispone il settore sanità, il finanziamento capitaro per sottolivello funzionale, fissando i relativi obiettivi per costo e prestazione, in particolare in materia di:

- assistenza per la medicina di base;
- assistenza farmaceutica;
- assistenza specialistica ambulatoriale;
- assistenza domiciliare, ambulatoriale e residenziale agli anziani non autosufficienti, ai disabili, ai tossicodipendenti ed ai malati di mente;
- assistenza integrativa, protesica, termale, ecc.
- assistenza riabilitativa.

In relazione al livello Distrettuale, oltre a quanto già indicato in materia di contenimento delle risorse assegnate alla funzione, ferma restando la garanzia delle relative attività ed il perseguimento degli obiettivi essenziali previsti nel PSN e nel provvedimento di Riparto del FSR, si evidenzia come la concertazione con le Aziende USL ha interessato, in particolare, l'attività specialistica e l'assistenza farmaceutica.

La definizione dei relativi tetti di spesa è avvenuta, con il coordinamento dell'Assessorato alla Sanità, attraverso il diretto coinvolgimento delle Organizzazioni di categoria maggiormente rappresentative a livello regionale dei Medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta e della specialistica privata provvisoriamente accreditata.

Per quanto possibile in relazione alla complessità della prestazione, è confermata la tendenza alla deospedalizzazione, decentrando sul territorio l'attività specialistica eventualmente svolta nell'ambito delle strutture di ospedalità pubblica e privata. Al riguardo si rinvia al successivo quadro in tema di **"Pianificazione e Controllo di Gestione (Rilevazione e Contabilità Analitica)"**.

Per quanto attiene le prestazioni specialistiche, i cui argomenti sono trattati nella omonima sezione, si è avviata, nei limiti dei tetti di spesa programmati, la progressiva convergenza dei criteri di remunerazione delle strutture private provvisoriamente accreditate a quelli del settore pubblico.

In questo primo anno di applicazione dei percorsi di convergenza, per il settore privato, sentite le Organizzazioni Sindacali della specialistica maggiormente rappresentative a livello regionale, in attuazione dei principi sanciti dalla DGR 74/99 si adottano criteri di regressione tariffaria.

Tali criteri costituiscono analogica applicazione di quanto determinato nei confronti delle Aziende Ospedaliere e degli IRCCS pubblici rispetto ai quali sussiste un tetto massimo di remunerazione non superabile, comprensivo dei rimborsi per i costi non remunerabili a tariffa e delle remunerazioni dovute a fronte delle prestazioni ospedaliere e specialistiche ammesse a pagamento.

Tanto significa che le Aziende Ospedaliere e le Aziende USL, rispetto all'obiettivo di salute della Collettività, sono tenute ad operare in materia di assistenza sia specialistica che ospedaliera anche in caso di superamento dei tetti di costo previsti per la relativa funzione.

Tale criterio, come indicato, costituisce un primo momento di convergenza dei fattori di remunerazione, in attesa di dar corso alla integrazione e complementarizzazione dipartimentale dell'assistenza specialistica, pubblica e privata, analogamente a quanto già definito in materia di assistenza ospedaliera.

Medicina di Base

Nella DGR 1800/98, come già indicato nel presente atto nella sezione concernente le azioni da compiersi con la Cooperazione dei Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta, si poneva la figura del Medico di Medicina Generale e del Pediatra di Libera Scelta, tra quelle dei Soggetti che il nuovo Modello di regolamentazione Economico Funzionale della Sanità individuava come mandatarî rispetto allo scopo generale di meglio regolare l'impiego delle risorse disponibili.

Dal 29 Maggio 1998 da parte dell'Assessorato alla Sanità e di alcune Aziende USL, si è dato conseguentemente corso ad una serie di azioni che nel mese di Aprile hanno dato corpo ad un *Accordo Generale e di Intesa tra l'Assessorato alla Sanità e le Organizzazioni Sindacali dei Medici di Base e dei Pediatri di Libera scelta* maggiormente rappresentative a livello regionale e nazionale in materia di:

- (a) ASSISTENZA SANITARIA DI BASE
- (b) RAPPORTI CON LA STRUTTURA OSPEDALIERA
- (c) BUDGET PER LA MEDICINA DEL TERRITORIO
- (d) BUDGET PER PEDIATRA DI LIBERA SCELTA
- (e) SISTEMA INCENTIVANTE PER L'ASSISTENZA TERRITORIALE
- (f) FORMAZIONE PERMANENTE PER L'ASSISTENZA SANITARIA DI BASE
- (g) CONTINUITÀ ASSISTENZIALE PEDIATRICA (ART. 46 DPR 613/96).

Copia integrale del *Protocollo Generale e di Intesa*, i cui contenuti essenziali sono di seguito riportati, verrà inviato congiuntamente al presente atto deliberativo alle strutture del SSR perché dello stesso venga, da parte dei Direttori Generali delle Aziende USL, data pronta attuazione.

ASSISTENZA SANITARIA DI BASE

In materia di assistenza sanitaria di base, ai medici d'assistenza primaria, quali mandatarî della Azienda USL di riferimento, è sancito il riconoscimento del loro ruolo essenziale nella definizione delle azioni relative a:

1. La qualificazione (quali-quantitativa) dell'assi-

stenza territoriale in tutte le forme previste dal PSN, dagli atti di programmazione ed indirizzo regionali e da quelli deliberati dall'Azienda, coerentemente agli accordi decentrati di categoria, confermando la rilevanza della funzione del Medico di Medicina Generale (MMG) e del Pediatra di Libera Scelta (PLS), anche nelle forme associative previste dagli accordi collettivi ed al solo fine di migliorare la qualità del Servizi.

2. La individuazione delle priorità d'intervento, tenendo conto delle risorse disponibili sulla base degli atti di programmazione economica Regionale ed Aziendale.

Conseguentemente i Direttori Generali, al fine di migliorare i servizi offerti ai Cittadini in sede distrettuale (nella logica della integrazione territoriale dei livelli di assistenza), ferma restando la obbligatorietà di dar preventivamente corso alle necessarie valutazioni in termini di costo-opportunità e costo-benefici, attivano il seguente percorso operativo:

- a. definizione dei **criteri di finanziamento delle funzioni relative all'assistenza territoriale** secondo le indicazioni regionali nel rispetto del sistema della quota fissa per abitante con l'obbligo che dopo appropriata verifica venga sanata la discrepanza tra anagrafe sanitaria ed anagrafe municipale. A quest'ultimo proposito, per il 1999, ai fini della determinazione del budget, presso ciascuna Azienda USL viene costituito un fondo pari al rapporto tra numero di assistibili non attribuiti e la quota per abitante assegnata alla Regione; definizione, sulla scorta dei dati epidemiologici disponibili e già esaminati, ai fini del riequilibrio, delle attività che in sede distrettuale assorbono le maggiori risorse, spesso impropriamente;
- b. definizione dei **percorsi assistenziali** che, indipendentemente dalle sedi di erogazione delle prestazioni sanitarie, consentano un'efficace assistenza ai Pazienti affetti da patologie di rilevante interesse sociale o a rischio di complicanze invalidanti;
- c. definizione di **programmi innovativi di assistenza domiciliare** alternativi al ricovero, per alcune specifiche patologie, che possono trovare una sede ottimale di assistenza al domicilio del paziente; finalizzazione dei percorsi assistenziali al **miglioramento della qualità dell'assistenza** anche attraverso il **freno dell'eccesso diagnostico e terapeutico**. Rispetto a tale obiettivo si individuano nella assistenza farmaceutica, nella Specialistica Convenzionata Esterna, nell'utilizzo di ricoveri impropri, nel recupero della mobilità passiva e nell'incentivazione di quella attiva, le aree maggiormente abbisognevole del significativo, congiunto intervento dei Medici di Assistenza Primaria e delle strutture del SSR.

RAPPORTI CON LA STRUTTURA OSPEDALIERA

Ai fini della **continuità assistenziale**, è fonamen-

tale dar corso ad un armonico rapporto tra struttura distrettuale ed ospedaliera.

L'ospedale presente nel territorio costituisce, infatti, per le patologie acute e in particolare per le riesacerbazioni di patologie croniche invalidanti, un punto di riferimento certo per le Popolazioni del comprensorio.

I Direttori Generali delle Aziende USL coerentemente al principio della dipartimentalizzazione interaziendale dei livelli di assistenza introdotto dal presente documento di indirizzo e pianificazione in materia sanitaria:

- si faranno carico di stipulare apposite intese (integrative rispetto a quanto già determinato nell'ambito degli accordi comprensoriali) con le Aziende Ospedaliere, con gli Enti Ecclesiastici e gli IRCCS che insistono sul relativo territorio di riferimento, per il conseguimento degli obiettivi di fondo di seguito riepilogati. A tali intese dovranno concorrere attivamente le Organizzazioni Sindacali dei MMG e PLS firmatarie del richiamato Accordo Generale

Linee ed Obiettivi Guida per la continuità Assistenziale

1) Trattamento in regime di ricovero del Paziente con patologia acuta, evitandone la dimissione precoce che, anche se punta alla riduzione delle giornate di degenza, frequentemente sposta nel domicilio del paziente la gestione di complesse problematiche assistenziali;

2) Conferma e sorveglianza sull'adempimento dell'obbligo da parte della dirigenza sanitaria e del responsabile della Unità Operativa di interesse, di **comunicare** al Medico di Medicina Generale o al Pediatra di libera scelta **l'avvenuto ricovero** del suo paziente, al fine di attivare il necessario raccordo clinico. Al riguardo, il Paziente ricoverato è da ritenersi nel regime di ADP così come stabilito dall'allegato G del DPR 484/96 ed allegato E del DPR 613/96. Per la verifica degli accessi, oltre quanto stabilito negli allegati G ed E, la presenza del Medico di Medicina Generale e del Pediatra di libera scelta deve risultare sulla cartella clinica ospedaliera del Paziente.

Nota: ai fini della costituzione della matrice di input-output prevista dalla DGR 1800/98 e delle altre funzioni di controllo di competenza della Clearing House, l'Assessorato alla Sanità fornirà le opportune direttive per l'inserimento obbligatorio nei flussi informativi interessanti le prestazioni sanitarie, comprese quelle nei confronti dei Cittadini direttamente assistiti nel territorio di competenza delle diverse Aziende USL, degli estremi identificativi del Medico di base cui fa capo lo stesso (per entrambi, mediante il C.F.).

3) Utilizzo della Lettera di Dimissione Ospedaliera [LDO], da inviare al MMG o al PLS, in busta chiusa, contenente la diagnosi di ammissione, la diagnosi di dimissione, la descrizione di eventuali comorbidità, gli esami diagnostici eseguiti, una breve nota sul decorso della degenza, la terapia medica consigliata e gli eventuali esami di controllo programmati, ove possibile anche mediante informatizzazione (medicard);

Nota: in prima attuazione, in attesa che l'Assessorato alla Sanità completi le verifiche in atto per la eventuale razionalizzazione dei flussi e degli standard di comunicazione, a cura del Dirigente il reparto ospedaliero di ricovero, per i casi ove lo ritenga necessario, si provvederà a consegnare al Paziente dimesso, in busta chiusa indirizzata al proprio medico curante, la documentazione e le informazioni indicate.

4) Informazione del Paziente, con scrupoloso rispetto delle note CUF in materia, sul contenuto della LDO, in modo da evitare eventuali incomprensioni tra lo stesso e medico di medicina generale o pediatra di libera scelta nella fase di gestione territoriale dell'assistenza;

5) Definizione di percorsi preferenziali per il monitoraggio clinico strumentale dei pazienti nella fase di post acuzie, evitando che lo spostamento dell'appuntamento a periodi non compatibili con i reali bisogni del paziente porti alla perdita del rapporto terapeutico;

6) Predisporre per i pazienti con patologie gravi una "dimissione protetta", affidando il paziente stesso all'équipe socio sanitaria impegnata nel servizio di Assistenza Domiciliare Integrata.

7) Definizione di precisi percorsi assistenziali Ospedale & Territorio, in particolare rivolti a:

Percorsi Assistenziali nell'area della Medicina Generale

- | | |
|--|---|
| 1. Diagnosi precoce e trattamento delle ipercolesterolemie | 2. Neoplasie del colon-retto e del polmone |
| 3. Disturbi alimentari (anoressia e obesità) | 4. Sindrome influenzale |
| 5. Dolori lombari di n.d.d. | 6. Profilassi antibiotica in chirurgia (da definire con progetto obiettivo) |
| 7. Broncopolmonite | 8. Diagnostica pre operatoria (da definire con progetto obiettivo) |
| 9. Asma bronchiale | 10. Assistenza odontoiatrica |
| 11. Ulcera peptica | 12. Assistenza riabilitativa a pazienti affetti da incidenti cerebrovascolari e da traumi di grossi segmenti ossei, a rischio di handicap permanente. |
| 13. Gravidanza | 14. Diabete mellito anche scompensato |
| 15. Ipertensione arteriosa | 16. Assistenza a pazienti con epatopatia cronica ed angina pectoris |
| 17. Angina pectoris e cardiopatia ischemica | 18. Malattie ematologiche |
| 19. Neoplasie della mammella e della cervice uterina | 20. AIDS, Disagio Psicologico e Tossicodipendenze |

Percorsi Assistenziali nell'area delle Specialistica Pediatrica

- | | |
|--|---|
| 1. malattie cromosomiche e/o genetiche | 2. broncopneumite |
| 3. cardiopatie congenite con insufficienza cardiaca | 4. celiachia e altre malattie croniche gastrointestinali |
| 5. insufficienza respiratoria con grave limitazione funzionale con particolare attenzione alle problematiche asmatiche | 6. miopatie e distrofie |
| 7. gravi artropatie degli arti inferiori con grave limitazione | 8. disendocrinopatie |
| 9. cerebropatie e cerebrolesi, con forme gravi | 10. bambini con gravi situazioni di disagio familiare o già sottoposti a provvedimenti tutelari da parte del tribunale dei minori |
| 11. tetraplegici | 12. neonati a rischio di deficit neurosensoriali |
| 13. immunodeficienza acquisita | 14. neonato sano (percorso dimissione precoce) |
| 15. diabete mellito scompensato | 16. Malattie Ematologiche |
| 17. disturbi del comportamento | 18. Disturbi alimentari (anoressia e obesità) |
| 19. epilessie gravi e convulsioni | 20. Profilassi antibiotica in chirurgia (da definire con progetto obiettivo) |
| 21. Prematuri | 22. Diagnostica pre operatoria (da definire con progetto obiettivo) |

BUDGET PER LA MEDICINA DEL TERRITORIO (Medici di Medicina Generale)

La introduzione della metodica di budget prevista dalla LR 38/94 anche nelle attività di competenza dei MMG e dei PLS costituisce uno dei punti maggiormente qualificanti dell'azione avviata nel corso del 1998 con la chiara definizione nell'ambito della DGR 1800/98 degli stessi quali mandatarie delle Azienda USL di riferimento territoriale.

Il budget, in quanto tale, costituisce una importante leva operativa per la diffusione della conoscenza sulle risorse mediamente disponibili, per la maggior parte delle quali - almeno per gli interventi di assistenza primaria nei confronti degli Assistiti - il Medico di medicina generale ed il Pediatra di libera scelta assolvono alla funzione regolatrice di responsabili decisori.

L'assegnazione concertata degli obiettivi fissati dal Direttore Generale correlatamente alla definizione delle risorse applicabili in un determinato territorio, si realizza attraverso i momenti di seguito indicati:

- (a) verifica sui macro obiettivi da raggiungere tra l'Azienda USL e le Organizzazioni Sindacali di categoria;
- (b) individuazione in sede distrettuale (da definirsi tra il Dirigente del Distretto, e i Medici del territorio) di particolari risultati specifici da raggiungere coerentemente agli indirizzi generali fissati dalla Direzione Generale della Azienda USL, sentite le organizzazioni sindacali. In particolare, in questa sede, l'obiettivo da perseguire coerentemente all'Accordo Generale sottoscritto, riguarda a livello distrettuale:
 1. la definizione delle azioni programmatiche concrete, capaci in pratica di raggiungere i risultati individuati;
 2. l'individuazione degli indicatori necessari alla verifica dello stato di attuazione delle azioni programmate nonché del sistema di verifica della qualità raggiunta.
 3. la concertazione del "sistema incentivante" per

le singole Unità operative distrettuali e per i Medici generalisti e Pediatri che sottoscrivono gli impegni;

4. la definizione di una scheda di budget che sia rappresentativa degli obiettivi e delle risorse assegnate e di un sistema di reporting per la verifica del lavoro svolto.

In fase di prima attuazione dell'Accordo gli obiettivi generali e specifici da perseguirsi nella attività distrettuale, come meglio specificato in detto documento di intesa, sono i seguenti

OBIETTIVI DISTRETTUALI COMUNI:

C.1) Definizione di percorsi integrati tra Ospedale e Territorio per la continuità assistenziale, rivolta a pazienti con elevati bisogni assistenziali

C.2) Definizione di percorsi diagnostico terapeutici (PDT) condivisi per il trattamento delle patologie di maggiore interesse sociale.

C.3) Potenziamento della medicina di gruppo o dell'associazionismo tra i medici

C.4) Orientamento alla qualità nei servizi

C.5) Definizione di programmi di formazione permanente per gli operatori del territorio

C.6) Partecipazione a programmi di sperimentazione di budget di distretto

OBIETTIVI DISTRETTUALI SPECIFICI

S.1) di natura preventiva

S.2) rispetto a Pazienti a basso o medio impegno assistenziale

S.3) rispetto a Pazienti ad elevato impegno assistenziale

S.4) Miglioramento della Qualità e dell'accesso ai servizi primari.

Di seguito sono riepilogati le azioni ed i risultati attesi rispetto agli obiettivi distrettuali specifici da perseguirsi da parte dei Medici di Medicina Generale, in collaborazione con le Strutture e gli altri Soggetti pubblici e privati operanti nell'ambito del SSR:

Prevenzione

Obiettivi	Risultati attesi
Vaccinazione antinfluenzale di almeno il 75% della popolazione obiettivo.	- Riduzione della morbosità di pazienti a rischio
Incentivazione della pratica vaccinale per patologie specifiche	- Riduzione della mortalità
Prevenzione primaria delle neoplasie più frequenti di almeno il 3% della popolazione obiettivo	- N° Pazienti sottoposti a screening /Popolazione obiettivo
Promozione dell'attività fisica per almeno il 10% della popolazione obiettivo	Attivazione di almeno un progetto
Prevenzione dei disturbi alimentari	Attivazione di almeno un progetto con riduzione del 20% della popolazione obesa

Pazienti a basso o medio impegno assistenziale

Obiettivi	Risultati attesi
Recepimento delle linee guida nazionali e loro applicazione per l'appropriato utilizzo di: · farmaci antiipertensivi · farmaci per disturbi dispeptici · farmaci ipocolesterolemizzanti orali · farmaci antibiotici iniettabili	Recepimento di almeno due linee guida: monitoraggio attraverso una scheda personale di almeno il 10% dei pazienti per ogni gruppo terapeutico.
Recepimento ed applicazione di linee guida nazionali ed in carenza elaborazione di linee guida condivise e loro applicazione per l'appropriata richiesta di prestazioni riabilitative Cure odontoiatriche.	Almeno 2 linee guida: Riduzione dei costi generali a parità di pazienti trattati; Appropriato utilizzo delle risorse economiche
Elaborazione di linee guida condivise e loro applicazione per l'appropriata richiesta di Strumentazioni "complesse" come: TAC RMN Ecocolordoppler	Almeno 3 linee guida: Riduzione delle liste di attesa per l'esecuzione di specifici esami; Riduzione dei costi generali; Reale imputazione dei costi ai Centri di Costo che hanno "ordinato la spesa" es. diagnostica pre e post ricovero
Migliorare l'assistenza primaria attraverso l'appropriato utilizzo della risorsa farmaco	Grado di scostamento della spesa per abitante pesata
Migliorare l'assistenza primaria attraverso l'appropriato utilizzo della risorsa diagnostica	Grado di scostamento della spesa per abitante pesata
Migliorare l'assistenza primaria attraverso l'appropriato utilizzo del ricovero ospedaliero	Grado di scostamento della spesa per abitante pesata
Riduzione dei ricoveri per patologia di area medica trattabili a domicilio BPCO	Riduzione per almeno il 3% dei DRG specifici rispetto agli anni precedenti (ad esempio)
Malattie cerebro-vascolari specifiche eccetto i TIA	DRG 88
Ipertensione	DRG 14
Malattie del fegato eccetto le neoplasie	DRG 134
Diabete non complicato	DRG 206
Abuso/dipendenza da alcool - farmaci e disintossicazione o altro trattamento	DRG 294
Afezioni mediche del dorso	DRG 435
Esofagite, gastroenterite e miscellanee	DRG 243
	DRG 183-184

Pazienti ad elevato impegno assistenziale

Obiettivi	Risultati attesi
Recepimento ed applicazione di linee guida nazionali ed in carenza elaborazione di linee guida orientate alla continuità assistenziale Ospedale/Distretto - Dimissione protetta per: - pazienti affetti da frattura di femore - pazienti affetti da BPCO - pazienti affetti da ictus cerebrale - pazienti affetti da insufficienza cardiaca grave - pazienti affetti da insufficienza renale cronica	Almeno due linee guida Numero pazienti trattati Numero pazienti ricoverati

Miglioramento della Qualità e dell'accesso ai servizi primari

Obiettivi	Risultati attesi
Sperimentazione di forme di associazionismo medico da attuare secondo convenzione	almeno 2 associazioni tra MMG per distretto;
Incentivazione della Medicina di gruppo come modello organizzativo ideale per l'assistenza primaria da attuare secondo convenzione	Almeno 4 gruppi per i MMG per distretto;
Avvio di programmi di formazione permanente annuale per i medici di medicina generale	Partecipazione ai programmi formativi di almeno il 90% dei medici;
Miglioramento dell'accessibilità ai Servizi Primari	Incremento del N° ore di apertura/ N° assistiti Incremento del N° di ambulatori informatizzati/ N° MMG. Incremento del N° di collaboratori/ N° MMG.

Il Budget per il Pediatra di Libera Scelta

Analogamente a quanto previsto dall'Accordo con i Medici di Medicina Generale, anche per il Pediatra la formulazione del budget rappresenta un momento essenziale per gli interventi di assistenza primaria in sede distrettuale. Gli elementi fondamentali dell'intesa con i Pediatri di libera scelta sono coerenti con quelli definiti per i Medici di medicina generale ed in particolare, riguardano la definizione di:

1. obiettivi Generali;

2. obiettivi Specifici;
3. attività programmatiche concrete;
4. indicatori di attività e di risultato ;
5. un appropriato "sistema incentivante";
6. una scheda di budget e di un sistema di reporting per la verifica del lavoro svolto.

Di seguito sono conseguentemente riepilogati le azioni ed i risultati attesi rispetto agli obiettivi distrettuali specifici da perseguirsi da parte dei PLS, in collaborazione con le Strutture e gli altri Soggetti pubblici e privati operanti nell'ambito del SSR:

Qualità ed accessibilità ai servizi

Linea di intervento	Indicatori di Qualità
Avvio di programmi di formazione permanente	<u>Rapporto tra n. partecipanti</u> pediatri iscritti negli elenchi distrettuali <u>Rapporto tra n. PACA preparati</u> PACA attuati
Elaborazione di Percorsi Aziendali di Cura e Assistenza (PACA) condivisi e loro applicazione in modo da migliorare l'efficacia e l'efficienza dei servizi Migliorare l'accessibilità ai servizi ambulatoriali attraverso: - l'aumento dell'orario di apertura degli ambulatori; - l'utilizzo di supporti informatici; - l'utilizzo di collaboratrici di studio medico	Avvicinamento dei singoli operatori a standard aziendali, ritenuti congrui in funzione della morbidità, della stagionalità, del N° di assistiti
Sperimentazione di forme di associazionismo medico da attuare secondo convenzione	almeno 1 associazione per distretto;
Incentivazione della Medicina di gruppo come modello organizzativo ideale per l'assistenza primaria da attuare secondo convenzione	Almeno 1 gruppo per distretto;
Avvio e realizzazione del programma "pediatria in rete" con il Distretto	<u>rapporto tra aderenti al programma</u> e pediatri convenzionati

Interventi Preventivi di Funzionalità

Linea di intervento	Indicatori di Qualità
Esecuzione di vaccinazioni "consigliate" ai minori in carico nelle età a rischio	<u>Rapporto tra n. di bambini vaccinati</u> popolazione obiettivo
Monitoraggio clinico dei pazienti vaccinati (vaccinazioni obbligatorie) nei giorni successivi alla vaccinazione stessa e trattamento degli effetti indesiderati	<u>n. di schede di casi osservati tramite schede di rilevazione</u> bambini sottoposti a vaccinazione obbligatoria
Esecuzione dei bilanci di salute nelle età filtro	<u>n. di bilanci di salute effettuati</u> popolazione obiettivo
Attivazione dei percorsi assistenziali orientati alla dimissione precoce del neonato sano	<u>n. di neonati seguiti</u> popolazione obiettivo

Linea di intervento	Indicatori di Qualità
Utilizzo del libretto pediatrico quale strumento di lavoro in età pediatrica	<u>n. di libretti compilati</u> popolazione obiettivo
Attivazione di programmi di Educazione Sanitaria su:	<u>n. di programmi preventivi effettuati</u> progetti programmati
1- prevenzione degli incidenti domestici	
2- I rischi da fumo passivo	
3- Disagio Adolescenziale	

Assistenza a Cittadini in età pediatrica a basso o medio impegno assistenziale

Obiettivi	Risultati attesi
Riduzione dei ricoveri per patologia di area medica trattabili a domicilio:	Riduzione dei DRG specifici rispetto agli anni precedenti
- Broncopolmonite	
- Asma	
- Gastroenteriti acute	
Garantire l'assistenza primaria attraverso l'appropriato utilizzo della risorsa farmaco	Grado di scostamento della spesa per abitante pesata
Garantire l'assistenza primaria attraverso l'appropriato utilizzo della risorsa diagnostica	Grado di scostamento della spesa per abitante pesata
Garantire l'assistenza primaria attraverso l'appropriato utilizzo del ricovero ospedaliero	Grado di scostamento della spesa per abitante pesata

Assistenza a Cittadini in età pediatrica ad elevato impegno assistenziale, rivolto a bambini con patologia cronica o con bisogni speciali

Individuare il pediatra quale manager del caso nel lavoro di équipe effettuato dalla Unità di valutazione specialistica distrettuale e rivolto ai bambini con patologie croniche invalidanti (allegato 1)	<u>Bambini sottoposti a programmi integrati di assistenza</u> popolazione obiettivo
Assistenza ambulatoriale e domiciliare programmata a bambini con patologie croniche invalidanti (allegato 1)	<u>Bambini sottoposti a controlli</u> popolazione obiettivo

Il Sistema Incentivante per l'Assistenza Territoriale

L'Accordo Generale con i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera prevede che il sistema incentivante per gli stessi possa concretizzarsi attraverso le seguenti modalità:

- 1) Incentivazione diretta legata alla prestazione effettuata (ADI, ADP, PPIP) secondo convenzioni vigenti;
- 2) Incentivazione diretta collegata all'obiettivo dell'associazione o medicina di gruppo secondo convenzioni vigenti;
- 3) Incentivazione finanziaria per l'acquisizione di servizi per lo studio (Indennità informatica, di collaborazione di studio, etc., secondo contratto);
- 4) Messa a disposizione di strutture, di operatori distrettuali, di altri servizi da concordare con la struttura distrettuale;
- 5) Incentivazione economica collegata al raggiungimento di obiettivi complessi: Budget di distretto.

Per quanto attiene quest'ultimo elemento incentivante, può essere stipulato apposito accordo con i MMG e i PLS sulla base di idonei criteri e principi quali quello di stabilire e concordare che, con riferimento alle vigenti disposizioni normative e direttive regionali, *il rispetto del livello di spesa programmato e la relativa quota media per abitante sono da consi-*

derare quale vincolo distrettuale invalicabile. Le economie in relazione a detto vincolo, costituiscono obiettivo incentivabile.

Per la concreta attuazione dei suddetti principi, avuto riguardo alle norme di cui alla LR 38/94, alle DGR 1245/98 e DGR 1246/98 (accordo) nonché alla DGR 1800/98 e successive modificazioni ed integrazioni, tenuto conto dei disposti della Legge Finanziaria 449/97, il 50% dei risparmi conseguiti sulle previsioni di competenza del distretto (budget della struttura distrettuale) viene destinato alla costituzione di un fondo vincolato a disposizione della Medicina Generale e della Pediatria di libera scelta. Il fondo sarà ripartito secondo le seguenti linee di principio:

1. Il 30% per il potenziamento dei servizi distrettuali
2. Il 30 % per il potenziamento dei servizi da destinare agli ambulatori medici di medicina generale e pediatri di libera scelta
3. Il 30 % quale quota incentivante da ripartire tra quanti hanno aderito al progetto
4. Il 10 % per la formazione permanente dei medici di MMG e dei PLS.

Criteri di ripartizione:

- (a) il criterio di ripartizione degli obiettivi di risparmio programmati pertanto, terrà conto del principio sancito dall'art. 32, co. 1, della Legge 449/97, secondo cui: "Nella determinazione ed assegna-

zione degli obiettivi di risparmio (per Distretto) occorre tenere conto dei risultati già conseguiti in termini di razionalizzazione della spesa, in modo che gli obiettivi di risparmio assegnati gravino in misura inversamente proporzionale su coloro che abbiano ottenuto i migliori risultati di razionalizzazione e di risanamento”.

- (b) Ai fini della valutazione degli obiettivi distrettuali di risparmio, così come definiti, la “Quota Obiettivo” (costituita dalla quota pro capite assegnata al distretto) rappresenta l’elemento di riequilibrio per il miglioramento del saldo di mobilità passiva rispetto a quello dell’anno precedente. In particolare:

– nel caso di mancato raggiungimento della quota obiettivo, il valore del miglioramento distrettuale dei saldi di mobilità (a parità tariffaria) verrà impiegato fino al punto costituito dalla quota obiettivo, nella misura del 100% e per la parte eccedente limitatamente al 20% quale valore base per l’applicazione del richiamato Art. 43, co. 5 della L. 449/97;

– nel caso di raggiungimento della quota obiettivo, il 20% del miglioramento del valore del saldo distrettuale di mobilità (a parità tariffaria), costituisce la base per l’applicazione del disposto del cit. Art. 43, co. 5 della L. 449/97.

In accordo con le Organizzazioni Sindacali dei Medici e dei Pediatri di base, in successivi incontri a livello Aziendale, verranno determinate le modalità oggettive per la destinazione di detto fondo con riferimento ai risultati conseguiti dai singoli operatori di Medicina Generale e di Pediatria.

La ripartizione in analogica applicazione “a cascata” dei criteri già indicati di cui alla L. 449/97 Art. 32, co. 1 e dalla DGR 1800/98, avverrà con riferimento agli obiettivi di risparmio/miglioramento concernenti:

- (a) spesa per assistenza farmaceutica;
- (b) spesa per assistenza specialistica in strutture convenzionate;
- (c) spesa per assistenza riabilitativa in strutture convenzionate;

La quantificazione dei riparti soggettivi sarà conseguentemente determinata tenendo conto degli scostamenti rispetto ai corrispondenti valori aziendali di spesa media pro-capite riferiti a ciascuna delle suddette tre aggregazioni a, b, c, tenuto conto anche dei valori eccedenti la media regionale.

Formazione Permanente per l’Assistenza Sanitaria di Base

L’Accordo Generale evidenzia come la formazione permanente del Medico di medicina generale e del Pediatra di libera scelta oltre ad essere un obbligo, rappresenta una scelta strategica per il miglioramento costante dei servizi offerti all’Utenza.

In questo quadro, il processo formativo dovrà prevedere:

1. L’ottica formativa che si intende seguire ;

2. I temi che per interesse, rilevanza funzionale o per urgenza devono essere affrontati;

3. La metodologia didattica da seguire;

4. Il ruolo che i diversi “attori”, implicati nei percorsi assistenziali territoriali, devono ricoprire nell’iter formativo (ruolo del MMG, del PLS, delle Società scientifiche accreditate, ruolo dello specialista ambulatoriale ed ospedaliero);

5. La definizione del “prodotto finale” che scaturisce dalla formazione;

6. Il concreto raccordo con la pratica clinica quotidiana;

7. Il monitoraggio a distanza di quanto realizzato in modo da garantire nel tempo il costante miglioramento funzionale;

8. Il budget che deve essere vincolato per questo fine;

9. Realizzazione di un progetto obiettivo finalizzato alla formazione manageriale.

L’Accordo prevede altresì che tra le Aziende USL, singole o associate, e le società scientifiche dei medici di medicina generale, e tra le stesse aziende e la FIMP, sia sottoscritto un protocollo di intesa in materia tecnico scientifica per la definizione, elaborazione, realizzazione e valutazione di programmi di formazione permanente di Medici di Medicina Generale e Pediatri di libera scelta nonché di tutti i medici che a vario titolo sono impegnati nell’assistenza territoriale.

Gli interventi formativi dovranno essere attuati secondo quanto previsto in sede di contrattazione decentrata regionale e dovranno essere comunicati, per il corrente anno, entro il 30 giugno 1999.

In fase di prima applicazione, a norma dell’art.8 comma 11 del DPR 484/96 e DPR 613/96, le aziende USL dovranno impegnare per la formazione permanente non meno di L. 100.000 annue per ogni medico convenzionato.

Le Parti dell’Accordo, al fine di conseguire con maggiore efficacia l’obiettivo della riduzione dei ricoveri impropri di soggetti in età pediatrica che si registrano nel periodo diurno dei giorni pre festivi e festivi, propongono la realizzazione di un progetto obiettivo, che l’Assessorato alla Sanità provvederà a valutare (anche a seguito di risultati conseguiti in via sperimentale in termini costi benefici), ispirato a principi propri della continuità assistenziale.

Continuità Assistenziale Pediatrica

Guardia Medica Pediatrica

Allo scopo di fornire un filtro specialistico alle richieste di prestazioni urgenti, riguardanti utenti in età pediatrica nelle fasce orarie coperte dal servizio di continuità assistenziale, i Rappresentanti dei Pediatri di Libera scelta hanno proposto all’Assessorato alla Sanità, l’attivazione di un Servizio di consulenza pediatrica d’urgenza, prefestiva e festiva presso le sedi di guardia medica.

La proposta formulata nell'intesa è di seguito riassunta:

Obiettivo:

fornire l'assistenza specialistica pediatrica a tutti i Cittadini del distretto proprio nei giorni in cui, di norma, si registra il maggiore ricorso alle strutture Ospedaliere per prestazioni che possono essere effettuate in forma ambulatoriale e domiciliare.

Modalità:

Le sedi di Guardia Medica ospiteranno un pediatra nei turni di servizio che vanno dalle ore 10 del pre festivo alle ore 20 dello stesso giorno e dalle ore 8 alle ore 20 del giorno festivo.

Nella fase sperimentale, il servizio sarà attivato nelle ore in precedenza riportate (dalle ore 10 del pre festivo alle ore 20 dello stesso giorno e dalle ore 8 alle ore 20 del giorno festivo).

Ai fini del conferimento degli incarichi provvisori, nelle more delle determinazioni che saranno adottate in materia dalla normativa nazionale, si farà riferimento ai criteri fissati per materie similari dall'art. 47 comma due del DPR 613/96. In caso d'assenza o insufficienza di disponibilità, l'Azienda previo regolare avviso pubblico potrà attingere dai pediatri iscritti nella graduatoria regionale ed in subordine ricorrendo a specialisti in ogni modo disponibili anche se non ancora iscritti alla graduatoria.

Ai fini del trattamento economico trovano applicazione i parametri retributivi previsti per gli istituti applicabili del personale di continuità assistenziale incrementati del 10%.

L'Assessorato alla Sanità, considera di interesse la proposta e la individua tra gli elementi da valutare nell'ambito dell'*Organismo Permanente di Consultazione* con le Organizzazioni dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta da istituirsi presso la struttura regionale, anche ai fini della definizione degli accordi decentrati di categoria.

Completati gli aspetti di qualificazione dei principi e delle azioni di indirizzo regionali concernenti il ruolo e gli obiettivi dei MMG e dei PLS nell'ambito del nuovo modello di pianificazione economico funzionale del settore sanitario, trovano quindi complemento le successive sezioni riferite agli altri livelli e sub livelli di assistenza sanitaria.

Assistenza Specialistica

Tra gli obiettivi di rilevanza regionale definiti dalla DGR 1800/98 da perseguire nel biennio 1998-1999 si è indicato, nel generale processo di razionalizzazione del SSS, anche quello di:

CONTENIMENTO DELLA SPESA PER PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI INTERNE ED ESTERNE CON RIFERIMENTO ALLE DIVERSE BRANCHE SPECIALISTICHE.

Tale indirizzo, come si evince dalla richiamata Deliberazione di Giunta, trova la propria contestualizzazione nel livello dell'assistenza distrettuale.

La assistenza specialistica privata accreditata acquisisce un ruolo di qualificata complementarietà coerentemente agli indirizzi normativi e di programmazione fissati dal PSN, dalla Regione e dalle Leggi dello Stato.

Rispetto a tale obiettivo e ponendo il Cittadino in condizione di centralità rispetto al potenziale di prestazione erogabile dal Servizio Sanitario Regionale, l'Assessore alla Sanità, ai fini di un più razionale impiego delle risorse, definisce, in particolare, quali elementi di qualificazione della programmazione regionale in materia:

- l'innalzamento dei livelli di Prevenzione;
- il progressivo riorientamento delle risorse verso il livello territoriale dell'assistenza sanitaria;
- la dipartimentalizzazione interaziendale dell'assistenza territoriale su base provinciale, estendendo il principio anche alle prestazioni di tale natura erogate dalle strutture specialistiche private accreditate (*fare ciò che serve, impiegando al meglio le risorse*).

- A) Al riguardo giova ricordare che, con la successiva Deliberazione di Giunta Regionale 31-7-1998 n. 3689 "Chiarimenti e modificazioni a DGR 1800/98 - Criteri per le assegnazioni alle Aziende UU.SS.LL. alle Aziende Ospedaliere, agli E.E. ed I.R.C.C.S. degli obiettivi funzionali e dei limiti di spesa a valere sul F.S.R. 1998", si è proceduto a meglio precisare, in particolare, le misure da adottarsi per il Contenimento della Spesa per Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali Interne ed Esterne (punto 18 degli obiettivi della DGR 1800/98), Budget delle Prestazioni e tetti massimi di spesa in materia di "Specialistica Convenzionata (punto 12 del dispositivo di detta Deliberazione);
- B) Con successiva Deliberazione di Giunta Regionale 16 Febbraio 1999 n. 74 avente ad oggetto "Assistenza specialistica provvisoriamente accreditata Determinazioni in ordine al livello di prestazioni e di spesa relative al 1998 rivenienti dalla trattativa tra Parte Pubblica e Privata del comparto", si è convenuto che in ragione de:
 - (a) l'adozione dall'1-11-1997 del nuovo nomenclatore tariffario di cui al DM 22-07-1996, così come modificato con DGR 22 Settembre 1998 n.3784;
 - (b) le accertate modifiche sostanziali rispetto al pregresso quadro di riferimento sia tariffario che del complesso di prestazioni erogabili con oneri a carico del SSN;
 - (c) gli indirizzi presenti nella DGR 29 Dicembre 1998 n.4436 avente ad oggetto "Deliberazione CIPE n. 84/98 - Assegnazione definitiva del FSR per il 1998 - Modificazioni ed integrazioni alla DGR 1800/98 ed alla DGR 3689/98 "Rimodulazione delle assegnazioni alla Aziende UU.SS.LL., alle Aziende Ospedaliere, agli E.E. ed I.R.C.C.S. dei limiti di spesa a valere sul F.S.R. 1998", in cui si è provveduto a fornire i primi elementi per la programmazione delle risorse assegnabili nel

1999 ai livelli e sub livelli di assistenza compresa quello della specialistica interessante anche la componente riferita al comparto convenzionato della stessa,

risultava necessario procedere ad una coerente ridefinizione dei limiti tendenziali di spesa per il 1998 e, conseguentemente, dei livelli programmabili delle prestazioni.

C) Con gli atti convenzionali ratificati dalla Giunta Regionale con la richiamata Deliberazione 74/99, venivano introdotti nel funzionamento del SSR in materia di assistenza specialistica erogata al Cittadino attraverso il comparto "convenzionato" provvisoriamente accreditato, alcuni ulteriori importanti principi, concordemente definiti tra parte pubblica e privata:

- (a) il rendere convergente, in uno sforzo comune e concertato volto a garantire al Cittadino un adeguato livello di assistenza, nei limiti delle disponibilità economiche e finanziarie, il complesso di potenzialità prestazionali presenti sul territorio;
- (b) la esigenza di dar luogo nei confronti dei prestatori privati provvisoriamente accreditati di servizi specialistici (assumendo come base di riferimento per l'intera regione il tetto di spesa 1997 per branca specialistica) ad una equa remunerazione per le prestazioni aggiuntive erogate in esubero rispetto ai valori 1997 (tetto di spesa), remunerazione in grado di coprire i costi variabili connessi alle maggiori attività prestate a favore dei Cittadini.

L'effetto positivo di tale composizione è stato quello di poter conseguentemente definire, responsabilmente, in equità e con riferimento al "reale", i tetti di spesa per il 1998, tenuto conto dei limiti di finanziamento disponibili, del diritto alla libera scelta del Cittadino, delle risorse assegnabili alla funzione specialistica e nell'ambito di questa, al comparto privato per branca specialistica.

Tra i punti cardine dell'Accordo del 29/12/1998 tra Regione e Sindacati di categoria, approvato con DGR n. 74/99, vi erano anche quelli dalle chiare linee guida di seguito indicate:

- creare un tetto regionale per la remunerazione dell'Assistenza Specialistica erogata mediante i Soggetti privati provvisoriamente accreditati;
- definire un budget per branca e per Azienda USL;
- adottare un meccanismo di regressione tariffaria rispetto alla quantità di prestazioni erogate.

D) Tanto premesso, convocate le Organizzazioni di Categoria ANISAP, ANDIAR, AIPAC, SBV, CORESPE UGL, SNABILP, SIREF, AIOP, l'Assessorato alla Sanità, sentite le stesse e forniti i necessari chiarimenti, sulla base delle verifiche compiute e delle azioni in atto:

- (a) ha valutato nell'immediato, pur in presenza dei positivi effetti attesi dal Piano di Riordino della Rete Ospedaliera, come non sostenibile (stanti le evidenti rigidità strutturali derivanti dagli oneri consolidati connessi al livello ospedaliero

dell'assistenza) una repentina riduzione delle risorse dal 55,2% (previsto dalla DGR 1800/98 sulla base del PSN 1994-1996) al 46,5% (previsto nell'ambito del piano di riparto per il FSN 1999);

- (b) ha raccolto la responsabile ed unanime adesione di tutte le Aziende USL che, nell'ambito delle concertazioni multilaterali compiute, hanno condiviso la valutazione di dar luogo ad una progressiva deospedalizzazione con conseguente stabile traslazione sul livello territoriale delle risorse così liberatisi, nell'intesa che, coerentemente ai principi del nuovo Modello Economico Funzionale, anche gli operatori privati accreditati concorrano, con il crescente e positivo senso di responsabilità evidenziato, alla creazione di un sistema dipartimentale territoriale, efficace, economico e funzionale rispetto agli obiettivi di salute della collettività;
- (c) ritiene dover dare maggior concretezza al principio di garanzia, nei limiti delle compatibilità, del diritto di libera scelta del Cittadino nella contestuale esigenza di applicare al settore privato le stesse norme sulla verifica della appropriatezza delle prestazioni il cui principio, introdotto dalla DGR 1800/98, con la DGR 4337/98 è stato già reso operativo per il settore pubblico;
- (d) mette in evidenza come, indipendentemente dalle cause, a fronte di condizioni epidemiologiche sostanzialmente invariate, dal 1994 al 1998, si è rilevata una crescita degli oneri per prestazioni specialistiche che incide, con un incremento superiore all'80%, gravemente sulle possibilità di ammodernamento tecnologico e prestazionale del settore pubblico.

La conseguenza, a fronte di un trend così elevato nel trasferimento delle risorse, è quella di dar luogo ad un progressivo ed insostenibile depauperamento di dette capacità prestazionali. Attesa la funzione costituzionale del settore pubblico di salvaguardare la salute della popolazione, tale erosione non può che produrre una diseconomia sociale, dovuta alla presenza di costi fissi insopprimibili (differenza sostanziale che caratterizza la *complementarietà* del settore privato) ed alla capillare distribuzione ed integrazione sul territorio dei punti pubblici di erogazione rispetto alla concentrazione tipica del settore privato;

- (e) evidenzia la ragionevole deduzione, da confermarci sulla base degli esiti delle rilevazioni in atto, che un significativo numero di prestazioni, per qualità e quantità, risulta accresciuto senza uno spiegabile e convincente complesso di motivazioni sanitarie;
- (f) ha rilevato come, coerentemente alle intese raggiunte tra parte pubblica e privata così come ratificate dalla Giunta Regionale con la richiamata Deliberazione 74/99, il tetto di spesa (compreso tra i 158 ed i 164 MLD) previsto per la specialistica dalla DGR 1800/98, è stato raggiunto dal settore privato;

- (g) sottolinea come, **in determinati ambiti territoriali e per branca specialistica, sentite le Organizzazioni di Categoria della Specialistica e richiamato anche l'Accordo Generale con i MMG ed i PLS, occorra compiere gli opportuni approfondimenti** circa taluni e concentrati livelli di assorbimento di risorse che non sempre appaiono giustificati da una corretta pratica terapeutica e prescrittiva.

Limiti di spesa per la specialistica privata provvisoriamente accreditata:

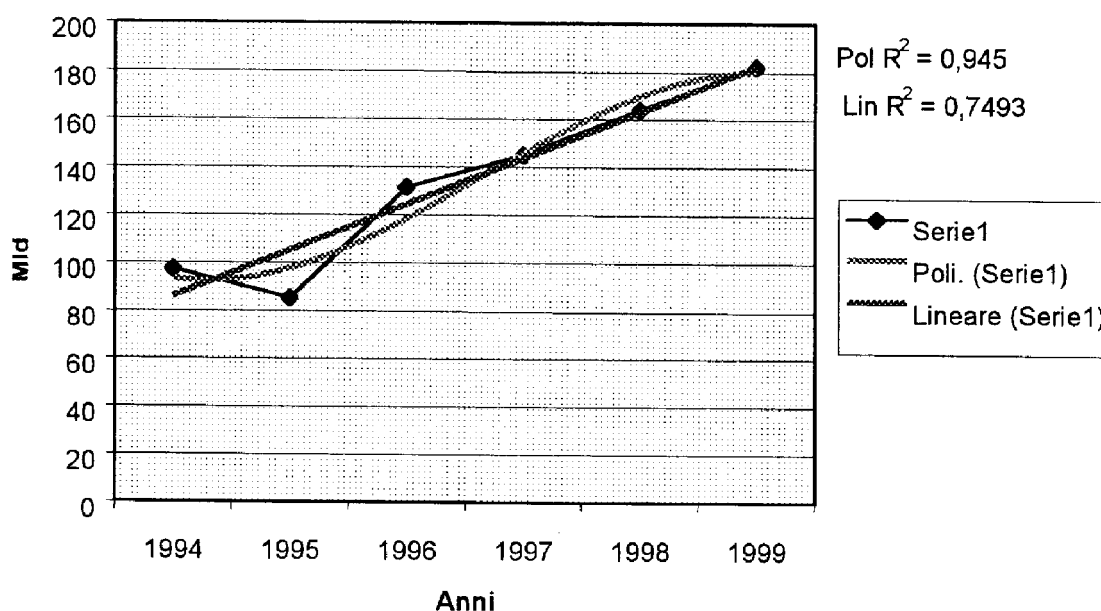
L'Assessorato alla Sanità, nel comune rispetto del principio di equità tra diritti e doveri, ritiene ampiamente compatibili (in particolare, sulla base oggettiva dei consuntivi regionali 1997 e 1998), indicare in materia di limiti di spesa 1999 per le prestazioni specialistiche erogabili dal comparto privato provvisoriamente accreditato, quello corrispondente all'importo massimo programmato (**164 ML**) per il 1998 dalla DGR 1800/98.

Tale importo concorre con le altre risorse rese disponibili per la specialistica (nell'ambito dei tetti di remunerazione fissati per gli IRCCS, le Aziende Ospedaliere e delle prestazioni di tale natura erogate direttamente dalle strutture delle Aziende USL) alla composizione del potenziale erogativo verso la Collettività per detto sub livello di assistenza.

A fini informativi, si riporta l'andamento dei costi per l'assistenza specialistica erogata dal settore privato nel corso degli anni precedenti, rispetto alla quale, anche tenuto conto dei vincoli scaturenti dal citato Patto di Stabilità ex Legge 448/98, la Regione non può superare il limite massimo programmato per il 1999.

In altre parole, se da una parte la Giunta Regionale ha ritenuto di confermare ed elevare per il 1999 le disponibilità economiche programmate per il 1998, dall'altra, come evidenziato dalle stesse Organizzazioni Sindacali di categoria, occorre tuttavia porre alcuni correttivi nell'impiego delle stesse.

Spesa Specialistica Esterna - Tutte le Branche



Nelle richiamate premesse, l'indirizzo assunto dall'Assessorato alla Sanità per il 1999 pone in chiara evidenza come:

- (a) **non si intenda limitare il ricorso alla specialistica privata provvisoriamente accreditata, né tantomeno il diritto del Cittadino alla libera scelta, ma si intenda porre un forte freno a comportamenti opportunistici**, che evidenziano "una situazione patologica che va comunque calmierata e disincentivata" affinché "il danno non ricada su tutti indistintamente".
- (b) **il limite così determinato, non costituisce per le Aziende USL, autorizzazione rispetto alla spesa storica ed alla sua tendenza all'incre-**

mento, bensì tetto regionale delle risorse assegnabili per l'assistenza specialistica privata provvisoriamente accreditata, comprensivo delle quote di riequilibrio per il miglioramento dei livelli di assistenza da erogare al Cittadino.

(c) **nell'ambito dei tetti di spesa assegnati dalla Regione per tali tipi di prestazioni a ciascuna USL, la stessa provvederà ad attuare le opportune programmazioni ed assegnazioni per branca specialistica, coerentemente agli specifici fabbisogni rispetto alla capacità erogativa interna.**

Di tali programmazioni ed assegnazioni, il Direttore Generale della Azienda USL è tenuto a dare

informativa anche ai MMG ed ai PLS mandatarî ed alle Organizzazioni Sindacali provinciali maggiormente rappresentative.

Nell'intento di dar corso a quella necessaria ed imprescindibile chiarezza nei rapporti con i Cittadini, si intende inoltre precisare nei confronti di talune Strutture e Soggetti operanti nel settore della specialistica privata provvisoriamente accreditata, che il fornire agli stessi comunicazioni ed informative non rispondenti a verità, indipendentemente dagli esiti delle procedure di accreditamento, autorizza i Direttori Generali delle Aziende USL competenti per territorio, alla applicazione di quanto previsto di cui all'art. 6, co. 6 della L. 23-12-1994, n.724, valutandosi tali comportamenti non conformi al **rapporto fiduciario** ed ai generali principi di correttezza che devono essere alla base di qualsiasi rapporto, prevedendosi la sospensione o la revoca dell'accREDITAMENTO provvisorio.

Al riguardo, la Regione Puglia si riserva il diritto di costituirsi, congiuntamente alla Azienda USL interessata, nelle diverse sedi giurisdizionali in relazione alla gravità dei fatti contestati.

E) Modalità di impiego delle risorse assegnabili a livello regionale per il riequilibrio e la remunerazione delle prestazioni della specialistica privata provvisoriamente accreditata, nei limiti dei tetti di spesa e delle prestazioni.

(a) Al fine di dar corso alle necessarie azioni di riequilibrio dei livelli di servizio verso il Cittadino,

aderendo alla richiesta formulata da Organizzazioni della Specialistica privata di porre in essere a livello regionale le azioni ritenute più opportune per porre un **freno a comportamenti** opportunistici che certamente non giovano alla Collettività, nell'utilizzo di detto **ammontare di 182 MLD**, si è provveduto ad introdurre principi di **rimodulazione** che favoriscano tale imprescindibile percorso di razionalizzazione.

Nella determinazione di dette risorse, per **conservare l'attuale livello di libertà del Cittadino nell'esercizio del suo potere di scelta, non si è dato altresì corso alla riduzione del 10,4%** (corrispondente a circa 17 MLD) rispetto all'ammontare massimo di spesa programmato per il 1998 per l'assistenza specialistica privata operante in regime di accreditamento provvisorio. Il fabbisogno è stato coperto attingendo ai fondi di riserva previsti dalla L.R. 38/94 che, conseguentemente, si sono ridotti per pari ammontare.

(b) Detta incidenza del 10,4% corrisponde alla percentuale di abbattimento $[(12,99\% - 11,64\%) / 12,99\%]$ che avrebbe dovuto interessare il livello dell'assistenza specialistica, a fronte della differenza nella ripartizione delle risorse tra quanto previsto dalla DGR 4336/98 e quanto assunto a base per la formulazione del Piano di Riparto del FSR 1999 (anche tenuto conto degli obiettivi scaturenti dal patto di stabilità interno di cui alla L. 448/98).

Il seguente prospetto riepilogativo evidenzia quanto innanzi espresso:

LIVELLI E SUBLIVELLI DI ASSISTENZA

Prevenzione

Assistenza Distrettuale

Farmaceutica

Specialistica

Assistenza agli Anziani

Medicina Generale, Altra Assistenza e residuale

Assistenza Ospedaliera

Totale

Struttura degli Impieghi da DGR 4336/98

5,00%

48,00%

11,83%

12,99%

5,00%

18,18%

47,00%

100,00%

Struttura degli Impieghi da FSR 99

5,00%

43,00%

-1,24%

-1,35%

-0,52%

-1,89%

52,00%

100,00%

+

10,59%

11,64%

4,48%

16,29%

(c) Ai fini della razionalizzazione nell'impiego delle risorse come innanzi determinate, richiamato il disposto dell'art. 6, co. 6 della L. 23-12-1994, n. 724, analogamente a quanto già definito in sede di concertazione sui tetti massimi e minimi di remunerazione nel settore pubblico, fermi gli obiettivi di risparmio sanciti dalla L. 449/97 ed introdotti con la DGR 1800/98 (obiettivi di risparmio inversamente proporzionali al disequilibrio rilevato) nel SSR, si ritiene opportuno procedere secondo criteri che diano corpo ai principi di equità e di accordo rispetto ai quali va conformata

l'azione dell'Assessorato e dei Soggetti pubblici e privati che operano nell'ambito del SSR.

Modalità e Criteri per la Determinazione delle Regressioni Tariffarie in materia di Prestazioni Specialistiche

Coerentemente al principio di remunerazione differenziata delle prestazioni approvato dalla parte pubblica e privata, ratificato con la citata DGR 74/99 e riconfermato nei successivi incontri succedutesi nel mese di Aprile u.s e del corrente mese con le Organiz-

zazioni Sindacali, appare necessario dar corso alla definizione di una modalità organica di regressione economica dei corrispettivi per prestazioni specialistiche erogate dagli operatori del settore privato, da applicarsi a partire dall'1-1-1999.

Tale modalità, esplicitamente prevista dalla Circolare del Ministero della Sanità 1-4-1997 n. 100/SCPS/21.40.075, ha dato luogo alla definizione del modello econometrico, di cui vengono in appresso evidenziati i presupposti ed i razionali di applicazione, nella considerazione che lo stesso, nel corso dei futuri esercizi potrà essere, ove necessario, adeguato per migliorarne la conformità agli obiettivi di riequilibrio economico e della rispondenza ai bisogni di salute della Collettività.

La modalità di regressione tariffaria che si intende adottare per il settore privato costituisce una applicazione più flessibile rispetto al principio di decurtazione già adottato dal settore pubblico nei rapporti tra le USL e le strutture ospedaliere (IRCCS ed Aziende Ospedaliere) nell'ambito del livello ospedaliero, per il quale, una volta raggiunto il livello di spesa programmato, alle prestazioni erogate in esubero rispetto al

tetto massimo di remunerazione, non spetta alcun corrispettivo (atteso l'obbligo costituzionale di garantire la salute della Popolazione).

Richiamati gli Artt. del Cod. Civ. interessanti i Medici di Base ed i Pediatri per la funzione da essi assolta ex DGR 1800/98, quali Mandatari delle Aziende USL territorialmente competenti, viene assunto come tetto massimo di spesa compatibile a livello regionale per il 1999, ferma la ripartizione tra branche specialistiche, l'importo di MLD 182.

La Regione autorizza l'impiego da parte delle Aziende USL di detto ammontare secondo le modalità ed i limiti in appresso indicati, ponendo correlati obiettivi di miglioramento economico nell'utilizzo delle risorse.

Dagli atti contabili in possesso dell'Assessorato alla Sanità, per ambito provinciale, con riferimento al 1998, risultano consuntivati, al lordo delle regressioni tariffarie di cui alla DGR 74/99, costi presso le strutture specialistiche private (soggetti provvisoriamente accreditati) nell'ordine di grandezza di seguito riportato ai fini della comparazione con le risorse impiegabili nel corso del 1999,

	Popolazione	Costo 1998 (al lordo delle regressioni ex DGR 74/99) MLD	Costo Capitaro 1998 Lordo	Totale Massimale Impieghi 1999 MLD	Budget Max Capitaro 1999
PUGLIA	4.075.102	157	38.510	182	44.660
Quota Capitaria 1999 Specialistica			44.660	+	

L'aggregato economico regionale così individuato è ripartito per branca specialistica secondo la distribuzione nota alle singole Aziende USL interessate.

In particolare, per il 1999, il budget delle risorse economicamente compatibili, tiene conto degli adeguamenti tariffari introdotti con decorrenza 1-11-1998 interessanti le Branche di Patologia Clinica, Radiodiagnostica e Medicina Fisica e Riabilitativa, nonché degli effetti connessi alle modifiche in materia di riscossione ticket introdotte con decorrenza 1-1-1999. Per particolari esigenze connesse all'utilizzo di prestazioni di emodialisi del settore privato, complementari a quelle delle strutture pubbliche, analogamente a quanto di seguito indicato per tutte le branche, ciascuna Azienda USL, determinerà le proprie autonome assegnazioni di budget.

Da tali dati appare chiaro come nelle direttive di riparto del FSR 1999, l'Assessorato alla Sanità, lungi dal comprimere la funzione della specialistica privata, intende dar avvio **esclusivamente** ad una **concreta azione di razionalizzazione**.

1. Tale condotta costituisce un mezzo per favorire il reciproco concorso della parte pubblica e della parte privata rispetto agli obiettivi di stabilità interna previ-

sti dalle norme ed a quelli di economicità ed appropriatezza delle prestazioni.

2. Rispetto a tale equo procedimento ed ad una congrua disponibilità di risorse quale quella determinata rispetto agli obiettivi essenziali di tutela della salute della Collettività, appare ragionevole dar corso ad una remunerazione graduale che tenga conseguentemente conto dei seguenti principi:

- I tetti di spesa ed il piano delle prestazioni per ciascun soggetto privato accreditato sono definiti da ogni USL nei limiti dell'equilibrio economico generale e delle esigenze di complementarietà rispetto all'obiettivo di garantire uniformi livelli essenziali di assistenza al Cittadino.
- Gli obiettivi di salute vengono stabiliti dalle singole USL rispetto ai diversi ambiti locali e distrettuali. Per la erogazione delle prestazioni sanitarie, tenuto conto delle proprie capacità di servizio sul territorio, la Azienda USL, conseguentemente, definisce il piano delle prestazioni ed i budget da assegnarsi alle complementari strutture private accreditate.
- Esigenza, nell'etica del medico e dello specialista (oltre che per fonte normativa), di limitare gli effetti derivanti:

–dall'impiego distorto del diritto alla libera scelta, in particolare per le prestazioni di maggior frequenza e/o valore (in taluni ambiti territoriali della Puglia si è rilevato il ricorso a determinate prestazioni specialistiche corrispondente a quello di regioni d'Italia con una popolazione fino ad 8 volte maggiore);

– dagli effetti distorsivi derivanti dalla tariffazione di cui alla DGR 3784/98 (che hanno prodotto incrementi di costo fino al 40-42% in assoluto) e, per talune prestazioni di maggior frequenza;

- (d) Analogamente a quanto determinato in sede di concertazione tra le strutture pubbliche in materia di livelli ospedalieri di assistenza, ogni Azienda USL ha il potere di definire con ciascun soggetto provvisoriamente accreditato, con riferimento a determinate classi di prestazioni, specifiche remunerazioni negoziate, con riduzioni, anche gradualmente, che incidano fino al 30% della tariffa di riferimento. Si richiamano le vigenti norme di legge ed in particolare quelle di cui all'art. 6, co. 6 della L. 23-12-1994, n. 724.
- (e) Ai fini della equità e con riferimento alle specifiche realtà Aziendali, le singole USL possono far riferimento alle proprie curve dei costi per branca specialistica e prestazione, in analogica applicazione dello schema derivante dall'evidenziata curva di carico riferito al SSR.
- (f) Ove non diversamente disposto, la remunerazione da parte delle Aziende USL è eseguita (per valore intero di riferimento o secondo le gradualità definite) sulla base delle tariffe per le prestazioni specialistiche fissate dalla Giunta Regionale, quali quelle di cui alla DGR n. 3784 del 22-09-1998, per tutte le prestazioni compiute fino al raggiungimento del tetto di spesa e del piano delle prestazioni assegnato dalla Azienda USL a ciascun soggetto provvisoriamente accreditato;
- (g) Il Soggetto provvisoriamente accreditato, ove nell'ambito della propria autonomia professionale o di impresa non ritenga di voler erogare prestazioni specialistiche eccedenti il tetto di spesa allo stesso assegnato dalla Azienda USL competente, ha il dovere di indirizzare il Paziente verso

la struttura pubblica o privata più idonea rispetto al caso. Tale determinazione va comunicata alla Azienda USL competente per territorio entro il 31 Luglio 1999.

- (h) Ove il Soggetto provvisoriamente accreditato intenda, comunque, erogare prestazioni specialistiche eccedenti il tetto di spesa allo stesso assegnato dalla Azienda USL competente, la remunerazione di dette prestazioni avverrà sulla base della regressione tariffaria di cui al presente atto.

Gli elementi innanzi riportati, in continuità con gli indirizzi di programmazione già applicati, costituiscono principi fondamentali congiuntamente a quelli di economicità, efficacia, cooperazione e buona amministrazione a cui si impronta la funzione di indirizzo e di governo della Regione Puglia in materia sanitaria.

Regressione Tariffaria in materia di Assistenza Specialistica

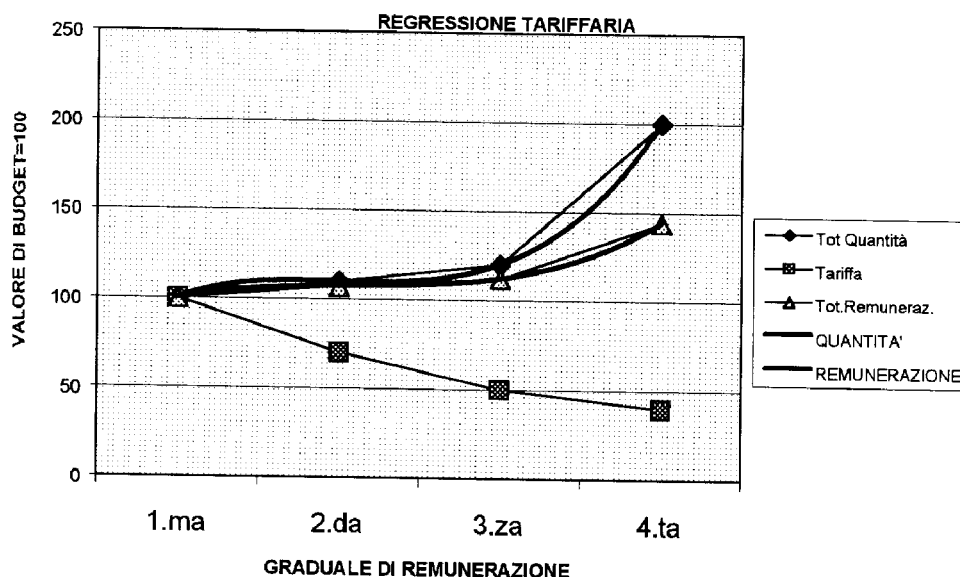
La presente direttiva costituisce principio di concordanza ed uniformità gestionale agli indirizzi di programmazione e controllo regionali in materia sanitaria. **I Direttori Generali delle Aziende USL, sono tenuti a notificare, per estratto, la presente sezione agli specialisti provvisoriamente accreditati del proprio territorio, che come tale, costituisce parte integrante dell'accordo per adesione in materia di prestazioni specialistiche predisposto dalla Azienda USL.**

Detto accordo per adesione dovrà, in particolare contenere:

- (a) il budget di costo previsto nell'esercizio corrente per prestazioni specialistiche della branca di appartenenza erogabili dai soggetti privati provvisoriamente accreditati;
- (b) il tetto massimo di remunerazione ed il piano delle prestazioni assegnato;
- (c) le prescrizioni operative eventualmente indicate;
- (d) la curva di regressione delle remunerazioni per branca specialistica, di seguito riportata, da applicarsi proporzionalmente nel caso in cui dalla struttura venga superato il limite di prestazioni fissato al 100% della tariffa di riferimento:

REGRESSIONE DELLE REMUNERAZIONI SULLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

fino al 100%	del valore della produzione rispetto al tetto assegnato, remunerazione al 100% della tariffa di riferimento
dal 101% al 110%	del valore della produzione rispetto al tetto assegnato, remunerazione al 70% della tariffa di riferimento
dal 111% al 120%	del valore della produzione rispetto al tetto assegnato, remunerazione al 50% della tariffa di riferimento
oltre il 120%	del valore della produzione rispetto al tetto assegnato, remunerazione al 40% della tariffa di riferimento



- (e) eventuali condizioni e limitazioni particolari;
- (f) termine di pagamento dei corrispettivi, entro 120 giorni fine mese prestazione accettata;
- (g) il riferimento al principio del rapporto fiduciario intercorrente tra la Parte pubblica ed il Soggetto privato provvisoriamente accreditato, anche ai fini dell'applicazione del disposto dell'art. 6, co. 6 della L. 23-12-1994, n. 724;
- (h) il riferimento e la specifica sottoscrizione, per quanto agli effetti ex Art. 1341 e 1342 Cod. Civ.

L'accordo va sottoscritto da ciascun soggetto privato provvisoriamente accreditato alla erogazione di prestazioni specialistiche, entro il 30 giugno 1999, con effetto dall'1-1-1999.

In caso di dissenso o di mancata manifestazione di assenso entro detto termine, nei confronti di detti soggetti, si applicano le vigenti norme di legge ed in particolare quelle di cui all'art. 6, co. 6 della L. 23-12-1994, n. 724.

Indirizzi Regionali in materia di Assistenza Specialistica erogata attraverso Soggetti e Strutture private provvisoriamente accreditate

In relazione agli esiti degli incontri con le Organizzazioni Sindacali della Specialistica privata provvisoriamente accreditata, l'Assessorato alla Sanità nella definizione del MEF e del DIF per il 1999, ha prov-

veduto a determinare le risorse assegnate alle singole USL, assumendo come riferimento i minimi, i massimi ed i valori medi della spesa per abitante per l'assistenza specialistica prestata dal settore privato.

È chiara la precisazione che, nella più volte indicata logica di complementarità del settore privato rispetto a quello pubblico, con riferimento agli obiettivi fissati derivanti dal patto di stabilità, vadano garantiti **i livelli essenziali di assistenza**.

Ove in determinate aree si rilevino surplus rispetto alla media regionale, questi vanno **prioritariamente ed obbligatoriamente ricondotti entro i limiti della media regionale, per branca specialistica**, obiettivo rispetto al quale, congiuntamente a quello di riduzione della spesa farmaceutica e dei livelli passivi di mobilità, i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera scelta, hanno sottoscritto tramite le proprie rappresentanze sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale e nazionale, specifico protocollo di intesa ai fini del rispetto del "patto di responsabilità".

Le prescrizioni per prestazioni specialistiche vengono conseguentemente regolate, nel rispetto del "patto di responsabilità" a cui hanno aderito le Organizzazioni Sindacali dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera scelta, in maniera tale che siano uniformemente garantiti sul territorio regionale i livelli essenziali di assistenza, coerentemente agli obiettivi

di budget definiti con riferimento ai parametri per branca specialistica ed alle caratteristiche della popolazione, per sesso e classe di età rese disponibili dalla Regione, a ciascuna USL territorialmente competente.

A. Si conferma, in accordo con le richieste delle Organizzazioni Sindacali della specialistica privata, che le tipologie di prestazioni sono quelle di cui al D.M. 22/7/1996 così come modificato dalle Delibere di G.R. n. 3784 del 22/9/98, n. 3842 del 1/10/1998 e n. 141 del 2/03/1999.

B. Ai fini della programmazione, cogliendo spunto dai contributi formulati da Organizzazioni di Categoria che intendono con i suggerimenti proposti "evitare i picchi di branca" ed operare le necessarie regressioni tariffarie "per le branche" che eccedono gli indici medi di riferimento della Puglia, pare opportuno porre le seguenti aliquote di ripartizione regionale nella destinazione delle risorse tra le diverse branche, rispetto alle quali, le Aziende USL che si trovano al di sopra, dovranno in un biennio procedere ai necessari riequilibri (fermo il tetto di spesa), tenendo conto dei livelli di partenza delle diverse branche:

BRANCA	% Spesa Branca 1999 (x)
Laboratori di Analisi	36%
Radiologia - Med. Nucleare	23%
Fisiokinesiterapia	28%
Branche a visita	13%
TOTALE	100%

(a) (x) I valori regionali tendenziali, tengono conto delle valorizzazioni introdotte dall'entrata in vigore del nuovo tariffario regionale interessante i Laboratori di Analisi.

(b) Per le branche a visita, tenuto conto che alcune di esse sono statisticamente poco significative in termini di incidenza sui livelli di spesa (per es. otorino, psichiatria, etc), la ripartizione per singola branca viene considerata solo quando la stessa, singolarmente, supera il livello di soglia riferito alle risorse complessivamente assegnate alle branche a visita nel loro complesso (per il 1999, il parametro tendenziale è 13%).

L'esigenza, a livello regionale, di dar corso alla definizione di aliquote di riferimento anche in materia di ripartizione delle risorse per macro- aggregati delle tipologie specialistiche interessanti la diagnostica (radiologia e laboratori di analisi), la terapia (branche a visita) e la riabilitazione, trova anche origine nella segnalazione sindacale secondo cui, dall'analisi della spesa sanitaria, si rilevano dei picchi di spesa, diversi per branca e per USL, che, appaiono essere "l'espressione di una offerta esagerata" da parte di alcune strutture sanitarie private provvisoriamente accreditate. Tali propensioni vanno "calmierate e disincentivate nella produzione di prestazioni" tramite il meccanismo della regressione tariffaria.

Pertanto, se in una singola USL l'incidenza di spesa di una branca è, ad esempio, del 50% mentre la media regionale è del 25%, ove non sussistano condizioni che dimostrino il contrario, è presumibile ritenere che

siano presenti *propensioni* che vanno disincentivate economicamente.

Evidentemente, le singole Aziende USL, ferma la individuazione di eventuali comportamenti soggettivi non conformi ai principi che sostengono il rapporto fiduciario alla base dell'accreditamento provvisorio, tenuto conto delle proprie capacità erogative sul territorio per branca specialistica (potenziale produttivo) e degli scostamenti rilevati rispetto agli andamenti medi regionali per branca specialistica, potranno motivatamente dar corso agli opportuni adeguamenti, **fermo restando il limite complessivo di costo determinato dalla Regione per singola USL in materia di specialistica privata provvisoriamente accreditata.**

C. Si conferma, in accordo con le richieste delle Organizzazioni Sindacali della specialistica privata, che non vi sono limitazioni (e, conseguentemente, non si applicano regressioni tariffarie) per le prestazioni eseguite in mobilità per Cittadini facenti capo ad USL extraregionali, valutando tale azione coerente con le politiche macroeconomiche di sviluppo delle capacità della Puglia di attrarre utenza e benefici economici connessi al lavoro ed alla erogazione di servizi qualificati.

D. Si esprime la certezza che le Direzioni Generali delle Aziende USL, le Rappresentanze sindacali territoriali ed i Soggetti provvisoriamente accreditati opereranno, nel rispetto del "patto di responsabilità" in "concertazione" superando quei momenti di "contrapposizione" che nel corso del 1998, hanno creato, in taluni ambiti della Puglia, disagi nell'assistenza ai Cittadini. Di tale positiva capacità concertativa ne è palese evidenza la cit. DGR 74/99.

Obiettivi Regionali in materia di Assistenza Specialistica

Per quanto riguarda l'assistenza specialistica sono fissati i seguenti obiettivi regionali:

(a) Contenimento della spesa per l'assistenza specialistica pubblica e privata, con conseguente determinazione, per la specialistica privata provvisoriamente accreditata del tetto di spesa regionale di Lit 164 MLD, programmato per il 1999;

Si definisce, altresì, che al fine di contribuire al raggiungimento dell'equilibrio economico gestionale del SSR, conformemente ai requisiti previsti dal MEF ed ai principi del presente atto, sono obiettivi da raggiungere, quelli concernenti:

a) Un diretto coinvolgimento dei Medici di Base e dei Pediatri di Libera scelta, da attuarsi direttamente e tramite le funzioni proprie delle Organizzazioni di Categoria degli stessi maggiormente rappresentative, al fine di qualificare i livelli di prestazione conformemente alla esigenza di garantire livelli di assistenza, nei limiti delle disponibilità economiche (budget delle prestazioni specialistiche e della spesa farmaceutica) e del dovere di garantire livelli di assistenza essenziali e finalizzati (riduzione delle diseconomie e degli sprechi), in

misura complessiva non inferiore al 5% della spesa complessiva regionale registrata nel 1997;

- b) La definizione da parte dei Direttori Generali, entro il termine di giorni 30 dalla data di notificazione del presente atto alle Aziende USL, nell'ambito di ciascuna branca specialistica, dei tetti massimi di remunerazione e delle regressioni tariffarie, nel rispetto degli indicati principi di tutela e di equilibrio economico gestionale delle Parti;
- c) Le Direzioni Generali delle Aziende USL, tenuto conto delle strutture pubbliche e private presenti sul territorio, della collocazione e della complementarietà delle stesse ai fini dell'assistenza, sentite le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative, con riferimento alla erogazione di prestazioni riferite a branche specialistiche che in un determinato ambito superano significativamente e motivatamente la media regionale, potranno concordare con le singole strutture interessate, livelli aggiuntivi di prestazione e piani mirati di erogazione, implicanti anche modalità diverse di regressione tariffaria.

Cure Termali

- Analogamente a quanto precisato in materia di prestazioni riabilitative nella specifica sezione del presente atto e nella richiamata DGR n. 3689/98, con cui al pari delle altre prestazioni sanitarie, è stato fissato anche per detti servizi, con tariffe rideterminate con DGR n. 6266/97, quale tetto di spesa complessivo regionale quello corrispondente alla spesa sostenuta dal SSR nel 1996, maggiorato dell'indice inflattivo programmato per gli anni 1997 e 1998, ridotto del 2,25%, *appare necessario chiarire come detto criterio vada applicato anche in materia di prestazioni termali*;
- con DGR 4467/97, sono stati definiti i criteri generali per l'erogazione dell'assistenza termale in regime di accreditamento per l'anno 1997
- le tariffe di riferimento per la Puglia, sono ferme al 1995 e le aziende termali pugliesi, che con il loro esercizio concorrono a sostenere una significativa, crescente aliquota di flusso turistico residenziale, hanno rappresentato il grave disagio conseguente al mancato adeguamento, sicché ferma restando la esigenza di procedere quanto prima da parte della Giunta Regionale al recepimento ed all'applicazione dell'Accordo siglato in Roma in data 13-3-1998 tra Regioni ed Associazioni di Categoria per l'adeguamento tariffario delle prestazioni termali, **appare opportuno definire, anche per detta classe di servizi, un idoneo tetto di spesa**;
- a fronte di detta rideterminazione per il 1999, in prima approssimazione è quindi valutabile, un incremento tariffario e dei costi nell'ordine del 15% rispetto al 1996, **fissando conseguentemente come tetto di spesa complessivo regionale** (an-

che tenuto conto dell'interesse allo sviluppo del turismo termale), **quello corrispondente alla spesa sostenuta dal SSR nel 1996** come innanzi incrementato, che può considerarsi rispondente, con tariffe rideterminate, alla spesa sostenuta dal SSR nel 1996, maggiorato dell'indice inflattivo programmato per gli anni 1997 e 1998, ridotto del 2,25%;

- di tale incremento, per un massimo complessivo di Lit. 1,4 miliardi, si è tenuto conto nella determinazione delle quote di riparto del FSR 99, così da poter dar corso all'integrazione delle tariffe ed al riequilibrio dei tetti di spesa in materia di prestazioni termali, da attribuirsi alle Aziende USL FG/2, BR/1 e LE/2, competenti per territorio ai fini del loro impiego, anche per quanto attiene la mobilità attiva extraregionale, nei confronti delle Aziende interessate;
- si evidenzia la opportunità che le Aziende USL FG/2, BR/1 e LE/2 concordino le azioni ritenute più adeguate con le strutture termali pugliesi accreditate, i Medici di Base e gli altri soggetti interessati al fine di favorire i flussi attivi di domanda di prestazioni termali, riducendo per quanto possibile i livelli di mobilità passiva dei Cittadini pugliesi verso altre regioni. Si rileva infatti che, nel corso degli ultimi anni, gli addebiti da parte di altre regioni per tali tipi di prestazioni hanno superato la ragguardevole cifra di 5 miliardi.
- In materia di prestazioni termali erogate a favore di residenti di altre regioni e rientranti tra quelle suscettibili di compensazione della mobilità sanitaria a livello nazionale, non sussistono, conseguentemente, tetti di spesa.

Accesso ai Centri ed Istituzioni di Riabilitazione ex Art. 26 L.833/78

Ai fini di una adeguata regolamentazione della materia, si riportano di seguito le seguenti considerazioni e le correlate direttive regionali in materia:

A. Con la Circolare 21 luglio 1998 n. 24/19698/431/7 dell'Assessorato ha dettato alcune direttive, per l'attuazione della libera scelta riferita alle prestazioni residenziali extra ospedaliere riabilitative, che di seguito si riportano:

"La libertà di accesso ai Centri e Istituti di riabilitazione è subordinata all'apposita prescrizione proposta o richiesta compilata sul modulario del S.S.N. dal Medico di medicina generale o dal Pediatra di base dell'interessato o dal lo Specialista del S.S.N.

Con la successiva DGR n. 3689 del 31 luglio 1998 la Giunta Regionale ha confermato che "l'accesso alle prestazioni riabilitative in regime di ricovero in centri di riabilitazione ex art. 26 della L.833/78, al pari di tutte le altre prestazioni sanitarie sia rimesso alla libera scelta del Cittadino su richiesta del medico di medicina generale".

Occorre che le Aziende USL applichino con sistematicità, nei confronti delle strutture private prov-

visoriamente accreditate, le funzioni ispettive e di controllo:

- **sulla appropriatezza delle prestazioni erogate;**
 - **sul rispetto dei requisiti tecnici, organizzativi e sanitari dei soggetti eroganti le prestazioni,**
- provvedendo, ove si ravvisi la violazione del rapporto fiduciario, alla applicazione delle vigenti norme di legge ed in particolare di quelle di cui all'art. 6, co. 6 della L. 23-12-1994, n. 724.**

Libera Scelta per le Prestazioni ex Art. 26 L. 833/78

Al riguardo, richiamate le notazioni già espresse, per consentire l'esercizio della libera scelta occorre preliminarmente che il **Medico di Medicina Generale o il Pediatra** determini se le prestazioni da erogare siano rivolte, così come stabilito dalle Linee Guida Ministeriali del 1998, *al trattamento di disabilità transitorie e/o minimali che richiedono un semplice e breve programma terapeutico - riabilitativo attuabile attraverso il ricorso alle prestazioni previste dal D.M. 22 luglio 1996* (e quindi regolamentate dall'art. 25 della L. 833/78), oppure al trattamento di disabilità importanti con possibili esiti permanenti, spesso multiple, che richiedono una presa in carico multidisciplinare del soggetto disabile, nel lungo termine, tramite un progetto riabilitativo individuale (ricadenti perciò nelle prestazioni previste dall'art. 26 L. 833/78).

A seguito di tale determinazione eseguita dal Medico di Base, il Cittadino potrà accedere liberamente o alle strutture pubbliche e private convenzionate per l'erogazione delle prestazioni contenute nel DM 22-7-1996, o a quelle convenzionate per l'erogazione delle prestazioni previste dall'art. 26 della L. 833/78, che hanno regolamentazioni tariffarie e tecnico - organizzative differenti (peraltro esenti da partecipazione e ticket sulla ricetta).

Si chiarisce quindi che il libero accesso alle strutture riabilitative ex art. 26 L. 833/78, va suffragato dall'attestazione del Medico di Base (che lo stesso dovrà inviare al Servizio Riabilitativo dell'Azienda USL di cui è mandatario) dell'esistenza di "disabilità importanti, con possibili esiti permanenti, spesso multiple, che richiedono una presa in carico multidisciplinare del soggetto disabile nel lungo termine, tramite un progetto riabilitativo individuale", con l'indicazione del programma riabilitativo individuale.

Durata e trattamenti delle Proroghe del Programma Riabilitativo

Le linee Guida Ministeriali stabiliscono altresì che i programmi attuativi del progetto riabilitativo devono definire i tempi di completamento dei cicli riabilitativi, della durata massima di 240 giorni, ponendo nel contempo due eccezioni:

- "i pazienti affetti da gravi patologie a carattere involutivo (Sclerosi multipla, Distrofia muscolare, Sclerosi laterale amiotrofica, malattia di Alzhei-

mer, alcune patologie congenite su base genetica), con gravi danni cerebrali o disturbi psichici, i pluriminorati anche sensoriali, per i quali il progetto riabilitativo può estendersi anche oltre senza limitazioni;

- *i pazienti "stabilizzati" nella loro condizione di non perfetto recupero funzionale per i quali possono essere previsti cicli riabilitativi anche su base annua".*

In tutti i casi, comunque, la durata dei cicli deve essere prevista nel programma riabilitativo individuale. Eventuali proroghe, come indicato nella citata circolare assessorile n024/19698/431/7 del 21 luglio 1998, sono subordinate alla prescrizione del Medico di Medicina Generale o Pediatra di libera scelta.

Tetti di spesa in materia di Prestazioni Riabilitative e Fisiokinesiterapia

Il tetto di spesa per la branca delle prestazioni riabilitative e la fisiokinesiterapia è, nell'ambito delle disponibilità massime previste per ciascuna USL, quello indicato nella **sezione** di indirizzo regionale in materia di **Assistenza Specialistica erogata attraverso Soggetti e Strutture Private provvisoriamente accreditate**, ferma la autonomia gestionale delle Aziende Sanitarie interessate secondo le modalità ivi indicate.

Salute Mentale e Riconversione delle Strutture Ospedaliere Psichiatriche

È riconfermata la esigenza di accelerare il completamento dei processi di conversione e trasformazione delle strutture manicomiali ospedaliere ed il reimpiego, secondo innovati standard di professionalità del personale ivi occupato.

Si richiamano, al riguardo i principi di cui all'Art. 3, co. 5 della L. 724/94 (riconversione delle strutture ospedaliere psichiatriche disattivate agli standard per le RSA previsti dal DPR 14-1-1997, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private).

In materia di attività dei Dipartimenti di Salute Mentale delle Aziende USL, i Direttori Generali dovranno esercitare gli opportuni controlli ed ad avviare le necessarie iniziative per dar corso, in tempi brevi, ai programmi di assistenza residenziale per i disabili mentali attualmente ancora ospitati nei centri manicomiali residuali della Puglia (Foggia, Bisceglie ed in limitata misura Lecce).

Assistenza Ospedaliera

Il livello di assistenza ospedaliera comprende le attività di ricovero ordinario per acuti e per riabilitazioni, di ricovero diurno, presso le strutture ospedaliere del SSR e delle altre strutture private provvisoriamente accreditate, nonché la residuale in Italia ed all'Estero con concorso nelle spese, autorizzate secondo la vigente normativa.

Le azioni previste dall'Assessorato alla Sanità nella DGR 1800/98 in materia di assistenza ospedaliera, hanno anch'esse trovato nel corso del 1998 e dei primi mesi del corrente anno significativi livelli di attuazione. In particolare rispetto all'obiettivo:

15. AFFINAMENTO, INTEGRAZIONE E RIMODULAZIONE DEL PIANO DELLE PRESTAZIONI DELLE AZIENDE, DEGLI ENTI E DEI PRESIDI OSPEDALIERI NELLA LOGICA DEL "SISTEMA REGIONALE DI PRESTAZIONE OSPEDALIERA" E CONSEGUENTE DEFINIZIONE DEI LIVELLI DI SERVIZIO DELLE STRUTTURE ACCREDITATE, NEI LIMITI DI PRESTAZIONE E DI SPESA PROGRAMMATI.

In linea con tale obiettivo, a partire dal 1999, la drastica riduzione (da oltre il 55% del PSN 94-96 al 46,5% per il periodo 1998-2000) determinata dalla Amministrazione Centrale nell'ammontare di risorse assegnabili al livello ospedaliero rende evidente come a fronte di tale contrazione (circa il 20%) occorra procedere con pari decisione al fine di portare rapidamente il SSR a questo nuovo livello di equilibrio.

Nella progressione definita dall'Assessorato alla Sanità (che trova conferma nei contenuti della DCR 379/99 di approvazione del riordino della rete ospedaliera) si è dato quindi corso, anche in materia di assistenza ospedaliera, ad una serie coordinata di azioni che possano concorrere positivamente al pareggio complessivo delle Aziende USL, nella ricerca dell'equilibrio tra "valore della produzione; (quale che sia il Soggetto erogatore del servizio) e quota assegnata per il livello di Assistenza Ospedaliera".

Per il conseguimento di tale obiettivo, sono state sviluppate specifiche intese tra le Aziende USL e le Aziende Ospedaliere, gli IRCCS, gli Enti Ecclesiastici oltre che positive consultazioni con le Organizzazioni più rappresentative a livello regionale della ospedalità privata provvisoriamente accreditata.

Le rultanze delle intese hanno validità multilaterale "interna" al SSR, applicandosi nei confronti dei residenti in altre Regioni, ai fini della mobilità interregionale, le tariffe del Ministero della Sanità vigenti al momento in cui si verifica la prestazione. La regolazione tariffaria verso le altre Regioni è eseguita automaticamente nell'ambito della Camera di Compensazione, indipendentemente dalla tariffazione applicata dalle diverse Strutture erogatrici.

Direttive Regionali in materia di Assistenza Ospedaliera

Si riportano di seguito gli indirizzi e le direttive regionali che sono stati assunti nell'ambito delle concertazioni comprensoriali interessanti il livello ospedaliero di assistenza.

Dall'analisi degli effetti scaturenti dalle differenti azioni strumentali attuate nei diversi ambiti comprensoriali (*benchmarking*) scaturiranno le conseguenti direttive regionali di progressiva armonizzazione.

Obiettivi Regionali sul Livello Ospedaliero di Assistenza

Per quanto riguarda la funzione ospedaliera sono fissati i seguenti obiettivi regionali:

- (a) Riduzione della spesa per l'assistenza ospedaliera dal 55,2 % previsto dalla DGR 1800/98 al 52%, programmato per il 1999;
- (b) Favorire un tasso di ospedalizzazione quanto più prossimo a 160/1000;
- (c) Riduzione di **almeno** l'1% (unper cento) del numero dei ricoveri rispetto a quelli rilevati nel corso del 1998;
- (d) Pronta costituzione nelle Aziende Sanitarie, negli Enti Ecclesiastici e negli IRCCS, delle UVAR (Unità di Verifica ed Appropriatezza dei Ricoveri e delle prestazioni) di cui alle DGR 1800/98 e DGR 4337/98;

Si da atto che ai fini contabili e patrimoniali, l'iscrizione dei crediti da parte dei Soggetti pubblici e privati e dei debiti corrispondenti per le Aziende USL derivanti da prestazioni specialistiche, ospedaliere e/o altre rientranti tra quelle comprese nei flussi di mobilità è, come tale, appostabile a bilancio una volta che siano stati rispettati i requisiti di accertamento previsti dal Cod. Civ. e dalle norme in materia. Per i Soggetti che hanno titolo ad accedere alle procedure della Camera di Compensazione, la misura è quella determinata dal Collegio di Garanzia, nei limiti dei tetti di spesa assegnati e delle dotazioni di FSR disponibili.

In particolare, ai fini della mobilità attiva extraregionale, il credito sarà riconosciuto e considerato liquido ed esigibile proporzionalmente agli apporti delle diverse strutture del SSR, una volta che le prestazioni erogate ed addebitate alle altre Regioni siano state accettate in sede di Camera di Compensazione e successivamente non contestate da parte delle Amministrazioni destinatarie.

Sistema di Emergenza- Urgenza: 118

Vengono richiamati e fatti propri gli indirizzi presenti in materia nel PSN 1998-2000 e quelli che specificatamente verranno indicati nelle direttive dell'Assessorato alla Sanità e nelle Deliberazioni di Giunta Regionale per l'attuazione della DCR 382/99 "DPR 27 Marzo 1992: Progetto Generale del Macro Sistema Emergenza Sanitaria 118 nella Regione Puglia (Delibera di Giunta n. 1811 del 29-5-1998).

Al riguardo l'Assessorato alla Sanità, nelle compatibilità scaturenti dal consolidamento e dalla verifica da compiersi sulla base dei dati consuntivi 1998 delle Strutture del SSR, tenuto conto degli obiettivi di risanamento della finanza pubblica previsti dall'Art. 28 della L. 448/98, si riserva di assegnare parte dei fondi di cui all'Art. 10 della L.R. 38/94, all'avvio delle azioni di rilevanza regionale in materia di emergenza (Dipartimento di Urgenza ed Emergenza).

Trapianti di organi

Vengono richiamati e fatti propri gli indirizzi pre-

senti in materia nel PSN 1998-2000 e quelli che specificatamente verranno indicati nel relativo progetto regionale in corso di predisposizione da parte dell'Assessorato alla Sanità, tenuto conto delle norme di legge regolanti la materia.

Mobilità Extraregionale

È obiettivo specifico delle Aziende Ospedaliere ed USL il miglioramento del saldo per mobilità sanitaria extraregionale. Con riferimento alla mobilità passiva, con l'entrata in esercizio della Camera di controllo e Compensazione di cui alla DGR 4337/98, sono forniti elementi utili a tutte le Aziende Sanitarie indicanti le patologie trattate dalle strutture sanitarie extraregionali.

Obbligo del pareggio di bilancio per i Presidi Ospedalieri.

Nel rammentare che l'art. 32, comma 7° della Legge 449/97 prevede che l'obbligo del pareggio di bilancio previsto per le Aziende Ospedaliere sia esteso ai Presidi ospedalieri delle Aziende USL, si fa presente che per i Presidi Ospedalieri delle Aziende USL è richiesta, anche in conformità a quanto previsto dall'Art. 21 della L.R. 38/94, l'adozione di una contabilità separata.

A tale riguardo, richiamati gli obiettivi di riduzione dei posti letto e di riorganizzazione della rete ospedaliera di cui alla più volte citata DCR 379/99, tenuto conto degli adeguamenti previsti dal patto di stabilità e dal Piano di Riordino, della drastica riduzione delle risorse assegnate al livello ospedaliero di assistenza in sede di riparto del FSN, è necessario operare con tempestività per conseguire l'equilibrio tendenziale tra "costi e valore della produzione" dei presidi delle USL.

I Direttori Generali delle USL, entro il 30-7-1999 dovranno organizzare il funzionamento dei presidi e la correlazione funzionale tra gli stessi secondo una logica dipartimentale, accorpendo reparti e servizi coerentemente alla programmazione definita del Piano di Riordino della Rete Ospedaliera. Tale azione concorre agli obiettivi di dipartimentalizzazione interaziendale, su base provinciale, dei livelli di assistenza.

Il personale impiegato nel livello ospedaliero, ferma la esigenza di procedere alla ridefinizione della dotazione organica delle Aziende Sanitarie, conformemente ai disposti del D.Lgs 80/98 ed agli effetti derivanti dalla attuazione a cura dei Direttori Generali del Piano di riordino di propria competenza, lo stesso potrà essere posto in mobilità.

Per la verifica del risultato (equilibrio tra costi e ricavi) relativamente ai "ricavi" occorre fare riferimento alla valorizzazione delle prestazioni erogate/tariffate, dai singoli Presidi Ospedalieri, tenendo altresì conto delle prestazioni rese a favore dei Cittadini residenti nel territorio della stessa USL (Autoconsumo).

I dati di autoconsumo, ai fini della costituzione del-

la matrice di input- output del SSR, della definizione e revisione dei piani delle prestazioni, andranno comunicati, con le modalità previste dalla DGR 4337/98 e successive direttive di attuazione, regolamentanti anche gli aspetti derivanti dal presente atto, andranno trasmesse all'Ufficio di Coordinamento Settore Sanità - Unità Tecnica di Clearing House.

Con riferimento al quadro generale tracciato, si è dato corso, coerentemente alla procedura innanzi indicata, alla definizione delle concertazioni comprensoriali tra i Soggetti del SSR interessati alle funzioni del livello ospedaliero di assistenza.

Aziende Ospedaliere ed IRCCS Pubblici

Premesso quanto sopra, le Aziende Ospedaliere, gli IRCCS Pubblici e le Aziende USL, per comprensori provinciali, sono state convocate presso l'Assessorato alla Sanità per la concertazione delle prestazioni, degli obiettivi di miglioramento ed integrazione, dei tetti minimi e massimi di remunerazione, dei fabbisogni e delle coperture di cassa, nei limiti delle suindicate assegnazioni per le Aziende USL.

Sono di seguito riportati gli elementi generali alla base degli accordi. Gli aspetti specifici di concertazione provinciale sono, riepilogati nei relativi paragrafi, immediatamente successivi.

Tetti Minimi (Budget Minimo) e Massimi di Remunerazione delle Aziende Ospedaliere

I tetti minimi di remunerazione per le Aziende Ospedaliere corrispondono, come meglio precisato in appresso, all'addebito massimo ed onnicomprensivo verso le USL che insistono nella stessa provincia in cui ha sede l'Azienda Ospedaliera.

I tetti massimi di remunerazione delle Aziende Ospedaliere, comprendono anche i proventi derivanti da mobilità extraprovinciale (per prestazioni ospedaliere e specialistiche) ed extraregionale. Comprendono altresì il rimborso dei costi non tariffabili nella misura massima prevista dalla DGR 4336/98, ridotta del 6%, coerentemente alla contrazione delle risorse assegnabili al livello ospedaliero (dal 55,2% del 1998 al 52% previsto per il 1999), per le voci e nei limiti di spesa che verranno definiti, per ciascuna Azienda Ospedaliera, mediante specifica Direttiva Assessorile di assegnazione.

Conseguentemente:

- alle Aziende Ospedaliere Miste Università/Regione (Policlinico ed Ospedali Riuniti di Foggia), sono riconosciuti nei limiti programmati e concordati concernenti i livelli massimi di remunerazione, i maggiori costi indotti sulle attività assistenziali delle funzioni di didattica e di ricerca, per la presenza dei percorsi di formazione universitaria delle Facoltà di Medicina e di Chirurgia, ai sensi dell'art. 6, co. 2 del Decreto Interministeriale 31-7-1997; come ammontare di riferimento, così come previsto dal citato D.M., si assume l'8% delle prestazioni tariffate dalle Unità Operative a

Direzione Universitaria, al netto dei maggiori oneri per il personale che sarebbero stati sostenuti per produrre la stessa attività;

- alla Azienda Ospedaliera "Policlinico", è altresì riconosciuto il concorso, nell'ambito dei livelli massimi di remunerazione concordati, nel limite definito dalla DGR 4336/98, agli oneri sostenuti,

quale centro di riferimento regionale per gli emoderivati (Convenzione Sclavo).

I tetti minimi e quelli massimi di remunerazione (comprensivi delle entrate proprie derivanti dalle quote di partecipazione diretta alla spesa sanitaria da parte dei Cittadini), così come definiti in sede di negoziazione comprensoriale, sono i seguenti:

Aziende Ospedaliere	Minimo	Massimo	Cassa
Ospedali Riuniti	204,0	222,0	177,6
Policlinico	260,0	383,0	306,4
Di Venere - Giovanni XXIII	140,0	187,0	149,6
Di Summa	120,0	139,0	111,2
Fazzi	140,0	169,0	135,2
SS. Annunziata	165,0	185,0	148,0
Totale	1029,0	1285,0	1028,0

La disponibilità di Cassa a carico del FSR è pari all' 80% del tetto massimo di spesa programmato, con rimodulazione finanziaria ex DGR 4337/98

Il "Tetto Minimo" (coincidente con il tetto massimo di remunerazione onnicomprensivo da parte delle Aziende USL della provincia, anche in materia di

assistenza specialistica) per le diverse Aziende Ospedaliere è riportato nel seguente prospetto riepilogativo:

AZIENDE OSPEDALIERE (Importi in M.LD)						
USL	Ospedali Riuniti	Policlinico	Di Venere - Giovanni XXIII	Di Summa	Fazzi	SS. Annunziata
FG/1	19,0					
FG/2	36,0					
FG/3	149,0					
BA/1		15,0	6,0			
BA/2		20,0	9,0			
BA/3		22,0	10,0			
BA/4		187,0	106,0			
BA/5		16,0	9,0			
BR/1				120,0		
LE/1					122,0	
LE/2					18,0	
TA/1						165,0
Budget Minimo	204,0	260,0	140,0	120,0	140,0	165,0

Obiettivi ed Accordi Generali tra le Aziende Ospedaliere e le Aziende USL

- (a) Con l'accordo, ciascuna Azienda Ospedaliera assume quale tetto massimo di remunerazione per le prestazioni rese alle Aziende USL comprensoriali compartecipanti al FGC, l'importo costituente il *Fondo di Garanzia Prestazionale* della provincia, indipendentemente dal tipo e dalla quantità di prestazioni erogate verso le stesse, ferme le economie scaturenti dagli obiettivi di miglioramento ed efficacia del livello di assistenza ospedaliera specificati nel relativo *Addendum Comprensoriale di Intesa* (che le Parti dovranno definire e ratificare entro 15 giorni dalla data di notifica del presente atto) e dei contenuti specifici già definiti e di seguito riportati.
- (b) Il tetto massimo di spesa per le Aziende Ospedaliere è, come indicato, comprensivo degli even-

tuali contributi per le attività non tariffate dalle stesse svolte che saranno liquidati, previo accertamento dei costi diretti, nei limiti degli importi e per le causali determinate dall'Assessorato alla Sanità con apposita Direttiva, nonché delle quote di partecipazione alla spesa sanitaria da parte dei Cittadini.

- (c) **A fini gestionali, i Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere ed i Legali Rappresentanti degli IRCCS pubblici, entro 30 giorni dalla data di approvazione del presente atto, sono tenuti a comunicare al Coordinamento Settore Sanità - Struttura tecnica della Clearing House, l'ammontare risultante dalle scritture contabili relative all'esercizio 1998, delle quote di partecipazione dei Cittadini iscritte nei ricavi delle strutture amministrate.**
- (d) In via generale, l'Assessorato alla Sanità, nell'ambito di quanto previsto dalla presente deli-

berazione, può esercitare il proprio potere sostitutivo e surrogatorio nei confronti delle Aziende e delle Strutture Sanitarie che non ottemperino, nei termini e modi previsti, alle azioni alle stesse assegnate.

- (e) Gli obiettivi e le regole generali della presente sezione, si applicano nei confronti delle strutture (EE,IRCCS, Aziende Ospedaliere, Aziende USL) del salvo specifiche deroghe ed integrazioni riportate nei successivi paragrafi di distinto accordo o nell'“Addendum di Intesa Comprensoriale.
- (f) Le Parti convenute di ciascun comprensorio provinciale concordano che è obiettivo comune, da perseguirsi nell'ambito della dipartimentalizzazione interaziendale da costituirsi entro il primo semestre del corrente anno, la raccolta, la organizzazione ed il controllo di informazioni comprensoriali derivanti dalle procedure della camera di controllo e compensazione, utili a descrivere lo stato di salute della popolazione ed ad aggiornare l'offerta di prestazioni secondo l'evolversi delle conoscenze sull'efficacia degli strumenti diagnostici e terapeutici e sull'efficienza delle modalità di erogazione.
- (g) L'Assessorato alla Sanità nell'ambito delle funzioni di indirizzo e coordinamento di competenza della Giunta Regionale e di quelli indicati nel presente atto, può, mediante Direttiva, integrare e/o modificare ai fini della omogeneità e del miglioramento economico funzionale del SSR i vari accordi comprensoriali (Addendum) raggiunti dalle Parti, ovvero estenderne, in tutto ed in parte, la loro applicazione anche territoriale;
- (h) In sede di predisposizione dei piani di riparto, l'Assessorato alla Sanità ha provveduto, al fine di sostenere finanziariamente le Strutture e gli Istituti interessati, alla costituzione dei fondi necessari nelle misure previste nel presente atto per le anticipazioni mensili di cassa.
- (i) L'Assessorato alla Sanità, con riferimento all'andamento generale ed alle risultanze dei controlli di gestione di cui agli Art. 8 e 9 della LR 38/94 e successive modificazioni ed integrazioni, agli esiti dei controlli di cui alla DGR 4337/98 ed alle norme nazionali, compresi gli emanandi decreti legislativi di attuazione della Legge 419/98, si riserva di proporre alla Giunta Regionale le opportune rimodulazioni e riassegnazioni delle risorse così come definite in sede di prima attuazione di riparto del FRS.

Obiettivi Generali ed Obiettivi Comprensoriali tra le Aziende Ospedaliere e le Aziende USL

- (j) Ai fini dell'equilibrio economico gestionale del SSR, conformemente ai requisiti previsti dal MEF e nei termini fissati dalla DGR 1800/98, sono **obiettivi generali** da raggiungere quelli in appresso specificatamente indicati.
Detti obiettivi derivano dall'appropriata organizza-

zione rispetto agli indirizzi formulati dall'Assessorato alla Sanità, dei contributi proposti nelle riunioni con i Rappresentanti dei Soggetti pubblici e privati e delle Organizzazioni rappresentative della ospedalità. Gli stessi possono essere così riepilogati:

- (k).1. Riduzione del numero dei ricoveri di 1 giorno, almeno del 30%, esclusi le IVG, i trattamenti di rianimazione e terapia intensiva;
- (k).2. Riduzione del numero dei ricoveri con degenza uguale a 2 giorni, almeno del 10%;
- (k).3. Riduzione dei ricoveri per ipertensioni, artroscopia diagnostica, lombalgia, commozione cerebrale, ed, in generale, di quei ricoveri ritenuti impropri e/o per patologie che è possibile gestire ambulatorialmente.

Nota:

— Circa il punto **(k).3**, entro il termine di giorni previsto per la ratifica dell'Addendum, le Parti interessate concorderanno la lista delle 10 patologie di maggior frequenza suscettibili di trattamento elettivamente ambulatoriale.

Detta lista, con la indicazione della percentuale minima di riduzione concordata dei ricoveri per tali tipi di patologie, andrà comunicata al Coordinamento del Settore Sanità, perché sia inclusa nel referenzario delle regole di verifica sulla appropriatezza delle prestazioni e consolidamento automatico delle partite di dare ed avere della Camera di Controllo e di Compensazione. In assenza o, per difetto di termine, provvederà l'Assessorato alla Sanità.

Ove non diversamente previsto in sede comprensoriale, si individuano, quali patologie di maggior frequenza, suscettibili di trattamento ambulatoriale le seguenti:

Cod. ICD-IX Patologia	% Minima di riduzione
4011 Ipertensione Benigna	15%
4019 Ipertensione SAI	15%
402.9 Card.Ipertensiva SAI	15%
7242 Lombagine	15%
7243 Sciatica	15%
7213 Spondilosi lombosacrale	15%
7210 Spondilosi Cervicale	15%
7219 Spondilosi SAI	15%

— Indipendentemente dal risultato ottenuto dall'Azienda Ospedaliera interessata, per la parte di obiettivo non raggiunta rispetto ai punti **(k).1** e **(k).2**, verrà stornato un controvalore corrispondente al 30% di quello addebitato per i ricoveri di un giorno; analogamente, si provvederà, nella misura del 10%, per quanto concernente i ricoveri con degenza uguale a due giorni; ai fini dell'accertamento dei risultati, si fa riferimento ai ricoveri rilevati nell'anno 1998. Il criterio di regressione si applica, per la parte eccedente, complessivamente, il 30% del totale dei ricoveri.

- (k) Sono **obiettivi comprensoriali** quelli specifici previsti nel successivo paragrafo ed in ciascun

Addendum Comprensoriale di Intesa, da approvarsi entro i termini indicati.

Regole Generali interessanti le Aziende Ospedaliere e le Aziende USL

A) Le **prestazioni erogate in Pronto Soccorso** a pazienti che non vengono ricoverati, sono remunerate secondo le tariffe indicate dal nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, incrementate del 50% a causa dei maggiori costi sostenuti per l'erogazione delle prestazioni in situazioni d'urgenza.

Obiettivo:

- Disincentivare il ricovero ospedaliero.
- Incentivare la riscossione delle quote di partecipazione dei Cittadini per le prestazioni di Pronto Soccorso non seguite da ricovero.

B) Per i **ricoveri ordinari** successivi, **dello stesso paziente**, di durata superiore ad 1 giorno, effettuati entro 45 giorni dal primo ricovero, classificati nella stessa categoria di DRG, è riconosciuta una remunerazione corrispondente alla tariffa di riferimento, ridotta del 20%.

L'accertamento è eseguito nell'ambito delle procedure di gestione della Camera di Compensazione. Per quanto non previsto in sede regionale, si adottano i criteri e le indicazioni delle linee guida del Ministero della Sanità in materia.

Nota:

Circa il punto **B**, per problematiche cliniche relative a patologie ematologiche ed oncologiche, ovvero per i ricoveri ripetuti di Pazienti sottoposti a cicli di chemioterapia (V58.1), radioterapia (V58.0) e litotrissia (98.51) è confermata la remunerazione di riferimento. Al riguardo, ai fini operativi, in fase di prima attuazione, sono esclusi dalle procedure di regressione tariffaria, le remunerazioni relative a DRG che abbiano come diagnosi principale quelle corrispondenti ai codici ICD-IX compresi da 140 a 239.9 (tumori e leucemie):

Obiettivo:

- Evitare comportamenti opportunistici volti a frazionare artificiosamente un episodio di ricovero in più episodi successivi e ravvicinati.

C) Le **tariffe** relative ai DRG di **patologie di base** (es. Appendicectomia, fratture della mano, parto vaginale senza complicanze, etc.) delle Aziende Ospedaliere, per accordo negoziale intercorso tra le parti, saranno ridotte del 15% rispetto alla misura determinata dal DM Sanità 30.6.1997. La riduzione, ove non determinata all'origine, è eseguita nell'ambito delle procedure di gestione della Camera di Compensazione.

Nota:

Circa il punto **C**, entro il termine di giorni previsto per la ratifica dell'Addendum, le Parti interessate si riuniranno per definire la lista dei DRG (da un minimo di 10 fino ad un massimo di 25) rispetto ai quali le relative tariffe saranno decrementate nella indicata mi-

sura del 15%. In assenza, o per difetto di termine, provvederà l'Assessorato alla Sanità.

Obiettivo:

- Incentivare le Aziende Ospedaliere a valorizzare quelle prestazioni non effettuate nei Presidi Ospedalieri delle Aziende territoriali (USL) orientando verso queste ultime le prestazioni che possono essere garantite nei confronti degli appartenenti al proprio bacino di utenza.

D) Le tariffe relative ai DRG di pazienti ricoverati presso divisioni esistenti esclusivamente nella Azienda Ospedaliera o comunque a DRG trattati in materia preponderante se non esclusiva nella suddetta Azienda e che non comportano una rilevante quota di mobilità passiva extra comprensoriale saranno incrementate del 5%. Il bonus è attribuito automaticamente nell'ambito delle procedure di gestione della Camera di Compensazione e concorre alla assegnazione all'Azienda Ospedaliera della quota variabile (raggiungimento del tetto massimo di remunerazione), in ragione dei risultati conseguiti.

Obiettivo:

Favorire una maggiore specializzazione delle Aziende Ospedaliere.

Nota:

Circa il punto **D**, entro il termine di giorni previsto per la ratifica dell'Addendum, le Parti interessate si riuniranno per definire la lista dei DRG (fino ad un massimo di 10) rispetto ai quali le relative tariffe saranno incrementate del 5%. In assenza, o per difetto di termine, provvederà l'Assessorato alla Sanità.

E) Le tariffe relative a DRG che, sebbene effettuabili dall'Azienda Ospedaliera comportano una rilevante quota di mobilità passiva extracomprendoriale, saranno incrementate del 15%. Il bonus è attribuito automaticamente nell'ambito delle procedure di gestione della Camera di Compensazione e concorre alla assegnazione all'Azienda Ospedaliera della quota variabile (raggiungimento del tetto massimo di remunerazione), in ragione dei risultati conseguiti.

Obiettivo:

Favorire una maggiore specializzazione delle Aziende Ospedaliere con la contestuale riduzione della mobilità passiva extraregionale.

Nota:

Circa il punto **E**, entro il termine di giorni previsto per la ratifica dell'Addendum, le Parti interessate si riuniranno per definire la lista dei DRG (fino ad un massimo di 10) rispetto ai quali le relative tariffe saranno incrementate del 15%. In assenza, o per difetto di termine, provvederà l'Assessorato alla Sanità.

F) Le tariffe relative a DRG che non sono presenti nell'Azienda Ospedaliera, le cui branche sono trattabili in attuazione del Riordino della Rete Ospedaliera e che comportano una rilevante quota di mobilità passiva extracomprendoriale e/o extraregionale, saranno incrementate del 20%. Il bonus è attribuito automaticamente nell'ambito delle procedure di gestione della

Camera di Compensazione e concorre alla assegnazione all'Azienda Ospedaliera della quota variabile, in ragione dei risultati conseguiti.

Obiettivo:

Favorire una maggiore specializzazione delle Aziende Ospedaliere nell'ambito del Piano di Riordino Ospedaliero, riducendo contestualmente la mobilità passiva extraregionale.

Nota:

Circa il punto F), entro il termine di giorni previsto per la ratifica dell'*Addendum*, le Parti interessate si riuniranno per definire la lista dei DRG (fino ad un massimo di 10) rispetto ai quali le relative tariffe saranno incrementate del 20%. In assenza, o per difetto di termine, provvederà l'Assessorato alla Sanità.

Obiettivi ed Accordi Specifici tra le Aziende Ospedaliere e le Aziende USL del Comprensorio di Foggia

Accordi comprensoriali integrativi tra le Aziende FG/1, FG/2, FG/3 e la Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti", potranno essere definiti entro il termine di giorni previsto per la ratifica dell'*Addendum*. Lo stesso riguarderà, in particolare:

- la prestazione da parte dell'Azienda Ospedaliera di consulenze professionali presso il Presidio Ospedaliero di Lucera della FG/3; da parte della USL, di assistenza professionale in materia di radioprotezione ed igiene della ristorazione;
- attivazione di progetti speciali in materia di prevenzione e cura dei tumori della mammella;
- regolamentazione del Day Hospital;
- coordinamento tra la USL FG/3 e la Azienda Ospedaliera, ai fini delle dimissioni programmate dei ricoverati presso gli Ospedali Riuniti, delle modalità di utilizzo dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), con conseguente riduzione concordata delle remunerazioni previste per i diversi DRG.

Obiettivi ed Accordi Specifici tra le Aziende Ospedaliere e le Aziende USL del Comprensorio di Bari

Accordi comprensoriali integrativi tra le Aziende USL BA/1, BA/2, BA/3; BA/4, BA/5 e le Aziende Ospedaliere "Policlinico", "Di Venere Giovanni XXIII", potranno essere definiti entro il termine di giorni previsto per la ratifica dell'*Addendum*.

Obiettivi ed Accordi Specifici tra le Aziende Ospedaliere e le Aziende USL del Comprensorio di Brindisi

Accordi comprensoriali integrativi tra la Azienda USL BR/1 e la Azienda Ospedaliera "Di Summa", potranno essere definiti entro il termine di giorni previsto per la ratifica dell'*Addendum*. Lo stesso riguarderà, in particolare:

- l'interscambio di dati al fine di una corretta pro-

grammazione dell'assistenza sanitaria; l'esercizio dell'attività trasfusionale; sede della Guardia Medica; centralizzazione del Centro Unico di Prenotazione;

- attivazione da parte della USL BR/1 presso le proprie strutture ospedaliere di posti letto per lungodegenza ai fini del trasferimento di degenti presso la Azienda "Di Summa", abbisognavoli di ulteriori cure post-acuzie; coordinamento interaziendale ai fini delle dimissioni programmate dei ricoverati presso l'Azienda Ospedaliera, della rete organizzativa dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e dell'Assistenza Domiciliare Oncologica (ADO) della USL BR/1;
 - semplificazione, tra le due Aziende Sanitarie, delle procedure di determinazione delle rispettive competenze economiche per quanto attiene la gestione della Unità Operativa di SPDC allocata presso la A.O. "Di Summa";
- attivazione, mediante l'integrazione delle rispettive strutture e risorse, di progetti speciali in materia di prevenzione e cura dei tumori della mammella, assistenza cardiologica, assistenza materno infantile;
- definizione congiunta di pacchetti assistenziali di Day Hospital e Day Surgery.

Obiettivi ed Accordi Specifici tra le Aziende Ospedaliere e le Aziende USL del Comprensorio di Lecce

Accordi comprensoriali integrativi tra le Aziende USL LE/1, LE/2 e la Azienda Ospedaliera "V. Fazzi", potranno essere definiti entro il termine di giorni previsto per la ratifica dell'*Addendum*. Lo stesso riguarderà, in particolare la definizione di politiche comuni e di azioni concertate ai fini della dipartimentalizzazione interaziendale su scala provinciale.

Obiettivi ed Accordi Specifici tra le Aziende Ospedaliere e le Aziende USL del Comprensorio di Taranto

Accordi comprensoriali integrativi tra la Azienda USL TA/1 e la Azienda Ospedaliera "SS. Annunziata" potranno essere definiti entro il termine di giorni previsto per la ratifica dell'*Addendum*. Entro tale data saranno definite le modalità ed i termini ai fini della costituzione di un Centro Unico di Prenotazione.

Regole Generali interessanti gli Enti Ecclesiastici e gli IRCCS Pubblici e Privati

Analogo procedimento di concertazione comprensoriale avente come scopo il perseguimento di obiettivi coerenti con quelli definiti tra Azienda USL, Aziende Ospedaliere ed IRCCS pubblici, è stato seguito per gli IRCCS privati e per gli Enti Ecclesiastici.

Alle riunioni di concertazione hanno partecipato i Legali Rappresentanti degli Enti ed Istituti interessati

ed i Direttori Generali delle Aziende USL territorialmente competenti che hanno operato, a norma dei principi generali innanzi espressi, anche in rappresentanza delle altre USL della Regione.

Le intese raggiunte costituiscono, conseguentemente, un ulteriore elemento di supporto alla definizione del quadro generale di intervento in materia di assistenza ospedaliera e concorrono alla costituzione della rete multilaterale di cooperazione sul territorio regionale della Puglia tra i vari Soggetti che operano nell'ambito del Servizio.

Concorrono agli obiettivi di miglioramento ed efficacia del livello di assistenza ospedaliera, accanto a quelli definiti in via generale, a quelli specifici di seguito riportati, anche quelli integrativi eventualmente individuati nel relativo *Addendum Comprensoriale di Intesa* che **le USL territorialmente competenti per provincia dovranno definire e ratificare con l'IRCCS o con l'Ente Ecclesiastico interessato, entro**

15 giorni dalla data di notifica del presente atto.

Ciascun *Addendum* andrà, a cura del Direttore Generale della USL interessata, inviato per copia alle altre USL della Regione ed all'Ufficio di Coordinamento del Settore Sanità.

Premesso quanto sopra, anche per gli IRCCS privati e per gli Enti Ecclesiastici, si è provveduto a definire, nel più volte richiamato quadro generale di concertazione, le prestazioni, gli obiettivi di miglioramento ed integrazione, dando parallelamente corso alla determinazione dei tetti minimi e massimi di remunerazione per ciascuna struttura e delle anticipazioni finanziarie da erogarsi in conto esercizio ai fini del sostegno delle attività produttive.

Detti ammontari che incidono sulle disponibilità assegnate alle Aziende USL per il livello ospedaliero di assistenza, così come concordati in sede di negoziazione comprensoriale sono, in MLD, i seguenti:

Strutture Ospedaliere	Codice	Minimo	Massimo	Specifici	Cassa
EE Panico		60,0	74,0		59,2
EE Miulli	HANS	112,0	144,0	10,0	123,2
IRCCS Oncologico		32,0	40,0		32,0
IRCCS De Bellis		26,0	31,0		24,8
IRCCS Cassano		26,0	33,0		26,4
IRCCS S. Giovanni Rotondo		210,0	311,0		248,8
Totale		466,0	633,0	10,0	514,4

La disponibilità di cassa è l' 80% del tetto massimo di remunerazione

I tetti minimi di remunerazione per gli IRCCS pubblici e privati e per gli Enti Ecclesiastici, corrispondono, analogamente a quanto previsto per le Aziende Ospedaliere, all'addebito massimo ed onnicomprensivo verso le USL che insistono nella stessa provincia in cui ha sede l'Istituto o l'Ente, proporzionalmente all'ammontare riconosciuto per le prestazioni fruite, comprese le prestazioni specialistiche.

I tetti massimi di remunerazione degli IRCCS e degli Enti Ecclesiastici, analogamente alle Aziende Ospedaliere, comprendono anche quelle derivanti da mobilità extraprovinciale ed extraregionale. Comprendono altresì il rimborso dei costi eventualmente non tariffabili nella misura massima prevista dalla DGR 4336/98, ridotta del 6%, coerentemente alla contrazione delle risorse assegnabili al livello ospedaliero (dal 55,2% del 1998 al 52% previsto per il 1999), per le voci e nei limiti di spesa che verranno definiti, per ciascun IRCCS ed Ente Ecclesiastico, mediante specifica Direttiva Assessorile di assegnazione. Detti tetti sono superabili in funzione del miglioramento della mobilità attiva extraregionale di ciascun Ente.

Nota:

La remunerazione massima indicata per l'Ente Ecclesiastico Miulli non comprende l'importo di MLD 10,0 destinato alle spese di funzionamento della Colonia Hanseniana, da erogarsi sulla base di specifica

convenzione con la Regione Puglia. Ai fini delle disponibilità di cassa, l'80% di tale importo viene erogato a favore dell'Ente Ecclesiastico Miulli quale anticipazione finanziaria ed è pertanto compreso nelle assegnazioni mensili, a tale scopo erogate dalla USL territorialmente competente per territorio.

Obiettivi Generali nei Rapporti con gli IRCCS Privati e gli Enti Ecclesiastici

- (l) Sulla base del presente atto, sentite preventivamente le Parti, in analogia con quanto definito con le Aziende Ospedaliere e con gli IRCCS pubblici, ciascun Ente Ecclesiastico ed IRCCS privato assume quale tetto massimo di remunerazione per le prestazioni rese alle Aziende USL comprensoriali della provincia, l'importo costituente il tetto minimo di remunerazione indicato, indipendentemente dal tipo e dalla quantità di prestazioni erogate verso le stesse, ferme le economie scaturenti dagli obiettivi di miglioramento ed efficacia del livello di assistenza ospedaliera specificati nel relativo *Addendum Comprensoriale di Intesa* (che **le Parti dovranno definire e ratificare entro 15 giorni dalla data di notifica del presente atto**) e dei contenuti specifici già definiti e di seguito riportati.

- (m) In via generale, l'Assessorato alla Sanità, nell'ambito di quanto previsto dalla presente deliberazione, può esercitare il proprio potere sanzionatorio nei confronti degli IRCCS privati e degli Enti Ecclesiastici che non ottemperino, nei termini e modi previsti, alle azioni agli stessi assegnati.
- (n) Gli obiettivi e le regole generali della presente sezione, salvo specifiche deroghe ed integrazioni riportate nei successivi paragrafi di accordo comprensoriale o negli *Addendum di Intesa Comprensoriale*, si applicano nei confronti degli IRCCS privati e degli Enti Ecclesiastici.
- (o) La remunerazione minima verso i singoli IRCCS privati ed Enti Ecclesiastici è determinata con riferimento alle Aziende USL del comprensorio provinciale nel cui ambito hanno sede gli stessi.
- (p) L'Assessorato alla Sanità nell'ambito delle funzioni di indirizzo e coordinamento di competenza della Regione, nel rispetto dei principi e degli obiettivi generali di programmazione fissati dal Consiglio e di orientamento ed indirizzo fissati dalla Giunta Regionale e di quelli indicati nel presente atto, può mediante Direttiva, integrare e/o modificare ai fini della omogeneità e del miglioramento economico funzionale del SSR i vari accordi comprensoriali (Addendum) raggiunti dalle Parti;
- (q) In sede di predisposizione dei piani di riparto, l'Assessorato alla Sanità ha provveduto, al fine di sostenere finanziariamente le Strutture e gli Istituti interessati, alla costituzione dei fondi necessari nelle misure previste nel presente atto per le anticipazioni mensili di cassa.
- (r) L'Assessorato alla Sanità, con riferimento all'andamento generale ed alle risultanze dei controlli di gestione di cui agli Art. 8 e 9 della LR 38/94 e successive modificazioni ed integrazioni, agli esiti dei controlli di cui alla DGR 4337/98 ed alle norme nazionali, compresi gli emanandi decreti legislativi di attuazione della Legge 419/98, si riserva di proporre alla Giunta Regionale le opportune rimodulazioni e riassegnazioni delle risorse così come definite in sede di prima attuazione di riparto del FRS.
- (s) Ai fini del riconoscimento del credito a fronte di prestazioni interessanti la mobilità attiva extraregionale, lo stesso sarà riconosciuto e considerato liquido ed esigibile, una volta che le prestazioni erogate ed addebitate alle altre Regioni siano state accettate in sede di Camera di Compensazione.
- (t) Il limite di remunerazione in materia di mobilità sanitaria attiva previsto dal presente piano (compreso nel tetto massimo assegnato a ciascuna struttura) è da intendersi determinato sulla base delle prestazioni 1997. Il superamento di detto livello di produttività verso l'esterno della regione è obiettivo da perseguirsi ai fini del miglioramento della bilancia dei pagamenti in materia sanitaria.

La corresponsione verso le strutture interessate da parte della Regione degli importi relativi a detti crediti, avverrà nel corso dell'esercizio, senza che ciò possa dar diritto ad alcuna pretesa per interessi, nell'ambito del quale detti importi di mobilità attiva concorrono alla determinazione delle quote nette di riparto del FSN (di norma nel primo esercizio successivo all'anno di consolidamento di detti valori a livello nazionale).

Obiettivi Generali e Comprensoriali interessanti gli IRCCS Privati e gli Enti Ecclesiastici

Ai fini dell'equilibrio economico gestionale del SSR, conformemente ai requisiti previsti dal MEF e nei termini fissati dalla DGR 1800/98, sono **obiettivi generali** da raggiungere quelli in appresso specificatamente indicati.

Detti obiettivi derivano dall'appropriata organizzazione rispetto agli indirizzi formulati dall'Assessorato alla Sanità, dei contributi proposti nelle riunioni con i Rappresentanti dei Soggetti pubblici e privati e delle Organizzazioni rappresentative della ospedalità. Gli stessi possono essere così riepilogati:

- (m).1. Riduzione del numero dei ricoveri di 1 giorno, non inferiore al 30%, escluse le IVG e gli interventi di rianimazione e terapia intensiva (*);
- (m).2. Riduzione del numero dei ricoveri con degenza uguale a 2 giorni, non inferiore al 10% (*);
- (m).3. Riduzione dei ricoveri per Ipertensioni, artroscopia diagnostica, lombalgia, commozione cerebrale, diabete ed, in generale, di quei ricoveri ritenuti impropri e/o per patologie che è possibile gestire ambulatorialmente.

Nota:

- Circa il punto **(m).3**, entro il termine di giorni previsto per la ratifica dell'Addendum, le Parti interessate concorderanno la lista (da un minimo di 10 ed un massimo di 20) delle patologie di maggior frequenza (ed il relativo DRG) suscettibili di trattamento elettivamente ambulatoriale.
- In relazione agli obiettivi **(m).1** ed **(m).2**, **le Parti (costituite dalla USL territorialmente competente e dall'IRCCS o dall'Ente Ecclesiastico interessato) convengono che vigileranno affinché vengano adottati comportamenti conformi agli obiettivi, cosicché alle riduzioni programmate, ad esempio, non corrisponda una crescita statisticamente significativa dei ricoveri superiori ai due giorni rispetto all'andamento medio rilevato.**
- Indipendentemente dal risultato ottenuto dall'Ente Ecclesiastico o dall'IRCCS interessato, per la parte di obiettivo non raggiunta rispetto ai punti **(m).1** ed **(m).2**, verrà stornato un controvalore corrispondente al 30% di quello addebitato per i ricoveri di un giorno; analogamente, si provvederà, nella misura del 10%, per quanto concernente i ricoveri con degenza uguale a due giorni; ai fini dell'accertamento dei risultati, si fa riferimento ai

ricoveri rilevati nell'anno 1998. Il criterio di regressione si applica, per la parte eccedente, complessivamente, il 30 % del totale dei ricoveri.

(u) Sono **obiettivi comprensoriali** quelli specifici previsti nel successivo paragrafo ed in ciascun *Addendum Comprensoriale di Intesa con gli IRCCS privati e gli Enti Ecclesiastici* interessati, da approvarsi entro i termini indicati.

Regole Generali interessanti gli IRCCS Privati e gli Enti Ecclesiastici

A. Le **prestazioni erogate in Pronto Soccorso** a pazienti che non vengono ricoverati, sono remunerate secondo le tariffe indicate dal nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, incrementate del 50%, analogamente a quanto previsto per le Aziende Ospedaliere.

B. Per i **ricoveri ordinari** successivi, dello **stesso paziente**, di durata superiore ad 1 giorno, effettuati entro 45 giorni dal primo ricovero classificati nella stessa categoria di DRG, è riconosciuta la remunerazione indicata o nella successiva sezione specifica o nel relativo Addendum.

L'accertamento è eseguito nell'ambito delle procedure di gestione della Camera di Compensazione. Per quanto non previsto in sede regionale, si adottano i criteri e le indicazioni delle linee guida del Ministero della Sanità in materia.

Nota:

Circa il punto **B**, per problematiche cliniche relative a patologie ematologiche ed oncologiche, ovvero per i ricoveri ripetuti di Pazienti sottoposti a cicli di chemioterapia (V58.1), radioterapia (V58.0) e litotrissia (98.51) è confermata la remunerazione di riferimento. Al riguardo, ai fini operativi, in fase di prima attuazione, sono esclusi dalle procedure di regressione tariffaria, le remunerazioni relative a DRG che abbiano come diagnosi principale quelle corrispondenti ai codici ICD-IX compresi da 140 a 239.9 (tumori e leucemie):

C. Le tariffe relative ai DRG di patologie di base degli IRCCS privati e degli Enti Ecclesiastici, analogamente a quanto definito per le Aziende Ospedaliere, saranno ridotte del 15% rispetto alle tariffe massime di riferimento del Ministero della Sanità.

L'adeguamento tariffario, ove non conforme all'origine, è eseguito nell'ambito delle procedure di gestione della Camera di Compensazione, con segnalazione della discordanza rilevata.

Circa il punto **C**, entro il termine di giorni previsto per la ratifica dell'Addendum, le Parti interessate si riuniranno per definire la lista dei DRG (da un minimo di 10 fino ad un massimo di 20) rispetto ai quali le relative tariffe saranno decrementate nella indicata misura. In assenza, o per difetto di termine, provvederà l'Assessorato alla Sanità.

Obiettivo:

— Incentivare gli IRCCS e gli Enti Ecclesiastici,

analogamente a quanto previsto per le Aziende Ospedaliere, a valorizzare quelle prestazioni non effettuate nelle aziende e nei presidi ospedalieri.

D. Le tariffe relative ai DRG di pazienti ricoverati presso divisioni presenti esclusivamente negli IRCCS Privati e negli Enti Ecclesiastici o comunque a DRG presenti in materia preponderante se non esclusiva nelle suddette strutture e che non comportano una rilevante quota di mobilità passiva extra comprensoriale, saranno incrementate del 5%. Il bonus è attribuito automaticamente nell'ambito delle procedure di gestione della Camera di Compensazione e concorre alla assegnazione all'IRCCS ed all'Ente Ecclesiastico interessato della quota variabile, in ragione dei risultati conseguiti.

Obiettivo:

— Favorire una maggiore specializzazione degli IRCCS privati e degli Enti Ecclesiastici.

Circa il punto **D**, entro il termine di giorni previsto per la ratifica dell'Addendum, le Parti interessate si riuniranno per definire la lista dei DRG (fino ad un massimo di 10) rispetto ai quali le relative tariffe saranno incrementate del 5%. In assenza, o per difetto di termine, provvederà l'Assessorato alla Sanità.

E. Le tariffe relative a DRG che, sebbene effettuabili dall'IRCCS privato o dall'Ente Ecclesiastico comportano una rilevante quota di mobilità passiva extra-regionale, saranno incrementate del 15%. Il bonus è attribuito automaticamente nell'ambito delle procedure di gestione della Camera di Compensazione e concorre alla assegnazione all'IRCCS ed all'Ente Ecclesiastico interessato della quota variabile, in ragione dei risultati conseguiti.

Obiettivo:

Favorire una maggiore specializzazione degli IRCCS privati e degli Enti Ecclesiastici.

Circa il punto **E**, entro il termine di giorni previsto per la ratifica dell'Addendum, le Parti interessate si riuniranno per definire la lista dei DRG (fino ad un massimo di 10) rispetto ai quali le relative tariffe saranno incrementate del 15%. In assenza, o per difetto di termine, provvederà l'Assessorato alla Sanità.

F. Le tariffe relative a DRG che non sono presenti nell'IRCCS o nell'Ente Ecclesiastico, le cui branche sono trattabili in attuazione del Riordino della Rete Ospedaliera e che comportano una rilevante quota di mobilità passiva extracomprendoriale e/o extraregionale, saranno incrementate del 20%. Il bonus è attribuito automaticamente nell'ambito delle procedure di gestione della Camera di Compensazione e concorre alla assegnazione all'IRCCS ed all'Ente Ecclesiastico interessato della quota variabile, in ragione dei risultati conseguiti.

Obiettivo:

Favorire una maggiore specializzazione degli IRCCS privati e degli Enti Ecclesiastici nell'ambito del Piano di Riordino Ospedaliero.

Circa il punto F), entro il termine di giorni previsto per la ratifica dell'Addendum, le Parti interessate si riuniranno per definire la lista dei DRG (fino ad un massimo di 10) rispetto ai quali le relative tariffe saranno incrementate del 20%. In assenza, o per difetto di termine, provvederà l'Assessorato alla Sanità.

Obiettivi ed Accordi Specifici tra gli IRCCS, gli Enti Ecclesiastici e le Aziende USL

Accordi comprensoriali integrativi tra le Aziende USL territorialmente competenti, gli IRCCS e gli Enti Ecclesiastici potranno essere definiti entro il termine di giorni previsto per la ratifica dell'Addendum

Regole Generali interessanti le altre Strutture della Ospedalità Privata

Coerentemente al procedimento seguito per gli altri Soggetti operanti nell'ambito del livello di assistenza ospedaliera, si è proceduto, sentite le Organizzazioni maggiormente rappresentative della Ospedalità Privata, AIOP ed IRIS, a definire coerentemente ai più volte richiamati obiettivi di miglioramento ed integrazione, i principi per la determinazione del piano delle prestazioni e dei tetti di spesa interessanti le prestazioni di assistenza ospedaliera erogabili da parte delle altre strutture della Ospedalità privata provvisoriamente accreditata.

Al riguardo sono da considerarsi **obiettivi fondamentali**:

- (a) il progressivo ma rapido assestamento delle "missioni" proprie delle Strutture ospedaliere private accreditate che, congiuntamente alle Aziende Sanitarie pubbliche ed agli altri Soggetti operanti nell'ambito del SSR, devono prontamente concorrere, secondo principi di integrazione e complementarietà, alla contrazione delle diseconomie strutturali derivanti dalle sopprese UU.SS.LL
- (b) l'acquisizione, a livello di "sistema", di una cultura della "complementarietà" e della "integrazione" prestazionale, che individua nei Medici di Base e dei Pediatri di Libera scelta (che, a norma della DGR 1800/98 agiscono quali mandatarî delle USL), i Soggetti attivi e responsabili di "regolazione" della domanda, indirizzando la stessa prioritariamente verso le strutture del SSR pubbliche e private accreditate della regione, nell'ambito dei piani delle prestazioni, dei tetti di spesa programmati.

Tetti Massimi di Remunerazione per le altre Strutture della Ospedalità Privata

Dagli atti contabili in possesso dell'Assessorato alla Sanità, per ambito provinciale, con riferimento al 1997, risultano consuntivati costi (Fatturato) presso le strutture di ospedalità privata (Case di cura provvisoriamente accreditate) nell'ordine di grandezza di seguito riportato, comprensivi delle remunerazioni rife-

rite a (nel complesso, limitate) prestazioni erogate ai residenti di altre regioni:

Provincia	Fatturato MLD
FG	24,6
BA	196,1
BR	11,3
LE	22,7
TA	68,3
Puglia-1997	323,0
Puglia 1999	303,6

Detti valori, così come previsto per la componente pubblica del livello ospedaliero vanno ridotti in misura proporzionale alla variazione intercorrente tra il 55,2% previsto dalla DGR 1800/98 ed il 52% previsto dal presente documento di pianificazione economica funzionale, con una conseguente riduzione di circa il 6% rispetto a detto ammontare, per un corrispondente tetto di spesa (Fatturato) per il 1999 di c.a **MLD 303,6** prima delle regressioni ex DCR 995/95.

Analogamente a quanto precisato nelle sezioni regolamentanti i rapporti con le altre strutture e soggetti regionali operanti nell'ambito del SSR, tale limite non si pone rispetto alla somministrazione di assistenza a Pazienti di altre regioni.

Il tetto di spesa così definito non comprende, altresì, il rimborso per le endoprotesi applicate in sede di ricovero, con ciò completando le disposizioni operative di cui alla DCR 346/98.

I Direttori Generali, nell'ambito dell'autonomia gestionale, organizzativa, economica e finanziaria delle USL daranno diretto corso, con le strutture della ospedalità privata insistenti nel proprio territorio, alla definizione (tenuto conto del Piano di riordino della rete ospedaliera, del processo di dipartimentalizzazione interaziendale, delle esigenze di complementarietà di servizio nei confronti del Cittadino Utente, nei limiti delle risorse disponibili per il livello ospedaliero di assistenza e dei tetti di spesa, per ciascuna USL definiti sulla base dei consuntivi 1997, al netto della indicata riduzione del 6%) dei relativi piani di prestazioni.

Regressioni Tariffaria in materia di Assistenza Ospedaliera presso le altre Strutture Private

Come si rileva dalla lettura delle sezioni che regolamentano i rapporti con le strutture individuate dalla LR 36/94 (IRCCS, Enti Ecclesiastici, Aziende USL ed Ospedaliere), le stesse esercitando funzioni di garanzia rispetto al principio costituzionale di salvaguardia dei livelli di salute della Collettività, hanno l'impegno (onnicomprendività del tetto di spesa per l'assistenza erogata nei confronti dei residenti nella regione) di prestare assistenza anche nel caso in cui tale attività sia esuberante le dotazioni economiche assegnate.

Per regolamentare quindi il rapporto di remunerazione nei confronti delle complementari strutture della Ospedalità privata che decidano, autonomamente, di accettare la erogazione di prestazioni a residenti della regione in surplus rispetto ai limiti di spesa definiti

con la Azienda USL territorialmente competente, occorre, per le più volte evidenziate motivazioni, dar corso, anche per tale tipo di prestazioni, all'applicazione del principio della **regressione tariffaria**.

La presente direttiva costituisce principio di concordanza ed uniformità gestionale agli indirizzi di programmazione e controllo regionali in materia sanitaria. **I Direttori Generali delle Aziende USL, sono tenuti a notificare, per estratto, la presente sezione ai Legali Rappresentanti delle Strutture Ospedaliere private del proprio territorio, provvisoriamente accreditate; come tale, l'estratto costituisce parte integrante dell'accordo in materia di prestazioni ospedaliere predisposto dalla Azienda USL, da sottoscrivere, per adesione, da parte delle singole strutture private interessate.**

Detto accordo dovrà, in particolare, contenere:

- (i) il budget di costo previsto nell'esercizio corrente per prestazioni ospedaliere erogabili dai soggetti privati provvisoriamente accreditati, per branca medica e chirurgica;
- (j) il tetto di remunerazione ed il piano delle prestazioni assegnato per il 1999; al riguardo si assumono come riferimento il valore, così come innanzi ridefinito e le prestazioni erogate ai residenti della regione (nel caso, della USL) nel 1997;
- (k) le prescrizioni operative eventualmente indicate;
- (l) la regressione sulle remunerazioni da applicarsi sulla tariffa di riferimento, determinata secondo quanto previsto dalla DCR 995/95, coerentemente agli effetti di cui al punto (j);
- (m) eventuali condizioni e limitazioni particolari;
- (n) termine di pagamento dei corrispettivi, entro 120 giorni fine mese prestazione accettata;
- (o) il riferimento al principio del rapporto fiduciario intercorrente tra la Parte pubblica ed il Soggetto privato provvisoriamente accreditato, anche ai fini dell'applicazione del disposto dell'art. 6, co. 6 della L. 23-12-1994, n. 724;
- (p) il riferimento e la specifica sottoscrizione, per quanto agli effetti ex Art. 1341 e 1342 Cod. Civ.

Nota:

L'accordo va sottoscritto da ciascun soggetto privato provvisoriamente accreditato alla erogazione di prestazioni specialistiche, entro il 30 Giugno 1999 ed ha validità a far data dall'1 Gennaio 1999.

In caso di dissenso o di mancata manifestazione di assenso entro detto termine, nei confronti di detti soggetti, si applicano le vigenti norme di legge ed in particolare quelle di cui all'art. 6, co. 6 della L. 23-12-1994, n. 724.

Fino al 31-12-1999, rispetto a quanto previsto dalla DCR 995/95, non si fa luogo a variazioni di tipologia ed a riclassificazioni di strutture sanitarie pubbliche e private.

Obiettivi e Regole Generali interessanti le Strutture della Ospedalità Privata

Ai fini dell'equilibrio economico gestionale del

SSR, conformemente ai requisiti previsti dal MEF e nei termini fissati dalla DGR 1800/98, sono **obiettivi generali** da raggiungere, anche per le altre Strutture della Ospedalità privata, quelli in appresso specificatamente indicati:

(m).4. Riduzione del numero dei ricoveri di 1 giorno, non inferiore al 30%;

(m).5. Riduzione del numero dei ricoveri con degenza uguale a 2 giorni non inferiore al 10%;

(m).6. Riduzione, nell'ambito del piano delle prestazioni, dei ricoveri per patologie che è possibile gestire ambulatorialmente, analogamente a quanto concordato con le strutture pubbliche ospedaliere e gli altri Soggetti del SSR in materia di riduzione dei livelli di ospedalizzazione.

(m).7. Riduzione, a norma della Legge 448/98 e del programma di deospedalizzazione avviato dalla Regione Puglia, di almeno l'1% nel numero dei ricoveri complessivi superiori a 2 giorni rilevati nel 1998, con esclusione di quelli concernenti prestazioni di alta specialità. Ove le strutture interessate non raggiungano detto obiettivo, sull'1% dell'ammontare delle prestazioni riconosciute, viene applicata una regressione tariffaria pari a quella prevista per il superamento del piano delle prestazioni e dei tetti di spesa definito da ciascuna Azienda USL (regressione ex DCR 995/95).

I Direttori Generali delle Aziende USL territorialmente competenti per territorio adottano nei confronti delle strutture ospedaliere private provvisoriamente accreditate analoghi criteri ed obiettivi di riduzione rispetto a quelli definiti nella concertazione con le Aziende Ospedaliere.

Nota:

— in relazione agli obiettivi (m).4 ed (m).5, le Aziende USL territorialmente competenti vigileranno affinché non vengano adottati comportamenti opportunistici, cosicché alle riduzioni programmate, ad esempio, non corrisponda una crescita statisticamente significativa dei ricoveri superiori ai due giorni presso le strutture private rispetto all'andamento medio rilevato nei Presidi Ospedaliere pubblici.

— Indipendentemente dal risultato ottenuto dalla singola struttura ospedaliera privata per la parte di obiettivo non raggiunta rispetto ai punti (m).4 ed (m).5, verrà stornato un controvalore corrispondente al 30% di quello addebitato per i ricoveri di un giorno; analogamente, si provvederà, nella misura del 10%, per quanto concernente i ricoveri con degenza uguale a due giorni; ai fini dell'accertamento dei risultati, si fa riferimento ai ricoveri rilevati nell'anno 1998. Il criterio di regressione si applica, per la parte eccedente, complessivamente, il 30 % del totale dei ricoveri.

G. Analogamente a quanto concordato con gli altri Soggetti operanti nel livello ospedaliero:

A Per i **ricoveri** ordinari successivi, **dello stesso paziente**, di durata superiore ad 1 giorno, effettuati entro 45 giorni dal primo ricovero classificati nella stessa categoria di DRG, è riconosciuta, tenuto conto

della fascia della struttura, la prevista remunerazione tariffaria, decurtata del 20%. L'accertamento è eseguito nell'ambito delle procedure previste per il funzionamento delle UVAR (Unità di Verifica nell'appropriatezza dei Ricoveri e delle prestazioni di cui alla DGR 1800/98). Per quanto non previsto in sede regionale, si adottano i criteri e le indicazioni delle linee guida del Ministero della Sanità in materia.

Nota:

Circa il punto A, per problematiche cliniche relative a patologie ematologiche ed oncologiche, ovvero per i ricoveri ripetuti di Pazienti sottoposti a cicli di chemioterapia (V58.1), radioterapia (V58.0) e litotriassia (98.51) è confermata la remunerazione di riferimento. Al riguardo, ai fini operativi, in fase di prima attuazione, sono esclusi dalle procedure di regressione tariffaria, le remunerazioni relative a DRG che abbiano come diagnosi principale quelle corrispondenti ai codici ICD-IX compresi da 140 a 239.9 (tumori e leucemie):

Ricoveri in Forma Indiretta

Ai fini del rimborso delle prestazioni sanitarie di ricovero fruito in forma indiretta, ai sensi dell'Art. 1 della L.R. 3 Luglio 1979 n.40, fino a diversa deliberazione regionale, e comunque non oltre il termine per l'accreditamento dei soggetti e delle strutture abilitate ad operare nell'ambito del SSR, tenuto anche conto della Deliberazione di Consiglio Regionale 3 Febbraio 1999 avente ad oggetto "Riordino della rete ospedaliera", si applicano, per la parte in appresso indicata, così come qui modificata, le disposizioni di cui al punto 8) della DGR 3689/98 avente ad oggetto "Chiarimenti e modificazioni a DGR 1800/98":

"Il rimborso delle prestazioni sanitarie di ricovero fruito in forma indiretta, ai sensi dell'Art.1 della L.R. 3 Luglio 1979 n. 40 viene determinato in ragione del 50% (cinquanta per cento) delle tariffe dal DM 30.6.1997" nei termini di cui al D.Lgs 18-6-1999, in corso di pubblicazione.

Restano confermate le prestazioni di assistenza in centri altamente specializzati previste dall'Art. 1 bis della stessa L.R. 40/79, secondo le vigenti determinazioni della Giunta Regionale. Limitatamente all'ambito nazionale, il rimborso è effettuato nei limiti del valore del corrispondente DRG secondo le tariffe del Ministero della Sanità vigenti al momento in cui si verifica l'evento, con esclusione di qualsiasi criterio di variazione del rimborso in funzione del reddito dell'Assistito. Ferme le altre disposizioni.

Conseguentemente, dalla data di approvazione del presente provvedimento, non trovano più applicazione i punti 5,6,7 della DGR 3689/98. Relativamente al 1998 ed a ricoveri in forma indiretta, ove le Aziende USL non abbiano provveduto ad appostarne i relativi oneri nel bilancio del trascorso esercizio, sono autorizzate a iscrivere gli stessi, tra le sopravvenienze passive di quello corrente.

Direttive di Indirizzo, Organizzazione ed Ordinamento Funzionale

Il presente Documento di Indirizzo Economico Funzionale (DIEF), costituisce, quindi, momento di analisi e definizione delle azioni interessanti il SSR, coerentemente ai principi introdotti dalla DGR 1800/98. Ha l'obiettivo e tende conseguentemente a:

- e) Sostenere il processo di riequilibrio complessivo del sistema sanitario regionale sotto il profilo economico-funzionale e prestazionale;
- f) ridurre la mobilità passiva, elevando la attrattività del sistema sanitario regionale
- g) bilanciare a livello regionale (e delle strutture sanitarie) il rapporto prestazioni/risorse in un equilibrio economico di periodo, nei termini di quanto previsto dall'Art. 28 della L. 448/98 e dall'Art. 19 ter del D.Lgs. 18 Giugno 1999, in corso di pubblicazione;
- h) dare sostegno alla attuazione coordinata delle azioni strumentali di programmazione.

Rispetto al modello definito da detta deliberazione, sono quindi confermati, ove non diversamente disposto nel presente atto, i criteri organizzatori di rete nello stesso indicati e l'esigenza, mediante le risorse di gestione della camera di compensazione, di dar corpo alla definizione ed all'analisi de:

- le matrici di input-output della mobilità sanitaria regionale ed interregionale;
- i bacini gravitazionali di soddisfacimento dei bisogni di assistenza;
- i disequilibri strutturali ed economico-prestazionali ereditati dalla frammentazione preesistente alla costituzione delle Aziende Sanitarie;
- le discontinuità/eccedenze nella capacità di copertura del sistema sanitario regionale rispetto ai bisogni sanitari;
- i livelli di mobilità e di accesso alle prestazioni sanitarie, così da definire, per la regione, adeguati indici provinciali e territoriali di ponderazione ("popolazione equivalente" rispetto ai livelli e sub livelli di assistenza).

Direttive Contabili e di Gestione Economico Patrimoniale

Ai fini contabili e patrimoniali, con l'applicazione dei criteri civilistici di gestione economico-patrimoniale delle Aziende USL, Ospedaliere e degli IRCCS pubblici, l'iscrizione dei crediti e dei debiti connessi alla erogazione di prestazioni sanitarie da parte delle strutture e dei soggetti interessati del SSR pubblici e privati provvisoriamente accreditati è, come tale, appostabile a bilancio, solo nel caso in cui siano stati rispettati i requisiti di accertamento previsti dal Cod. Civ. e dalle norme in materia. Il credito è conseguentemente da intendersi riconosciuto nella misura definita ed approvata dalla Azienda USL rispetto alla quale è stata eseguita la prestazione, nei limiti dei tetti di spesa e del piano delle prestazioni assegnati alle strut-

ture erogatrici.

Per le strutture ammesse alla *Clearing House*, l'accertamento è compiuto dal *Collegio di Garanzia* conformemente alle procedure definite dalla richiamata DGR 4337/98.

Ai fini della comparabilità e del consolidamento dei bilanci a livello regionale, realizzate dall'Assessorato alla Sanità nell'ambito della gestione tecnica della *Clearing House* anche per quanto previsto dalla DGR 3286/98, dalla DGR 4255/98 e dall'Art. 28 della L. 448/98, a partire dal 1999:

- a) le Aziende USL dovranno, in particolare, indicare nei conti che concorrono alla determinazione de:
 - il Valore della Produzione, l'intero ammontare della quota indistinta loro assegnata per parte corrente a valere sul riparto del FSR ed i ricavi scaturenti dalla Mobilità attiva verso le altre strutture del SSR e delle altre Regioni;
 - il Costo della Produzione, gli addebiti scaturenti dalla **Clearing House** a fronte di prestazioni erogate dalle altre Strutture del SSR e da quelle delle altre Regioni (nella misura indicata dal competente Ufficio dell'Assessorato alla Sanità)
- b) le *Aziende Ospedaliere, gli Enti Ecclesiastici e gli IRCCS pubblici e privati*, dovranno in particolare indicare:
 - nei conti che concorrono alla determinazione del Valore della produzione, i ricavi scaturenti dalla Mobilità attiva verso le altre strutture del SSR e delle altre Regioni, così come accertati dal Collegio di Garanzia conformemente alle procedure definite dalla richiamata DGR 4337/98;
 - nei conti patrimoniali, le anticipazioni finanziarie ricevute nel corso dell'esercizio, provvedendo alle dovute riconciliazioni tra debiti e crediti, coerentemente all'accertamento di questi ultimi.

Appropriatezza dei Ricoveri e delle Prestazioni - Attività Ispettiva e di Controllo Regionale ex Art. 39,co. 1, lettera b) L.R. 38/94.

Pronta costituzione, ove non attuate, nelle Aziende Sanitarie, negli Enti Ecclesiastici e negli IRCCS pubblici e privati delle UVAR (Unità di Verifica ed Appropriatezza dei Ricoveri e delle prestazioni) di cui alle DGR 1800/98 e DGR 4337/98;

Con l'obiettivo di evitare singoli comportamenti opportunistici e di salvaguardare l'etica degli Ordini Professionali e delle Organizzazioni Sindacali di Categoria, la Regione si riserva di valutare con le stesse procedure adottate ai fini del controllo delle prestazioni di cui alla DGR 4337/98, anche sulla base di segnalazioni della UVAR della USL competente per territorio, sentito il Medico di Base interessato, il verificarsi di condizioni che possono dar luogo a sanzioni e/o a procedimenti di natura anche diversa da quella amministrativa nei confronti dei Soggetti i cui comportamenti abbiano fatto rilevare la violazione del rapporto fiduciario alla base del rapporto con gli stessi fino a quel momento intercorrente.

Per quanto non previsto in sede regionale, si adottano i criteri e le indicazioni delle vigenti norme in materia.

Sempre in tema di **controllo sulla appropriatezza delle prestazioni**, in particolare **interessanti i flussi di mobilità** sanitaria, si definiscono le seguenti direttive di prima attuazione:

- (a) Per la **mobilità attiva interregionale ed infraregionale**, i controlli sulla appropriatezza delle prestazioni addebitabili alle altre Regioni o alla altre USL della Puglia vengono, prima dell'inoltro dei relativi flussi al Coordinamento del Settore Sanità Gestione Tecnica della *Clearing House* preliminarmente compiuti:
 - dall'UVAR della stessa struttura pubblica che ha eseguito la prestazione, se la prestazione è eseguita da unità operative di una USL, di un IRCCS pubblico o di una Azienda Ospedaliera;
 - dall'UVAR della USL nell'ambito del cui territorio di riferimento ha sede la struttura privata che ha erogato la prestazione, se la prestazione è eseguita da un Ente Ecclesiastico, un IRCCS o un'altra struttura privata provvisoriamente accreditata.
- Ai fini della verifica della appropriatezza delle prestazioni, le UVAR interessate fruiscono degli esiti delle analisi di conformità previste nell'ambito delle procedure di gestione della Camera di Compensazione. In materia di mobilità attiva interregionale, ove necessario, i medici operanti nelle UVAR delle USL competenti per territorio, di concerto con quelli delle UVAR della struttura che ha eseguito la prestazione, possono apportare le necessarie revisioni, in particolare ai contenuti delle SDO, una volta compiuti gli opportuni accertamenti rispetto alle segnalazioni evidenziate dai flussi informativi di ritorno dalla gestione tecnica della Camera di Compensazione.
- (b) Per la **mobilità passiva interregionale**, i controlli sulla appropriatezza delle prestazioni addebitate dalle altre Regioni vengono compiute dall'UVAR della USL nel cui territorio risiede il paziente che ha fruito della prestazione, sulla base delle segnalazioni "di probabile non conformità" evidenziate dalla gestione Tecnica della Camera di compensazione dell'Assessorato alla Sanità.
- (c) L'Assessore della Sanità, a supporto della gestione tecnica della camera di compensazione e del Collegio di Garanzia di cui alla DGR 4337/98, con propria direttiva, può istituire l'UVAR di Coordinamento Regionale, composta da un massimo di 5 esperti, di cui 1 della dirigenza amministrativa e gli altri, tra medici e chirurghi della Dirigenza Medica, in organico presso le strutture del SSR.

Controllo di Gestione

Controllo di Gestione, Rilevazione e Contabilità Analitica.

Con l'avvenuta transizione di tutte le Aziende Sani-

tarie dalla contabilità finanziaria a quella economico patrimoniale, con l'approvazione del bilancio di esercizio 1998, il primo redatto secondo i principi civilistici, con l'introduzione della contabilità analitica, si rendono disponibili dati economici ed informazioni utilizzabili "concretamente" per la misurazione ed il miglioramento dei risultati in termini di efficacia ed economicità.

Al riguardo, si riportano all'attenzione dei Direttori Generali, in materia di controllo sull'uso corretto ed efficace delle risorse, i contenuti della circolare dell'Assessorato alla Sanità prot. n. 24/29186/322/co-ord. del 24-12-1997 (controllo periodico e revisione dei budget ex art.24 della L.R. n.38/94) e dell'Art.32, comma 9, legge 449/97, congiuntamente a quelli dell'Art. 28 della legge 448/98.

Nelle prospettive di piano, a norma dell'Art. 24 della L.R. 38/94, le Aziende Sanitarie, gli IRCCS e gli Enti Ecclesiastici del SSR dovranno provvedere, periodicamente, a mettere a disposizione della Regione le necessarie informazioni periodiche di aggiornamento della "matrice"; di contabilità analitica per funzione e livello di assistenza, secondo gli standard che l'Assessorato alla Sanità, mediante *Direttiva*, provvede a definire ai fini della pianificazione e del controllo.

In particolare:

- (a) I Direttori Generali delle Aziende USL, hanno, ai fini della pianificazione e del controllo, il compito di valorizzare, applicando il vigente Nomenclatore Tariffario, tutte le prestazioni specialistiche erogate, a partire dall'1-1-1999, nei propri poliambulatori e presidi ospedalieri, avendo dette prestazioni influenza sul livello distrettuale di assistenza. Mediante i sistemi di contabilità analitica, tali valori andranno ad incrementare rispettivamente il Valore della Produzione dei Distretti e delle strutture ospedaliere eroganti ed i Costi di Produzione delle strutture distrettuali fruenti (Definizione della produttività specialistica distrettuale e della mobilità infradistrettuale).
- (b) Analogamente si procederà per le prestazioni strettamente attinenti il livello ospedaliero di assistenza, alla registrazione delle relative Schede di Dimissione, conformemente al formato previsto dallo standard definito dalle Direttive per la gestione della Clearing House di cui alla DGR 4337/98 (Definizione della produttività ospedaliera distrettuale e della mobilità ospedaliera infradistrettuale).
Copia dei relativi flussi, andrà inviata alla gestione tecnica della Clearing House, al momento della richiesta da parte della stessa, per i fini di controllo e di individuazione dei bacini gravitazionali dell'Utenza.
- (c) Con l'avvio della dipartimentalizzazione interaziendale su base comprensoriale dei livelli di assistenza sanitaria, la raccolta, la organizzazione ed il controllo di informazioni utili a:
 - descrivere lo stato di salute della popolazione;
 - aggiornare l'offerta di prestazioni secondo

l'evolversi delle conoscenze sull'efficacia degli strumenti diagnostici e terapeutici;

- valutare l'efficienza e l'efficacia economica delle modalità di erogazione;
- migliorare la complementarietà e l'integrazione dei livelli di servizio;
- qualificare l'interazione e la comunicazione tra i diversi Soggetti del SSR,

secondo metodi uniformanti, periodicità e standard comuni, acquisiscono particolare rilevanza.

Al riguardo l'Assessorato alla Sanità, sulla base delle funzionalità assicurate dal nuovo sistema informativo sanitario regionale e di quelle di pianificazione e controllo previste dalla DGR 1800/98 e curate, anche ai fini di quanto previsto dalla DGR 3286/98 e dalla DGR 4255/98 nell'ambito della gestione tecnica della Clearing House, darà corso alla necessarie direttive di attuazione.

Qualificazione ed Impieghi del FSR 1999

Tutto quanto sopra premesso e considerato che:

- il presente provvedimento costituisce atto di indirizzo regionale, ai fini della continuità del processo avviato con la DGR 1800/98 per il contenimento, la riconversione e la razionalizzazione della spesa, nei limiti delle compatibilità e dei livelli essenziali di assistenza, anche tenuto conto degli elementi attuativi connessi al raggiungimento degli obiettivi previsti dal patto di stabilità 1999-2001;
 - in continuità con le avviate azioni di pianificazione e controllo si intende dar corso, di concerto con l'Assessorato al Bilancio ad efficaci politiche gestionali e finanziarie in materia sanitaria da attuarsi, in particolare, per mezzo delle Aziende del SSR;
 - sulla base delle previsioni per il 1999 presenti nella proposta di riparto del FSN 1999 predisposta dal Ministero della Sanità per contributi sanitari ed integrazione a carico dello Stato, si può determinare in **6.684** Miliardi di lire, l'entità di risorse complessive destinabili alla Regione Puglia per il corrente esercizio;
 - l'ammontare di cui sopra è da intendersi al netto:
 - a) dei saldi per mobilità interregionale, nella ipotesi che detti ammontari si conservino costanti;
 - b) delle "entrate proprie" delle Aziende USL, Ospedaliere e degli IRCCS pubblici;
 - sulla base di quanto esposto ai punti precedenti si ritiene di poter stimare in quasi Lit. **7.000** miliardi le risorse a disposizione della Regione Puglia quale fonte di sostegno per l'esercizio del SSR.
- Considerato, altresì, che:
- con riferimento alle verifiche compiute dall'Assessorato alla Sanità sui fondamentali dei costi, sussiste la conferma di condizioni che concorrono al concretizzarsi di fabbisogni finanziari diversificati, sicché occorre procedere alla definizione di **obiettivi di risparmio** mirati e "compatibili" ri-

spetto alle diverse realtà aziendali, pur nella **indifferibile esigenza di perseguire un sensibile calo delle spese**;

- tale azione, attesi i risultati riferiti al 1997 e quelli che vanno consolidandosi per il 1998, è necessaria per raggiungere in un triennio, a valori e legislazione costante l'obiettivo regionale del pareggio di bilancio nell'area sanitaria, giusta la adesione della Regione Puglia al patto di stabilità ex Art. 28 della Legge 448/98;
 - si riconferma, ai fini del conseguimento del pareggio economico nel triennio 1999-2001 (anche alla luce dei potenziali di crescente responsabilizzazione che la predisposizione del presente atto ha permesso di rilevare in tutti gli Operatori interessati) l'esigenza di agire:
- a) a livello di Conferenza Stato-Regioni e dei competenti Dicasteri, per raggiungere un definitivo adeguamento degli stanziamenti per il FSN (che sottostima *endemicamente* il fabbisogno, così come largamente evidenziatosi anche con riferimento all'esercizio 1998);
 - b) a livello regionale, accelerando la riorganizzazione "di sistema", tema rispetto al quale, l'avvenuta approvazione del piano di riordino ospedaliero, la avviata dipartimentalizzazione interaziendale dei livelli di assistenza su base provinciale e le indagini in corso di completamento da parte dell'Assessorato alla Sanità in materia di compatibilizzazione dei piani delle prestazioni e dei bacini gravitazionali di assistenza sanitaria, potranno dar luogo, già nel breve, a benefici effetti di riequilibrio;
 - c) a livello aziendale, attuando le necessarie azioni di controllo e miglioramento nell'impiego delle risorse (azioni correttive), nella sensibilizzazione dell'utenza, in un più ampio e coordinato raccordo con i medici di base e di libera scelta ai fini della programmazione dei servizi e dei livelli di assistenza (nell'ambito di prefissati tetti di spesa).

Ritenuto, in particolare, in ordine agli impieghi del FSR per il 1999 di:

- a) **definire in Lit. 6.684 Miliardi** circa, le risorse potenzialmente disponibili quale quota 1998 del FSN per la Regione Puglia (oltre ad entrate proprie delle Aziende Sanitarie e degli IRCCS Pubblici);
- b) **riservare**, ai sensi dell'Art. 10, co. 1, lettera a) della L.R. 38/94, il 5% del FSR-99, **ammontante a Lit. 334,2 Miliardi**, oltre all'1% di detto fondo altrimenti accantonato ex Art. 10, co. 1, lettera b) congiuntamente a circa lo 0,34%, pari a Lit. 23,0 MLD, di quello ex lettera c), co. 1 dello stesso Art. 10 cit, ai fini del riequilibrio e dei maggiori oneri delle Aziende USL, per complessivi **Lit. 424,0 Miliardi**;
- c) **accantonare**, ai sensi della L.R. 38/94, Art. 10, ex lettera b, co. 1, lo 0,5% % pari a **Lit. 33,4 Miliardi**, per imprevisti e circa lo 0,66%, pari a **Lit. 43,8 Miliardi** ex lettera c), co. 1 dell'Art. 10 cit, per progetti di rilevanza regionale e/o direttamente ge-

stiti dall'Assessorato alla Sanità, al lordo della somma di Lit 1235 Milioni, già destinata al Cap. 741012 con LR 16/99;

- d) **riservare** l'importo di **Lit. 35,00 Miliardi** per spese direttamente gestite dall'Assessorato alla Sanità;
- e) **riservare ed attribuire alle Aziende USL** per fini particolari, l'importo di **Lit. 153,5 Miliardi**, di cui:
Lit. 18,0 Miliardi per Interventi di Prevenzione e PMP
Lit. 135,5 Miliardi Per Superamento ex Ospedali Psichiatrici
- f) **riservarsi** la adozione dei correttivi che si rendessero opportuni nelle assegnazioni dei tetti di spesa alle Aziende Ospedaliere, agli IRCCS ed agli Enti Ecclesiastici, a seguito della eventuale rimodulazione regionale del piano delle prestazioni e, comunque, a seguito di verifica dello stato di avanzamento del budget e dei programmi al 30.9.1999, anche tenuto conto degli esiti scaturenti dai controlli sulla appropriatezza del ricoveri e delle prestazioni di cui alla DGR 1800/98 e 4337/98;
- g) **riservare**, ai sensi del D.M. 31-7-1997 alla Azienda Ospedaliera sede di insegnamento universitario di Medicina e Chirurgia (Aziende Miste), l'importo di **Lit. 18,0 Miliardi**, di cui Lit. 16,0 Miliardi al Policlinico di Bari e Lit. 2,0 Miliardi agli Ospedali Riuniti di Foggia. Detta quota, che concorre alla determinazione ai tetti massimi di remunerazione delle due Aziende Miste, verrà erogata a consuntivo, al netto della maggiore spesa di personale che le Aziende avrebbero dovuto sostenere per produrre la stessa attività (Art. 6, co. 2).
- h) **definire e riservare** quale tetto di spesa a carico del FSR, inteso anche quale limite della remunerazione delle prestazioni sanitarie (Regionali ed Extraregionali) delle Aziende Ospedaliere, l'importo di **Lit. 1.285,0 Miliardi**, al lordo delle quote di compartecipazione alla spesa sanitaria;
- i) **precisare** che l'ammontare massimo indicato al punto che precede è comprensivo del valore della produzione per prestazioni da rendersi verso residenti in altre regioni;
- j) **definire e riservare** per gli IRCCS pubblici, quale tetto di spesa a carico del FSR, inteso anche quale limite della remunerazione delle prestazioni sanitarie (Regionali ed Extraregionali), l'importo di **Lit. 71,0 Miliardi**, al lordo delle quote di compartecipazione alla spesa sanitaria;
- k) **definire e riservare** per gli IRCCS non pubblici e per gli Enti Ecclesiastici Ospedalieri, quale tetto di spesa a carico del FSR, inteso anche quale limite della remunerazione delle prestazioni sanitarie (Regionali ed Extraregionali), l'importo di **Lit. 572,0 Miliardi**.
- l) **determinare e rendere conseguente disponibile** per le Aziende USL, l'importo complessivo di **Lit. 4.643,7 Miliardi**, al netto dei presunti saldi per mobilità sanitaria infraregionale ed extraregionale

e dei massimi di remunerazione per le prestazioni degli Enti Ecclesiastici, degli IRCCS e delle Aziende Ospedaliere, riservandosi di adottare, anche riguardo a dette strutture, i necessari correttivi che si rendessero necessari.

Le informazioni di dettaglio sono riportate nel quadro A (Definizione Analitica degli Impieghi del Fondo Sanitario Regionale 1998) dell'allegato **Riepilogo Regionale delle Quote di Riparto FSR 1999**, che costituisce elemento di riferimento per i successivi adempimenti amministrativi.

Finanziamento, Gestione di Cassa, Erogazioni, Anticipazioni e Riconciliazioni Economico Patrimoniali

Finanziamento:

In ragione delle modalità di riparto adottate e dei criteri assunti per la determinazione dei livelli massimi di remunerazione previsti per le Aziende Ospedaliere, gli Enti Ecclesiastici e gli IRCCS pubblici e privati:

- a) il budget economico definito per detti Enti, Aziende ed Istituti è, conseguentemente, comprensivo delle quote di partecipazione alla spesa sanitaria da parte dei Cittadini, direttamente introitate dalle strutture erogatrici delle prestazioni;
- b) il finanziamento di parte corrente delle Aziende USL a valere sul FSR è considerato al netto di qualsiasi altra entrata, recupero e riscossione.

Come indicato, trovano **finanziamento separato**, mediante enucleazione di quote per F.S.R. di parte corrente, attraverso la gestione accentrata regionale o l'assegnazione delegata delle relative risorse alle strutture sanitarie individuate, le attività riferite a determinate funzioni ed a specifici sottolivelli dell'assistenza sanitaria quali:

- la gestione dei Presidi Multizonali di Prevenzione;
- i progetti di rilevanza regionale, quelli finanziabili con gli accantonamenti previsti dall'Art. 10 della LR 38/94, le azioni di ricerca applicata al miglioramento economico funzionale ed all'innovazione gestionale di cui all'Art. 10 della LR 36/94, ed all'Art. 42 della L.449/97, i progetti obiettivo, altre spese effettuate in nome e per conto delle Aziende Sanitarie, i costi per l'esercizio del sistema informativo regionale;
- la gestione dei Progetti di Tutela di Salute Mentale, con particolare riguardo a quelli connessi al processo di mantenimento, esaurimento e trasformazione dei servizi prestati dagli ex ricoveri ed ospedali psichiatrici;

Erogazione Mensile delle Assegnazioni alle Aziende USL

In attuazione della LR 7/97, mediante Determinazione dirigenziale, mensilmente, si provvederà ad erogare alle Aziende USL, un dodicesimo di quanto per

le stesse previsto dal presente atto quale assegnazione annua indistinta di parte corrente, al netto dei fondi e delle riserve indicate e ferme le periodiche riconciliazioni patrimoniali ed economico-finanziarie previste dalla DGR 4337/98.

Anticipazioni alle Aziende Ospedaliere, agli IRCCS ed agli Enti Ecclesiastici

- a) Ai sensi della richiamata LR 7/97, con apposite Determinazioni dirigenziali, si provvederà ad anticipare alle Aziende Ospedaliere ed agli IRCCS pubblici, sotto forma di acconti per cassa, l'80% dei tetti massimi di remunerazione programmati per il 1999.
- b) Analogamente provvederanno le Aziende USL nei confronti degli Enti Ecclesiastici e degli IRCCS non pubblici, effettuando anticipazioni mensili nella misura dell'80% delle remunerazioni massime programmate per il 1999, in materia di prestazioni tariffate, interessanti i flussi di mobilità sia infraregionale che interregionale;
- c) Restano fermi i conguagli periodici previsti dalle procedure di compensazione (*Clearing House*) di cui alla DGR 4337/98, così come modificata ed integrata per effetto del presente atto, anche ai fini delle differenziazioni convenzionali sulle remunerazioni interessanti le diverse prestazioni sanitarie, sono di esclusiva competenza dell'Assessorato alla Sanità gli eventuali rimborsi, previo accertamento, sui costi non tariffati, nei limiti, con le modalità e per le voci da determinarsi con Direttiva Assessorile.

Raggiungimento degli Obiettivi

La strategia messa in atto dalla Regione per il rientro del disavanzo tende, quindi, a combinare azioni a breve termine (di razionalizzazione) con interventi in grado di incidere sulla struttura dell'offerta e sulle modalità di funzionamento del sistema, creando condizioni di contesto idonee a produrre positivi risultati sia nel medio e lungo termine che nell'esercizio corrente.

Il grado di raggiungimento degli indicati obiettivi, che acquisiscono rilevanza strategica ai fini del miglioramento economico-funzionale del SSR, costituisce riferimento ai fini della corresponsione della quota integrativa di trattamento economico dei Direttori Generali, di cui all'Art. 1, co. 5 del DPCM 19 Luglio 1995, n. 502.

Rispetto a tale percorso, il corrente esercizio appare caratterizzato dalla positiva confluenza di apporti della parte pubblica e privata, caratterizzati da una **comune intesa** nella ricerca di **equilibri sostenibili, durevoli e diffusi** per rendere bastevole ciò di cui si dispone.

È conseguentemente necessario che le Aziende Sanitarie, ed in particolare le USL, con la collaborazione di tutti i Soggetti che cooperano al funzionamento del

SSR, diano concreta e pronta attuazione alle leve rese disponibili dal presente provvedimento per dar corpo a standard di funzionamento e di costo progressivamente uniformanti il rapporto capitaro regionale per funzione (riduzione degli scostamenti rispetto alla media).

Occorre quindi che le Aziende definiscano **tetti di spesa, obiettivi di risparmio e, quindi, azioni di responsabilizzazione a cascata per tutti i Soggetti** che direttamente e/o indirettamente concorrono al funzionamento del SSR.

È indifferibile obiettivo regionale, stante le indicate disponibilità del FSN, i vincoli scaturenti dal patto di stabilità di cui alla L. 448/98, **quello di conseguire nell'anno 1999**, tenuto conto dei livelli essenziali di assistenza da garantire, **una economia di almeno il 2%** sui costi delle Aziende sanitarie pubbliche e delle strutture private rispetto al 1998.

Sintesi del Modello di Distribuzione delle Risorse

Rispetto alla prima applicazione adottata nel trascorso esercizio, il Modello Economico Funzionale (MEF) per il 1999, si è arricchito degli effetti scaturenti dalle Concertazioni Comprensoriali introdotte dall'Assessore alla Sanità, dai suggerimenti e dalle esperienze dei Soggetti pubblici e privati che concorrono al funzionamento del SSR, dalla attivazione della Camera di Controllo e Compensazione, migliorando complessivamente la qualità e la concordanza raggiunta nella definizione dei criteri di finanziamento.

Il modello di distribuzione delle risorse finanziarie, riportato nell'allegato Riepilogo Regionale delle Quote di Riparto FSR 1999, costituisce quindi un ulteriore passo avanti nel percorso verso l'equilibrio economico-funzionale del "sistema sanitario regionale" ed un miglioramento progressivo dell'equità distributiva rispetto ai bisogni.

Il modello di riparto è determinato in ragione della popolazione assistita, delle risorse assegnabili ai livelli della Prevenzione, dell'Assistenza Distrettuale ed Ospedaliera, tenuto conto dei fattori di riequilibrio ed adeguamento delle dotazioni ai differenti aspetti territoriali, organizzativi e funzionali che caratterizzano le diverse realtà operative, nell'obiettivo di armonizzarne i costi rispetto a livelli sostenibili e compatibili di assistenza.

È confermato, ed anzi ulteriormente evidenziato per il 1999, per le ampie considerazioni svolte, la esigenza di procedere ad attente azioni di razionalizzazione della spesa ai fini degli indifferibili obiettivi di risanamento del bilancio del settore sanitario.

Al riguardo, anche per il 1999, si applicano nelle assegnazioni i principi di cui all'art. 32, co. 1, della Legge 449/97, che stabilisce come: "Nella determinazione ed assegnazione degli obiettivi di risparmio relativi alle singole aziende, le Regioni devono tenere conto dei risultati conseguiti dalle stesse in termini di razionalizzazione della spesa e di risanamento del bilancio, in modo che gli obiettivi di risparmio assegnati

gravino in misura inversamente proporzionale sulle aziende che hanno ottenuto i migliori risultati di razionalizzazione e di risanamento".

Il quadro così definito costituisce lo schema di riferimento per la ripartizione del Fondo Sanitario Regionale 1999 di parte corrente.

Determinate, di conseguenza, le erogazioni mensili nella misura indicata nell'Allegato A), precisando che le stesse sono quantificate, sul montante di Lit 6.684 Miliardi, al netto dei fondi e degli accantonamenti programmati:

- a) per le Aziende USL, in ragione dell'importo annuo alle stesse assegnato quale quota indistinta;
- b) per le Aziende Ospedaliere e gli IRCCS Pubblici, a titolo di anticipazione finanziaria, nella misura dell'80% del tetto massimo di remunerazione programmato;
- c) per gli IRCCS Privati e gli Enti Ecclesiastici, a titolo di anticipazione finanziaria, nella misura dell'80% del tetto massimo di remunerazione programmato;

"ADEMPIMENTI CONTABILI DI CUI ALLA L.R. 17/77 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI"

Il presente provvedimento non comporta variazioni di Entrata o di Spesa in quanto le somme occorrenti per la sua attuazione attualmente pari a complessive lire **6.684.000.000.000 (Euro 3.451.997.913,51)**, vengono impegnate prima della liquidazione degli acconti effettuati e da effettuarsi. A norma dell'Art. 4 della L.R. 4 Maggio 1999 n.17, si attesta altresì che "le spese derivanti dal presente atto sono contenute nei limiti del Fondo Sanitario Regionale e che non producono oneri aggiuntivi rispetto alla quota del fondo in parola assegnata o da assegnare a ciascuna Azienda sanitaria e ospedaliera."

Il presente provvedimento rientra nella competenza della Giunta Regionale a norma dell'Art. 4, co. 4, lettera d) della L.R. 4-2-1997, n. 7.

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

1. di approvare la relazione dell'Assessore proponente, qui richiamata per costituire parte integrante della presente deliberazione, congiuntamente agli Allegati A) e B), con la precisazione che i termini indicati in premessa per gli adempi-

- menti ivi previsti per i mesi di giugno e di luglio, si intendono, al fine di permetterne l'attuazione, differiti al 30 Settembre;
2. di fissare in **Lit. 6.684.000.000.000 (Euro 3.451.997.913,51)** le risorse a disposizione del Fondo Sanitario Regionale, al netto della mobilità interregionale, per il 1999, secondo le risultanze scaturenti dalla proposta di riparto del FSN per parte corrente presentata dal Ministro della Sanità alla Conferenza Stato-Regioni nel mese di gennaio del corrente anno;
 3. di prevedere quale assegnazione per le Aziende USL, l'importo di **Lit. 6.381.001.438.000 (Euro 3.295.512.215,76)**, al lordo dei presunti saldi per mobilità sanitaria infraregionale ed extraregionale e dei massimi di remunerazione per le prestazioni degli Enti Ecclesiastici, degli IRCCS e delle Aziende Ospedaliere, quale quota del Fondo Sanitario Regionale di cui alle corrispondenti tabelle dell'Allegato A) che costituisce parte integrante e sostanziale alla presente deliberazione, in applicazione delle richiamate norme di legge e degli indirizzi in premessa indicati;
 4. di prevedere, quale tetto massimo per le Aziende Ospedaliere, al lordo delle quote di compartecipazione alla spesa sanitaria, l'importo di **Lit. 1.285.000.000.000 (Euro 663.647.115,33)** ai fini della remunerazione delle prestazioni di cui alla precedente narrativa, secondo la ripartizione di cui alle corrispondenti tabelle dell'Allegato A) che costituisce parte integrante e sostanziale alla presente deliberazione, in applicazione delle richiamate norme di legge e degli indirizzi in premessa indicati, nella precisazione che detto ammontare è comprensivo delle entrate per compartecipazione alla spesa sanitaria da parte degli Assistenti;
 5. di prevedere, quale tetto massimo per gli Enti Ecclesiastici e gli IRCCS non pubblici, ex Art. 16 della L.R. 22/97, ai fini della remunerazione delle prestazioni di cui alla precedente narrativa, l'importo complessivo di **Lit. 572.000.000.000 (Euro 295.413.346,28)**, da erogarsi direttamente agli stessi, da parte delle Aziende USL competenti per territorio, secondo le definite modalità e la ripartizione di cui alle corrispondenti tabelle dell'Allegato A) che costituisce parte integrante e sostanziale alla presente deliberazione, in applicazione delle richiamate norme di legge e degli indirizzi in premessa indicati.
 6. di indicare, quale tetto massimo di spesa per le attività di cura prestate dalla colonia Hanseniana rientrante nella gestione dell'Ente Ecclesiastico Ospedaliero "Miulli", quello corrispondente all'importo di **Lit. 10.000.000.000 (Euro 5.164.568,99)** previsto nel corrispondente fondo a destinazione vincolata a valere sul FSR 1999;
 7. di prevedere, quale tetto massimo per gli IRCCS Pubblici, l'importo di **Lit. 71.000.000.000 (Euro 36.668.439,84)** ai fini della remunerazione delle prestazioni di cui alla precedente narrativa, secondo la ripartizione di cui alle corrispondenti tabelle dell'Allegato A) che costituisce parte integrante e sostanziale alla presente deliberazione, in applicazione delle richiamate norme di legge e degli indirizzi in premessa indicati;
 8. di prevedere di conseguenza quale finanziamento diretto alle Aziende USL l'ammontare di **Lit. 4.643.744.300.000 (Euro 2.398.293.781,34)**, secondo la ripartizione di cui alle corrispondenti tabelle dell'Allegato A) che costituisce parte integrante e sostanziale alla presente deliberazione, in applicazione delle richiamate norme di legge e degli indirizzi in premessa indicati;
 9. di riservarsi di provvedere con separati atti, fino alla concorrenza massima nell'anno 1999 di **Lit. 43.840.000.000 (Euro 22.641.470,46)**, da assegnare ai sensi dell'Art. 10 della LR 38/94 (importo al lordo dell'ammontare di Lit. 1235 Milioni indicato al successivo punto 9 bis);
 - 9.bis di dare atto che la somma di Lit. 1.235.000.000 è stata già destinata al Cap. 741012 con LR 16/99 e che la stessa va detratta dalla quota accantonata di cui al punto 9) del dispositivo del presente atto;
 10. di riservarsi mediante provvedimenti aggiuntivi, la eventuale modificazione di detti limiti di costo al momento in cui meglio si saranno definiti, in ragione del monitoraggio periodico e degli andamenti rilevati ex DGR 1800/98, 3286/98, 4255/98, 4337/98, gli andamenti gestionali delle singole strutture anche per l'attuazione coordinata di quanto connesso agli adempimenti previsti in materia sanitaria dal "patto di stabilità" di cui alla Legge 448/98;
 11. di rendere conseguentemente disponibili, ai fini della cassa, secondo le ripartizioni riportate nei riepiloghi delle disponibilità finanziarie 1999 per le Aziende USL, Aziende Ospedaliere, Enti Ecclesiastici, IRCCS Pubblici e Privati, i corrispondenti ammontari, proporzionalmente alla dotazione del FSR previsto per il 1999, autorizzando il competente Ufficio del Settore Sanità alla predisposizione dei relativi atti mensili di erogazione verso le Aziende USL e di anticipazione finanziaria nei confronti delle Aziende Ospedaliere e degli IRCCS pubblici;
 12. di assegnare, correlatamente, alle Aziende USL competenti per territorio gli importi, determinati nei limiti dei tetti massimi di spesa come innanzi individuati, per il pagamento delle anticipazioni mensili e di saldo concernenti le prestazioni di natura ospedaliera erogate dalle strutture non pubbliche (IRCCS ed Enti Ecclesiastici) per i residenti nella regione;
 13. di precisare che gli ammontari riferiti agli Enti Ecclesiastici ed agli IRCCS Privati non compren-

dono la remunerazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, che verrà liquidata, nell'ambito del piano delle prestazioni e dei tetti massimi di remunerazione definiti con detti Enti ed Istituiti in fase di concertazione, direttamente da parte della Azienda USL sul cui territorio insiste la sede degli stessi, conformemente agli esiti delle procedure previste per il funzionamento della Camera di Controllo e Compensazione delle prestazioni sanitarie ex DGR 4337/98;

14. di porre quale direttiva specifica per i Direttori delle Aziende USL quella di determinare il budget delle prestazioni ed i tetti massimi di spesa della attività specialistica "convenzionata", in misura complessiva non superiore a quella scaturente dalla applicazione dei principi e dei parametri indicati in narrativa.
15. di riconfermare che ai fini del rimborso delle prestazioni sanitarie di ricovero fruite in forma indiretta, ai sensi dell'Art. 1 della L.R. 3 Luglio 1979 n.40, fino a diversa deliberazione regionale, e comunque non oltre il termine per l'accreditamento dei soggetti e delle strutture abilitate ad operare nell'ambito del SSR, tenuto anche conto della Deliberazione di Consiglio Regionale 3 Febbraio 1999 n. 379 - "Riordino della rete ospedaliera", si applicano le disposizioni di cui al punto 8) della DGR 3689/98 avente ad oggetto "Chiarimenti e modificazioni a DGR 1800/98", nei termini di cui al D.Lgs 18-6-1999, in corso di pubblicazione;
16. analogamente, di precisare che per quanto non diversamente disposto nella presente deliberazione, sono confermati i principi e gli indirizzi di cui alle precedenti deliberazioni di Giunta Regionale n. 1800/98, 3689/98, 4336/98, da attuarsi da parte dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, dei Legali Rappresentanti degli Enti Ecclesiastici e degli IRCCS pubblici e privati, conformemente alle integrazioni e modificazioni di cui al presente atto, alle deliberazioni di Consiglio Regionale, alla norme nazionali ed alla direttive comunitarie in materia;
17. in materia di regolamentazione delle attività e degli obiettivi interessanti i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di libera scelta, per quanto nella narrativa del presente atto non differito a successiva intesa decentrata a livello regionale, anche alla luce dei contenuti dell'Accordo regionale 13 Aprile con le Organizzazioni degli stessi maggiormente rappresentative:
 - a) di costituire a livello regionale l'Organismo Permanente di Consultazione per l'Assistenza Territoriale (OPCAT) con dette Organizzazioni ai fini della programmazione, della pianificazione e del controllo sul territorio delle attività di pertinenza del SSR;
 - b) di confermare che parte delle economie di gestione, raggiunto il pareggio del settore sanitario, saranno impegnate, atteso il processo di deospedalizzazione in atto, per lo sviluppo di iniziative

regionali atte a migliorare il livello di assistenza territoriale e l'occupazione medica nel livello dell'assistenza distrettuale integrata;

c) di indicare, quale direttiva specifica per i Direttori delle Aziende USL quella di:

c.1) determinare, sentite le Rappresentanze provinciali delle Organizzazioni firmatarie dell'Accordo Regionale, entro il 30.7.1998, i tetti di spesa (budget 1999) assegnati a ciascun medico della medicina di base e della pediatria di libera scelta, in ragione del numero degli assistiti agli stessi affidati, in materia di prestazioni specialistiche e di assistenza farmaceutica, nuovamente precisando, in ragione del modificato assetto giuridico delle Aziende USL e dei criteri civilistici di gestione che gli stessi operano, a tutti gli effetti di legge, ferme le responsabilità professionali, richiamato in particolare l'art. 6, co. 6 della L. 23-12-1994, n. 724, quali mandatarie delle Aziende USL;

c.2) procedere alla revisione dell'anagrafe degli assistiti, di concerto con i professionisti interessati e con le Amministrazioni Comunali territorialmente competenti, al fine di dar corso all'aggiornamento delle relative basi di dati del sistema informativo sanitario regionale e, per ciascun medico, alla revisione dell'elenco dei residenti in carico a ciascuno di essi, secondo le direttive in materia che saranno emanate dall'Assessorato alla Sanità, sentite le Organizzazioni dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di libera scelta maggiormente rappresentative a livello regionale e nazionale;

18. di estendere, completata la fase di prima applicazione di quanto regolamentato dalla DGR 4337/98 in materia di accertamento circa la appropriatezza dei ricoveri e delle prestazioni, le metodiche e gli standard di verifica ivi previste anche nei confronti delle strutture e dei soggetti privati operanti nell'ambito del SSR, attività da compiersi a cura delle Unità di Verifica (UVAR) istituite nell'ambito delle Aziende USL, se del caso, cointeressando nell'accertamento anche i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta;
19. di precisare che conformemente a quanto previsto dalla DGR 1800/98 ai fini della costituzione della matrice di input-output del SSR e dalla DCR 379/99 in materia di riordino della rete ospedaliera, anche ai fini di quanto previsto dall'Art. 28 della L. 448/98, dalle Aziende USL vanno trasmessi al Coordinatore del Settore Sanità, con l'indicazione obbligatoria del medico prescrittore a far data dall'1-7-1999, anche i flussi informativi concernenti le prestazioni specialistiche e quelle ospedaliere erogate nei confronti dei Cittadini residenti nel proprio territorio, conformemente ai tracciati record ed alle modalità di gestione previste dalla DGR 4337/98 e successive direttive di attuazione;

20. di autorizzare, a norma della L.R. 7/97, il Coordinatore del Settore Sanità alla definizione ed erogazione mediante specifica determinazione dirigenziale dei necessari congruagli da attuarsi rispetto alle strutture sanitarie interessate, per il periodo intercorso dal 10 gennaio 1999 fino al termine del mese di approvazione della presente deliberazione;
21. di impegnare i Direttori Generali affinché provvedano con propria deliberazione a ratificare il presente atto, facendo proprie le risultanze complessive del procedimento di "Definizione Multilaterale del Piano delle Prestazioni e dei Tetti di Spesa per l'Esercizio 1999" tra le Aziende USL ed Ospedaliere; analogamente, di impegnarli affinché procedano per gli eventuali altri Accordi di Cooperazione ed Intesa definiti sotto il coordinamento e la vigilanza dell'Assessorato alla Sanità con gli altri Soggetti e/o Organizzazioni e/o Associazioni Sindacali di Categoria maggiormente rappresentative tesi al miglioramento economico funzionale del SSR nei limiti di spesa previsti dal FSR per il 1999;
22. in materia di assistenza specialistica:
 - a) di regolare, a decorrere dal 10 gennaio 1999, la remunerazione delle prestazioni erogate dai soggetti e dalle strutture private provvisoriamente accreditate, secondo i principi ed i parametri di regressione indicati in narrativa, da applicarsi con riferimento al vigente Nomenclatore Tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogabili nell'ambito del SSR;
 - b) di precisare che la suddivisione delle prestazioni per branca specialistica, nel rispetto delle disposizioni legislative relative ai limiti di prescrivibilità per ricetta (e di conseguente partecipazione alla spesa da parte dei Cittadini), indica la tipologia di prestazioni remunerabili con oneri a carico del SSR a ciascun soggetto privato provvisoriamente accreditato alla erogazione nella relativa branca specialistica, nei limiti del tetto di spesa definito a livello regionale e dei budget determinati da ciascuna Azienda USL;
 - c) di approvare, sulla base del sistema di regole e criteri introdotto dalla presente deliberazione, relativamente al governo della spesa a carico del FSR, le modalità di determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa come descritte in premessa, nonché le percentuali di regressione tariffaria riportate nell'allegato prospetto parte integrante del presente provvedimento, da valere per l'anno 1999;
 - d) di riservarsi, una volta costituita la matrice di input-output prevista dalla DGR 1800/98 e relativa alle prestazioni erogate dalle strutture e dai soggetti privati provvisoriamente accreditati, di procedere alla eventuale rimodulazione dei tetti di spesa per branca specialistica, tenuto conto anche di quelle erogate dalle strutture pubbliche che, sulla base della concertazione compiuta e nel

rispetto dell'obbligo costituzionale di tutela dei livelli essenziali di salute della popolazione, sono tenuti ad erogare le prestazioni necessarie, anche senza remunerazione corrispettiva, ove dette prestazioni diano luogo al superamento dei tetti di spesa programmati;

e) di impegnare, senza che ciò possa costituire differimento del termine iniziale di cui alla lettera (a) del presente punto, i Direttori Generali delle Aziende USL:

e.1) ad adottare i provvedimenti di attuazione, che dovranno contenere i criteri, i meccanismi di calcolo, le eventuali rimodulazioni applicate per correggere eventuali squilibri e/o esigenze locali rispetto agli andamenti medi regionali, ai fini della determinazione dei tetti di spesa per branca specialistica entro il 15-9-1999;

e.2) a trasmettere dette deliberazioni al Coordinamento del Settore Sanità ai fini della costituzione, così come richiesto dalle Organizzazioni di Categoria, del Fondo di Garanzia per la gestione della camera compensazione dell'assistenza specialistica che sarà curato dalla struttura tecnica della Clearing House di cui alla DGR 4337/98, di concerto con i Dirigenti dei competenti Uffici dell'Assessorato alla Sanità, anche ai fini del controllo e della canalizzazione dei relativi esiti sul sistema informativo sanitario regionale;

e.3) a notificare ed a far sottoscrivere a ciascun soggetto privato provvisoriamente accreditato alla erogazione di prestazioni rientrante nella branca specialistica di competenza, il relativo impegno di prestazione alle condizioni, termini e remunerazione derivanti dalla applicazione dei principi di cui al presente atto, nel richiamo esplicito di quanto previsto l'art. 6, co. 6 della L. 23-12-1994, n. 724 in caso di non adesione, atteso che detti criteri generali ed il principio di regressione tariffaria adottati rivengono da accordi con le Organizzazioni di Categoria maggiormente rappresentative e/o da criteri di congruità che rispondono ai principi previsti dall'Art. 28 della L. 448/98, al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza verso tutti i Cittadini che richiedono prestazioni erogabili dal SSR;

e.4) a comunicare ai medici di medicina generale ed ai pediatri di libera scelta operanti nel territorio di competenza della USL, per branca specialistica, i tetti di spesa assegnati, per tenerne debito conto ai fini di quanto previsto dal punto 17 che precede;

e.5) ad effettuare controlli sulla "esenzione ticket", con successiva verifica dell'Assessorato alla Sanità;

23. i tetti massimi di remunerazione, rimangono invariati anche in presenza di incrementi delle tariffe di riferimento;

24. di invitare i Direttori Generali ed i Rappresentanti Legali a rielaborare i bilanci ed i correlati documenti programmatici sulla base degli indirizzi,

linee guida e limiti di spesa di cui al presente atto, in lire ed in euro, entro il termine del 15 Settembre 1999;

25. il rispetto degli accordi, delle azioni, degli obiettivi e dei principi di cui alla presente deliberazione costituisce elemento di valutazione dei Direttori Generali e dei Legali Rappresentanti delle Aziende Sanitarie e degli IRCCS pubblici;
26. di incaricare il Settore Sanità di inviare copia della presente deliberazione ai Legali Rappresentanti degli IRCCS Pubblici, Enti Ecclesiastici Ospedalieri ed ai Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere e delle USL, disponendo che i Direttori Generali delle Aziende USL aventi sede nei capoluoghi provinciali provvedano a trasmetterne, a loro volta, copia agli indirizzi delle Organizzazioni sindacali provinciali dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della specialistica e della ospedalità private maggiormente rappresentative a livello regionale, congiuntamente alla copia integrale del Protocollo Generale e di Intesa con le Organizzazioni maggiormente rappresentative a livello regionale e nazionale dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di libera scelta; rispetto ai contenuti dello stesso, i Direttori Generali delle Aziende USL

sono impegnati a dare pronta attuazione nei limiti delle assegnazioni e con priorità rispetto agli obiettivi di risparmio.

27. di pubblicare il presente provvedimento nel B.U.R.P. nei modi e termini di rito.
28. di dare atto che il presente provvedimento non è soggetto a controllo ai sensi della L. 127/97.

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio loro affidato è stato espletato nel rispetto della vigente normativa regionale, nazionale e comunitaria e che il presente schema di provvedimento, dagli stessi predisposto ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta Regionale, è conforme alle risultanze istruttorie.

IL DIRIGENTE DELL'UFFICIO (Dott. Angelantonio Ventrella)

IL DIRIGENTE DEL SETTORE (Dott. Angelantonio Ventrella)

L'ASSESSORE PROPONENTE (Dott. Michele Saccomanno)

Il presente provvedimento è costituito dai seguenti allegati:

allegato A costituito da numero 6 pagine.

allegato B costituito da numero 11 pagine.



REGIONE PUGLIA - ASSESSORATO ALLA SANITA': COORDINAMENTO SETTORE SANITA'

C:\1999_RE_PUGLIA\ARIP-FSR99\FSR99-Versione-H1\PHOTO-PrtOut-FSR-IPOWH-1999W-2-1003.xls\PRINTOUT_.db

RIEPILOGO REGIONALE 1.MA ASSEGNAZIONE QUOTE RIPARTO FSR 1999

L'allegato [A] si compone delle seguenti tabelle:

TAB. A - CONCERNENTE: A - IMPIEGHI VERSO LE AZIENDE USL DEL FONDO SANITARIO REGIONALE 1999, COSTITUITA DA PAG.1

TAB. B - CONCERNENTE: B - TETTI MASSIMI DI REMUNERAZIONE 1999 VERSO LE AZIENDE OSPEDALIERE, GLI IRCCS E GLI ENTI ECCLESIASTICI COSTITUITA DA PAG.1

TAB. D - CONCERNENTE: RIEPILOGO DELLE DISPONIBILITA' ECONOMICO-FINANZIARIE DELLE AZIENDE USL E DEI TETTI DI REMUNERAZIONE DELLE AZIENDE OSPEDALIERE, ENTI ECCLESIASTICI ED IRCCS PUBBLICI E PRIVATI PER L'ANNO 1999 ARTICOLATA A SUA VOLTA NELLE SUB TABELLE:

TAB. D1 - RIEPILOGO DELLE DISPONIBILITA' FINANZIARIE DELLE AZIENDE USL PER L'ANNO 1999, COSTITUITA DA PAG.1

TAB. D2 - RIEPILOGO DELLE ANTICIPAZIONI E LIQUIDAZIONI 1999 VERSO EE ed IRCCS PRIVATI, COSTITUITA DA PAG.1

TAB. D3 - RIEPILOGO SUI TETTI DI REMUNERAZIONE E LE ANTICIPAZIONI 1999 EROGATE DIRETTAMENTE DALLA REGIONE AD AZIENDE OSPEDALIERE e IRCCS PUBBLICI, COSTITUITA DA PAG.1



RIEPILOGO REGIONALE 1.MA ASSEGNAZIONE QUOTE RIPARTO FSR 1999

REVISIONE DEL: 15/07/99

A - IMPIEGHI VERSO LE AZIENDE USL DEL FONDO SANITARIO REGIONALE 1999

[illegible]

*) IL FONDO DI GARANZIA COPRE I FABBISOGNI DEI SALDI PER MOBILITA' (REGIONALE ED EXTRAREGIONALE) FINO AL LIMITE MASSIMO INDICATO

*** AL LORDO DELLE RICONCILIAZIONI MEDIANTE CAMERA DI COMPENSAZIONE EX DGR 4337/98



REGIONE PUGLIA - ASSESSORATO ALLA SANITA': COORDINAMENTO SETTORE SANITA'

C:\1999-RE_PUGLIA\SP-25097-5096-Virtuale\H\IP\OTD\PHIO\AFSS\PROV\H\1999\W2\003\H\OUTPUT_BRF.F509-AO

RIEPILOGO REGIONALE 1.MA ASSEGNAZIONE QUOTE RIPARTO FSR 1999

REVISIONE DEL: 15/07/99

B - TETTI MINIMI e MASSIMI DI REMUNERAZIONE 1999 VERSO LE AZIENDE OSPEDALIERE, GLI IRCCS E GLI ENTI ECCLESIASTICI

[*] Al lordo delle compartecipazioni alla spesa sanitaria da parte degli Assistenti]

	TETTO MINIMO DI REMUNERAZIONE 1999	TETTO MASSIMO DI REMUNERAZIONE STRUTTURE OSPEDALIERE 1999	[di cui per] BUDGET RICAVI DA MOBILITA' ATTIVA EXTRAREGIONALE 1999
Policlinico	260.000.000.000	383.000.000.000	25.482.000.000
Di Venere	140.000.000.000	187.000.000.000	6.692.000.000
Di Summa	120.000.000.000	139.000.000.000	3.372.000.000
Ospedali Riuniti	204.000.000.000	222.000.000.000	8.205.000.000
S.S. Annunziata	165.000.000.000	185.000.000.000	6.337.000.000
Vito Fazzi	140.000.000.000	169.000.000.000	3.397.000.000
Totale	1.029.000.000.000	1.285.000.000.000	53.485.000.000
E.E. Miulli	112.000.000.000	154.000.000.000	9.835.000.000
E.E. Panico	60.000.000.000	74.000.000.000	1.235.000.000
Totale	172.000.000.000	228.000.000.000	11.070.000.000
IRCCS Oncologico	32.000.000.000	40.000.000.000	4.000.000.000
IRCCS De Bellis	26.000.000.000	31.000.000.000	1.302.000.000
IRCCS S. Giovanni R.	210.000.000.000	311.000.000.000	62.302.000.000
IRCCS Cassano	26.000.000.000	33.000.000.000	4.157.000.000
Totale	294.000.000.000	415.000.000.000	71.761.000.000
TOTALE in Lit.	1.495.000.000.000	1.928.000.000.000	136.316.000.000
TOTALE in Euro	772.103.064,14	995.728.901,44	70.401.338,66
		++	++

[**] AL LORDO DELLE RICONCILIAZIONI MEDIANTE CAMERA DI COMPENSAZIONE EX DGR 4337/98

RISERVA PER REMUNERAZIONE MOBILITA' ATTIVA EXTRAREGIONALE (AO,IRCCS,EE) 136.300.000.000

TAB. D1



REGIONE PUGLIA - ASSESSORATO ALLA SANITA': COORDINAMENTO SETTORE SANITA'

C:\1999\TE\DOCUMENTI\5259\ASSETTORIO SANITA' (PRODOTTO DAL SETTORE SANITA') 1999\4-2 (ED. 14/7/1999)-R_AUSL

D1 - RIEPILOGO DELLE DISPONIBILITA' FINANZIARIE DELLE AZIENDE USL PER L'ANNO 1999

REVISIONE DEL: 15/07/99

		J		J3		K	
		COEFFICIENTE DI ASSEGNAZIONE		0,80		NUM. MESI PER RIPARTIZIONE	
				100,0%		12	
CODE	TYPE	POPOLAZIONE (ISTAT-1.1.1998)	USL	A	A1	B=A1*J	C=A+B
				TOTALE DISPONIBILITA' DIRETTE USL	TETTO DI REMUNERAZIONE EE e IRCCS PRIVATI	FONDI REMUNERAZIONE MOBILITA' VERSO EE (1-80% HANSENIANA) e IRCCS PRIVATI	TOTALE
101	ASL	240.967	BA/1	315.481.770.000	-	-	315.481.770.000
102	ASL	281.172	BA/2	431.662.050.000	-	-	431.662.050.000
103	ASL	216.121	BA/3	214.795.210.000	187.000.000.000	149.600.000.000	364.395.210.000
104	ASL	591.057	BA/4	644.260.460.000	-	-	644.260.460.000
105	ASL	239.821	BA/5	312.511.390.000	-	-	312.511.390.000
106	ASL	414.907	BR/1	412.516.400.000	-	-	412.516.400.000
107	ASL	220.092	FG/1	235.035.450.000	311.000.000.000	248.800.000.000	483.835.450.000
108	ASL	215.440	FG/2	189.507.160.000	-	-	189.507.160.000
109	ASL	262.107	FG/3	258.624.260.000	-	-	258.624.260.000
110	ASL	474.798	LE/1	554.763.940.000	-	-	554.763.940.000
111	ASL	343.237	LE/2	457.943.170.000	74.000.000.000	59.200.000.000	517.143.170.000
112	ASL	590.357	TA/1	616.643.040.000	-	-	616.643.040.000
TOTALE in Lit.				4.643.744.300.000	572.000.000.000	457.600.000.000	5.101.344.300.000
TOTALE in Euro				2.398.293.781,34	285.413.346,28	236.330.877,02	2.634.624.458,37
				+/++	+/++	+/++	+/++
							+

NOTA [A1]: Al netto delle prestazioni specialistiche ambulatoriali infraregionali

[*] AL LORDO DELLE RICONCILIAZIONI MEDIANTE CAMERA DI COMPENSAZIONE EX DGR 4337/98

Allegato B)

Sezione Normativa e Regolamentare
Documento di Indirizzo Economico-Funzionale
del SSR per 1999 (DIEF-SSR 1999)

Sezione Normativa e Regolamentare

Di questo percorso, costituiscono fonti normative ed atti di riferimento contenenti indirizzi fondamentali ai fini dell'avvio delle azioni di riequilibrio:

1) la *Legge Regionale 5 Giugno 1997 n.16* che, all'Art. 20, in materia

sanitaria in particolare indica:

al comma 5:

- che i pagamenti dovuti per le prestazioni di degenza ed ambulatoriali rese dagli ospedali dipendenti da Enti Ecclesiastici e dagli IRCCS sono effettuati, ai fini della fluidificazione dalla Azienda USL nel cui territorio è ubicata la sede dell'istituzione, fatta salva la compensazione dei costi per le prestazioni rese ai Cittadini residenti in altri ambiti territoriali;

al comma 6:

- che la Giunta Regionale, con proprio atto, individui le funzioni non coperte da tariffe da rendersi da parte delle aziende ospedaliere che verranno remunerate dietro dimostrazione dei relativi costi ed individua altresì le tariffe manifestamente non remunerative da valorizzare fino alla copertura integrale dei costi delle relative prestazioni, con particolare riferimento alle prestazioni ospedaliere di rianimazione, trapianti ed espianti, di emergenza e pronto soccorso.

al comma 11:

- che a decorrere dal 10 gennaio 1997 le tariffe per le prestazioni di ricovero rese dalle aziende ospedaliere siano rideterminate nella misura del cento per cento di quelle adottate con D.M. della Sanità 14 Dicembre 1994.

2) La *Legge Regionale 22 Dicembre 1997 n.22* che, in particolare, indica:

all'Art.16, comma 1:

- “che gli istituti a carattere scientifico e gli enti ecclesiastici che esercitano l'assistenza ospedaliera di cui all'Art. 41 della L. 833/78, simili in termini di complessità funzionale e/o di dotazione di personale, in possesso dei requisiti previsti dall'Art. 4, co. 2, del D.Lgs. 502/92, sono equiparati alle Aziende Ospedaliere”, costituendo gli stessi, subsistemi omogenei ed integrati nel SSR anche ai fini del sistema di pronto soccorso ed emergenza; all'Art.17, comma 1:
- che le prestazioni ospedaliere erogate dagli EE e dagli IRCCS ai pazienti provenienti dalle altre regioni, non rientrano nelle assegnazioni annuali delle Aziende USL e che le stesse vengono liquidate direttamente dalla Regione;

3) la *Deliberazione di G.R. 28 Ottobre 1997 n. 7909* “Proposta Regionale di investimenti in sanità: prime

linee di programma” con cui è stato inoltrato al Ministero della Sanità per i successivi adempimenti, il quadro di investimenti previsti nell'ambito del programma straordinario per l'adeguamento organico dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture sanitarie della regione ai fini della umanizzazione e del comfort nei servizi, ai sensi dell'Art. 20 della L.67/88 e della L. 21/97;

4) la *Nota Assessorile 24 Dicembre 1997 n. 24/29186/322/Coord* avente ad oggetto “*Bilancio economico preventivo 1998 - Budget Finanziario - assegnazione quota provvisoria*”, con cui in ragione del progressivo migliorarsi dei livelli di funzionamento, si è, per la prima volta provveduto, nei termini previsti dalla L.R. 38/94 a fornire alle strutture sanitarie della regione le indicazioni per formulare, ancorchè in via provvisoria (la conversione tra modalità finanziarie ed economiche di gestione dei costi e dei finanziamenti è particolarmente complessa) il proprio budget finanziario di cui alla lettera b) dell'Art. 20 del richiamato disposto normativo.

5) la *Deliberazione di G.R. 9337/97* con cui, a partire dal 1 Gennaio 1998, si assume come tariffario delle prestazioni ospedaliere per la Regione Puglia, quello emanato con D.M. Sanità 30 Giugno 1997, pubblicato sul S.O. n. 178 alla G.U. 8 Settembre 1997 n. 209, fermo restando, in particolare, quanto disposto dall'Art. 20, co. 6 (remunerazione per le funzioni sanitarie ospedaliere non coperte da remunerazione tariffaria), co. 7 (applicazione integrale delle tariffe di cui al cit. DM 30 Giugno 1997).

6) la *Deliberazione di G.R. 10917/97* “*Direttive per l'introduzione della contabilità economico patrimoniale*” e le correlate attuazioni con le quali la sanità regionale si è dotata di una significativa metodologia uniforme gli aspetti di pianificazione, monitoraggio ed intervento coordinato.

7) la *Convenzione 22 Gennaio 1998 per la Medicina Generale della Regione Puglia*.

8) Gli standard ricognitori e le correlate azioni di raccordo di cui alla *Nota Assessorile del 24 Febbraio 1998 n. 24/3802/331/Coord*, con lo scopo di attivare nei confronti delle strutture del sistema sanitario regionale, Aziende USL ed Ospedaliere, Enti Ecclesiastici ed I.R.C.C.S., le indicate azioni per il monitoraggio sistematico dell'andamento economico gestionale al fine, nello specifico, di definire gli obiettivi funzionali, i limiti di spesa e le assegnazioni economiche a valere sul F.S.R. 1998.

9) La *Legge 449/97 ed ulteriori Aspetti Normativi e Regolamentari*.

10) Il *finanziamento* del S.S.N. è regolato dagli Artt. 11 e seguenti del D.Lgs. n. 502/92 come modificati dal successivo D.Lgs. n. 517/93, pervenendosi alla ripartizione del F.S.N. tra le Regioni ai sensi dell'art. 12, co. 3, del combinato disposto ex citati D.Lgs. integrato dall'Art. 1, co. 34, della Legge 23/12/1996, n.662.

11) La *Legge 27-12-1997 n. 449*, al Titolo II, Capo I - Sanità, all'Art. 32, in particolare dispone:

al comma 1:

- che le Regioni assegnino a ciascuna azienda obiettivi di risparmio tenuto conto dei risultati conseguiti dalle stesse in termini di razionalizzazione della spesa e di risanamento del bilancio, in modo che gli obiettivi così assegnati gravino in misura inversamente proporzionale sulle Aziende che hanno ottenuto i migliori risultati di razionalizzazione e di risanamento, parallelamente salvaguardando gli obiettivi di tutela della salute previsti dalle disposizioni in vigore e dai piani nazionale e regionali nonché gli standard qualitativi in atto nelle singole strutture;
- che le Regioni si pongano quale proprio obiettivo sulla spesa per beni e servizi un risparmio non inferiore al 2.25 per cento, rispetto alla corrispondente spesa annua rendicontata per l'esercizio 1996, rideterminata con l'applicazione dei tassi di inflazione programmata relativi agli anni 1997 e 1998.
- nel rispetto dei vincoli e degli obiettivi di risparmio sopra indicati:

al comma 3:

- che le Regioni definiscono ogni anno con i Direttori Generali, nell'ambito dei bilanci di previsione delle Aziende USL, l'attribuzione di un fondo destinato alle strutture dipartimentali e distrettuali, individuate dall'Azienda quali centri di costo e responsabilità per le attività di prevenzione sulla base delle competenze istituzionali previste dalle normative o nell'ambito di progetti obiettivo approvati a livello regionale e aziendale;

al comma 4:

- che le Regioni, debbano nei termini ivi indicati dare attuazione agli strumenti di pianificazione riguardanti la tutela della salute mentale di cui all'articolo 1. comma 20, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 ai fini della definitiva chiusura dei residui ospedali psichiatrici e della correlata soddisfazione delle esigenze di residenzialità e servizio per gli utenti provenienti dal territorio, ai fini del loro inserimento, attraverso progetti personalizzati, in strutture extraospedaliere, a tal fine avvalendosi anche del privato sociale senza fini di lucro.

al comma 7:

- che ai sensi dell'Art. 4 co. 9 del D.Lgs 50292 e successive modificazioni, nei confronti dei Presidi Ospedalieri caratterizzati da autonomia economico-finanziaria e contabilità separata all'interno del bilancio delle Aziende USL sia esteso l'obbligo del pareggio di bilancio previsto per le Aziende Ospedaliere dall'Art. 4 co. 8 dello stesso D.Lgs.

al comma 8:

- che le Regioni in attuazione della programmazione sanitaria ed in coerenza con gli indici di cui all'Art. 2 co. 5 (utilizzo delle dotazioni di posti letto e riqualificazione della rete ospedaliera), della L. 549/95 [1] e successive modificazioni, individuano preventivamente per ciascuna isti-

tuzione sanitaria pubblica e privata, ivi compresi i presidi ospedalieri di cui al comma 7, o per gruppi di istituzioni sanitarie, i limiti massimi annuali di spesa sostenibile con il Fondo sanitario e i preventivi annuali delle prestazioni, nonché gli indirizzi e le modalità per la contrattazione di cui all'Art. 1, co. 32, della L. 662/96.

12) Art. 2 co. 5 della Legge 549/95 in ragione del quale:

- le Regioni procedono, anche mediante atto programmatico a stralcio del piano sanitario regionale, alla ristrutturazione della rete ospedaliera operando le trasformazioni di destinazione, gli accorpamenti, le riconversioni e le disattivazioni necessari, con criteri di economicità ed efficienza di gestione, anche utilizzando i finanziamenti di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, che devono essere prioritariamente finalizzati ai progetti funzionali al raggiungimento dei parametri di utilizzazione, dotazione e destinazione indicati dalla norma (tasso medio di utilizzazione dei posti letto non inferiore al 75 %, dotazione standard di 5,5 posti letto per mille abitanti, riserve per la riabilitazione e lungodegenza post-acuzie, ect)
- l'organizzazione interna degli ospedali deve osservare il modello dipartimentale al fine di consentire a servizi affini e complementari di operare in forma coordinata per evitare ritardi, disfunzioni e distorto utilizzo delle risorse finanziarie
- le Regioni, nel quadro del proprio sistema di programmazione (Art 9 e 10 della L.R. 36/94) procedono ad attività di controllo sul corretto utilizzo da parte degli erogatori di prestazioni sanitarie delle risorse impiegate nel trattamento dei pazienti e sulla qualità dell'assistenza, in particolare, sulle materie cui ineriscono i seguenti commi del cit. Art. 2 della L. 549/95, rispetto alle quali, ove necessario, si forniscono le necessarie chiarificazioni:

co. 1. - Vendita al pubblico delle specialità medicinali.

co. 2. - Prestazioni di pronto soccorso ospedaliero e day hospital diagnostico.

co. 3. - Rapporti tra le Aziende USL ed i Medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, convenzionati con il SSN.

co. 5. - Adeguamento, riordino, economicità ed efficienza di gestione delle strutture ospedaliere; utilizzo dei finanziamenti di cui all'Art. 20 della L.67/88 (e della L. 21/97);organizzazione interna degli ospedali secondo modelli dipartimentali.

co. 7. - Rimodulazione, anche con riferimento al combinato disposto scaturente dalla norma che garantisce agli assistiti la facoltà di libera scelta delle strutture sanitarie e dei professionisti (Artt. 8 e 14 del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni) e quella di cui all'Art. 1, co. 32 della L.662/96 (contrattazione del piano delle prestazioni sanitarie e limiti di costo) dei rapporti tra il SSR e la medicina

specialistica, ambulatoriale, generale ivi compresa la diagnostica strumentale e di laboratorio mediante l'instaurazione di nuove forme di negozio giuridico fondate sul criterio dell'accreditamento, sulla modalità di pagamento a prestazione e sull'adozione del sistema di verifica e revisione della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate;

(estratto ex L. 662/96 Art. 1 co. 32) Le Regioni individuano, nel rispetto dei livelli di spesa stabiliti, le quantità e le tipologie di prestazioni sanitarie che possono essere erogate nelle strutture pubbliche e in quelle private. La contrattazione dei piani annuali preventivi, di cui all'Art. 6, co. 5, della L. 724/94 (pagamento secondo tariffa per l'acquisto di beni e servizi) ed all'Art. 2, co. 8, della L. 549/95 (definizione del piano annuale preventivo, per quantità presunte e tipologia, delle prestazioni sanitarie con le strutture pubbliche private ed i professionisti) con la fissazione del limite massimo di spesa sostenibile.

co. 8. - Contrattazione da parte delle Aziende USL, sulla base delle indicazioni regionali, con i professionisti e gli enti pubblici e privati eroganti prestazioni sanitarie specialistiche (ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio ed ospedaliere contemplate dai livelli di assistenza), dei piani annuali preventivi, per quantità presunte e tipologia fissandone gli oneri da sostenere (budget), in analogia a quanto già previsto per le Aziende ed i Presidi Ospedalieri dall'Art. 4, co. 7, 7-bis e 7-ter, del D.Lgs 502/92, come modificato dall'Art. 6, co. 5, della L. 724/94.

La contrattazione va attuata nell'ambito dei nuovi rapporti (accreditamento) instaurati ai sensi dell'Art. 8, co. 5, del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni (esercizio delle prestazioni sanitarie tramite le Aziende Ospedaliere, gli E.E., gli IRCCS, enti di cui all'Art. 4 del richiamato D.Lgs 502/92, ovvero avvalendosi delle istituzioni sanitarie private e dei professionisti - con l'eccezione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, le cui prestazioni sono sottoposte a diversa specifica regolamentazione - a complemento del sistema dei servizi direttamente erogabili da parte delle USL) mediante la costituzione con dette strutture e professionisti di appositi rapporti fondati sulla corresponsione di un corrispettivo predeterminato a fronte della prestazione resa.

co. 9. - Rispetto al sistema tariffario da adottare per la remunerazione delle prestazioni, le regioni fissano il livello massimo delle tariffe da corrispondere nel proprio territorio, direttamente o tramite le Aziende USL ai soggetti erogatori, sulla base delle corrispondenti tariffe di riferimento fissate dal Ministro della Sanità con proprio decreto:

a) D.M. Sanità 22.7.1996, pubblicato sul S.O. n.150 alla G.U. 14 Settembre 1996 n. 216 "Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del SSN e relative tariffe), recepito dalla Regione Puglia, a far data dall'1-11-1997 con una riduzione del 7%. Ai fini della mobilità interregionale (Mod.1) tale riduzione (da intender-

si quale compatibile livello di risparmio ai fini della costituzione di riserve interne al sistema sanitario regionale necessarie per sostenere le azioni di riequilibrio territoriale previste dalla programmazione regionale per assicurare nelle prospettive del D.Lgs 502/92, livelli uniformi di assistenza), non trova applicazione ai sensi del co. 7 dell'Art. 20 della L.R. 16/97.

b) D.M. Sanità 30-6-1997 "Aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera di cui al decreto ministeriale 14 Dicembre 1994", pubblicato sul S.O. n. 178 alla G.U. 8 Settembre 1997 n. 209, recepito dalla Regione Puglia, con validità 1-1-1998 con la Delibera di G.R. 17-12-1997 n. 9337.

co.10. - Modalità di incentivazione e remunerazione sulla base degli istituti contrattuali variabili del personale di comparto e dirigente (per quest'ultimo anche in materia di remunerazione di posizione) nei limiti di costo fissati dalla vigente normativa, secondo obiettivi di qualità e rendimento economico-funzionale del costo.

co.11 bis - Assistenza Farmaceutica: contenimento della spesa, assumendosi quale limite di compatibilità quello del registrato per il 1997 incrementato al massimo del 2,25 %, tenuto conto dei benefici attesi dall'introduzione nel sistema sanitario nazionale del riferimento al prezzo medio europeo dei medicinali (Art. 36 della L. 449/97) e dei disposti dell'Art. 9 lettera b) della stessa legge, in materia di indirizzo e coordinamento dell'attività dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, così come meglio evidenziato nella relativa sezione del presente atto.

Si richiamano in materia di razionalizzazione della finanza pubblica e di qualificazione del rapporto tra le Aziende USL e le farmacie pubbliche e private le norme di cui all'Art. 36 della cit. L. 449/97 ed all'Art. 8 co. 2, D.Lgs 502/92 e successive modificazioni:

— "Il rapporto con le farmacie pubbliche e private è disciplinato da convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati a norma dell'Art. 4, co. 9, della L. 412/91, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. Detti accordi devono tener conto dei seguenti principi:

— co. 2, punto a): "le farmacie pubbliche e private erogano l'assistenza farmaceutica per conto delle Unità Sanitarie Locali del territorio regionale dispensando, su presentazione della ricetta del medico, specialità medicinali, preparati galenici, prodotti dietetici, presidi medico-chirurgici e altri prodotti sanitari erogabili dal Servizio Sanitario Nazionale nei limiti previsti dai livelli di assistenza";

— co. 2, punto b): per il servizio di cui alla lettera a) l'Unità Sanitaria Locale corrisponde alla farmacia il prezzo del prodotto erogato, al netto della eventuale quota di partecipazione alla spesa dovuta dall'assistito. Ai fini della liquidazione la farmacia è tenuta alla presentazione della ricetta cor-

redatta del bollino o di altra documentazione comprovante l'avvenuta consegna all'assistito. Per il pagamento del dovuto oltre il termine fissato dagli accordi regionali di cui alla successiva lettera c) non possono essere riconosciuti interessi superiore a quelli legali;

– co. 2, punto c): demandare ad accordi di livello regionale la disciplina delle modalità di presentazione delle ricette e i tempi dei pagamenti dei corrispettivi nonché l'individuazione di modalità differenziate di erogazione delle prestazioni finalizzate al miglioramento dell'assistenza definendo le relative condizioni economiche anche in deroga a quanto previsto alla precedente lettera b), e le modalità di collaborazione delle farmacie in programmi particolari nell'ambito delle attività di emergenza, di farmacovigilanza, di informazione e di educazione sanitaria.

co.14. - Gestioni liquidatorie delle sopresse UU.SS.LL.

Per l'accertamento della situazione debitoria delle sopresse unità sanitarie locali, coerentemente al disposto dell'Art. 30, co. 1 della L.R. 36/94 e del co. 14 dell'Art. 2 della L. 549/95, la Regione attribuisce ai Direttori Generali delle istituite Aziende USL le funzioni di commissari liquidatori dei soppressi enti autarchici ricompresi nell'ambito territoriale delle rispettive aziende. Le gestioni a stralcio di cui all'articolo 6, comma 1, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, sono trasformate in gestioni liquidatorie, rispetto alle quali si applicano le procedure proprie della liquidazione coatta amministrativa. Le sopravvenienze attive e passive relative a dette gestioni, accertate successivamente al 31 dicembre 1994, sono registrate esclusivamente nella contabilità delle citate gestioni liquidatorie. I Commissari con periodicità almeno semestrale, provvedono all'accertamento della situazione debitoria e presentano le risultanze ai competenti organi regionali.

13) Norme in materia di razionalizzazione della finanza pubblica e di qualificazione del rapporto tra le Aziende USL ed i Medici di medicina generale ed i Pediatri di libera scelta:

— Art. 8 del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni, in materia di prestazioni:

– co. 1: "Il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta è disciplinato da apposite convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati, ai sensi dell'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412" che devono tener conto, in particolare, dei seguenti principi:

co. 1, punto c): "prevedere le modalità per concordare livelli di spesa programmati e disciplinarne gli effetti al fine di responsabilizzare il medico al rispetto dei livelli di spesa indotta per assistito, tenendo conto delle spese direttamente indotte dal medico e di quelle indotte da altri professionisti e da altre strutture specialistiche e di ricovero";

– co.1, punto e): concordare, unitamente anche alle organizzazioni sindacali delle categorie di guardia medica e dei medici di medicina dei servizi, i compiti e le prestazioni da assicurare in base ad un compenso capitarario per assistito definendo gli ambiti rimessi ad accordi di livello regionale, i quali dovranno prevedere le specificità di settori aventi caratteristiche particolari e garantire la continuità assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, anche attraverso forme graduali di associazionismo medico, e prevedere, altresì, le prestazioni da assicurare con pagamento in funzione delle prestazioni stesse;

– co. 1, punto f): definire la struttura del compenso spettante al medico prevedendo una quota fissa per ciascun soggetto affidato, corrisposta su base annuale come corrispettivo delle funzioni previste in convenzione. Ad essa è aggiunta una quota variabile in considerazione del rispetto dei livelli di spesa programmati di cui alla lettera c) ed, eventualmente, delle prestazioni e attività previste negli accordi di livello regionale;

— Art. 10, co. 3 della L. 724/94:

"Il direttore generale o il commissario straordinario della unità sanitaria locale è direttamente responsabile per le somme indebitamente corrisposte ai medici di medicina generale ed ai pediatri di libera scelta convenzionati in caso di omissione o inesatta esecuzione degli obblighi posti a carico degli stessi. È altresì direttamente responsabile del rispetto dei termini e della regolarità di tutte le spettanze ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta come previsto dai rispettivi contratti di lavoro."

— Art. 9, lettera b) della L. 449/97:

"Le Aziende USL esercitano funzioni di indirizzo e coordinamento dell'attività dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta supportando i sanitari nell'individuazione di linee di intervento appropriate al fine di ottenere il miglior rapporto costo-beneficio tra le opzioni eventualmente disponibili e fornendo indicazioni per l'uniforme applicazione in ambito locale dei percorsi diagnostici e terapeutici di cui all'articolo 1, comma 28, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, che sono adottati dal ministro della Sanità entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, a partire dalle più comuni patologie cronico-degenerative."

Legge 448/98 e Patto di Stabilità

L'Art. 28 della Legge 448/98 (Legge Finanziaria 1999), cui si rinvia, evidenzia come la componente sanitaria rilevi fortemente rispetto agli obiettivi del patto di stabilità. In particolare detto Art., evidenzia:

al Co.1.:

— come nel quadro del federalismo fiscale, le regioni, debbano concorrere alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica che il Paese ha adot-

tato con l'adesione al patto di stabilità e crescita, impegnandosi a ridurre progressivamente il finanziamento in disavanzo delle proprie spese; ed a ridurre il rapporto tra il proprio ammontare di debito e il prodotto interno lordo.

al Co. 2.:

- i criteri, gli obiettivi, la progressione, le modalità e le azioni da compiersi nel triennio 1999-2001 per la riduzione del disavanzo annuo, specificando, per le regioni, che il disavanzo interessante le stesse "sarà computato considerando le devoluzioni di tributi erariali e le compartecipazioni come entrate proprie";
- come la riduzione del disavanzo regionale vada ottenuta attraverso specifiche azioni, quali, per quanto di specifico interesse del settore sanitario:
 - a) perseguimento di obiettivi di efficienza, aumento della produttività e riduzione dei costi nella gestione dei servizi pubblici e delle attività di propria competenza;
 - b) contenimento del tasso di crescita della spesa corrente rispetto ai valori degli anni precedenti;
 - d) aumento del ricorso al finanziamento a mezzo prezzi e tariffe dei servizi pubblici a domanda individuale;
 - e) dismissione di immobili di proprietà non funzionali allo svolgimento della attività istituzionale.

Co.3., come:

- la riduzione del rapporto tra l'ammontare di debito e il PIL vada sostenuta, oltre che dalla progressiva riduzione del disavanzo annuo, anche dalla destinazione a riduzione del debito dei proventi derivanti dalla dismissione di partecipazioni mobiliari;
- gli enti interessati possono presentare piani finanziari di progressiva e continuativa riduzione del rapporto tra il proprio ammontare di debito e il PIL, proiettati su un orizzonte temporale di almeno cinque anni, con la precisazione che la mancata realizzazione degli obiettivi del piano comporterà il pagamento della penale calcolata in base alle vigenti disposizioni, da effettuare in tre anni, anche mediante riduzione dei trasferimenti erariali.

Co. 4.:

- come **gli obiettivi della riduzione del disavanzo annuo e dell'ammontare di debito si applicano per le regioni anche al complesso dell'attività regionale inclusiva di entrate e spese per l'assistenza sanitaria.**

Co. 5. come:

- ai fini della verifica della realizzazione degli obiettivi si debba far riferimento ai valori di spesa e disavanzo rilevati nell'analogo periodo dell'anno precedente (evidenziandosi la tendenza a rendere infrannuali i periodi di controllo).
- con riferimento alla Regioni, il Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica effettui il monitoraggio con periodicità mensile, individuando, d'intesa con il Ministero dell'interno e con il Ministro per gli affari regionali, le

modalità di rilevazione, acquisizione e valutazione dei relativi dati.

- *per gli enti del Servizio sanitario nazionale il monitoraggio mensile delle spese debba anche verificare la coerenza con le indicazioni finanziarie del Piano sanitario nazionale; monitoraggio rispetto al quale il Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, d'intesa con il Ministero della sanità, individua le modalità di rilevazione, acquisizione e valutazione dei relativi dati.*

Co. 6.:

- come agli enti che presentano scostamenti dagli obiettivi fissati dalla legge, alla fine di ciascun semestre la Conferenza permanente Stato-Regioni, su proposta del Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, del Ministro dell'interno e del Ministro per gli affari regionali, indica le misure che gli enti stessi sono tenuti ad attivare per il raggiungimento degli obiettivi.

Co. 7, come:

- nella riduzione del disavanzo annuo deve essere mantenuta la corrispondenza tra funzioni e risorse, al fine di assicurare l'efficienza e l'efficacia dell'attività amministrativa. Le regioni, al riguardo, sono tenute a verificare tale corrispondenza attraverso le procedure del controllo economico di gestione,

Co. 8., come:

- **qualora venga comminata la sanzione prevista dalla normativa europea per l'accertamento di deficit eccessivo, detta sanzione sia, per la quota ad essi imputabile, posta a diretto carico degli enti che non hanno realizzato gli obiettivi previsti dalla legge, secondo modalità definite in sede di Conferenza permanente Stato-Regioni;**

Co. 9., come:

- *al fine di pervenire al definitivo accertamento dei disavanzi del Servizio sanitario nazionale presentati dalle regioni per gli esercizi finanziari anteriori al 31 dicembre 1997, ogni regione debba tra l'altro trasmettere al Ministero della sanità, entro il 20 febbraio 1999, sulla scorta della metodologia concertata in sede di Conferenza Stato-Regioni, i riepilogativi regionali dei consuntivi delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere per ciascuno degli esercizi finanziari del triennio 1995-1997, accompagnata dall'illustrazione dell'andamento della spesa, con particolare riferimento a quella per personale, beni e servizi, assistenza farmaceutica e assistenza convenzionata.*
- su proposta del Ministro della sanità, la Conferenza permanente Stato-Regioni debba individuare, entro il 31 marzo 1999, per ciascuna regione (anche tenendo conto dell'Art. 1, co. 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662), la quota di maggiore spesa per il 1997 attribuibile a provvedimenti di carattere nazionale e quella attribuibile a provvedimenti regionali.

Co. 10., come:

- il Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, sentita la Conferenza Stato-Regioni, al fine di:
 - a) verificare i livelli di assistenza assicurati in ciascuna
 - b) valutare i risultati economico-gestionali
 - c) individuare le cause degli eventuali disavanzi, distinguendo la quota di questi ultimi derivante da provvedimenti assunti a livello statale da quella riconducibile alle responsabilità regionali,
 debba definire, entro il 28 febbraio 1999:
 - (a) gli e i parametri concernenti gli aspetti strutturali e organizzativi dei sistemi sanitari regionali e i livelli di spesa, con particolare riferimento allo stato di attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni;
 - (b) le norme ed i provvedimenti statali volti a garantire il corretto impiego delle risorse e appropriati livelli di utilizzazione dei servizi sanitari.
- Con la stessa procedura vadano determinati i tempi e le modalità di raccolta e trasmissione di informazioni aggiuntive rispetto ai flussi previsti dal vigente ordinamento.

Co.11. come:

- la Conferenza permanente Stato-Regioni, entro il 30 giugno 1999, su proposta del Ministro della sanità, debba:
 - a) effettuare, la valutazione della situazione delle singole regioni;
 - b) individuare le regioni deficitarie;
 - c) definire le linee generali degli interventi di rientro e di ripiano.

Co. 12, come:

- il Ministro della sanità, il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e le singole regioni, debbano stipulare entro il 30 settembre 1999 appositi accordi che individuano gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico-gestionale nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, tenuto conto di quanto previsto dal Piano sanitario nazionale 1998-2000 e dalla normativa vigente.
- per le regioni che presentano una situazione deficitaria gli accordi debbano inoltre prevedere un programma di interventi per il rientro dai disavanzi e le relative modalità di attuazione, distinguendo la quota attribuibile a provvedimenti di carattere nazionale da quella attribuibile a provvedimenti regionali.
- le regioni per il ripiano del disavanzo a carico dei propri bilanci possano alienare parte del patrimonio delle aziende sanitarie non destinato ad attività assistenziali.
- il Ministro della sanità, al fine di assicurare il rientro dal deficit del settore sanitario, d'intesa con la Conferenza permanente Stato-Regioni, sia tenuto ad adottare apposite linee di indirizzo per le regioni assicurando, nel rispetto dell'autonomia

regionale, adeguati interventi di supporto tecnico.

Co. 14, come:

- il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, di concerto con il Ministro della sanità, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, sia tenuto a definire entro il 31 gennaio 1999, le disponibilità finanziarie per l'anno 1999, anticipando così di oltre sei mesi, rispetto al passato, la definizione delle quote di riparto del FSN.
- l'1,5 per cento di tali disponibilità finanziarie, in occasione del riparto delle risorse per il servizio sanitario iscritte nel bilancio dello Stato per l'anno 200, vada ripartito tra le regioni che hanno sottoscritto l'accordo di cui al comma 12 (perseguimento dell'obiettivo di equilibrio economico-gestionale), e hanno dato ad esso esecuzione, in ragione del grado di attuazione del programma stesso.
- in caso di inerzia delle amministrazioni regionali rispetto all'attuazione degli accordi e/o del permanere di una situazione deficitaria, il Governo debba adottare le penalizzazioni e le forme di intervento sostitutivo previste dalla normativa vigente.

La richiamata Circolare 12 Marzo 1999 del Ministero del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione Economica, redatto con l'intesa del Ministro degli Affari Regionali e del Ministero della Sanità, in particolare evidenzia una serie di punti di particolare rilevanza anche in materia sanitaria:

1 - Ambito Soggettivo:

- (a) gli obiettivi previsti dall'Art. 28 della L. 448/98 "si applicano al complesso dell'attività regionale inclusiva delle entrate e delle spese per l'assistenza sanitaria coinvolgendo, di fatto, nel processo di risanamento dei conti pubblici anche le aziende sanitarie e le aziende ospedaliere".

2 - Quantificazione degli obiettivi del comparto Regioni:

- (b) ciascuna Regione deve concorrere al risanamento in modo tale da perseguire l'obiettivo del risparmio dell'1% sulla spesa complessiva di tutto il comparto Regioni.
- (c) Il conseguimento di tale risparmio, pari a circa 1.000 miliardi, va perseguito migliorando il proprio saldo tendenziale 1999 (saldo tendenziale 1998, comprensivo dei saldi delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, incrementato, sulla base delle valutazioni macroeconomiche compiute dall'Amministrazione Centrale, del 3,6 %), mediante appropriate azioni correttive.
- (d) Ciascuna regione, deve pertanto perseguire l'obiettivo realistico di adottare interventi correttivi tali da determinare nel triennio 1999-2001 una riduzione del saldo tendenziale di ogni anno pari all'1% della spesa corrente 1998, al netto degli interessi e **comprensiva della spesa sanitaria**.

Questo significa che **la spesa sanitaria va, quin-**

di, conseguentemente ridotta in misura proporzionale alla sua incidenza sul disavanzo regionale per il 1998, per far sì che, nel triennio 1999-2001 si raggiungano gli indicati obiettivi di risparmio del 3,6%.

3 - Determinazione del disavanzo a saldo per ciascun Ente:

- (e) ai fini del controllo del disavanzo regionale, comprensivo della spesa sanitaria, che concorre alla formazione dell'indebitamento netto di tutte le Pubbliche Amministrazioni, vanno impiegate le regole contabili adottate per la verifica degli adempimenti previsti dal trattato di Maastricht.

4 - Azioni utili per il miglioramento dei saldi:

- (f) le azioni da compiersi in materia sanitaria per il richiesto miglioramento dei saldi, sono, come già indicato, prioritariamente quelle indicate dall'Art. 28, co.2 della L.448/98, essenzialmente mirate a:
- a) il perseguimento di obiettivi di efficienza, aumento della produttività e riduzione dei costi nella gestione dei servizi pubblici e delle attività di propria competenza;
 - b) il contenimento del tasso di crescita della spesa corrente rispetto ai valori degli anni precedenti;
 - d) l'aumento del ricorso al finanziamento a mezzo prezzi e tariffe dei servizi pubblici a domanda individuale;
 - e) la dismissione di immobili di proprietà non funzionali allo svolgimento della attività istituzionale.

È chiaro l'intento del Legislatore di evitare che gli obiettivi siano perseguiti attraverso la riduzione di spese per investimenti ovvero, con decrementi qualitativi nell'erogazione dei servizi offerti.

La Circolare, richiamando i disposti della Legge evidenzia come nella riduzione del disavanzo annuo debba essere mantenuta la corrispondenza tra funzioni e risorse, al fine di assicurare l'efficienza e l'efficacia dell'attività amministrativa.

5 - Valori di competenza e di cassa:

- (g) considerato che "il patto di stabilità interno" avrà vigore almeno per gli anni 2000 e 2001, in particolare in materia sanitaria, tenuto conto dei criteri civilistici che caratterizzano la gestione di bilancio delle Aziende USL ed Ospedaliere, si evidenzia come l'azione strutturale di riduzione dei disavanzi debba interessare l'intero processo di formazione dei bilanci di competenza (e non solo di cassa).

6 - Verifica mensile dell'andamento dei conti:

- (h) il co. 5 dell'Art. 28 della L. 448/98 prevede che la verifica della realizzazione degli obiettivi in corso d'anno vada operata su base mensile, cosicché le Regioni hanno il compito di predisporre entro il primo quadrimestre del corrente anno il prospetto annuale dimostrativo del saldo 1998 e del saldo programmatico 1999, da allegare, ove possibile, al bilancio di previsione del 1999. Tale termine appare, nella realtà, potersi considerare come meramente indicativo, atteso che le strutture del settore sanitario, impegnate per la prima volta nella adozione del bilancio di esercizio secondo le norme civilistiche, certamente non potranno per quella data, aver tutte inoltrato alla Regione Puglia i propri bilanci, per il necessario consolidamento.
- (i) Le Regioni, ai fini della verifica mensile, predispongono il prospetto dei dati di cassa effettivamente realizzati, complessivi dei saldi del complesso delle aziende ospedaliere e sanitarie locali, curandone il successivo invio al Ministero del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione economica.

Decretazione Delegata di applicazione della Legge 419/98 di riforma Ter del SSN

Con il D.Lgs 18-6-1999, in corso di pubblicazione, è stata data attuazione alla Riforma Ter prevista dalla Legge 419/98.

