



Bollettino ufficiale della Regione Puglia n. 155 del 23/10/2001

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 5 ottobre 2001, n.1392.

Documento di Indirizzo Economico-Funzionale del SSR per il 2001 (DIEF-SAN 2001) ed Obiettivi Funzionali per la Programmazione Triennale 2001-2003: Assegnazione alle Aziende USL, alle Aziende Ospedaliere, agli EE ed IRCCS dei limiti di remunerazione a valere sul FSR 2001.

L'Assessore alla Sanità, sulla base dell'istruttoria espletata dal Dirigente di Settore con la collaborazione dell'ARES, riferisce quanto segue:

Premessa

Nel mese di dicembre 2000, il giorno 22 e 23 sono state rispettivamente promulgate la Legge Regionale 28 (Variazione al bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2000) e la Legge dello Stato, n.388 (Legge Finanziaria 2001) che hanno introdotto nuovi elementi normativi in materia sanitaria.

In particolare, l' Art.83, co.4 della L.388/2000 pone in chiara evidenza come "nel rispetto degli adempimenti assunti dal Paese con l'adesione al patto di stabilità e crescita, a decorrere dall'anno 2001, le singole regioni, contestualmente all'accertamento dei conti consuntivi sulla spesa sanitaria da effettuare entro il 30 giugno dell'anno successivo, sono tenute a provvedere alla copertura degli eventuali disavanzi di gestione, attivando nella misura necessaria l'autonomia impositiva con le procedure e modalità indicate nei commi 5, 6 e 7" dello stesso articolo. In caso di inerzia delle amministrazioni regionali nell'adozione delle misure di cui al co. 6, il Governo adotta le forme d'intervento sostitutivo previste dalla normativa vigente.

Inoltre con l'Art. 84 (Eliminazione progressiva dei ticket sanitari) e l'Art. 85 (Riduzione dei ticket e disposizioni in materia di spesa farmaceutica), della Legge n.388/2000, a livello nazionale, si sono ingenerati considerevoli oneri aggiuntivi che costituiscono una delle portanti dell'impennata della spesa sanitaria nel 2001.

La situazione conseguentemente determinatasi, ha indotto il Governo e le Regioni a pervenire ad un nuovo Accordo, realizzato l'8 Agosto, modificativo di quello del 3 Agosto del 2000 che, se da una parte ha incrementato da parte del Governo le risorse destinate alla sanità, dall'altra ha fortemente responsabilizzato le Regioni in caso di eccedenza della spesa rispetto alle fonti rese disponibili dal FSN. Il conseguente Decreto Legge 18 settembre 2001, n. 347 "Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria" ne disciplina la esecuzione.

E' quindi, fondamentale che siano accentuate da parte dei Direttori Generali delle Aziende USL le azioni di sensibilizzazione nei confronti della Collettività, dei Medici di Medicina Generale, dei Pediatri di Libera scelta e degli altri Soggetti interessati alla tutela della salute pubblica affinché attuino ogni possibile, concreta azione di contenimento e di controllo.

Azioni di Contenimento introdotte dalla Regione Puglia

Le azioni di contenimento definite dall'Esecutivo Regionale servono, quindi, non a risparmiare in modo generico, ma a non depauperare risorse che altrimenti negli anni futuri non potranno più essere disponibili per la Tutela della Salute, o che dovranno essere sottratte allo sviluppo degli investimenti e del lavoro futuro della Collettività Pugliese.

Da questa valutazione non può essere avulsa la esigenza di procedere ad un pronto e razionale ridisegno funzionale dei Presidi Ospedalieri delle Aziende USL, delle Aziende Ospedaliere e degli IRCCS, delle strutture della Ospedalità privata, al fine di dar luogo alla contrazione "strutturale" dei correlati costi (da non confondere con una riduzione del grado di assistenza) ed ad una migliore integrazione, su base comprensoriale e regionale, dei diversi livelli di assistenza.

Libera Scelta e Diritto alla Salute

Preliminarmente va chiarito che il diritto alla salute, di cui all'Art.32 della Costituzione, è tutelato non incondizionatamente ma compatibilmente con altre esigenze, prima fra tutte quella relativa alla disponibilità dei mezzi finanziari (Art.81 della Costituzione) come peraltro ripetutamente sentenziato dalla Corte Costituzionale, sicché, proprio per tutelare il primo, giusta DGR 1003/99, è necessario comporre, in un equilibrato rapporto tra strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, il diritto alla libera scelta del Cittadino.

Giova, a questo riguardo richiamare, una per tutte, la valutazione compiuta dalla Corte Costituzionale nella Sentenza 24.7.1995 n.416 che, per estratto, recita:

"...come ha avuto occasione di sottolineare questa Corte (sentenza n.356 del 1992), in presenza di limitatezza delle risorse e riduzione delle disponibilità finanziarie accompagnata da esigenze di risanamento del bilancio...non è pensabile di poter spendere senza limite, avuto riguardo soltanto ai bisogni quale ne sia la gravità e l'urgenza; è viceversa la spesa a dover essere commisurata alle effettive disponibilità finanziarie, le quali condizionano la quantità ed il livello delle prestazioni sanitarie, da determinarsi previa valutazione delle priorità e compatibilità e tenuto ovviamente conto delle fondamentali esigenze connesse alla tutela del diritto alla salute, certamente non compromesse con le misure ora in esame."

E' quindi precisato, anche secondo un ormai consolidato indirizzo giurisprudenziale, che:

- a) non esiste un diritto incondizionato alla libera scelta del medico, potendosi esercitare tale scelta esclusivamente nei limiti oggettivi dell'organizzazione dei servizi sanitari;
- b) nell'ambito di detta organizzazione, le strutture ed i soggetti privati possono erogare le prestazioni e quelli pubblici devono renderle

Tanto premesso, il presente atto anche con riferimento ai disposti della Legge Regionale 28/00, costituisce segmento attuativo della programmazione pluriennale in materia sanitaria e non determina alcuna variazione o soluzione di continuità rispetto agli indirizzi, ai principi ed ai vincoli di programmazione già fissati dalla DGR 1832/99, dagli atti di indirizzo e coordinamento dalla stessa richiamati ed alla stessa successivi, quali, per ultima la DGR 469/01.

Correlatamente, il presente Documento di Indirizzo Economico Funzionale è strumento di attuazione

preliminare del richiamato Accordo 8 Agosto tra Stato e Regioni e del Decreto Legge n.347/01, nella salvaguardia del diritto alla salute costituzionalmente garantito nei limiti dell'Art.82 della stessa.

DEFINIZIONE DEI BUDGET DISTRETTUALI PER LA MEDICINA DI BASE E L'ASSISTENZA SPECIALISTICA:

L'Art. 85 (Dotazione finanziaria complessiva dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, degli specialisti ambulatoriali e convenzionati e dei medici di continuità assistenziale del distretto) prevede che ciascuna Regione individui, entro il 30 giugno 2001, nell'ambito del proprio territorio, uno o più distretti, ai quali assegnare, in via sperimentale, in accordo con l'azienda sanitaria interessata, una specifica dotazione finanziaria "virtuale" (compresa quindi nelle assegnazioni previste per ciascuna Azienda USL).

Secondo quanto disposto da detto articolo, in particolare, la regione assegna al distretto detta dotazione finanziaria virtuale, sulla base del numero di abitanti moltiplicato per la parte della quota capitaria concernente le spese per prestazioni farmaceutiche, diagnostiche, specialistiche, ospedaliere e residenziali, che si presumono indotte dall'attività prescrittiva dei medici di medicina generale nonché dei pediatri di libera scelta, degli specialisti ambulatoriali e convenzionati e dei medici di continuità assistenziale.

Riguardo all'argomento, coerentemente alla metodica di budget di cui alla LR 38/94, la Regione Puglia con il Documento di Indirizzo Economico Funzionale di cui alla DGR 1003/99, nella relativa sezione "BUDGET PER LA MEDICINA DEL TERRITORIO" aveva già individuato un percorso metodologico, approvato dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera scelta, derivante da sperimentazioni in tal senso già positivamente avviate nell'ambito dei Distretti della Azienda USL LE1 che appaiono pienamente coerenti con il dettato normativo successivamente definito dalla Legge Finanziaria 2001.

Nel ritenere quindi, ai fini della diffusione e dello scambio di esperienze scaturenti dal progetto di sperimentazione in materia di budgetting e monitoraggio previsto dalla Finanziaria 2001, di qualificare lo stesso come "di rilevanza regionale", detta iniziativa è attuata in un distretto per ciascuna Azienda USL, direttamente individuato dal Direttore Generale della stessa, contestualmente rendendo operativo l'OPCAT (l'Organismo Permanente di Consultazione per l'Assistenza Territoriale) istituito con la richiamata DGR 1003/99, esteso alle rappresentanze delle cinque categorie mediche di cui al co.4 dell'Art. 85 della L 388/2000.

Scopo del progetto è, tra l'altro, quello di definire entro il 31 Dicembre del corrente anno le modalità, i metodi e gli standard da applicarsi sull'intero territorio regionale in materia di budgetting e controllo dei risultati nell'ambito distrettuale, le cui risultanze concorreranno alla definizione dei contenuti del Documento di Indirizzo Economico Funzionale per il 2002 e per il triennio 2002-2004. Si richiama in proposito quanto disposto dal co. 5 del cit. Art. 85:

"NORME IN MATERIA DI RAZIONALIZZAZIONE, CONTENIMENTO E QUALIFICAZIONE DELLA SPESA SANITARIA"

Valore di Addebito delle Prestazioni Ospedaliere verso il Sistema Sanitario Nazionale
Con riferimento a quanto disposto dal co.7 (prestazioni sanitarie interessanti residenti di altre Regioni e

di altri Paesi) dell'Art. 20 della LR. 28/2000, nell'ambito del quale veniva demandata alla Giunta Regionale la determinazione delle modalità e dei criteri per la remunerazione delle prestazioni sanitarie rese a favore di residenti al di fuori della Puglia, ai fini della unificazione dei valori di addebito per prestazioni di mobilità nei confronti di altre Regioni, si assume quale tariffa di riferimento quella prevista dai corrispondenti DM del Ministero della Sanità, salvo diversa determinazione collegialmente assunta dalle Regioni in sede di Conferenza Stato Regioni.

Attesa la limitata portata economica del fenomeno, in tal maniera, si eliminano i complessi procedimenti di rettifica e di normalizzazione che altrimenti dovrebbero compiersi sui valori di concambio, sui parametri tariffari differenziati vigenti nell'ambito del SSR anche per effetto dei sistemi sanzionatori interni alla regione sui livelli complessivi di inappropriatazza dei ricoveri e delle prestazioni (a livello interregionale si applicano, infatti, modalità diverse riferite a singoli casi), etc., nonché in ragione degli effetti scaturenti dalle norme di razionalizzazione e contenimento della spesa di cui alla LR 28/00.

Tanto premesso, al fine di dare chiarezza ed univocità ai dati di bilancio delle strutture interessate ed al consolidato regionale del SSR, tenuto conto di quanto definito dalla DGR 190/01 in materia di standardizzazione delle modalità di trattamento economico - patrimoniale delle partite contabili in seno al SSR:

- a) si intendono riconosciute dalla Regione Puglia, e quindi remunerate secondo le vigenti tariffe regionali, le prestazioni erogate dalle singole strutture ed accettate dal Settore Sanità ai fini del loro inserimento nell'ambito delle procedure interregionali di mobilità;
- b) il riconoscimento da parte delle altre Regioni delle prestazioni e degli addebiti alle stesse correlate, costituisce consolidamento dei crediti della Regione Puglia verso le stesse (e di debito della Regione Puglia verso i Soggetti erogatori, per le maggiori somme a questi eventualmente dovute);
- c) alla fine della determinazione dei saldi dovuti alle singole strutture erogatrici, ferme le norme sanzionatorie interne alla regione in materia di inappropriatazza, gli importi residui relativi alle prestazioni riconosciute, detratti gli ammontari relativi a prestazioni eventualmente non accettate dalle altre Regioni, verranno ripartiti tra le strutture del SSR in diretta proporzione al valore di cui ai richiamati DM delle prestazioni erogate.

Contabilmente, quindi, i Soggetti erogatori apposteranno:

- d) nel valore della produzione, rispetto alle prestazioni erogate per residenti extraregionali ed accettate dal Settore Sanità, l'ammontare è determinato applicando le vigenti tariffe ministeriali;
- e) nei costi della produzione, analogamente a quanto già attuato con la DGR 1832/99, un accantonamento pari alla differenza tra il valore della produzione come determinato alla precedente lettera d) e quello derivante dalla applicazione di quanto previsto dalla lettera a);
- f) conseguentemente nell'attivo risulterà appostato un credito corrispondente al saldo tra l'importo sub d) e quello riconosciuto e provvisoriamente liquidato al soggetto erogatore in ragione delle vigenti tariffe regionali; nel passivo risulterà appostato un controvalore esattamente corrispondente a quello dell'attivo;
- g) al momento del consolidamento delle partite riconosciute/contestate da parte delle altre Regioni, i saldi così ottenuti costituiranno sopravvenienze, nell'esercizio in cui si verifica l'evento (nel caso di riconoscimento da parte delle altre Regioni della prestazione e del correlato valore di addebito, tale ammontare costituirà sopravvenienza attiva, con conseguente neutralizzazione, per pari somma, del fondo rischi costituito con gli accantonamenti di cui al precedente punto e).

Individuazione ex Art. 8 quinquies del D.Lgs 502/92 delle responsabilità delle Aziende USL e della

Regione - Art. 20 LR 28/2000

Coerentemente al percorso intrapreso con il Documento di Indirizzo Economico Funzionale di cui alla DGR 1003/99, confermato nel giugno 1999 dall'Art. 8-quinquies (Accordi contrattuali) del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni, in materia di definizione di Accordi Contrattuali, con la Legge Regionale 22 Dicembre 2000, in particolare con l'Art. 20, co.4 e con l'Art. 25, si è provveduto a definire legislativamente l'ambito di applicazione degli accordi contrattuali, individuando contestualmente i soggetti interessati, in particolare con specifico riferimento ai seguenti aspetti:

- individuazione delle responsabilità riservate alla regione e di quelle attribuite alle unità sanitarie locali nella definizione degli accordi contrattuali e nella verifica del loro rispetto;
- indirizzi per la formulazione dei programmi di attività delle strutture interessate, con l'indicazione delle funzioni e delle attività da potenziare e da depotenziare, secondo le linee della programmazione regionale e nel rispetto delle priorità indicate dal Piano sanitario nazionale;
- criteri per la determinazione della remunerazione delle strutture ove queste abbiano erogato volumi di prestazioni eccedenti il programma preventivo concordato, tenuto conto del volume complessivo di attività e del concorso allo stesso da parte di ciascuna struttura, tenuto conto dei disposti di cui agli Artt. 8 quater, 8 quinquies ed 8 sexies del D.Lgs, 229/99 così come richiamati dall'Art. 25 della LR 28/00;

A norma dell'Art. 8 quinquies del D.Lgs 30 Dicembre 1992 n.502 e successive modificazioni, è competenza dei Direttori Generali delle Aziende USL, nell'ambito di quanto definito dalla programmazione regionale, definire le attività da potenziare e da depotenziare, nonché il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima unità sanitaria locale, si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza.

In ragione di quanto previsto dalla programmazione nazionale e regionale in materia di riduzione delle risorse destinate al livello ospedaliero e degli attuali indici di ospedalizzazione dell'assistenza sanitaria, le prestazioni eccedenti il programma preventivo concordato vengono remunerate, sempre nei limiti invalicabili del tetto di remunerazione contrattualmente definito. Tenuto conto dell'obbligo costituzionale di garantire la salute della collettività, le strutture pubbliche sono obbligate a garantire i livelli assistenziali necessari.

Definizione dei Protocolli per le prestazioni in Day Hospital

Con il co.8 dell'Art. 20 della LR 28/2000 "a decorrere dal 1° gennaio 2001, le prestazioni in day-hospital erogate dalle strutture pubbliche ed equiparate devono essere rese nel rispetto di protocolli preventivamente autorizzati dalla Regione secondo la regolamentazione dettata con delibera di Giunta Regionale n. 2016 del 3/6/1998", il Legislatore Regionale ha inteso chiarire come il ricorso al day hospital vada attuato nel rispetto di determinati elementi diagnostico-terapeutici che non possono essere letti disgiuntamente da una analisi di natura epidemiologica e statistica.

Rispetto all'esperienza fin qui concretizzatasi, nel 1999, la modalità di accesso a prestazioni in day hospital, in particolare in taluni contesti, non appare essere stata sempre utilizzata in maniera appropriata.

Il seguente prospetto, ancorché provvisorio fornisce un significativo quadro di insieme sulle principali caratteristiche del fenomeno:

Nel corso del 1999 si è rilevata una crescita "esuberante", di prestazioni rese in day hospital molte delle quali appaiono erogabili in regime ambulatoriale, senza una correlata riduzione dei ricoveri per acuti. Anzi, in taluni contesti, ad una sostanziale concordanza nel numero dei ricoveri per acuti si è

sovrapposta una significativa crescita, che non appare giustificabile, delle prestazioni rese in Day Hospital.

Di converso, poiché gli indici rilevati nel 1999 sull'intera rete ospedaliera evidenziano come oltre il 59% delle prestazioni di ricovero sia caratterizzato da bassa intensità, se può essere (come è) obiettivo da perseguire il raggiungimento di livelli di appropriatezza anche nelle prestazioni in D.H. coerenti con gli indici fissati dall'Art. 21 della LR 28/200, la adozione di un comune sistema di trattamento (protocolli diagnostico-terapeutici) nel campo del Day Hospital (e del Day Surgery), può concorrere significativamente a favorire l'intrapreso processo di deospedalizzazione e razionalizzazione determinato dall'Esecutivo e dal Consiglio Regionale.

In attesa che la Commissione istituita con Determinazione Dirigenziale 23 Gennaio 2001 n.30 "DGR n. 2016 del 6.3.1998 - Regolamentazione del Day Hospital e del Day Surgery. Linee Guida. Attuazione. Istituzione Commissione Tecnico- Scientifica.", completi la individuazione delle patologie che possono essere trattate in regime di ricovero diurno, nonché la formulazione dei protocolli terapeutici e/o diagnostici e/o riabilitativi relativi alle prestazioni di Day Hospital e Day Surgery, tenuto conto di quanto regolamentato dalla richiamata DGR 2016/98, sono provvisoriamente autorizzate e considerate appropriate le seguenti tipologie di DH:

Analogamente, tenuto conto di quanto disposto dal co.8 dell'Art.20 della LR 28/00 (che prevede il riconoscimento delle prestazioni in D.H. rese nel rispetto di protocolli preventivamente autorizzati dalla Regione) e della importante "variabilità" evidenziata dall'analisi delle patologie e dei casi per DRG trattati in D.H., si ritiene opportuno (anche al fine di favorire la interoperabilità telematica tra le funzioni di gestione assicurate mediante il SISR e quelle di controllo di competenza delle UVAR, della CLH, della UOC e dell'OSS) ulteriormente esplicitare il compito della Commissione Tecnico-Scientifica indicando che nei suoi lavori consideri anche i seguenti elementi e requisiti:

1. Limitazione dei livelli di ammissibilità delle dichiarazioni per attività erogabili in DH (esistendo limiti tecnico-scientifici alla possibilità di erogare talune prestazioni, riconoscibili in DRG ad alta o altissima complessità, attraverso il DH);
2. Se la finalità della prestazione in DH è quella di erogare, con minori disagi per il Paziente e minor impegno di risorse e di struttura, prestazioni complesse di medio-bassa intensità, programmabili e non ambulatoriali, sono evidentemente da escludere da tale modalità i DRG con complicanze ed i DRG rappresentanti patologie acute traumatiche e comunque non prevedibili.
3. Per le innanzi dette ragioni va evidenziato e dichiarato il principio della normale "non ripetibilità" nell'anno solare per lo stesso Paziente della prestazione in DH, con esclusione dei DH terapeutici ciclici (es., chemioterapia).
4. Esigenza di porre particolare attenzione verso i DH diagnostici da considerare realizzabili in unico accesso, riservando l'accesso multiplo esclusivamente ai DH terapeutici ciclici (es, chemioterapia);

5. tenuto conto ai fini della priorità dell'ammontare (per frequenza e per valore) delle prestazioni in DH, definire e codificare, per ciascuna classe di DH ritenuta in sede tecnica idoneamente ed utilmente erogabile, il protocollo diagnostico-terapeutico. Con successivo provvedimento, la Regione provvederà, sentito l'Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER) ad avviare un progetto di sperimentazione atto a rilevare le informazioni utili al monitoraggio delle patologie oggetto delle prestazioni erogate in regime di DH/DS.

Si precisa inoltre che:

(a) ai fini della remunerazione delle prestazioni riconoscibili in DS e DH, salvo successiva disposizione della Giunta Regionale, con riferimento alle fasce di collocazione delle diverse strutture nelle Tipologie ex DCR 995/95 ed ai trattamenti tariffari definiti nel presente atto in esecuzione della LR 28/200, con le modalità di addebito rispettivamente previste per prestazioni di interscambio interne al SSR ed esterne allo stesso, queste ultime da determinarsi da parte della Giunta Regionale in esecuzione del cit. co.7 dell'Art. 20 della L.28/00:

I. per il DS, giusta DM 30.6.1997, si assumono le tariffe vigenti previste per i ricoveri di un giorno, comprensive di tutti gli accessi riferiti al caso trattato, secondo le modalità regolamentate dal presente atto di indirizzo e coordinamento in esecuzione della LR 28/00;

II. per il DH, quelle previste per ciascun accesso dal DM 30.6.1997, nei limiti massimi indicati dai protocolli da approvarsi dalla Giunta Regionale, secondo le modalità regolamentate dal presente atto di indirizzo e coordinamento in esecuzione della LR 28/00;

(b) dopo la approvazione da parte della Giunta Regionale degli atti della Commissione Tecnico-Scientifica di cui alla DET 30/01, tutte le prestazioni ospedaliere (Tipo Flusso A) non rientranti tra quelle per le quali è ammessa la erogazione in regime di Day Hospital e Day Surgery, comprese quelle del 2001 già inoltrate all'Ufficio 12 ed alla Camera di Controllo e Compensazione, dovranno essere stornate come tali e riaddebitate come prestazioni specialistiche ambulatoriali (Tipo Flusso C) e/o somministrazione diretta di farmaci (Tipo Flusso F) nel rispetto dei vigenti regimi tariffari e regolamentari.

(c) per le prestazioni di chemioterapia in regime di DH, al fine di concorrere alla economia di gestione del SSR ed alla riduzione dei saldi di mobilità passiva extraregionale, le strutture dotate di Servizi e/o di UO di Oncologia (Chemioterapia e/o Radioterapia), previste dal Piano di Riordino della Rete Ospedaliera, possono derogare dal limite del 10% dei PL di cui alla DCR 379/99, sentito il parere vincolante della Commissione Tecnico-Scientifica di cui alla cit. DIR 30/01, su autorizzazione della Giunta Regionale, sulla base di richiesta qualitativamente e quantitativamente motivata.

Acquisto di Beni Durevoli e Servizi

Quanto disposto in materia di beni e servizi dalla LR 28/00, in merito alle modalità attuative, è regolamentato dall'Atto di Giunta Regionale 20.3.2001 n.280 "Beni e Servizi: Direttive in materia di razionalizzazione, contenimento e qualificazione della spesa sanitaria di cui ai co.9 e 10 dell'art. 20 del Titolo II della Legge Regionale 22 Dicembre 2000 n.28".

Sempre in materia di beni e servizi, la regolamentazione è ulteriormente qualificata nell'ambito della LR. 31.5.2001 n. 14, mediante l'Art.17, che disciplina, tra l'altro, in esecuzione dell'Art, 59 della L.388/2000, le relazioni da attuarsi da parte delle strutture sanitarie, singolarmente o in forma aggregata, con la CONSIP, struttura del Ministero del Tesoro, per le finalità previste dalla normativa regionale e nazionale.

Appropriatezza nell'Erogazione delle Prestazioni di Assistenza Sanitaria

La Legge Finanziaria 2001 fornisce, tra l'altro, indirizzi in materia di monitoraggio delle prescrizioni mediche, farmaceutiche, specialistiche ed ospedaliere (Art.87) , nonché di controllo sulla appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni di assistenza sanitaria (Art.88).

La Legge Regionale 28/2000, con riferimento a quanto già definito dalla DGR 1832/99 in materia di raccordo tra attività della Camera di Controllo e Compensazione con il Gruppo Regionale del PRUO per la verifica ed il miglioramento del grado di appropriatezza dei ricoveri e dell'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera, definisce, come si dirà in appresso, specifici obiettivi e correlate azioni sanzionatorie:

Sul tema, la Regione Puglia, già con la Determinazione 19.4.2000 n.136 ai fini della liquidazione dei saldi relativi alle prestazioni di ricovero per acuti e DH erogate dalle Aziende Ospedaliere nel 1998, ha dato luogo all'impiego degli indici minimi di appropriatezza determinati dalla Camera di Controllo e Compensazione, conformemente a quanto previsto dalla DGR 1832/99 in materia di mobilità infraregionale.

Relativamente alle produzioni 1999 le elaborazioni di controllo, evidenziano rispetto alla fase di consolidamento raggiunta, "segnalazioni" sul valore delle prestazioni di ricovero e cura comprese, per ciascuna struttura erogatrice, nei range percentuali di seguito riepilogati:

Rispetto ai conseguenti accertamenti da compiersi a cura delle UVAR sulle produzioni 1999 in

esecuzione del punto 14 del dispositivo della DGR 469/2001, si darà conseguentemente luogo al consolidamento delle diverse partite patrimoniali. Detti consolidamenti, relativamente alle attività di ricovero e DH riferite all'esercizio 2001, terranno conto anche delle risultanze scaturenti dai controlli PRUO in esecuzione dell'Art. 21 della LR. 28/2000.

Debito Informativo

Ai sensi dell'Art. 8 octies del D.Lgs 502/92 e dei principi in materia di appropriatezza nell'erogazione dell'assistenza sanitaria della LR 28/00, il mancato adempimento di quanto disposto dal punto 19 (individuazione del Soggetto Prescrittore) della DGR 1003/99 e dei termini di comunicazione di cui alla Circolare Dirigenziale n.1/2000, costituisce a tutti gli effetti di legge, "debito informativo" delle Strutture del SSR, come tale sanzionato.

In fase di prima applicazione, detta sanzione è applicata verso l'Ente, Azienda o Istituto interessati in misura pari allo 0,2% del tetto massimo di remunerazione o della assegnazione prevista in sede di riparto. Dette decurtazioni vanno ad alimentare il fondo imprevisti di cui all'Art. 10 della LR 38/94.

Il tema concernente la razionalizzazione nell'uso delle risorse, l'appropriatezza ed il monitoraggio delle prestazioni mediche, farmaceutiche, specialistiche ed ospedaliere (sia in materia di ricoveri per acuti che in Day Hospital) è elemento pregnante della LR 28/00 che, come già indicato, eleva a rango normativo il complesso di azioni definito in materia sanitaria dai diversi atti di indirizzo e coordinamento a tal fine deliberati dalla Giunta Regionale.

In materia di controllo sulla appropriatezza delle prestazioni, i contenuti della DGR 1800/98 e della DGR 4437/98 istitutive presso tutte le strutture del SSR delle Unità di Verifica sulla appropriatezza delle prestazioni sanitarie, nonché della 1832/99 concernente il Progetto PRUO, evidenziano la piena concordanza dei principi ispiratori della programmazione e della normativa regionale in materia di controllo con i contenuti delle successive leggi dello Stato, riferendosi in particolare all'Art. 72 della L.448/98, all'Art. 8-octies del D.Lgs 229/99, combinatamente a quelle ultime sulla materia di cui agli Art. 87 (Monitoraggio delle prescrizioni mediche, farmaceutiche, specialistiche e ospedaliere) ed 88 (Disposizioni per l'appropriatezza nell'erogazione dell'assistenza sanitaria) della Legge 23 Dicembre 2000 n. 388.

Circa gli aspetti più strettamente correlati con le disposizioni per l'appropriatezza nell'erogazione dell'Assistenza Sanitaria) di cui all'Art.21 della LR 28/2000, si è inteso dare continuità a quanto già previsto in materia nella DGR 1832/99.

Ai fini della verifica e del miglioramento dell'appropriatezza nell'erogazione dell'assistenza sanitaria e della remunerazione delle prestazioni dei soggetti erogatori presso i quali si registrano frequenze di ricoveri inappropriati, con l'Art. 21 della LR 28/2000 vengono definiti i seguenti standard:

"a) per l'anno 2001 riduzione delle percentuali di inappropriata rilevate con l'applicazione del progetto PRUO (Protocollo di Revisione dell'Uso dell'Ospedale), del 20% fino ai valori soglia di inappropriata del 30% per l'intero ricovero e del 40% per la giornata di ammissione di ricovero.

b) Per l'anno 2001 la remunerazione complessiva dei soggetti erogatori che non realizzano l'obiettivo assegnato di cui al punto a), o che alla terza fase del progetto PRUO (Protocollo di revisione dell'Uso

dell'Ospedale) risultano comunque inadempienti rispetto all'obiettivo medesimo, è abbattuta nella misura non inferiore al 10%.

La Giunta Regionale nel provvedimento di programmazione economica finanziaria provvederà a definire ulteriori criteri e programmi per migliorare l'appropriatezza delle prestazioni.

Le Aziende USL hanno facoltà di verificare ai fini della compensazione finanziaria, presso le Aziende Ospedaliere l'appropriatezza della durata dei ricoveri che eccedano quella prevista dai relativi DRG. "

Sempre ai fini del monitoraggio delle prescrizioni mediche, farmaceutiche, specialistiche e ospedaliere da parte della Camera di Controllo e Compensazione e delle disposizioni per l'appropriatezza nell'erogazione dell'assistenza sanitaria, si richiamano, accanto ai contenuti dei corrispondenti articoli della L. 388/00, le disposizioni attuative del Titolo II della LR 28/00 in tal senso già impartite dall'Assessore alla Sanità, con la già richiamata Direttiva Assessorile 8 Dicembre 2000 prot. 24/25521/122/Coord, ove è disposto che:

" le Aziende USL, sulle prestazioni di ricovero per acuti, in day hospital, di lungodegenza, di riabilitazione ex Art. 26 ex L. 833/78, di specialistica ambulatoriale, di medicina di base e di assistenza farmaceutica, diano subito corso ad azioni di contenimento nonché all'attivazione di effettivi e sistematici controlli, sia nel pubblico che nel privato" non disgiuntamente, nei casi in cui ciò fosse richiesto dai fatti, da "atti di natura disciplinare e sanzionatoria."

Effetti dell'Azione Sanzionatoria sull'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni di Ricovero Ospedaliero nelle Strutture Pubbliche e della Ospedalità Privata - di cui al co. 1 dell'Art.21 LR 28/2000

In materia sanzionatoria, atteso l'effetto patrimoniale (sopravvenienze passive) scaturente dalla azione sanzionatoria prevista dalla lettera b) dell'indicato Art. 21 nel caso in cui le strutture ospedaliere pubbliche e private non raggiungano gli standard di appropriatezza ivi previsti, trattandosi di misure interessanti la "remunerazione complessiva", appare opportuno fissare quale aliquota, quella minima del 10% indicata dalla stessa legge regionale e rispetto a questa determinare le gradualità comminatorie.

L'effetto è comunque molto grave atteso che, per esempio, su una remunerazione complessiva di 200 Miliardi, ove si riconoscesse il 100% della sanzione, ciò corrisponderebbe ad una "perdita secca" di 20 Miliardi (10% della remunerazione complessiva), con la conseguenziale l'automatica decadenza del Direttore Generale, a norma del co.2 dell'Art. 24 della LR 28/2000).

Conseguentemente, ai fini della gradualità delle sanzioni, le stesse sono articolate con riferimento all'indice generale di inappropriatazza del ricovero come segue:

La medesima graduazione è applicata nei confronti delle strutture che alla terza fase del progetto PRUO (Protocollo di revisione dell'Uso dell'Ospedale) risultano comunque inadempienti rispetto all'obiettivo

determinato dalla Legge Regionale.

Dotazioni Organiche e Numero di Dipendenti delle Strutture del SSR: Norme di Contenimento e Razionalizzazione - Art. 23 LR 28/2000

Si rammentano gli adempimenti previsti dall'Art. 23 della LR 28/2000 ed i contenuti della Direttiva del Presidente della Giunta Regionale 2 Marzo 2001, prot. 01/04426/61B "LR 22 Dicembre 2000 n.28. Criteri Applicativi Art.23".

Regolamentazione delle prestazioni specialistiche rientranti nei livelli essenziali di Assistenza

Preliminarmente si precisa che:

a) possono essere prescritte con oneri a carico del SSR, in quanto rientranti nei livelli essenziali di assistenza definiti dalla Regione Puglia, esclusivamente prestazioni comprese nei vigenti nomenclatori tariffari regionali, rimanendo le altre prestazioni a totale carico del Cittadino sia se compiute in ambito regionale che extraregionale;

b) il Soggetto prescrittore sulla ricetta deve provvedere anche mediante codice desunto dal nomenclatore regionale alla consequenziale identificazione della relativa prestazione, essendo egli tenuto ad informare il Cittadino sulle prestazioni non rientranti tra quelle per le quali il SSR garantisce la erogazione con oneri a proprio carico.

Tanto premesso in via generale, al fine di regolamentare l'accesso alle prestazioni specialistiche rientranti tra quelle per le quali è garantita la erogazione con oneri a carico del SSR, tenuto conto della tipologia e della frequenza di prestazioni erogate per branca e delle segnalazioni compiute dalla Corte dei Conti sulla materia, in attesa di procedere ad una generale revisione del nomenclatore tariffario regionale, si definiscono, a stralcio, le seguenti direttive riguardanti, anche ai fini della riduzione delle liste di attesa, alcune prestazioni interventistiche.

branca di Oculistica,

I trattamenti con laser, con oneri a carico del SSR, per correzione dei vizi di rifrazione sono da erogare esclusivamente in presenza delle seguenti indicazioni clinico-diagnostiche:

a) miopia, con o senza astigmatismo, che superi in ciascun occhio le sette diottrie anche in un solo meridiano;

b) astigmatismo superiore alle 4,00 Dcyl;

c) anisometropie congenite in cui l'equivalente sferico differisca di più di tre diottrie, limitatamente all'occhio più ametropo.

I suddetti trattamenti interventistici vanno compiuti nell'ambito di un protocollo che preveda le seguenti prestazioni (package), già comprese nel vigente nomenclatore tariffario regionale o introdotte con il presente provvedimento:

Ai fini del controllo sulla appropriatezza delle prestazioni da erogare alle categorie di Pazienti innanzi individuate, salvo casi di motivata e documentata urgenza, i Soggetti erogatori sono tenuti a programmare gli interventi almeno dopo 60 giorni dalla data di inserimento nella lista d'attesa, tempo congruo perché la Azienda USL territorialmente competente possa provvedere alla esecuzione dei preliminari accertamenti.

Il giorno programmato per l'intervento, lo Specialista deve procedere ad una nuova

TOPOGRAFIA CORNEALE Lit. 112.500

di controllo, al fine di accertare le condizioni ottimali per l'esecuzione della prestazione interventistica. In caso di rinvio la successiva topografia corneale va effettuata con oneri ad esclusivo carico del Soggetto erogatore.

Entro 15 giorni dalla data di esecuzione dell'intervento il Soggetto erogatore, al fine di innalzare il livello di controllo sulla qualità della prestazione erogata dal SSR, provvederà a richiamare il paziente per la esecuzione di una:

STUDIO DELLA TOPOGRAFIA CORNEALE Lit. 112.500

che permetta di rilevare ed accertare il beneficio ottenuto (topografia differenziale) dando comunicazione dell'esito al Paziente.

branca di Radiodiagnostica

Nell'ambito della diagnostica senologica, anche al fine di elevare i livelli preventivi di assistenza, è necessario garantire l'erogazione di prestazioni di biopsia microistologica con aspirazione forzata automatica in modo da conseguire risultati analoghi a quelli ottenibili con tecniche di biopsia a cielo aperto.

In tale modo possono registrarsi numerosi vantaggi rispetto alla chirurgia tradizionale:

- a) rapidità di esecuzione e comfort della Paziente in regime ambulatoriale;
- b) riduzione degli stati d'ansia nella Paziente e nei familiari
- c) riduzione dei costi per unità di prestazione;

- d) riduzione dei tempi di diagnosi definitiva;
- e) assenza di esiti cicatriziali post chirurgici

Per quanto sopra sono da prevedersi, ai fini del loro inserimento nel Nomenclatore regionale per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, le seguenti voci:

Considerata la particolare natura delle suddette prestazioni, le stesse devono essere autorizzate a cura del medico specialista della struttura sanitaria pubblica o dal medico di base, su proposta di medico specialista anche privato.

Prestazioni specialistiche del Settore Privato - Art. 25 della LR 28/2000:

In esecuzione del D.Lgs 30 dicembre 1992 n.502 e successive modificazioni di cui all'art.8 quater, quinquies, e sexies del D.Lgs 19 giugno 1999 n.229, e dell'Art. 25 della LR 28/2000, in materia di fissazione dei limiti di remunerazione per le prestazioni interessanti l'assistenza specialistica e la diagnostica strumentale ambulatoriale erogate da soggetti privati provvisoriamente accreditati, vengono confermati per il 2001 quelli già previsti dallo stesso articolo della legge regionale e quindi quelli determinati in esecuzione della Deliberazione di Giunta Regionale 27 dicembre 1999 n.1832, decurtati dei tetti di remunerazione per tali prestazioni che risultano incorporati con il presente atto nei limiti massimi di remunerazione degli IRCCS privati e degli Enti Ecclesiastici.

Premesso che sulla materia la Corte dei Conti rileva come dalla "Relazione generale sulla situazione economica del Paese 1999" del Ministero del Tesoro, "...nell'esame dell'incidenza percentuale delle singole voci sulla spesa sanitaria totale, tra le Regioni a statuto ordinario, la Puglia risulterebbe avere la maggiore incidenza percentuale di spesa, proprio per la Specialistica esterna", il limite regionale di remunerazione per le prestazioni di assistenza specialistica e di diagnostica strumentale ambulatoriale, viene rideterminato in Lit. 212,1 MLD, con un incremento di Lit. 10,1 MLD rispetto a quello di Lit. 202 MLD fissato dalla DGR 1832/99, da ritenersi tetto invalicabile.

Tale maggiore disponibilità del 5% (determinata a livello regionale in misura analoga a quella qui prevista in materia di rapporti con la ospedalità privata), non costituisce in alcun modo elevazione dei tetti massimi di remunerazione definiti negli accordi contrattuali già sottoscritti tra le USL e le Parti interessate in esecuzione dell' Art.25 della LR 28/00.

a) Detto nuovo limite può essere acceduto dalle sole Aziende USL la cui previsione di costo per prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale da privato non ecceda per i propri assistiti l'importo medio capitaro di Lit. 51.940 (Lit.212,1 MLD/ 4.083.572 Abitanti), impiegando la misura massima del 5% dei costi già programmati e definiti in materia di assistenza specialistica (comunque, nel limite invalicabile determinato dalla nuova quota capitaria prevista per l'assistenza ambulatoriale) esclusivamente per sostenere eventuali azioni mirate alla miglior qualificazione del volume e della

tipologia delle prestazioni (riduzione dei tempi di attesa e miglior finalizzazione rispetto ai bisogni di salute della Collettività).

Non modificando detta ulteriore disponibilità prevista a livello regionale i tetti massimi di remunerazione già definiti da ciascuna Azienda USL con le strutture provvisoriamente accreditate, le eventuali prestazioni aggiuntive che potranno essere erogate da queste ultime in ragione di quanto regolamentato con il presente provvedimento, verranno conseguentemente remunerate con l'applicazione degli abbattimenti tariffari previsti dalla LR 28/00.

La remunerazione avverrà per le sole tipologie di prestazioni aggiuntive specificatamente richieste dalla USL e nel limite del tetto invalicabile di remunerazione da questa, a tal fine, rideterminato.

b) Per le Aziende USL la cui previsione di costo capitaro è già esuberante quello fissato al punto a), l'indicato valore medio regionale, tenuto conto della segnalazione della Corte dei Conti, è obiettivo primario di razionalizzazione a cui tendere, meglio finalizzando a tal fine la capacità diretta delle proprie strutture di erogazione.

Rispetto a questo obiettivo ed alla disposizione di dar luogo alla definizione dei budget distrettuali, la funzione di regolazione da compiersi anche a cura dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera scelta acquisisce rilevanza essenziale anche in ragione di quanto disposto dal DL 347/01.

Nota: le Aziende USL, al fine di ottenere una coerente valutazione del proprio livello di costo per specialistica da privato, congiuntamente ai costi programmati in base agli accordi contrattuali direttamente sottoscritti con i Soggetti provvisoriamente accreditati, per le prestazioni di tale natura erogate a cura degli Enti Ecclesiastici ed IRCCS privati, in assenza di specifico accordo bilaterale, dovranno fare riferimento, in prima approssimazione, alle migliori stime disponibili o, quanto meno, all'ammontare di prestazioni di cui si è fruito nel 1999;

Prestazioni ospedaliere ed ex Art.26 L.833/78 del Settore Privato - Art. 25 della LR 28/2000:

In applicazione del co.2 dell'Art. 8 quinquies del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, presso l'Assessorato alla Sanità si sono avuti incontri con le Organizzazioni rappresentative a livello regionale dei Soggetti e delle Strutture della Ospedalità Privata transitoriamente accreditati, nonché delle Strutture Private transitoriamente accreditate all'esercizio di prestazioni ex Art. 26 L.833/78.

Detti incontri, volti alla definizione di chiare regole contrattuali , concorrono anche alla qualificazione delle azioni di programmazione in atto da parte della Regione in particolare in materia di:

- a) programmi di integrazione dei servizi pubblico - privati rispetto agli obiettivi di salute;
- b) criteri per l'individuazione del volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima unità sanitaria locale, si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza, ferme restando le azioni di potenziamento- depotenziamento indicate al co.1 del cit. articolo 8 quinquies di cui agli Artt. 20 e 25 della LR 28/2000.
- c) requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa;
- d) il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, globalmente risultante dalla applicazione dei valori tariffari;
- e) debito informativo delle strutture erogatrici per il monitoraggio degli accordi pattuiti e le procedure che

dovranno essere seguite per il controllo esterno della appropriatezza e della qualità della assistenza prestata e delle prestazioni rese, secondo quanto previsto dall'articolo 8-octies;

f) affinamento del sistema tariffario in ragione del tipo, della durata e dell'intensità della prestazione, tenuto conto dei relativi costi standard;

In queste premesse si è dato corso alla definizione dei preliminari di intesa sottoscritti in Data 3 Aprile 2001 dall'Assessorato alla Sanità, dall'AIOB e dall'ARIS.

Rispetto ai contenuti degli stessi, in materia di:

a) Ospedalità Privata:

a seguito di invito, con Verbale di chiarimento del 18 Luglio 2001 tra l'Assessorato alla Sanità ed AIOB-ARIS, si è dato corso alla definizione di necessari affinamenti attuativi, da sottoporsi, anche con eventuali precisazioni, modifiche ed integrazioni, alla approvazione da parte della Giunta Regionale;

b) Prestazioni ex Art. 26 L.833/78

sempre con le stesse Organizzazioni rappresentative, anche in materia di prestazioni riabilitative ex Art.26 L.833/78 e con analoga procedura, si è dato luogo alle necessarie omogeneizzazioni attuative, riportate nel Verbale di chiarimento 6 - 8 Agosto 2001, da sottoporsi, anch'esso con eventuali precisazioni, modifiche ed integrazioni, alla approvazione da parte della Giunta Regionale;

Accordo Contrattuale con la Ospedalità Privata ed in materia di prestazioni ex Art. 26 L.833/78

Preso atto dei contenuti dei preliminari di accordo in materia di Ospedalità privata di cui ai Verbali 3 Aprile e 18 Luglio 2001 e quelli in materia di prestazioni ex Art, 26 L.833/78 di cui ai Verbali del 3 Aprile e del 6-8 Agosto 2001, gli stessi si intendono approvabili con le seguenti precisazioni e regolamentazioni da assumersi alla base degli accordi contrattuali tra le Aziende USL e le singole strutture provvisoriamente accreditate.

Ricoveri Ospedalieri in Assistenza Diretta

In materia di prestazioni di ricovero nelle Case di Cura della Ospedalità privata erogate in regime di assistenza diretta, il relativo preliminare di accordo 3 Aprile 2001, come meglio qualificato dal successivo chiarimento a verbale del 18 Luglio 2001, si intende approvabile con le seguenti precisazioni e richiami al pre accordo del 30.3.2000:

A) in merito al punto 4 (certezza dei flussi finanziari verso il sistema della Ospedalità Privata) e per quanto previsto al punto 6 (atti e determinazioni di indirizzo verso i Direttori Generali delle Aziende USL) della lettera A) del preaccordo 30.3.2000, in esecuzione di quanto disposto dalla LR 7/97 per la funzione dirigenziale, di autorizzare il Coordinatore di Settore, con propria determinazione dirigenziale:

a) sulla base di specifica deliberazione del Direttore Generale dell' ARES avente ad oggetto "linee guida per la uniforme applicazione sul territorio regionale dei patti e dei principi di cui agli accordi con le strutture della Ospedalità Privata" approvati con il presente provvedimento, a rendere esecutive le stesse nei confronti di tutte le Aziende USL della Regione;

b) previa valutazione, a regolamentare, sentito il Direttore Generale dell' ARES (e per quanto attinente la misura delle anticipazioni erogabili a valere sul fondo di garanzia, la Camera di Controllo e Compensazione), le modalità mediante cui procedere da parte del Settore ad erogazioni di natura finanziaria atte a meglio garantire la correttezza dei pagamenti da parte delle USL per le prestazioni di ricovero erogate da parte delle Case di Cura verso Pazienti altrove residenti;

B) in merito al punto 5 (accontazioni mensili) del preaccordo 30.3.2000, lo stesso deve intendersi regolamentato secondo le modalità di cui al punto 2) della Dichiarazione a Verbale n.1 del 3 Aprile 2001. E' appena il caso di precisare che, ferma la generale impostazione con cui vengono determinati i fondi per la remunerazione delle prestazioni erogate dalla Ospedalità Privata da parte delle singole Aziende USL interessate, a norma del Titolo II della LR 28/2000, come peraltro precisato dalla lettera E) del "Chiarimento a Verbale del 18 Luglio 2001", è competenza dei Direttori Generali determinare "le attività da potenziare e depotenziare, la definizione dei volumi, della tipologia e delle modalità di erogazione delle prestazioni richieste, gli accordi contrattuali con detti soggetti e la verifica del loro rispetto anche in materia di appropriatezza delle prestazioni erogate." nei limiti invalicabili per dette USL fissati dalla programmazione regionale.

Ricoveri Ospedalieri in Assistenza Indiretta

A) in merito al punto 1 (proroga dell'assistenza indiretta) della lettera B) del preaccordo 30.3.2000 richiamato nel preaccordo del 3 Aprile 2001, lo stesso è regolamentato per legge (per ultimo, si veda l'Art. 22 della LR 28/00), sicché la richiesta indicata al primo comma della Dichiarazione a Verbale n.1 del 3 Aprile 2001, non può conseguentemente in questa sede essere accolta;

B) In materia di budget per l'assistenza indiretta, per quanto previsto dal punto 2) della Lettera B) del preaccordo 30.3.2000, così come richiamato nel preliminare di accordo del 3 Aprile 2001 tra Assessorato alla Sanità ed AIOP, nel riconfermare, quale limite invalicabile ai sensi della LR 28/2000, il tetto massimo previsto dalla DGR 3689/98 (50 MLD), si riportano gli ammontari di riferimento per tale tipo di prestazioni, per Azienda Usl, relativi al 1999, così come richiesto da detto pre accordo contrattuale:

Con riferimento alla LR 28/00, tenuto conto dei contenuti dei Verbali del 3 Aprile 2001 e del 6 Agosto 2001 in materia di prestazioni di riabilitazione, ex Art. 26 L.833/78 sono confermate le disposizioni della DGR 1832/99 per quanto qui non modificato:

A) Tariffe da applicarsi, con un adeguamento rispetto a quelle definite dalla DGR 1832/99, del 5% per tutte le prestazioni, elevato al 10% per quelle di "Internato Grave", a partire dall'1.1.2001 e fino a diversa disposizione legislativa e/o regolamentare:

Dette tariffe, giusta DGR 1832/99, costituiscono quelle "massime" di riferimento e sono base, a norma del D.Lgs 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni per le "contrattazioni" tra le singole USL e le strutture provvisoriamente accreditate, da regolarsi ai sensi del co.2 dell'Art.8 quater del D.Lgs 229/99, così come richiamato dal co.6 dell'Art.25 della LR.28/00.

Per le prestazioni ex Art. 26 L.833/78 i Direttori Generali delle Aziende USL territorialmente competenti sono tenuti all'esercizio delle funzioni di controllo e monitoraggio previste dalla vigente regolamentazione, anche in materia di appropriatezza.

Al riguardo si richiamano in particolare le disposizioni della DGR 1832/99 che in materia di proroghe del programma riabilitativo prevedono come le stesse vadano notificate al competente servizio della Azienda USL che effettua specifici controlli:

- 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.23.12.94, n.724.

B) A) Il tetto massimo regionale invalicabile per la remunerazione delle prestazioni ex Art. 26 L.833/78 è elevato del 5% rispetto a quello definito dalla DGR 1832/99 e, quindi, a far data dall' 1.1.2001 è di 147 MLD;

C) A norma della LR 28/00, le prestazioni sono remunerabili fino alla concorrenza del tetto invalicabile fissato per ciascuna struttura dalla Azienda USL territorialmente competente, adottando le regressioni tariffarie di cui alla DGR 1832/99.

D) Ai fini dell'applicazione nei confronti delle diverse strutture delle previste regressioni tariffarie, analogamente a quanto determinato per il livello regionale (inizio della regressione a partire dall'ammontare di Lit.140 miliardi sino al tetto invalicabile di Lit 147 miliardi.), per le stesse, fermi i potenziamenti e depotenziamenti di cui al co. 4 dell'Art. 20 della LR 28/00, le regressioni partono dall'ammontare a ciascuna di queste riconosciuto per l'anno 1999 fino al tetto invalicabile alle stesse assegnato, tenuto conto della tipologia di prestazioni da questi erogate.

E) In materia di prestazioni riabilitative ex Art. 26 della L.833/78, la erogazione delle diverse tipologie (internato, seminternato, ambulatoriale - extramurale, domiciliare, assenze terapeutiche) presso i centri di riabilitazione provvisoriamente accreditati, è quindi attualmente disciplinata dalla regolamentazione di cui al presente atto, dalla DGR 533/88, integrata dalla DGR 2646/88, dalla LR 6/95, con le regolamentazioni concernenti l'accesso di cui alle DGR n.1800/98,1003/99,1832/99, qui richiamata, nel quadro di razionalizzazione definito dalla LR 28/00.

F) Analogamente a quanto previsto dal preliminare di accordo in materia di prestazioni interessanti le prestazioni di ricovero per acuti erogate dalle strutture della Ospedalità Privata, a norma del Titolo II della LR 28/2000, come peraltro precisato dalla lettera H) del "Chiarimento a Verbale del 6 Agosto 2001", è competenza dei Direttori Generali determinare "le attività da potenziare e depotenziare, la definizione dei volumi, della tipologia e delle modalità di erogazione delle prestazioni richieste, gli accordi contrattuali con detti soggetti e la verifica del loro rispetto anche in materia di appropriatezza delle prestazioni erogate." nei limiti invalicabili per dette USL fissati dalla programmazione regionale.

G) in merito al punto 5 (accontazioni mensili) del preaccordo 30.3.2000, lo stesso deve intendersi regolamentato secondo le modalità di cui al punto 2) della Dichiarazione a Verbale n.1 del 3 Aprile 2001, in analogica applicazione di quanto già indicato nella sezione relativa ai "Ricoveri Ospedalieri in Assistenza Diretta".

Le componenti e gli elementi così definiti hanno validità fino a che non vengano determinati i requisiti minimi di cui devono disporre le strutture per l'esercizio dei diversi tipi di prestazioni di riabilitazione, e fino a che, in esecuzione della DGR 1832/99 e di quanto previsto nel presente atto, non venga regolamentato e definito il correlato nuovo sistema di remunerazione graduale delle prestazioni da approvarsi da parte dell'Esecutivo Regionale.

Livelli di Ospedalizzazione

In materia di tasso di ospedalizzazione, il presente riepilogo fornisce un efficace quadro di sintesi sulla situazione della Puglia nel 1999 da cui partire, coerentemente ai principi del Titolo II della LR 28/2000 per le conseguenti azioni di razionalizzazione.

Posti Letto

I posti letto attivi al 1999 (per la Ospedalità Privata, al 1998) risultano, partitamente per Aziende Sanitarie, EE,IRCCS e Case di Cura Private essere distribuiti per provincia, con l'indicazione dei PL attivi ogni 1000 Residenti.

Depotenziamenti

Tanto premesso, la programmazione nazionale e regionale prevedono il progressivo depotenziamento (Art. 8-quinquies,co.1,lettera b) del D.Lgs 502/92, così come modificato dal D.Lgs 229/99) delle risorse assegnabili al livello ospedaliero (la DCR 379/99 prevede la riduzione della spesa ospedaliera annuale della regione del 2% per il 1999, del 2,5% per il 2000 e del 3% per l'anno 2001) ed il complementare potenziamento del livello distrettuale.

La Deliberazione di Consiglio Regionale 2-3 Febbraio 1999 n.379 "Piano di Riordino della Rete Ospedaliera in Puglia, di cui alla DGR 4170/98", definisce in materia un preciso percorso che prevede, tra l'altro per le Aziende USL prioritariamente, le disattivazioni e/o riconversioni previste dal Piano.

Dette azioni di depotenziamento vanno, quindi, prontamente attuate per "liberare" risorse dalle attuali destinazioni ed impegnarle verso più appropriati impieghi.

In particolare rispetto a quanto disciplinato da detta Deliberazione del Consiglio Regionale n.379/99 e dall'Art.5 della LR 17/99, in via transitoria, nelle more dell'adozione del Piano Sanitario Regionale:

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

0,8, Indice di Occupazione < 0,80 , in perdita di esercizio e/o in condizioni strutturali inidonee

Dalla valutazione scaturente dalla comparazione dei PL attivi, dei tassi di ospedalizzazione innanzi riportati e dalle risultanze indicate nella DGR 469/2001 in materia di intensità delle prestazioni erogate

in cui si è evidenziato che oltre il 90% dell'attuale fabbisogno di assistenza ospedaliera nella Regione Puglia rientra nelle classi di prestazione di Bassa (59,1%) e Media Intensità (31,7%), non può non derivare la esigenza di procedere ad un pronto, razionale e "calibrato" depotenziamento funzionale dei Presidi Ospedalieri delle Aziende USL ed alla correlata riduzione degli indici di accesso al ricovero ospedaliero quale forma di erogazione dell'assistenza sanitaria.

Partendo dal ridisegno in corso della Rete Ospedaliera (che non potrà seguire logiche di "campanile") volto a conseguire e sviluppare un Nuovo Sistema di Servizio e Sicurezza Sanitaria per il Cittadino, si tratta, ora, preliminarmente di liberare e riallocare risorse al fine di porre in essere i fattori propedeutici per dar luogo ad azioni concrete di:

- rivitalizzazione, ammodernamento tecnologico, strutturale ed organizzativo della rete dei Servizi Territoriali e dei Presidi Ospedalieri delle Aziende Sanitarie;
- bilanciamento delle capacità erogative, anche tenuto conto delle complementarietà ed integrazioni ottenibili dagli IRCCS pubblici, dagli Enti Ecclesiastici, ed, ingenerale, dal settore privato, in particolare per le prestazioni di alta specialità

Nell'immediato e rispetto a tale scopo, richiamati, per estratto:

a) il co.4 Art.20 (LR 22.12.2000 n.28), ".....è competenza dei Direttori generali della ASL nell'ambito di quanto definito dalla programmazione regionale, definire le attività da potenziare e da depotenziare, nonché il volume massimo di prestazioni, distinto per tipologia e per modalità di assistenza, che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima unità sanitaria locale si impegnano ad assicurare." e del

b) il co.5 Art.20 (LR 22.12.2000 n.28) "Le aziende sanitarie sono tenute all'osservanza di quanto previsto dalla programmazione nazionale e regionale in materia di riduzione delle risorse finanziarie destinate al livello assistenziale ospedaliero e degli attuali indici di ospedalizzazione della assistenza sanitaria" ,

vengono determinate le seguenti disposizioni ad esecutività immediata:

Pianificazione ed Attuazione degli Obiettivi di cui al co.10 dell'Art. 5 della LR 17/99 - Equilibrio del Livello dell'Assistenza Ospedaliera

Richiamato in particolare il co. 10 dell'Art. 5 della LR 17/99 che in particolare prevede che " al fine del raggiungimento dell'equilibrio tra i costi sostenuti per l'assistenza ospedaliera regionale e la quota

percentuale assegnata dal riparto annuale del FSN" la Giunta regionale debba predisporre un apposito piano per obiettivi rapportato alle tipologie dei presidi, posti letto e servizi assistenziali previsti dal piano di riordino di cui alla DCR 379/99, con il presente atto di indirizzo e coordinamento si dispone quanto segue:

1. Prioritariamente i Direttori Generali delle Aziende USL devono produrre all'Assessorato alla Sanità, entro 60 giorni dalla data di pubblicazione del presente provvedimento, nell'ambito del proprio PAL-PAM (Piano Attuativo Locale, Piano Attuativo Metropolitano) le proposte operative per le dipartimentalizzazioni, disattivazioni/riconversioni previste dal Piano di Riordino rispetto ai Presidi Ospedalieri di propria competenza, con l'indicazione delle relative economie, tenuto peraltro conto degli effetti di razionalizzazione scaturenti dalle nuove modalità di tariffazione introdotte dalla LR 28/2000 e di addebito delle prestazioni delle Aziende ed Istituti Ospedalieri e degli Enti equiparati definite con il presente atto di indirizzo e coordinamento.

2. Ove nel successivo termine di 45 giorni, con proprio atto, la Giunta Regionale, non abbia espresso il proprio diniego totale o parziale rispetto alle razionalizzazioni economico-funzionali ed ai depotenziamenti proposti dalle Aziende Interessate in esecuzione della DCR 379/99, dette azioni di programmazione locale si intendono esecutive.

3. Fino a diversa legge regionale, da emanarsi a norma dell'Art. 2 del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni, ai fini della programmazione da parte delle Aziende USL, si fa riferimento alle disposizioni in materia di piano e di budget generale previste dalla LR 36/94 e successive modificazioni.

4. Le proposte di disattivazione/riconversione dei Direttori Generali delle Aziende ed Istituti Sanitari, in applicazione di quanto previsto dalla DCR 379/99 (e nel rispetto dei principi e delle norme procedurali di attuazione della ristrutturazione della rete ospedaliera di cui dall'Art. 5 della L.R. 17/99, essendo sospese le possibilità di nuove attivazioni in assenza di raggiunto equilibrio economico, comunque fino al 31.12.2001), andranno corredate di relazione sugli effetti economici, finanziari e patrimoniali di detta disattivazione/riconversione/ ristrutturazione/accorpamento (valutazione ex ante ed ex post).

La relazione dovrà, in particolare, contenere la analisi economica, degli effetti di tale azione nell'ambito del proprio bilancio (specificamente in materia di beni e servizi, e di personale) evidenziando il quadro delle compatibilità assunte ai fini del provvedimento di razionalizzazione, i benefici stimati ed i tempi di realizzazione;

La proposta di depotenziamento dovrà essere certificata, con espressa certezza e chiarezza da parte del Collegio dei Revisori dei Conti (Collegio Sindacale) e dovrà tenere conto ed evidenziare:

- (a). gli obiettivi della programmazione regionale e le indicazioni formulate dal Consiglio Regionale con la Deliberazione 379/99, così come innanzi riepilogate;
- (b). i risultati gestionali così come rilevati dai conti e/o dagli elaborati dell'Unità di Controllo, con riferimento, per ciascuna Unità Operativa interessata dal processo di razionalizzazione, all'andamento rilevato nel triennio precedente;
- (c). l'indice di effettivo ed appropriato utilizzo dei PL riferiti a ciascuna Unità Operativa interessata, sottoscritto dal Dirigente Medico dello stesso;
- (d). le "reali" economie raggiungibili nel prossimo triennio e gli interventi che si intende adottare per limitare il disagio ed elevare il livello e la qualità del servizio correlativamente alla azione (accorpamenti di Unità Operative, potenziamento dell'assistenza distrettuale e domiciliare, piano di riqualificazione funzionale e professionale, etc.) che si intende attuare.

Nota: ai fini della determinazione del valore della produzione e della comparazione dello stesso con il relativo costo operativo di produzione, per le finalità previste dalla verifica del pareggio di bilancio dei PO delle Aziende USL, le relative produzioni andranno valorizzate, ai fini della uniformità metrica e della congruità delle remunerazioni e dei confronti, con riferimento esclusivo alle vigenti tariffe regionali. Ai fini della uniformità di presentazione, coerentemente agli standard già adottati dal Settore in materia di programmazione e controllo, con determinazione dirigenziale verranno definiti i modelli riepilogativi ed econometrici da impiegarsi ai fini della valutazione benefici costi delle proposte, tanto anche ai fini del raccordo delle stesse con le azioni in atto per la rimodulazione della Rete Ospedaliera, il riordino del SSR e la correlata formulazione del Piano degli Investimenti Straordinari.

Ai fini delle valutazioni economiche, va impiegato il modello unificato di rappresentazione dei dati di bilancio di cui alla richiamata DGR 190/2001 riferito alla situazione ex ante ed ex post dei singoli reparti interessati alla ristrutturazione e gli effetti complessivi rappresentati in forma consolidata.

5. E fatto obbligo agli IRCCS pubblici, alle Aziende USL ed Ospedaliere di garantire (applicando tutti i necessari ed opportuni interventi per dar luogo a razionalizzazioni strutturali ed a risparmi di esercizio) l'equilibrio economico dei singoli Presidi Ospedalieri dalle stesse gestiti, nei limiti dei budget e dei tetti massimi di remunerazione agli stessi assegnati. Per le prestazioni a tariffa, ai soli fini della comparabilità e della determinazione uniforme del valore della produzione di queste rispetto ai costi di produzione, come già indicato in materia di proposte di depotenziamento, sono da assumersi come riferimento esclusivo, i parametri di remunerazione fissati dalle vigenti tariffe regionali.

a) Qualora dai risultati contabili dell'esercizio 2000 determinati secondo quanto previsto dal precedente comma, emerga un risultato economico negativo, i Direttori Generali sono obbligati ad adottare consequenziali ed ulteriori provvedimenti di riequilibrio, aggiuntivi rispetto a quelli di depotenziamento previsti dalla DCR 379/99 procedendo, in particolare, a soppressioni o accorpamenti di strutture, riduzione di posti letto e personale, trasformazione di strutture complesse in strutture semplici, compreso il ricorso a procedimenti di mobilità;

b) Agli stessi adempimenti sono tenuti i Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere in caso di risultati negativi per almeno due esercizi a decorrere dall'1 gennaio 1999, da determinarsi ai fini di una uniforme valutazione del valore della produzione coerentemente a quanto disposto al primo comma.

c) Il mancato raggiungimento dell'equilibrio economico entro il 31 dicembre 2002 dei singoli Presidi, con verifica semestrale da compiersi a cura della UOC è, a norma del co. 2 dell'Art.24 della LR 28/2000, causa di decadenza automatica del Direttore Generale.

6. Nel rispetto delle procedure e dei principi previsti dalla DCR 379/99 e dell'Art. 5 della LR 17/99 è, comunque, fatto divieto alle Aziende, agli Istituti ed agli Enti del Servizio Sanitario Regionale di attivare nuovi servizi e posti letto, salvo quelli già autorizzati dalla Giunta Regionale alla data di pubblicazione del presente provvedimento. Ove le Aziende, gli Enti e gli Istituti abbiano dato corso, dal Febbraio 1999 alla data di pubblicazione del presente atto, alla attivazione di nuovi servizi e posti letto in difetto di specifica autorizzazione della Giunta Regionale, devono prontamente denunciare dette situazioni all'Assessorato alla Sanità e compiere immediatamente le prescritte azioni di autotutela.

7. L'accertamento di violazioni di particolare gravità e/o di significativo danno erariale derivanti dal mancato rispetto della vigente regolamentazione e normativa regionale è, a norma del co. 2 dell'Art.24 della LR 28/2000, causa di decadenza automatica del Direttore Generale.

Livelli di Assistenza

Tanto premesso, coerentemente agli indirizzi di programmazione nazionale e regionale che vedono progressivamente incrementarsi le risorse assegnate al livello di assistenza distrettuale e nell'obiettivo di rendere efficace e compatibile l'azione complessiva del SSR, attese le risultanze dei controlli in atto sull'assorbimento di risorse in ambito ospedaliero, non si può che confermare l'indirizzo verso la deospedalizzazione dell'assistenza sanitaria, e precisamente prevedere nell'impiego delle risorse la seguente ripartizione delle stesse tra livelli di assistenza:

[*] Si precisa che il livello di assistenza distrettuale comprende le prestazioni di specialistica ambulatoriale effettuate in ambito ospedaliero.

Le elaborazioni compiute dall'Assessorato alla Sanità con riferimento agli esercizi 1999 e 2000, rispetto a detti Livelli di Assistenza (LA) evidenziano il seguente impiego prospettico delle risorse (i dati relativi all'esercizio 2000 sono attualmente in fase di consolidamento da parte della UOC e della Camera di Controllo e Compensazione):

Indici Programmati di Rimodulazione nell'Assorbimento delle Risorse per Livelli di Assistenza, Funzioni nel Triennio 2001-2003 e Progetti Obiettivo di Razionalizzazione del SSR

Come introdotto dalla DGR 1003/99, gli atti di indirizzo e coordinamento regionali prevedono anche per il 2001 che le assegnazioni delle risorse avvenga per livello di assistenza, nella misura fissata dalla programmazione nazionale.

Circa le modalità di destinazione delle risorse, in esecuzione del D.Lgs 229/99 e delle norme regionali se ne aggiungono delle nuove, vuoi direttamente gestite dalla Regione vuoi riferite, come previsto dal co.10 dell'Art.5 della LR 17/99, dal co.1 dell'Art.20 della LR 28/2000 e dal punto 4) lettera d) della DGR 469/2001, a Funzioni e Progetti Obiettivo assegnati alle Aziende ed ai Istituti Sanitari, con lo scopo di accelerare il processo di razionalizzazione ed adeguamento del SSR.

Nella essenzialità, le linee di indirizzo regionale prevedono nel triennio 2001-2003 una appropriata e sostenibile modificazione di taluni fattori, dettata dalla esigenza di pervenire progressivamente, ma entro il termine massimo del triennio, ad un assetto riformante l'impiego delle risorse tra i vari livelli di assistenza.

In via generale, la definizione delle risorse economiche assegnabili è compiuta dalla programmazione regionale sulla base di piani triennali e di obiettivi annuali. La gestione delle Aziende e degli Istituti costituenti il SSR va conseguentemente conformata al raggiungimento degli indici tendenziali di utilizzo delle risorse di seguito riportati:

Disposizioni interessanti gli Enti Ecclesiastici e gli IRCCS pubblici e privati, le Aziende Ospedaliere e le Aziende Ospedaliero Universitarie

Fermi i tetti massimi invalicabili di remunerazione determinati dal presente provvedimento che conferma quanto già disposto dalla DGR 469/01, con gli adeguamenti previsti in materia di somministrazione diretta dei farmaci, gli E.E. e gli IRCCS privati vedono remunerate le proprie prestazioni, direttamente a cura delle USL territorialmente competenti che provvederanno ad erogare le prescritte anticipazioni mensili.

In materia di anticipazioni finanziarie, attesa la oggettiva esigenza di ridurre la onerosità che può scaturire dalle anticipazioni di cui all'Art.5, co.4 della LR 38/94, comunque gravanti sul bilancio della Regione Puglia, appare opportuno adottare azioni armonizzanti il comportamento complessivo del SSR rispetto a tale fine.

Al riguardo, occorre preliminarmente rilevare come anche la somministrazione diretta dei farmaci, prima esclusa dai tetti di remunerazione, con la DGR 469/2001 concorra alla determinazione degli stessi, nel rispetto del principio di "invalicabilità" di cui al Titolo II della LR 28/00, sicché detta componente nel 2001 deve legittimamente intendersi parte concorrente alla costituzione della base prevista dall'Art.22 della LR 12.4.2000 n.9 ai fini della determinazione delle anticipazioni mensili alle Aziende Ospedaliere, agli IRCCS pubblici e privati ed agli Enti Ecclesiastici.

Tanto premesso, tenuto conto di quanto disposto dal richiamato articolo della LR 9/2000 che prevede per le Aziende Ospedaliere anticipazioni finanziarie mensili pari al 90% di un dodicesimo dei limiti massimi di remunerazione, atteso l'obiettivo di ridurre complessivamente la onerosità scaturente da anticipazioni bancarie, per analogica applicazione dello stesso criterio, si reputa funzionale agli obiettivi di risparmio procedere ad erogazioni mensili verso gli Enti Ecclesiastici e gli IRCCS pubblici e privati, di pari proporzionalità, per il "Miulli" anche in relazione al limite invalicabile di remunerazione previsto per la Colonia Hanseniana, sottoposto a controllo e consuntivazione analitica ai fini della determinazione dei relativi costi standard.

All'IRCCS pubblico "Ospedale Oncologico" di Bari, in attuazione delle disposizioni transitorie di cui all'Art.7 della LR 4.5.1999 n.17 e dell'Art. 28 della LR. 22 Dicembre 2000 n.28, sono assegnati contributi integrativi nella misura massima qui definita di Lit. 10 MLD finalizzati al pagamento, previa rendicontazione delle funzioni non tariffate e di ricerca, da definirsi in esecuzione della LR 28/00.

Il Settore Sanità, quale acconto per le attività di tale natura, è autorizzato ad effettuare mensilmente

verso l'IRCCS Oncologico anticipazioni finanziarie aggiuntive in misura pari al 90 % di un dodicesimo dell'ammontare innanzi indicato fino al 31.12.2001.

Per le Aziende Ospedaliero - Universitaria, a norma del D.Lgs. 517/99, nel presente atto di programmazione sanitaria, sono state previste specifiche risorse, nella misura definita nella seguente sezione " Qualificazione ed Impieghi del FSR 2001", rispetto alle quali, si applicano per le motivazioni finanziarie già esposte, le modalità di anticipazione mensile nella indicata misura del 90%.

Ai fini di quanto previsto dal co.1 dell'Art.20 della LR 28/00, il monitoraggio dei progetti obiettivo, il controllo della contabilità relativa alle prestazioni, dei costi standard, viene regolato dalla ARES- Agenzia Regionale Sanitaria della Puglia che definisce le regole ed i criteri di verifica di concerto con il Settore, riferendo il Coordinatore alla Giunta Regionale per quanto di propria competenza ai sensi della LR 7/97.

Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta

Nell'ambito dei principi di razionalizzazione fissati dalla Legge Regionale 28/2000 e dei precedenti atti di indirizzo e coordinamento in materia sanitaria, richiamati gli obiettivi fissati dalla DGR 1832/99, in ciascuna Azienda USL nell'ambito degli Organismi Permanenti di Consultazione per l'Assistenza Territoriale (OPCAT) di cui alla DGR 1003/99, andranno prontamente, entro 90 giorni, definite le finalità di piano per il 2002, da avviarsi concretamente nella loro operatività nel corso del quarto trimestre del corrente esercizio, funzionalmente a quanto indicato nella precedente sezione " DEFINIZIONE DEI BUDGET DISTRETTUALI PER LA MEDICINA DI BASE E L'ASSISTENZA SPECIALISTICA".

In questo quadro, anche ai fini di una coerente definizione dei contenuti degli Accordi Decentrati di cui ai DPR 270/00,271/00,272/00 e dei livelli di responsabilità interessanti la Dirigenza Sanitaria, richiamati i contenuti di cui alle DGR 1800/98 e DGR 1003/99, occorrerà procedere ad una attenta ridefinizione e riqualificazione concertata, prioritariamente, della funzione dei Medici di Base e dei Pediatri di Libera scelta, i quali, giusti precedenti atti di indirizzo e coordinamento, operano secondo le norme del Cod. Civ. regolanti la materia, in qualità di fiduciari.

Configurandosi, secondo gli orientamenti giurisprudenziali fin qui espressi, il rapporto dei Medici di Base e dei Pediatri di Libera Scelta con la Azienda USL territorialmente competente in termini di prestazione d'opera professionale svolta con le caratteristiche della parasubordinazione con livello quindi assimilabile a quello dirigenziale del pubblico impiego, essendo detto rapporto funzionale alla tutela del diritto alla salute, lo stesso nella connotazione spiccatamente pubblicistica che così viene ad assumere, va quindi caratterizzato dal rispetto delle norme e degli indirizzi nazionali e regionali in materia di razionalizzazione nell'impiego delle risorse, ai fini del più efficace impiego delle stesse, nei limiti invalicabili delle disponibilità consentite.

E' tra gli obiettivi primari delle categorie mediche interessate, 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 che, come è noto, non possono trovare, per legge, altra forma di copertura, se non quella del prelievo fiscale sui residenti della Regione. E' quindi necessario che i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera scelta operino viepiù quali soggetti attivi di "regolazione" della domanda (in particolare anche ai fini della significativa e necessaria riduzione dei livelli di spesa per l'assistenza farmaceutica).

Azioni di Rilevanza Regionale

Rientrano tra le azioni di rilevanza regionale, in particolare quelle in materia di Progetti Obiettivo, da finanziarsi a costo standard, nei limiti previsti dall'Art.10, co.1, lettera c) della LR 38/94, secondo le modalità di cui all'Art. 83 della L. 388/00 ed alla LR. 28/00, tra cui quelli in materia di:

- a) assistenza a malattie rare;
- b) allarme sanitario e trasporto in emergenza, da raccordarsi alle azioni in atto interessanti il "118";
- a) trapianti d'organo, di midollo osseo e di tessuto, previsti dal co.1 dell'Art. 20 della LR 28/00, che, tra l'altro su indicazione del Centro Regionale di Riferimento richiede:
 - in esecuzione della L. 91/99 e del DMS 8.4.2000, la realizzazione del sistema informativo ed operativo per la registrazione delle dichiarazioni di volontà dei cittadini residenti nella regione Puglia nell'ambito del Sistema Informativo Nazionale dei Trapianti;
 - incremento dell'attività di assistenza medica ed infermieristica sul donatore cadavere di organi e tessuti nei centri di rianimazione della regione Puglia;
- c) screening mammografico e citologico sui tumori della sfera genitale femminile e prevenzione dei tumori del colon;
- d) screening, ricerca, monitoraggio e prevenzione delle malattie della prostata e dell'apparato genitale maschile;
- e) diagnosi precoce, registrazione e monitoraggio delle connettiviti nella regione Puglia;
- f) Ricerca sul sangue ed emocomponenti destinati ad uso trasfusionale dei costituenti virali dell'HCV mediante NAT (tecnica di amplificazione degli acidi nucleici) nell'ambito dei servizi trasfusionali;

Costituiscono altresì azioni di rilevanza regionale:

- g) il programma di incentivazione degli enti produttori di plasma, ai fini dell'incremento, nelle proprie strutture trasfusionali, della raccolta da donatori volontari periodici al fine di meglio sostenere la copertura del fabbisogno delle Strutture Sanitarie non autosufficienti. In via generale, ai fini dell'interscambio tra le strutture, la valorizzazione del plasma avverrà, anche attraverso le modalità di cui alla DGR 4437/98, con riferimento alle tariffe di cessione definite dal DM 5.11.96, con economie che si presentano significative rispetto agli attuali parametri di riferimento.
- h) la proroga della vigente convenzione con la ditta Kedrion per la lavorazione del plasma sino al 31 dicembre 2001;
- i) la attivazione della terza fase del progetto PRUO, in esecuzione dell'Art.21 della LR 28/00.
- j) la regolamentazione delle modalità di accesso e di trattamento dei Pazienti nei Centri Specializzati della Regione anche ai fini del monitoraggio economico della somministrazione diretta dei farmaci, in particolare, di cui alle note CUF n. 39, n.65, 12, 30, 32, 32 bis, 36, 40,51,74 ed al trattamento di specifiche patologie individuate con vari DMS (leucemia, ipertrofia negli emodializzati, narcolessia, fibrosi cistica, edema angioneurotico acuto ereditario, emofilia, schizofrenie acute, macchie oculari,etc);
- k) la esecuzione di quanto definito dal Ministero della Sanità interessante i pazienti affetti da artrite reumatoide (progetto "Antares"), epatite cronica (progetto "Improve"), malattia di Alzheimer (progetto "Cronos").

Analoga importanza rivestono, anche ai fini del monitoraggio e della programmazione delle risorse da destinarsi ai Livelli di Assistenza (LA) le attività in atto da parte della Commissione tecnico scientifica costituita con la DIR 2 Febbraio 2001 n. 47 ai fini di una più specifica definizione, tipicizzazione e qualificazione delle Prestazioni di Assistenza Socio-Sanitaria (DPCM 14.2.2001) e Riabilitativa, in particolare, per quest'ultima, in materia di:

Riabilitazione ex Art. 25 ed Art. 26 L.833/78, in esecuzione della DGR 1832/99;
Riabilitazione post-acuzie Intensiva (Alta Specialità, Centri Risveglio, ecc) ed Estensiva;
Riabilitazione nell'Età Evolutiva;
Riabilitazione di Mantenimento nelle Disabilità Stabilizzate;

Compito della Commissione è altresì quello di dar luogo rispetto a dette tipicizzazioni, alla definizione di tariffe differenziate di remunerazione, con riferimento alla intensità della prestazione ed ai correlati costi standard di trattamento (D.Lgs 229/99), quale affinamento di quelle di cui alla DGR 1832/99.

Modalità e Criteri adottati per il Riparto delle Risorse assegnate al FSR 2001

Il riparto del Fondo Sanitario Regionale 2001 tra le Aziende USL viene compiuto secondo quanto disposto dalla Legge Regionale 38/94, con diretta applicazione, ai fini della definizione della quota di riequilibrio, del criterio determinato dalla Giunta Regionale nell'Atto Deliberativo 30.4.2001 n.469, al punto 3 bis del dispositivo, riferito ai dati dell'esercizio 2000, e quindi:

"A VALERE SULL'AMMONTARE COMPLESSIVO DI LIT. 577,5 , GLI INTERVENTI DI RIEQUILIBRIO EX LETTERA A) CO.1 DELL'ART.10 DELLA LR 38/94, PER TUTTE LE USL PER LE QUALI I COSTI DI ESERCIZIO 2000- AL NETTO DEI RISPETTIVI SALDI DI MOBILITÀ INFRAREGIONALI ED INTERREGIONALI RIFERITI A DETTO ANNO DI COMPETENZA - NON RISULTANO GIÀ COPERTI DALLE ASSEGNAZIONI DEL FSR 2001 DI CUI ALLE VOCI "A: QUOTA BASE"; "B: OSPEDALI PSICHIATRICI RESIDUALI"; "C: ASSISTENZA PSICHIATRICA RESIDUALE"; "E: PMP" DELLA TABELLA "AD" DELL'ALLEGATO A DEL PRESENTE PROVVEDIMENTO, SONO STATI ATTUATI ADOTTANDO IL SEGUENTE CRITERIO UNIFORME:

- IL 30 % DI DETTO AMMONTARE COMPLESSIVO, PER QUOTA CAPITARIA, CON RIFERIMENTO ALLA POPOLAZIONE DI CUI ALLA VOCE "P - POPOLAZIONE" DI DETTA TABELLA AD;

- IL 70% PROPORZIONALMENTE AL FABBISOGNO NETTO RESIDUO RISPETTO AL 2000 COSÌ COME SOPRA DETERMINATO SULLA BASE DEI COSTI RILEVATI DAI BILANCI DI ESERCIZIO DELLE AZIENDE USL E DEI SALDI DI MOBILITÀ 1999 RISULTANTI DALLA CAMERA DI CONTROLLO E COMPENSAZIONE DI CUI ALLA TABELLA E DELL'ALLEGATO A DEL PRESENTE PROVVEDIMENTO;".

Nelle assegnazioni capitarie è stata inclusa la quota per l'assistenza psichiatrica territoriale che nella DGR 469/01 risultava separatamente evidenziata, in quanto rientrante nelle funzioni proprie delle Aziende USL territorialmente competenti.

Rispetto alla assegnazioni dirette di cui alla voce B "OSP. PSICHIATRICI RESIDUALI" della Tab. A, dell'Allegato A) della DGR 469/2001 interessanti in particolare le Aziende USL FG3 e BA2 in attesa che venga meglio definito anche quanto necessario per la piena esecuzione della DCR 380/99, al fine di assicurare, comunque, la continuità assistenziale ai pazienti ivi ricoverati a diverso titolo, si ritiene opportuno assegnare alle USL interessate, acconti nella misura pari all'80,0% degli ammontari innanzi individuati, atteso che, tra l'altro, in ragione delle prestazioni erogate, a norma dell'Art.11 della LR 36/94 e del co.3 dell'Art. 3 del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, appare potersi richiedere la compartecipazione delle Amministrazioni Comunali interessate;

Tenuto inoltre conto dei maggiori oneri straordinari che nel 2001 sono venuti a gravare sul SSR per effetto dell'incremento della spesa farmaceutica in ragione delle norme (esenzione ticket) introdotte dalla L. 388/00, a favore delle diverse Aziende USL viene destinato un ulteriore importo di Lit. 150.000.000.000 , quale concorso straordinario ed aggiuntivo di risorse rispetto a quelle altrimenti rese disponibili in base ai criteri ed alle modalità di riparto in precedenza deliberati dall' Esecutivo Regionale.

Giusta Accordo 8 Agosto tra Governo e Regioni, nel disporre che i Direttori Generali, correlatamente e concretamente, adottino ogni possibile azione e misura ai fini del controllo e del contenimento della spesa farmaceutica, tale maggiore disponibilità, con prelievo diretto dall'accantonamento attuato dalla Regione, a norma del combinato disposto dall'Art. 83 della stessa L.388/00 e dall' Art.10 della LR 38/94, "a monte" del presente atto, per quota capitaria (circa Lit. 36.733), specificamente finalizzata, è ripartita tra le diverse Aziende USL negli importi riepilogati nella seguente tabella.

MAGGIORI ASSEGNAZIONI
POPOLAZIONE AUSL STRAORDINARIE PER
[ISTAT 01.01.2000] ASSISTENZA FARMACEUTICA
L.388/00

242.026 BA/1 8.890.231.000
280.287 BA/2 10.295.655.000
218.708 BA/3 8.033.702.000
591.410 BA/4 21.723.996.000
242.456 BA/5 8.906.026.000
411.563 BR/1 15.117.757.000
218.583 FG/1 8.029.110.000
215.624 FG/2 7.920.419.000
259.189 FG/3 9.520.672.000
472.813 LE/1 17.367.626.000
343.042 LE/2 12.600.806.000
587.871 TA/1 21.594.000.000

4.083.572 TOT. in Lit 150.000.000.000

Determinazione del FSR 2001

Costituiscono l'ammontare del FSR per il 2001, pari a MLD 8.250,04 , da destinarsi coerentemente ai disposti degli Artt.10 e 7 della LR 38/94, le assegnazioni del Fondo Sanitario Nazionale definite in sede di Conferenza Stato-Regioni per la Puglia, nella misura prevista dalla LR 14/2001 (Finanziaria Regionale 2001), al netto degli accantonamenti previsti in applicazione dell'Art.83 della L.388/00 ed al lordo dei costi per le prestazioni erogate verso cittadini residenti delle diverse USL della Puglia da strutture di altre regioni (mobilità passiva extraregionale).

Detto ammontare, al netto degli oneri direttamente gestiti dalla Regione, del fondo per la remunerazione della mobilità attiva extraregionale e di quello per imprevisti ex Art.10,co.1 lettera b) LR 38/94), incrementato di Lit. 150,0 MLD per il sostegno dell'imprevisto maggiore onere generatosi nell'assistenza

farmaceutica per effetto della L.388/00, è stato attribuito alle Aziende USL come riepilogato negli allegati prospetti.

In particolare, con l'obiettivo di rendere complessivamente bilanciato il SSR:

- a) sono state definite le quote capitarie base (popolazione ISTAT all'1.1.2000) [*], in ragione dell'ammontare del FSR per il 2001 così come innanzi determinato, al lordo dei costi sostenuti dalla Puglia per prestazioni erogate a favore di propri residenti da strutture sanitarie di altre Regioni, per una corrispondente assegnazione capitaria di circa Lit. 1.778.828 per residente;
- b) sono stati considerati i saldi provvisori di mobilità attiva e passiva (infraregionale ed extraregionale, concorrenti alla costituzione dei fondi di garanzia) riferiti al 1999, non disponendosi alla data di predisposizione del presente atto, delle produzioni di tutte le strutture del SSR aggiornate al 4° trimestre 2000;
- c) sono state rese disponibili alle Aziende USL, come indicato, assegnazioni straordinarie ammontanti a Lit. 150,0 MLD, ripartite anch'esse per una quota capitaria per tener conto dei maggiori oneri gravanti sulle stesse in ragione del modificato assetto della spesa farmaceutica in ragione degli effetti imprevisti prodotti dalla L.388/00;

[*] La popolazione è determinata al netto dei residenti ospitati negli Ospedali Psichiatrici residuali in quanto per l'assistenza degli stessi è prevista specifica maggior anticipazione finanziaria, in particolare per le Aziende USL BA/2 e FG/3, in misura pari all'80% del corrispondente previsto dalla DGR 469/01. L'assegnazione è compiuta, in attesa di prossimi provvedimenti di razionalizzazione, tenuto anche conto di quanto deliberato in materia dal Consiglio Regionale DCR 380/99, di quanto previsto dall'Art.11 della LR 36/94, del co.3 dell'Art. 3 del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché dal DPCM 14.2.2001, anche in materia di oneri di diretta pertinenza delle competenti Amministrazioni Comunali ai fini della copertura dei correlati costi di assistenza.

Qualificazione ed Impieghi del FSR 2001

Atteso che con Deliberazione Cipe 32/2001 pubblicata sulla G.U. 5.6.2001 n.128, è stata definita tra le Regioni la ripartizione, per parte corrente del FSN per 2001 e che con riferimento alla previsione di 8.231,90 MLD di cui alla LR 14/2001, quest'ultima è destinabile:

- a) all'esercizio corrente del SSR per l'ammontare netto di Lit. 7.916,0 MLD incrementato dell' importo straordinario di Lit. 150,0 MLD a sostegno dell'imprevisto maggiore onere generatosi nell'assistenza farmaceutica per effetto della L.388/00 , oltre l'importo di Lit 334,04 MLD per la copertura degli oneri da mobilità extraregionale (valutati per il 2001 in misura analoga a quelli del 1999), per complessivi 8.400,04 MLD;
- b) per la parte residua, a norma dell'Art. 83 della L388/2000, della LR 14/2001, dell'Art. 2 della LR 38/94 così come richiamata dalla LR.28/2000, dall'Art. 5, co.10 della LR 17/99, agli interventi di programmazione triennale in materia sanitaria ed al rispetto del Patto di Stabilità, anche mediante specifici piani generali e di settore che consentano verifiche di attuazione e di risultato, attraverso i quali dar corso a quanto previsto dagli atti di indirizzo e coordinamento dell'Esecutivo e dalle vigenti norme regionali regolanti la materia;

Considerato, altresì, che:

- per le Aziende Ospedaliere e gli IRCCS pubblici è da intendersi riconfermato, con gli abbattimenti

tariffari di cui alla LR 28/2000, quale limite per la remunerazione delle prestazioni erogate nel 2001, quello di cui alla Tab. B dell'Allegato A) della richiamata DGR 469/2001;

- in ragione del D.Lgs. 21.12.1999, n. 517, disciplinante i rapporti fra SSN ed Università, a norma dell'Art. 6 della L. 30.11.98, n. 419, la Regione è tenuta a riconoscere alle Aziende Ospedaliero-Universitarie i maggiori costi indotti sulle attività assistenziali dalle funzioni di didattica e di ricerca, detratta una quota correlata ai minori costi derivanti dall'apporto di personale universitario e che, in particolare:

a) detto D.Lgs 517/99, dispone doversi a tal fine applicare, fino a diverso accordo da assumersi in sede di Conferenza Stato-Regioni ai sensi dell'Art. 4 del D.Lgs. 28.8.1997, n. 281, i criteri in materia, stabiliti con il decreto interministeriale 31.7. 1997, ed in particolare, dall'Art.6 di detto atto tra il Ministero della Sanità e quello della Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica;

b) ai fini della determinazione del concorso ai maggiori costi sostenuti per le funzioni di didattica e di ricerca il DM 31.7.99 fissa un range tra il 3% e l'8% del valore della produzione e che la percentuale fissata con il presente atto nella misura del 3% è da applicarsi sull'ammontare globale predefinito di cui all'Art. 8-sexies del D.Lgs. 502/92, corrispondente, per quanto pertinente la materia, al valore di cui alla Voce "TETTO MASSIMO DI REMUNERAZIONE STRUTTURE OSPEDALIERE" della Tab. B dell'Allegato A) della DGR 469/2000, così come riconfermato dalla presente deliberazione (ed, ove, detto limite invalicabile non sia raggiunto, nei limiti di remunerazione delle prestazioni erogate nel 2001);

c) il concorso della Regione, previa rendicontazione e riconoscimento dei relativi costi, non potrà quindi eccedere gli ammontari di 6,6 MLD ed 11,4 MLD rispettivamente per gli OO.RR di Foggia ed il Policlinico di Bari;

- per gli Enti Ecclesiastici e per gli IRCCS privati, già con la DGR 469/2001 si è provveduto a dar corso ad un innalzamento dei tetti massimi di remunerazione di cui alla DGR 1832/99, sicché anche per gli stessi è da intendersi riconfermato, con gli abbattimenti tariffari di cui alla LR 28/2000, quale limite per la remunerazione delle prestazioni erogate, quello di cui alla Tab. B dell'Allegato A) della richiamata DGR 469/2001, con gli adeguamenti previsti nel presente atto in materia di somministrazione diretta dei farmaci;

Impieghi del FSR 2001

Ritenuto, in particolare, in ordine agli impieghi del FSR per il 2001 di:

a) valutare nella misura di cui alla Deliberazione CIPE n.32/01, pubblicata sulla G.U. 5 Giugno 2001 i mezzi netti disponibili quale quota di competenza per parte corrente del FSN 2001, rispetto ai quali risulta conforme la previsione di cui alla LR 31 Maggio 2001, n.14;

b) valutare, in Lit. 8.250,04 Miliardi i mezzi disponibili quale quota 2001 del FSN per la Regione Puglia al lordo dei costi per mobilità passiva extraregionale stimati in Mld 334,04 , importi trattenuti alla fonte dallo Stato per il pagamento delle prestazioni erogate dalle altre Regioni verso residenti della Puglia, a cui va assommato il maggior importo straordinario di Lit. 150,0 MLD (a sostegno dell'imprevisto maggiore onere generatosi nell'assistenza farmaceutica per effetto della L.388/00), e quindi, pari a complessivi Lit 8.400,04 Miliardi.

c) definire, conseguentemente, in Lit. 8.066,0 Miliardi le risorse finanziarie globali nette(Lit. 7.916,0 Miliardi per assegnazioni dirette secondo i criteri della DGR 469/01 + Lit. 150,0 Miliardi per assegnazioni straordinarie a fronte degli oneri imprevisi in materia di assistenza farmaceutica ex L.388/00) su cui poter disporre quale quota 2001 del FSN per la Regione Puglia (oltre ad entrate proprie delle Aziende Sanitarie e degli IRCCS Pubblici), tenuto conto delle risultanze scaturenti dai richiamati accordi assunti in seno alla Conferenza Permanente Stato Regioni;

d) determinare e rendere conseguente disponibile per le Aziende USL, l'importo complessivo globale di Lit 5.891,99 Miliardi, al netto del Fondo di Riserva determinato sulla base dei saldi provvisori per mobilità sanitaria infraregionale ed extraregionale riferiti al 1999 e dei tetti massimi di remunerazione, con riserva di adottare i necessari correttivi economico-patrimoniali che si rendessero necessari, che include:

- ai sensi dell'Art. 10 della L.R. 38/94, l'importo di Lit. 577,5 Miliardi, assegnato con riferimento ai costi di competenza 2000 secondo i criteri di cui alla DGR 469/01 ai fini del sostegno delle azioni di riequilibrio interessanti le Aziende USL nella ripartizione determinata nella voce DF della Tab AD dell' Allegato A, quello a destinazione vincolata ex Art.10 LR.36/94, somme i cui ammontari sono compresi nelle assegnazioni di cui alla voce F della Tab A e, per quanto concernente i PMP delle Aziende USL, nella voce D) della stessa tabella A) dell'allegato A), per complessive Lit. 20,7 MLD;

- l'anticipazione nella misura dell'80% dell'ammontare di Lit. 109,0 MLD cui alla voce B, della Tab A, dell'Allegato A della DGR 469/01, pari a Lit. 87,162 MLD, per il superamento degli ex Ospedali Psichiatrici e per le finalità previste dalla DCR 380/99, in attesa dei prescritti urgenti provvedimenti di razionalizzazione, anche tenuto conto di quanto previsto dall'Art.11 della LR 36/94 e del co.3 dell'Art. 3 del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché dal DPCM 14.2.2001 "Atto di Indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie" ai fini della determinazione degli oneri di diretta pertinenza delle competenti Amministrazioni Comunali;

- l' importo straordinario di Lit. 150,0 Miliardi cui alla voce V, della Tab A, dell'Allegato A della presente deliberazione, per tener conto degli effetti scaturenti sui costi dell' assistenza farmaceutica in ragione di quanto disposto dalla L.388/00;

e) fissare l'importo di Lit. 35,3 Miliardi per spese direttamente gestite dall'Assessorato alla Sanità (quali, Svim Service, oneri per convenzione Kedrion per la lavorazione del plasma raccolto e del condizionamento dei farmaci plasmaderivati, veterinaria, contributi integrativi per funzioni dell' IRCCS "Oncologico" in attuazione dell'Art.7 della LR 4.5.1999 n.17 e dell'Art. 28 della LR. 22 Dicembre 2000 n.28, nella misura massima di Lit. 10 MLD);

f) fissare quale tetto di remunerazione onnicomprensivo a carico del FSR per le prestazioni sanitarie (Regionali ed Extraregionali) delle Aziende Ospedaliere, 1.362,50 Miliardi:

- al netto delle quote di compartecipazione alla spesa sanitaria;

- comprensivo delle maggiori remunerazioni, nei limiti del fondo così come rideterminato con il presente atto, rivenienti dall'incremento di prestazioni erogate anche verso residenti di altre regioni (salvo rettifiche scaturenti dagli accertamenti in atto in sede interregionale);

- comprensivo delle assegnazioni per Lit. 18,0 MLD per le Aziende Ospedaliere-Universitarie, in particolare per l'AO Policlinico e per l'AO Ospedali Riuniti di Foggia, in ragione del D.Lgs. 21.12.1999, n. 517 come in premessa evidenziato;

- comprensivo dei costi dei farmaci relativi alla somministrazione diretta degli stessi, che potranno essere rimborsati per il 2001 anche per la parte eventualmente eccedente i tetti massimi di remunerazione previsti dalla voce "D" della tabella B dell'Allegato A) e comunque fino alla concorrenza del limite delle prestazioni remunerate di cui alla voce "G" della stessa tabella, salvo successiva deliberazione dell'Esecutivo Regionale meglio disciplinate la materia;

g) precisare che l'ammontare massimo indicato al punto che precede è comprensivo del valore della produzione per prestazioni rese verso residenti in altre regioni;

h) definire e riservare per gli IRCCS pubblici, quale limite di remunerazione a carico del FSR per prestazioni sanitarie tariffate (Regionali ed Extraregionali), l'importo di Lit 81,9 Miliardi:

- al netto delle quote di compartecipazione alla spesa sanitaria;

- comprensivo delle maggiori remunerazioni, nei limiti del fondo così come rideterminato con il presente atto, per gli IRCCS pubblici che hanno erogato un volume incrementato di prestazioni anche verso residenti di altre regioni (salvo rettifiche scaturenti dagli accertamenti in atto in sede interregionale);

- comprensivo dei costi dei farmaci relativi alla somministrazione diretta degli stessi, che potranno essere rimborsati per il 2001 anche per la parte eventualmente eccedente i tetti massimi di remunerazione previsti dalla voce "D" della tabella B dell'Allegato A) e comunque fino alla concorrenza del limite delle prestazioni remunerate di cui alla voce "G" della stessa tabella, salvo successiva deliberazione dell'Esecutivo Regionale meglio disciplinate la materia;

- definire e riservare per gli IRCCS non pubblici e per gli Enti Ecclesiastici Ospedalieri, quale tetto di remunerazione a carico del FSR per prestazioni sanitarie tariffate (Regionali ed Extraregionali), l'importo di Lit. 665,8 Miliardi, oltre a Lit. 10,0 Miliardi attribuito all'Ente Ecclesiastico "Miulli" per il funzionamento della Colonia Hanseniana (da rendicontarsi e compensarsi mediante separata contabilità analitica a costi standard), per un corrispondente ammontare complessivo di Lit. 675,8 Miliardi;

- al lordo delle remunerazioni per prestazioni di assistenza specialistica regionale ed extraregionale, precisando che le stesse concorrono, analogamente a quanto previsto per gli IRCCS pubblici e per le Aziende Ospedaliere, alla determinazione dei tetti massimi di remunerazione;

- al netto delle quote di compartecipazione alla spesa sanitaria;

- comprensivo dei costi dei farmaci relativi alla somministrazione diretta degli stessi, che potranno essere rimborsati per il 2001 anche per la parte eventualmente eccedente i tetti massimi di remunerazione previsti dalla voce "D" della tabella B dell'Allegato A) e comunque fino alla concorrenza del limite delle prestazioni remunerate di cui alla voce "G" della stessa tabella, salvo successiva deliberazione dell'Esecutivo Regionale meglio disciplinate la materia;

NB: Si precisa, ai fini delle correlate riconciliazioni, che gli importi relativi alla remunerazione per le prestazioni extraregionali di assistenza specialistica e somministrazione diretta di farmaci, compresi nell'ammontare di . 665,8 Miliardi, per complessivi 3,33 MLD, sono incorporati come da Mod.1 nella mobilità attiva extraregionale della Azienda USL territorialmente competente ed analiticamente riportati nella Tabella B dell'Allegato A).

Le informazioni di dettaglio sono riportate nell'Allegato A "Riepilogo Regionale delle Quote di Riparto

FSR e dei Tetti Massimi di Remunerazione 2001", che costituisce elemento di riferimento per i successivi adempimenti amministrativi.

"ADEMPIMENTI CONTABILI DI CUI ALLE LL.RR. 17/77 E 17/99 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI"

La spesa di lit. 3.259.525.000.750 derivante dal presente provvedimento va impegnata per lit. 2.779.665.000.750 al Cap. 741090 e per lit. 479.860.000.000 al Cap. 742000 del bilancio di previsione 2001.

A norma dell'Art. 4 della L.R. 4 Maggio 1999 n.17, così come modificato dall'Art. 13 della L.R. 13 Dicembre 1999 n.32, si attesta altresì che "le spese derivanti dal presente atto sono contenute nei limiti del Fondo Sanitario Regionale ovvero delle ulteriori correlate assegnazioni statali a destinazione vincolata e che non producono oneri aggiuntivi rispetto alle predette assegnazioni."

Il Dirigente del Settore
Dott. Carlo Di Cillo

LA GIUNTA

- Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;
- Vista la sottoscrizione posta in calce al presente provvedimento dal Dirigente del Settore
- A voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

1. di approvare la relazione dell'Assessore proponente che qui si intende riportata per costituire, unitamente all'Allegato A) "RIEPILOGO REGIONALE ASSEGNAZIONE QUOTE RIPARTO E TETTI MASSIMI DI REMUNERAZIONE FSR 2001", parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

2. di fissare per il 2001, in Lit 7.916.000.000.000 le risorse a disposizione del Fondo Sanitario Regionale, al netto della mobilità interregionale, nei limiti delle somme previste nella Legge Finanziaria Regionale 31.5.2001 n.14, oltre a Lit. 150.000.000.000 per assegnazioni straordinarie a fronte degli oneri imprevisti in materia di assistenza farmaceutica ex L.388/00, per complessive Lit. 8.066.000.000.000

3. di fissare:

- (a) a norma di quanto disposto dall'Art. 83 della L.833/2000 in Lit. 8.250.044.000.000 il FSR per il 2001 (Lit. 7.916,0 MLD, oltre l'importo di Lit 334,04 MLD per la copertura degli oneri da mobilità extraregionale) ed al netto delle assegnazioni straordinarie di cui al precedente punto 2;
- (b) le risorse globali in Lit.. 8.400.044.000.000 , comprensive dell'importo per la copertura degli oneri da mobilità extraregionale e delle assegnazioni straordinarie di Lit. 150.000.000.000 di cui al precedente punto 2;

e conseguentemente prevedere:

(c) quale assegnazione per le Aziende USL, l'importo di Lit. 7.955.095.000.000 , al lordo dei presunti saldi per mobilità sanitaria infraregionale ed extraregionale e degli ammontari massimi di remunerazione per le prestazioni degli Enti Ecclesiastici, degli IRCCS e delle Aziende Ospedaliere, giusta voce "T" della Tab. A dell' Allegato A);

(d) quale assegnazione straordinaria per far fronte agli oneri imprevidi in materia di assistenza farmaceutica ex L.388/00, l'importo di Lit. 150.000.000.000 ,di cui alla voce "V" della Tab.A dell' Allegato A);

4. di indicare, quale tetto massimo di remunerazione onnicomprensivo per le Aziende Ospedaliere, quello corrispondente all'ammontare definito nell'ambito del presente atto, pari all'importo di Lit 1.318.408.000.000 , oltre a Lit. 18.000.000.000 per le Aziende Ospedaliero-Universitarie, e l'eventuale incremento per il rimborso delle somministrazioni dirette dei farmaci con le modalità definite dalla DGR 1832/99, fino al limite complessivo di remunerazione, in nessun caso superabile, di Lit. 26.093.000.000 (aggiornato alle risultanze 2000), secondo la ripartizione di cui alla corrispondente tabella B dell'Allegato A), in ragione di quanto espresso nel presente deliberato e delle vigenti disposizioni regolanti la materia;

5. di indicare, quale tetto massimo di remunerazione onnicomprensivo per gli Enti Ecclesiastici e gli IRCCS non pubblici, ex Art. 16 della LR 22/97, l'importo complessivo di Lit. 663.929.301.000 eventualmente incrementato per il rimborso delle somministrazioni dirette dei farmaci con le modalità definite dalla DGR 1832/99, fino al limite complessivo di remunerazione, in nessun caso superabile, di Lit. 1.910.000.000 da erogarsi direttamente agli stessi da parte delle Aziende USL competenti per territorio, secondo le definite modalità e la ripartizione di cui alla corrispondente sezione della tabella B dell'Allegato A),in ragione di quanto espresso nel presente deliberato e delle vigenti disposizioni normative regolanti la materia, con la precisazione per le Aziende USL territorialmente competenti che:

(a) tali ammontari, per parte positiva, concorrono alla determinazione del valore della produzione delle stesse e, per parte negativa, ai costi della produzione, analogamente al trattamento previsto per le prestazioni erogate dalle altre strutture provvisoriamente accreditate;

(b) per quanto previsto dalla LR 28/00 e dalla DGR 190/01, da parte del Settore verrà predisposta specifica determinazione integrativa di detta deliberazione, ai fini della corretta sottocontazione del valore e dei costi della produzione, anche per raccordare gli stessi al monitoraggio degli oneri relativi ai Livelli di Assistenza;

(c) in applicazione della DGR 1800/98, la remunerazione delle prestazioni erogate dagli Enti Ecclesiastici e dagli IRCCS privati, previa esecuzione dei prescritti accertamenti, senza alcun preliminare abbattimento ex DCR 995/95, va riconosciuta, con riferimento alla tipologia di ciascuna struttura:

- per il 2000, nella misura invalicabile di cui alla Tab. B) dell'Allegato A) della DGR 469/01;

- per il 2001, fermi gli abbattimenti tariffari di cui alla LR 28/00, nella misura invalicabile definita dalla Tab. B) dell'Allegato A) del presente atto,

con riserva di eventuali correttivi, esclusivamente in materia di rimborsi per somministrazione diretta di farmaci, ove detto esubero ecceda lo 0,5% del limite delle prestazioni remunerate di cui alla voce G di detta Tab. B dell'Allegato A del presente atto, da definirsi da parte dell'Esecutivo Regionale con provvedimento generale riguardante tutti gli Enti, Aziende ed Istituti sanitari interessati;

6. di riservare, quale anticipazione finanziaria della Regione Puglia all'Ente Ecclesiastico "Miulli" per il funzionamento della Colonia Hanseniana (da rendicontarsi e compensarsi mediante separata contabilità

analitica a costi standard secondo le modalità ed i criteri definiti in narrativa), l'ammontare di Lit. 10.000.000.000 , importo che costituisce tetto invalicabile di remunerazione per prestazioni rese a favore di residenti della Regione Puglia;

7. di indicare, quale tetto massimo di remunerazione onnicomprensivo invalicabile per gli IRCCS Pubblici, ferme le eventuali maggiori assegnazioni rivenienti da disposizioni di legge, l'importo di Lit. 79.902.000.000 eventualmente incrementata per il rimborso delle somministrazioni dirette dei farmaci con le modalità definite dalla DGR 1832/99, fino al limite complessivo di remunerazione, in nessun caso superabile, di Lit. 2.013.000.000 , secondo la ripartizione di cui alla corrispondente tabella B dell'Allegato A), in ragione di quanto espresso nella parte motiva e delle vigenti disposizioni regolanti la materia, nella precisazione che la Regione Puglia non provvederà. nei confronti degli stessi, alla erogazione di maggiori somme, per il ripiano di eventuali perdite di esercizio;

8. di prevedere di conseguenza quale finanziamento diretto alle Aziende USL, tenuto conto delle risultanze sui consolidamenti multilaterali di cui alla DGR 469/01 in materia di mobilità interregionale ed infraregionale 1999, del fondo di riserva istituito per la copertura degli impieghi scaturenti dal presente atto e delle maggiori fonti rivenienti dal FSR 2001, elevato alla misura di cui al punto 2), l'ammontare di Lit. 5.891.989.000.000 secondo la ripartizione di cui alla corrispondente tabella A dell'Allegato A), con la precisazione che dette somme sono di esclusiva competenza dell'esercizio 2001;

9. di precisare che la disponibilità di dette maggiori somme per le Aziende USL non determina per il 2001 alcuna variazione rispetto agli indirizzi di contenimento ed ai vincoli di programmazione per le stesse fissati dal presente atto, dalla DGR 469/01, dalla DGR 1832/99, dagli atti di indirizzo e coordinamento dalla stessa richiamati e dalla LR 28/00 e che detta maggiore disponibilità è esclusivamente finalizzata alla applicazione dei disposti della Legge 388/00 ed alla parziale copertura dei maggiori oneri dalla stessa scaturenti sul bilancio regionale;

10. di precisare conseguentemente, che le risorse assegnate alle Aziende Sanitarie con il presente provvedimento potranno essere utilizzate esclusivamente per l'esercizio di competenza 2001 e per il pagamento di passività a tutto il 31.12.2000, con conseguente divieto assoluto di impiego delle stesse, in tutto o in parte, per nuove spese; di conseguenza i Direttori Generali, in esecuzione del presente atto garantiranno i livelli di assistenza esclusivamente con i servizi amministrativi, tecnici, sanitari e quant'altro che risultino già autorizzati ed attualmente funzionanti, con divieto assoluto di ulteriori implementazioni o attivazioni, ferme le disposizioni in materia di depotenziamento definite dal presente atto;

11. di precisare che il mancato inoltro dei rendiconti trimestrali e di quelli periodici prescritti dalla LR 38/94 e dalla LR 28/00, nei termini fissati, riferiti alle strutture fondamentali dell'Azienda, secondo gli standard di rappresentazione contabile cui alla DGR 190/01 e conseguenti regolamentazioni attuative, costituisce ai sensi del D.Lgs 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, debito informativo e violazione delle norme sul controllo;

12. di disporre che, in esecuzione di quanto previsto dall'articolo 3, comma 1 bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni:

a) l'Assessorato alla Sanità, non oltre 90 giorni dalla data di pubblicazione del presente provvedimento, provveda a presentare alla approvazione della Giunta Regionale, gli indirizzi ed i criteri per l'adozione da parte delle strutture del SSR interessate dell'atto aziendale, con la precisazione che nell'ambito del relativo provvedimento dovranno essere fissati i parametri e le soglie operative che determinano la

classificazione, quali strutture complesse, delle articolazioni aziendali;

b) gli IRCCS pubblici e le Aziende USL ed Ospedaliere debbano adottare l'Atto Aziendale entro 60 giorni dalla data di approvazione da parte dell'Esecutivo Regionale del provvedimento sub lettera a);

13. ai fini della razionalizzazione del SSR, è fatto obbligo alle Aziende USL di garantire l'equilibrio economico (applicando tutti i necessari ed opportuni interventi per dar luogo a razionalizzazioni strutturali ed a risparmi di esercizio) dei singoli Presidi Ospedalieri dalle stesse gestiti, determinando il valore delle prestazioni erogate sulla base delle tariffe agli stessi riconosciute, richiamato quanto già espresso in narrativa, adottando le deliberazioni di depotenziamento ivi previste, comunque non oltre il 31.12.2001.

14. di disporre, in particolare ai sensi dell'Art. 8 octies del D.Lgs 502/92:

a) la obbligatorietà di identificazione del soggetto prescrittore nell'ambito delle funzionalità del SISR e dei sistemi informativi aziendali e che sia conseguentemente inibita l'accettazione di prestazioni prive di tale identificazione obbligatoria;

b) che possano essere prescritte con oneri a carico del SSR, in quanto rientranti nei livelli essenziali di assistenza definiti dalla Regione Puglia, esclusivamente prestazioni comprese nei vigenti nomenclatori tariffari regionali, rimanendo le altre prestazioni a totale carico del Cittadino sia se compiute in ambito regionale che extraregionale;

c) che il Soggetto prescrittore provveda sulla ricetta alla identificazione della relativa prestazione, anche mediante codice desunto dal nomenclatore regionale, essendo egli tenuto ad informare il Cittadino sulle prestazioni non rientranti tra quelle per le quali il SSR garantisce la erogazione con oneri a proprio carico;

d) che i flussi informativi delle Aziende, degli Enti e degli Istituti interessanti la mobilità sanitaria e quelli delle USL concernenti le prestazioni specialistiche ed ospedaliere erogate nei confronti dei Cittadini residenti nel proprio territorio anche da parte dei soggetti privati provvisoriamente accreditati, vadano da dette strutture trasmessi sotto la propria diretta responsabilità alla Camera di Controllo e Compensazione con la compilazione obbligatoria del campo di cui alla precedente lettera a) nei termini di cui alla Circolare Dirigenziale 1/2000;

e) che il mancato adempimento di quanto disposto al presente punto, a tutti gli effetti di legge, costituisce "debito informativo" delle Strutture del SSR, come tale sanzionato, ferme le maggiori responsabilità contabili, in misura pari allo 0,2% del tetto massimo di remunerazione o della assegnazione prevista in sede di riparto, con la precisazione che dette decurtazioni vanno ad alimentare il fondo imprevidi di cui all'Art. 10 della LR 38/94;

f) che, analogamente, le Aziende Sanitarie e gli IRCCS pubblici, provvedano ad inoltrare all'Assessorato alla Sanità, il proprio bilancio al 30.9.2001, nella formulazione di cui alla DGR 190/01 e con le modalità di cui alla nota 1.06.2001, prot. 24/238/UOC, accompagnato dalla previsione di chiusura al 31.12.2001 comprensivi di tutti i costi e ratei di competenza dei tre trimestri e dell'esercizio, non oltre il 19 Ottobre p.v, termine perentorio, nel richiamo di quanto definito al precedente punto 11);

15. disporre che da parte dei Direttori Generali delle Aziende USL:

a) entro 60 giorni, vadano definite rispetto agli obiettivi di razionalizzazione nell'impiego delle risorse fissate dagli atti e dalle norme della Regione Puglia regolanti la materia, le finalità di piano e di contenimento per il 2002, da avviarsi concretamente nella loro operatività già nel corso del quarto trimestre del corrente esercizio, funzionalmente a quanto indicato nella sezione " DEFINIZIONE DEI

BUDGET DISTRETTUALI PER LA MEDICINA DI BASE E L'ASSISTENZA SPECIALISTICA" della parte motiva, tenuto conto di quanto già previsto e regolamentato in materia dalla DGR 1003/99 a seguito delle positive sperimentazioni compiute in seno all'Azienda USL Le/1;

b) che ai fini della determinazione per il 2002 dei Budget per tutti gli ambiti Distrettuali di ciascuna USL, vadano applicati i limiti di ripartizione delle risorse nella misura annuale prevista per il 2002, conformemente alla programmazione triennale 2001-2003, nella specifica sezione della parte motiva riservata ai Livelli di Assistenza (LA), con la precisazione che rispetto a tali finalità i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta, giusti precedenti atti di indirizzo e coordinamento e ferme le norme del Cod. Civ. regolanti la materia, operano in qualità di fiduciari delle Aziende USL territorialmente competenti, con responsabilità analoghe, stante la connotazione spiccatamente pubblicistica della loro funzione parasubordinata, a quelle definite dal rapporto di pubblico impiego per i dirigenti medici;

16. precisare che con le norme della LR 28/00 e con le disposizioni indicate nella parte motiva del presente atto di indirizzo e coordinamento si è data attuazione a quanto disposto dall'Art. 8 quinquies del D.Lgs 502/92 in materia di individuazione delle responsabilità delle Aziende USL e della Regione, in particolare con specifico riferimento ai seguenti aspetti:

- individuazione delle responsabilità riservate alla regione e di quelle attribuite alle unità sanitarie locali nella definizione degli accordi contrattuali e nella verifica del loro rispetto;
- indirizzi per la formulazione dei programmi di attività delle strutture interessate, con l'indicazione delle funzioni e delle attività da potenziare e da depotenziare, secondo le linee della programmazione regionale e nel rispetto delle priorità indicate dal Piano sanitario nazionale;
- criteri per la determinazione della remunerazione delle strutture ove queste abbiano erogato volumi di prestazioni eccedenti il programma preventivo concordato, tenuto conto del volume complessivo di attività e del concorso allo stesso da parte di ciascuna struttura, tenuto conto dei disposti di cui agli Artt. 8 quater, 8 quinquies ed 8 sexies del D.Lgs, 229/99 così come richiamati dall'Art. 25 della LR 28/00;

17. precisare, conseguentemente che, a norma dell'Art. 8 quinquies del D.Lgs 30 Dicembre 1992 n.502 e successive modificazioni ed integrazioni e della LR 28/00, è competenza dei Direttori Generali delle Aziende USL, nell'ambito di quanto previsto dalla programmazione regionale, definire le attività da potenziare e da depotenziare, nonché il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima unità sanitaria locale, si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza;

18. ai fini della unificazione dei criteri e delle modalità di addebito alle altre Regioni e Paesi esteri dei corrispettivi da questi dovuti a fronte di prestazioni rese dalla strutture del SSR a favore di cittadini in detti luoghi residenti, di assumere, per quanto disposto dall'Art. 20, co.7 (prestazioni sanitarie interessanti residenti di altre Regioni e di altri Paesi) della LR. 28/2000, le tariffe indicate dai Decreti del Ministero della Sanità, salvo diverso criterio assunto in sede di Conferenza Stato Regioni, con le prescrizioni contabili per le strutture del SSR indicate nella parte motiva;

19. Parte Finanziaria:

A) di dare atto che la somma di Lit. 4.793.474.999.250 è stata già impegnata sul Cap. 741090, che la somma di Lit. 13.000.000.000 è stata già impegnata sul Cap. 741010 (Svim Service) e che le stesse vanno conseguentemente detratte dalla quota accantonata di cui al punto 2) del dispositivo del presente atto;

B) di impegnare, per effetto del precedente punto A), rispetto all'ammontare complessivo di cui al precedente punto 2) del dispositivo, la restante somma di Lit. 3.259.525.000.750 per lit. 2.779.665.000.750 al Cap. 741090 e per lit. 479.860.000.000 al Cap. 742000 del bilancio di previsione 2001.

C) nei limiti degli importi di cui alla presente deliberazione, di dare mandato al Coordinatore del Settore Sanità di procedere con successivi atti di liquidazione, in esecuzione della vigente normativa e del presente atto, a quanto necessario, nei limiti di cui alle tabelle dell' Allegato A:

a) per i previsti adempimenti di liquidazione mensile:

a.1) delle anticipazioni finanziarie per le Aziende Ospedaliere ed Ospedaliero-Universitarie, nei limiti dei tetti massimi di remunerazione di cui al precedente punto 4);

a.2) delle anticipazioni finanziarie per gli Enti Ecclesiastici e gli IRCCS non pubblici, nei limiti dei tetti massimi di remunerazione di cui al precedente punto 5), importi da sommarsi a quelli delle assegnazioni periodiche di cui al successivo punto a.5) previste per le Aziende USL territorialmente competenti;

a.3) delle anticipazioni finanziarie a favore dell'Ente Ecclesiastico "Miulli, sempre per tramite della Azienda USL territorialmente competente, nella misura del 90% di 1/12 dell'importo a tal fine previsto al precedente punto 6) ai fini del funzionamento della Colonia Hanseniana;

a.4) delle anticipazioni finanziarie a favore degli IRCCS Pubblici, nei limiti dei tetti massimi di remunerazione di cui al precedente punto 7), incrementate per l'IRCCS "Oncologico", di 1/12 dell'ammontare di lit 10 MLD in attuazione dell'Art.7 della LR 4.5.1999 n.17 e dell'Art. 28 della LR. 22 Dicembre 2000 n.28, quale contributo integrativo invalicabile per il sostegno degli oneri di gestione non coperti con altri introiti, anche in considerazione dei costi sostenuti per mancata disponibilità di una sede propria;

a.5) delle assegnazioni economiche a favore delle Aziende USL, nei limiti del precedente punto 8);

a.6) nella misura fissata dal presente provvedimento, anche per il 2002, fino a diversa disposizione dell'Esecutivo Regionale o alla approvazione del Documento di Indirizzo Economico Funzionale per l'anno 2002;

b) per la pronta erogazione, a favore delle Aziende Ospedaliere, delle Aziende USL, degli Enti Ecclesiastici, degli IRCCS pubblici e privati dei saldi, nella misura dovuta, tra le anticipazioni e le assegnazioni mensili scaturenti in virtù del presente atto e le erogazioni verso detti Enti effettuate a tutto il mese di approvazione del presente atto, per l'esercizio di competenza 2001;

c) per la erogazione, a favore delle Aziende Ospedaliere, degli Enti Ecclesiastici, degli IRCCS pubblici e privati e delle Aziende USL (limitatamente a fabbisogni di cassa interessanti la remunerazione di prestazioni ospedaliere e specialistiche erogate in mobilità attiva da strutture private provvisoriamente accreditate), di anticipazioni finanziarie che non possono eccedere nel corso dell'anno la misura di un ulteriore dodicesimo degli ammontari mensili previsti per ciascuno di detti Soggetti, sempre nei limiti invalicabili delle disponibilità previste con il presente atto, per l'esercizio di competenza 2001;

d) per la definizione dei rapporti convenzionali con la ditta Kedrion, scaduti in data 31 gennaio u.s., conseguentemente assegnando e liquidando alla Azienda Ospedaliera Consorziale "Policlinico" con specifica determinazione dirigenziale l'ammontare necessario per la copertura dei relativi oneri che non

potranno eccedere quelli fissati della precedente convenzione, adeguati in ragione delle variazioni dell'Indice ISTAT dei prezzi al consumo FOI, con la precisazione che detti oneri sono compresi nell'ammontare previsto dalla lettera e) della sezione "Impieghi del FSR 2001" della parte motiva;

20. 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 di 45 giorni dalla data di approvazione del presente provvedimento;

21. di riservarsi con successivo provvedimento, a norma della LR 38/94 e del Titolo II "NORME IN MATERIA DI RAZIONALIZZAZIONE, CONTENIMENTO E QUALIFICAZIONE DELLA SPESA SANITARIA" di cui alla LR. 22 Dicembre 2000 n.28, la individuazione nel più generale quadro di riordino del SSR:

a) di specifiche funzioni assistenziali da finanziarsi in base al costo standard di produzione del relativo programma di assistenza;

b) di specifici programmi pluriennali di razionalizzazione e qualificazione organizzativa delle aziende sanitarie, anche tenuto conto di quanto disposto in materia dal punto 4 d) della DGR 469/01, ove si realizzino risparmi rispetto ai tetti massimi di remunerazione fissati con il presente atto;

22. di riservarsi con successivi provvedimenti di approvare quanto necessario in materia di:

a) attivazione della terza fase del progetto PRUO, in esecuzione della DGR 1832/99 e dell'Art.21 della LR 28/00;

b) Medicina Trasfusionale e di modalità di addebito ed accredito tra le strutture del SSR, anche mediante procedure di compensazione da realizzarsi ex DGR 4437/98;

c) Assistenza riabilitativa e correlati controlli ai fini dell'autoconsumo e della mobilità sanitaria infraregionale ex DGR 1832/99, sulla base delle risultanze della Commissione di Studio in materia di riabilitazione appositamente istituita con DET 2 Febbraio 2001 n. 47;

d) regolamentazione delle modalità di accesso e di trattamento dei Pazienti nei Centri Specializzati della Regione, anche ai fini del monitoraggio economico della somministrazione diretta dei farmaci, in particolare, di cui alle note CUF n. 39, n.65, 12, 30, 32, 32 bis, 36, 40,51,74 ed al trattamento di specifiche patologie individuate con vari DM Sanità (leucemia, ipertrofia negli emodializzati, narcolessia, fibrosi cistica, edema angioneurotico acuto ereditario, emofilia, schizofrenie acute, macchie oculari,etc);

e) esecuzione di quanto definito dal Ministero della Sanità ed avviato mediante Determinazioni Dirigenziali riguardanti i pazienti affetti da artrite reumatoide (progetto "Antares"), epatite cronica (progetto "Improve"), malattia di Alzheimer (progetto "Cronos")

23. riservarsi di impegnare e di dar corso con successivi provvedimenti, nei limiti previsti dall'Art.10, co.1, lettera c) della LR 38/94, secondo le modalità di cui all'Art. 83 della L. 388/00 ed alla LR. 28/00, a quanto necessario per l'attivazione di specifici progetti obiettivo, in particolare in materia di:

f) Ricerca dei costituenti virali dell'HCV mediante NAT;

g) Assistenza a malattie rare dell'Area Materno Infantile, ex co.1 Art. 20 LR 28/00;

h) screening, ricerca, monitoraggio e prevenzione delle malattie della prostata e dell'apparato genitale maschile;

i) screening citologico in materia di tumori della sfera genitale femminile;

j) screening mammografico;

- k) prevenzione dei tumori del colon;
- l) diagnosi precoce, registrazione e monitoraggio delle connettività nella regione Puglia;
- m) trapianti d'organo, di midollo osseo e di tessuto, ex co.1 Art. 20 LR 28/00 che, tra l'altro su indicazione del Centro Regionale di Riferimento richiede:
 - in esecuzione della L. 91/99 e del DMS 8.4.2000, la realizzazione del sistema informativo ed operativo per la registrazione delle dichiarazioni di volontà dei cittadini residenti nella regione Puglia nell'ambito del Sistema Informativo Nazionale dei Trapianti;
 - incentivi per l'incremento dell'attività di assistenza medica ed infermieristica sul donatore cadavere di organi e tessuti nei centri di rianimazione della regione Puglia;

24. in materia di prestazioni di ricovero e cura presso le strutture della ospedalità privata:

- a) di approvare la proposta di accordo contrattuale 3 Aprile 2001 e relativo Verbale di addendum del 18 Luglio 2001 con l'AIOP e con l'ARIS nei termini indicati nella parte motiva del presente provvedimento;
- b) di autorizzare il Coordinatore di Settore, con propria determinazione dirigenziale:

b)1. sulla base di specifica deliberazione del Direttore Generale dell' ARES avente ad oggetto "linee guida per la uniforme applicazione sul territorio regionale dei patti e dei principi di cui agli accordi con le strutture della Ospedalità Privata" approvati con il presente provvedimento, a rendere esecutive le stesse nei confronti di tutte le Aziende USL della Regione;

b)2. previa valutazione, a regolamentare, sentito il Direttore Generale dell' ARES (e per quanto attinente la misura delle anticipazioni erogabili a valere sul fondo di garanzia, la Camera di Controllo e Compensazione), le modalità mediante cui procedere da parte del Settore ad erogazioni di natura finanziaria atte a meglio garantire la correttezza dei pagamenti da parte delle USL per le prestazioni di ricovero erogate dalle Case di Cura verso Pazienti altrove residenti;

25. in materia di regolamentazione delle prestazioni ex Art. 26 L.833/78 presso le strutture private provvisoriamente accreditate:

a) di approvare la proposta di accordo contrattuale 3 Aprile 2001 e relativo Verbale di addendum del 6 ed 8 Agosto 2001 con l'AIOP e con l'ARIS, nei termini indicati nella parte motiva del presente provvedimento;

b) di elevare del 5% il tetto massimo di remunerazione previsto a livello regionale dalla DGR 1832/99, in analogica applicazione del principio adottato ai fini della definizione dell'accordo di cui al precedente punto con le Organizzazioni rappresentative della Ospedalità Privata ;

c) di adeguare le relative tariffe massime di riferimento conformemente a quanto indicato nella parte motiva;

d) di riservarsi di procedere, con successivo provvedimento, giusta quanto indicato nella sezione della parte motiva riservata alle azioni di rilevanza regionale, ad un generale riordino della materia interessante le prestazioni di riabilitazione, in particolare, per quanto afferente a:

Riabilitazione ex Art. 25 ed Art. 26 L.833/78, in esecuzione della DGR 1832/99;

Riabilitazione post-acuzie Intensiva (Alta Specialità, Centri Risveglio, ecc) ed Estensiva;

Riabilitazione nell'Età Evolutiva;

Riabilitazione di Mantenimento nelle Disabilità Stabilizzate;

e) rispetto a dette tipizzazioni, di riservarsi di definire, quale affinamento del sistema tariffario di cui alla DGR 1832/99, tariffe differenziate di remunerazione, con riferimento alla intensità, alla durata della prestazione ed ai correlati costi standard di trattamento (D.Lgs 229/99), sulla base delle risultanze dei lavori della Commissione costituita con la DIR 2 Febbraio 2001 n. 47, che dovrà completare i suoi lavori

entro il 31 dicembre del corrente anno;

26. in materia di prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale ambulatoriale:

a) di disporre nel Nomenclatore Tariffario delle prestazioni specialistiche approvato dalla Giunta Regionale con propria Deliberazione 27 Maggio 1997 n. 3006 e successive modificazioni ed integrazioni, l'inserimento delle Voci e delle tariffe interessanti le branche di Oculistica e di Radiodiagnostica cui alla sezione "Regolamentazione delle prestazioni specialistiche rientranti nei livelli essenziali di Assistenza" della parte motiva, incaricando il Settore, con propria determinazione, di attribuire alle stesse i relativi codici aggiuntivi di identificazione;

b) di elevare il limite regionale di risorse impiegabili dalle Aziende USL per prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale ambulatoriali da privato, nella misura del 5% del tetto previsto dalla DGR 1832/99, conseguentemente rideterminando lo stesso in Lit. 212,1 MLD, da impiegarsi da parte delle Aziende USL coerentemente a quanto regolamentato nella sezione "Prestazioni specialistiche del Settore Privato - Art. 25 della LR 28/2000" della parte motiva;

27. il presente atto, con riferimento ai disposti della Legge Regionale 28/00, costituisce segmento attuativo della programmazione pluriennale in materia sanitaria e non determina alcuna variazione o soluzione di continuità rispetto agli indirizzi, ai principi ed ai vincoli di programmazione già fissati dalla DGR 1832/99 e dagli atti di indirizzo e coordinamento dalla stessa richiamati ed alla stessa successivi;

28. nell'ambito della continuità dell'azione di programmazione della Regione, di precisare, conseguentemente, che fino a diversa disposizione di legge o diversa deliberazione dell'Esecutivo Regionale o alla approvazione del prossimo Documento di Indirizzo Economico Funzionale per l'anno 2002 e triennale 2002-2004 (DIEF-SAN), tenuto conto di quanto fin qui normato dalle Leggi dello Stato in materia di federalismo fiscale e degli Accordi assunti tra Governo e Regioni, anche per gli esercizi futuri, in particolare:

a) costituiscono tetti invalicabili di remunerazione, quelli fin qui determinati e/o da determinarsi in esecuzione del presente atto, anche con riferimento ai disposti dell'Art. 25 della LR 28/00;

b) si applicano le disposizioni di cui ai co.4, co.5, co.9 dell' Art. 20, del co. 3 e del co.6 dell'Art.23 della LR 28/00;

c) le strutture del SSR adottano le indicazioni determinate dal presente atto di indirizzo e coordinamento, assumendo ai fini del bilancio di previsione 2002, quali limiti delle assegnazioni e dei tetti di remunerazione quelli qui definiti;

Euro 1) e che tutti i numerari, compresi quelli interessanti le prestazioni sanitarie, a partire dal 1 Gennaio 2002, siano obbligatoriamente espressi in Euro, tenuto conto di quanto disposto dal D.Lgs. 24 giugno 1998, n. 213 "Disposizioni per l'introduzione dell'EURO nell'ordinamento nazionale, a norma dell'articolo 1, comma 1, della L. 17 dicembre 1997, n. 433.", fatte salve successive disposizioni normative e/o regolamentari interessanti la materia;

30. di dare atto che il presente provvedimento rientra a norma dell'Art.1 della Legge Costituzionale 22 novembre 1999, n. 1 nella competenza dell'Esecutivo Regionale e non è soggetto a controllo ai sensi della L. 127/97;

31. 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;

32. di pubblicare il presente provvedimento nel B.U.R.P. nei modi e termini di rito.

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