



Bollettino ufficiale della Regione Puglia n. 100 del 05/07/2002

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 16 luglio 2002, n. 1073

Documento di Indirizzo Economico-Funzionale del SSR per il 2002 (DIEF-SAN 2002) ed Obiettivi Funzionali per la Programmazione Triennale 2002-2004: Assegnazione alle Aziende USL, alle Aziende Ospedaliere, agli EE ed IRCCS dei limiti di remunerazione a valere sul FSR 2002, in esecuzione della DGR 2087/01, della L.R. n. 32/01 e della L. 405/01.

L'Assessore Regionale alla Sanità, Dr. Salvatore Mazzaracchio sulla base dell'istruttoria espletata dagli Uffici del Settore Sanità con il supporto tecnico dell'ARES, confermata dal Dirigente del medesimo e dal Direttore Generale dell'Agenzia Sanitaria Regionale, riferisce quanto segue:

PREMESSA

Con l'Accordo realizzato l'8 Agosto 2001 e con il successivo Decreto Legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito con modificazioni nella Legge 16 Novembre 2001, n. 405 recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria, sono state attribuite alle singole Regioni specifiche responsabilità ai fini del concorso delle stesse al rispetto degli obblighi comunitari dell'Italia ed alla conseguente realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica.

In data 22 Novembre 2001 tra Governo, Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, è stato sottoscritto l'accordo sui Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), pubblicato in data 23 Gennaio 2002, sul Supplemento n. 14 alla G.U. n. 19.

La Presidenza del Consiglio dei Ministri, con proprio Decreto 29 Novembre 2001, pubblicato sul S.O. n. 26 alla G.U. 33 dell'8 Febbraio 2002, ha dato corso alla definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza, delle prestazioni totalmente escluse dai LEA, delle prestazioni incluse nei LEA per le quali occorre individuare modalità più appropriate di erogazione, fornendo ulteriori indicazioni per la relativa applicazione in materia di assistenza ospedaliera, assistenza specialistica, farmaceutica ed integrazione socio-sanitaria.

In materia di assistenza farmaceutica, il Ministro della Salute, con proprio Decreto 4 Dicembre 2001, pubblicato sulla G.U. 8 Febbraio 2002, n. 33, sulla base di analoga deliberazione adottata dalla Commissione Unica del Farmaco nella seduta del 10 Ottobre 2001, ha provveduto, in particolare, a determinare la riclassificazione dei medicinali ai sensi della Legge 16 Novembre 2001, n. 405.

Parallelamente, la Regione Puglia:

a) con Atto della Giunta 5 Ottobre 2001, n. 1392, tenuto conto dei contenuti dell'Accordo 8 Agosto e del Decreto Legge 18 Settembre 2001, provvedeva prontamente a fissare gli Obiettivi Funzionali per la Programmazione Triennale 2001-2003, dettando specifici indirizzi in materia di:

- definizione del budget distrettuali per la medicina di base e l'assistenza specialistica;
- dotazioni organiche e numero di dipendenti delle Strutture del SSR;
- perseguimento degli obiettivi di equilibrio delle strutture ospedaliere;
- accordi contrattuali con i soggetti privati transitoriamente accreditati alla erogazione di prestazioni

specialistiche, di ricovero e di riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78;

b) con la Legge 16 Novembre 2001, n. 28 dava luogo alla riforma dell'ordinamento regionale in materia di programmazione, bilancio, contabilità regionale e controlli;

c) con atto dell'Esecutivo Regionale 28 Novembre 2001, n. 1697, dava luogo alla approvazione del Progetto di Piano Sanitario Regionale 2002/2004 che dopo aver recepito, tra le altre, le indicazioni della III Commissione Consiliare Sanità e del Consiglio Regionale del 21 Dicembre 2001, nonché di quelle formulate Ministero della Salute, veniva approvato nella sua versione definitiva con la Deliberazione di Giunta 27 Dicembre 2001, n. 2087.

d) con la Legge 5 Dicembre 2001, n.32 di variazione al bilancio 2001, al Capo I del Titolo II introduceva importanti disposizioni in materia di razionalizzazione, contenimento e qualificazione della spesa sanitaria che hanno reso tempestivamente coerente il quadro normativo regionale alle obbligazioni scaturenti dalla L. 405/01;

e) con atto n. 200 dell'8.3.2002, l'Esecutivo Regionale ha avviato un programma sperimentale per l'attivazione nella regione del sistema di emergenza ed urgenza sanitaria "118";

f) con atto n. 203 dell'8.3.2002, pubblicato sul BURP 15.3.2002, n. 35, l'Esecutivo ha, infine, adottato i provvedimenti in materia di spesa farmaceutica consequenziali alla L. 405/01.

STATO DI AVANZAMENTO DEL PIANO SANITARIO REGIONALE 2002-200

In concomitanza con le azioni innanzi evidenziate, la Giunta Regionale ha dato luogo ad una serie di atti costituenti segmenti di attuazione del PSR, di seguito riepilogati.

A) Sistema dell'Emergenza Urgenza - 118 Avvio ed estensione della sperimentazione regionale

Con la citata DGR 8 Marzo 2002, n.200, sempre in esecuzione di quanto programmato nell'ambito del PSR 2002/2004, partendo dal comprensorio territoriale della Azienda USL BA/4, è stato dato avvio alla sperimentazione del Macro Sistema Emergenza Sanitaria "118".

Il programma di sperimentazione, già reso operativo nell'Area Metropolitana di Bari, al momento della redazione del presente documento, è entrato nella fase successiva di estensione del servizio agli altri ambiti territoriali della Puglia.

La sperimentazione ha già dato luogo, tra l'altro:

- alla realizzazione della Centrale Operativa;
- alla attivazione del numero 118;
- alla formazione del personale di emergenza;
- alla integrazione delle risorse professionali necessarie per la fase di sperimentazione;
- alla attivazione di specifiche convenzioni con Associazioni di Volontariato;
- al potenziamento del numero di ambulanze da rianimazione e di assistenza neonatale, di prossima disponibilità;
- alla acquisizione delle ulteriori strumentazioni e dotazioni necessarie.

Con successivi provvedimenti dell'Esecutivo Regionale, a valere sulle assegnazioni ex L. 662/96 e L. 449/97, nonché sulle risorse disponibili ex Art. 20 L. 67/88 e su quelle accantonate per i progetti di rilevanza regionale ex Art. 10 L.R. 38/94 verranno finanziate le già individuate azioni per la progressiva estensione del sistema agli altri ambiti della regione Puglia.

Ad integrazione di quanto previsto dalla DGR 200/02, al fine di rendere disponibili risorse di primo intervento correlate alla pronta estensione della fase di sperimentazione del 118 anche ai territori delle Aziende USL BA/5 e BR/1, si reputa opportuno impegnare l'importo di 1,6 Milioni di Euro a valere sul Capito 751060 - Residui 1999 del bilancio di previsione 2002, tenuto anche conto di quanto disposto in tal senso dalla Deliberazione 7 Giugno 2002, n. 771 della Giunta Regionale.

B) Piano di Riordino della Rete Ospedaliera

Con Atto 8 Marzo 2002, n. 199 "Piano di Riordino della Rete Ospedaliera e del Sistema Sanitario Regionale Integrazioni in esecuzione dell'Accordo 22 Novembre 2001 Governo-Regioni in materia di LEA - Commissioni Paritetiche Università-Regione - Attuazione del PSR di cui alla DGR 2087/01", l'Esecutivo Regionale, nel quadro del generale ridisegno del SSR, ha ritenuto opportuno provvedere ad una rimodulazione del programma dei lavori precedentemente già definito, in particolare al fine di tener conto:

- della avvenuta pubblicazione del già citato accordo tra Governo e Regioni e del conseguente DPCM 29 Novembre 2001 in materia di definizione dei LEA, che rende quindi attuabile una più articolata ed accelerata definizione delle relazioni tra i diversi livelli di assistenza in un quadro di riferimento caratterizzato da fattori di stabilità ed armonizzazione prima indisponibili;
- dell'adeguamento di quanto previsto dalla prima bozza di Piano di riordino della rete ospedaliera predisposto dall'ARES, alle esigenze di didattica e ricerca delle Facoltà di Medicina di Bari e Foggia, conformemente alle previsioni del D.lgs 517/99 e delle linee guida concernenti i protocolli d'intesa di cui al DPCM 24.05.2001;
- dell'esigenza di dar corso alla integrazione del piano di riordino della rete ospedaliera con il fabbisogno di posti di dialisi e con la definizione della loro distribuzione sul territorio;
- della opportunità di poter disporre dei contributi, nel frattempo pervenuti dalle Aziende Sanitarie, in esecuzione della DGR 1392/01.
- della opportunità di provvedere ad una eventuale revisione degli indicatori impiegati per la definizione della prima bozza del piano di riordino considerato che il progetto, nella sua prima formulazione, è stato elaborato a cavallo degli anni 2001/2002, momento nel quale non erano ancora noti gli effetti indotti nel 2001 sui livelli di ospedalizzazione dalle norme di razionalizzazione in materia sanitaria di cui alla LR 28/00.

In ragione di dette considerazioni, il nuovo programma operativo approvato dalla Giunta Regionale prevede:

- che le due Commissioni paritetiche costituite con le Facoltà di Medicina e Chirurgia di Bari e Foggia, completino quanto prima i lavori per la definizione dei Protocolli di Intesa Università - Regione, di modo che le relative risultanze possano integrarsi nell'ambito del modello di riordino del sistema ospedaliero che rispetterà contestuali progressioni ed affinamenti, in ragione degli avanzamenti dei lavori di dette Commissioni;
- il conseguente affinamento del progetto di piano anche verificandone la coerenza in relazione ai dati di attività dell'anno 2001, le cui operazioni sono in corso.

C) RSA - Avvio della sperimentazione

Con l'approvazione da parte dell'Esecutivo Regionale dell'Atto 19 Marzo 2002, n. 210, è stato dato avvio alla fase di attivazione sperimentale da parte delle Aziende USI- delle RSA la cui realizzazione risulta completata.

Nel quadro definito dal PSR si è inteso, da una parte valorizzare la utilità sociale degli investimenti già realizzati, dall'altra, dar luogo, attraverso la disponibilità di dette nuove strutture, ad una prima pronta attuazione al processo di deospedalizzazione già previsto dalla DGR 1392/01.

Nell'atto è previsto che la attivazione delle RSA, avvenga, nel rispetto delle condizioni previste per le

strutture ospedaliere dall'Art. 5 della LR 4 Maggio 1999, n. 17, mediante l'utilizzo di risorse già in organico, tenuto anche conto delle disposizioni riguardanti il personale di cui alla LR n. 28/00 ed alla LR n. 32/01, ovvero anche nell'ambito di iniziative di sperimentazione gestionale e/o altre forme di collaborazione con il privato, in ogni caso previa autorizzazione della Giunta Regionale sulla base di specifico piano predisposto dalle Aziende Usl.

Al provvedimento è allegato altresì un primo schema di regolamento di attuazione rispetto al quale apportare gli opportuni correttivi che l'esperienza acquisita sul campo per l'attivazione delle strutture pubbliche, permetterà per tempo di individuare.

D) Potenziamento della Prevenzione nel campo della sanità pubblica veterinaria

Il PSR 2002-2004 nel quadro degli interventi interessanti la prevenzione collettiva individua specifiche azioni da compiersi in materia di IGIENE DELLA PRODUZIONE, TRASFORMAZIONE, COMMERCIALIZZAZIONE, CONSERVAZIONE E TRASPORTO DEGLI AUMENTI DI ORIGINE ANIMALE E LORO DERIVATI e di SANITA' ANIMALE.

Rispetto a dette finalità l'Ufficio Veterinario, dando corso ad interventi che favoriscono una organizzazione "ad operatività di rete" di tutti i servizi dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende USL interessati da tali materie, ha avviato specifici programmi volti al potenziamento ed al controllo delle attività mirate a:

- fa profilassi delle malattie infettive del bestiame, con particolare riferimento alla profilassi della blue tongue: vaccinazione, sorveglianza epidemiologica, controllo della movimentazione;
- il conseguimento degli obiettivi prefissati dai piani di risanamento obbligatori (tubercolosi e leucosi nei bovini, brucellosi nei bovini e negli ovi-caprini);
- il conseguimento degli obiettivi previsti dal DPR 14 Luglio 1995 relativo ai programmi di controllo ufficiale e vigilanza presso gli esercizi di vendita di alimenti e bevande con le frequenze minime in esso previste e con frequenze almeno doppie presso i caseifici al fine di tutelare il consumatore dalla trasmissione per via alimentare della Bse e delle principali zoonosi quali brucellosi, tubercolosi, enterobatteriacee, ecc;
- completamento della registrazione delle aziende zootecniche ai fini della produzione del latte in ottemperanza del DPR 54/97.

In questo quadro, sulla base di specifico programma obiettivo da definirsi a cura del Dirigente l'ufficio veterinario, funzionalmente agli obiettivi previsti dal PSR per il miglioramento della efficienza operativa e per quelli di controllo previsti dalla definizione dei LEA, potranno essere definiti ulteriori interventi di razionalizzazione ed integrazione, anche informativa, tra le strutture costituenti la rete dei servizi veterinari delle Aziende USL e tra questa, l'IZS e le Istituzioni nazionali ed europee di settore.

PROGETTI SPECIALI DI RILEVANZA REGIONALE

Malattie Rare

L'art. 20, co. 1, lett. a), della LR 22 dicembre 2000, n. 28, ha individuato l'assistenza a malattie rare, tra le funzioni assistenziali da finanziarsi sulla base del costo standard di produzione del relativo programma di assistenza.

A tal riguardo, il presente Documento di indirizzo economico funzionale, tra le prestazioni delle Aziende Ospedaliere, per le quali è prevista la costituzione di specifico fondo regionale per la remunerazione delle funzioni sulla base del relativo costo standard di produzione, individua tra quelle prioritarie, le azioni di assistenza alle malattie rare, così ponendo in essere le condizioni per una pronta applicazione delle iniziative di cui si tratta coerentemente alle previsioni di piano di cui alla DGR 2087/01.

Al riguardo il PSR 2002-2004, approvato in via definitiva con detta deliberazione, dispone che il modello

organizzativo da adottare, ai fini dell'ottimizzazione delle risorse e del miglioramento della qualità dell'assistenza, sia di tipo dipartimentale interaziendale (DM 24.4.00 e DM 18.5.01, n. 279) che dovrà garantire, per gli stessi gruppi di patologie rare, l'unitarietà dell'approccio assistenziale nel quadro della continuità assistenziale tra area ospedaliera ed area territoriale. In sede di definizione del piano di riordino della rete distrettuale ed ospedaliera, saranno individuati i Centri di Riferimento regionali per l'assistenza ai soggetti affetti da patologie rare.

Piano Sangue

Il Piano Nazionale Sangue e Plasma del triennio 1999-2002, si è proposto di determinare l'autosufficienza di plasma. Al riguardo, con altro specifico provvedimento: "PSR 2002/2004: Attivazione del Piano Regionale Sangue e Plasma per l'Autosufficienza in materia di Emocomponenti ed Emoderivati" viene data attuazione operativa al programma definito nell'ambito della DGR 2087/01.

Medicina Trasfusionale ed Indennizzi ai Soggetti danneggiati

Anche al fine di elevare la sicurezza emotrasfusionale e di limitare il rischio connesso all'acquisizione di emoderivati, la Regione Puglia sta, quindi, finalizzando le proprie azioni per la realizzazione del "Piano Sangue".

Sulla materia, per quanto riguarda le competenze relative alla salute umana, sono state trasferite dal Ministero alle Regioni, tra le altre, le funzioni relative alla Legge del 25 febbraio 1992, n.210 concernenti gli indennizzi a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati ed a causa della vaccinazione antipoliomelitica non obbligatoria di cui all'art. 3 della Legge 14 ottobre 1999 n. 362.

In particolare, con il DPCM 26.5.00, sono state individuate le risorse umane, finanziarie, strumentali ed organizzative ai fini del trasferimento delle competenze dello Stato alle Regioni in attuazione delle politiche di decentramento previste dalla legge n. 59 del 15 Marzo 1997 (Bassanini).

Con Legge Regionale 30.11.2000, n. 21 concernente il conferimento di funzioni e compiti amministrativi in materia di salute umana e sanità veterinaria, è stato disposto, al punto b) dell'art. 10, di attribuire le funzioni di cui alla L. 210/92 alle Aziende Sanitarie Locali territorialmente competenti.

Con il DPCM 22.12.00, pubblicato sulla G.U. del 21.2.01, è stato disposto il trasferimento alla Regione Puglia della somma di circa 6.142 Milioni di Euro (Lit. 11,89 MLD), già individuata con il DPCM 13.11.00 per l'esercizio delle funzioni conferite dal D.Lgs n. 112/98.

Detta somma, che la Regione Puglia ha incamerato con DGR 2039/01, è stata prontamente erogata alle Aziende USL con Determinazione Dirigenziale 28/02, così da permettere alle stesse la liquidazione delle pratiche già definite dal Ministero della Salute, nei primi mesi dell'anno 2000.

Sull'argomento, vi è da rilevare che sulla base delle pratiche trasferite dal Ministero della Salute alla Regione Puglia (periodo Aprile - Ottobre 2001, consegnate alle Aziende USL nel termine del 14 dicembre del trascorso anno), il fabbisogno finanziario a copertura dei pagamenti dovuti per tutti gli arretrati maturati al 31.12.2001 fin qui noti, supera i 14,4 Milioni di Euro (oltre Lit. 27,7 MLD), sicché è evidente che la somma stanziata dal Ministero del Tesoro ed erogata alle Aziende USL costituisce mero acconto rispetto al maggior dare non ancora acquisito nelle disponibilità della Regione.

Si pone quindi l'esigenza, al fine di non tralasciare nel tempo la erogazione dei dovuti indennizzi ai Soggetti per i quali è stato accertato un danno da complicanze di tipo irreversibile, di individuare da parte del Servizio Sanitario Regionale forme di anticipazione di dette somme, con successiva rivalsa compensativa verso il Ministero della Salute.

Al riguardo, nell'Accordo 8 Agosto 2001 tra Governo e Regioni concernente il trasferimento delle risorse a Regioni ed Enti locali in materia di salute umana e sanità veterinaria (G.U. 7.9.01, n. 208), si stabiliva l'impegno delle Regioni a definire le pratiche trasmesse con il primo invio da parte del Ministero della Salute, entro il 31 maggio 2002.

Nella stessa seduta, le Regioni hanno espresso parere favorevole sulla bozza di DPCM con il quale le

risorse finanziarie da trasferire alle Regioni ai fini degli indennizzi venivano sostanzialmente triplicate, rideterminando le stesse nell'ordine di Lit. 510 MLD (il DPCM 26.5.00 aveva quantificato dette risorse in circa Lit. 168 MLD).

Detta bozza, dopo aver acquisito il parere delle competenti Commissioni Parlamentari, ha dato luogo al DPCM 8 Gennaio 2002 "Rideterminazione delle risorse finanziarie da trasferire alla Regioni ed agli Enti Locali per l'esercizio delle funzioni conferite dal D.Lgs. 31 Marzo 1998, n. 112, in materia di salute umana e sanità veterinaria", pubblicato sulla G.U. 26.3.2002.

Ciò premesso e tenuto conto che:

il citato DPCM 8.1.02, all'Art. 2, co. 2, stabilisce che dette risorse aggiuntive vengono accreditate alle Regioni sulla base di specifica rendicontazione da parte delle stesse delle somme anticipate entro il 30 Giugno 2002;

nella seduta del 18 Aprile 2002, la Conferenza Unificata di cui all'Art. 8 del D.Lgs 28.8.97, n. 281 ha provveduto a deliberare le modalità mediante cui procedere alla "rendicontazione delle risorse finanziarie anticipate dalle Regioni per l'esercizio delle funzioni conferite dal D.Lgs 31.3.1998, n. 112 in materia di salute umana, ai sensi dell'Art. 2 del DPCM dell'8 Gennaio 2002";

si ritiene indispensabile che le Aziende USL provvedano, entro e non oltre il termine di 30 giorni dalla data di notifica del presente atto, ai prescritti adempimenti in materia di:

rendicontazione alla data del 31.12.2001, delle domande di indennizzo precedenti al 31.12.2000;

rendicontazione degli indennizzi liquidati o, comunque, accertati nell'anno 2001 riferiti al punto che precede;

ruoli aperti nel 2001, a tutto il 31 dicembre di detto anno, riepilogati in conformità alla tabella "Salute Umana" di cui alla cit. Deliberazione 18 Aprile 2002 della Conferenza Unificata;

erogazione degli indennizzi ancora dovuti a tutto il 31 Dicembre 2001, attingendo dalle assegnazioni indistinte per le stesse previste dal presente provvedimento, le risorse finanziarie necessarie, valutabili in circa 10,8 Milioni di Euro (di cui 8,3 Milioni di Euro, per completare i pagamenti delle competenze arretrate a tutto il 31.12.2001 e la restante quota di 2,5 Milioni di Euro, per la liquidazione delle indennità relative alle altre pratiche che nel frattempo sono state definite o trasferite dal Ministero della Salute);

erogazione degli indennizzi derivanti dalla immissione in ruolo per l'anno 2002, valutabili in ulteriori 10,7 Milioni di Euro.

Al riguardo, nel rinviare ai contenuti di detta Deliberazione della Conferenza Unificata, Rep. Atti n. 562/CU del 18.4.2002 della Presidenza del Consiglio dei Ministri, ai fini operativi, con successiva Circolare Dirigenziale, verranno fornite alle Aziende USL specifiche linee guida sulle procedure da adottarsi ai fini dell'erogazione e rendicontazione degli indennizzi di cui sopra.

In materia contabile, a fronte delle somme anticipate per tale finalità, le Aziende USL iscrivono nel proprio bilancio corrispondente partita di credito verso la Regione Puglia. Successivamente, a fronte dell'accertamento da compiersi in ragione delle assegnazioni Ministeriali previste per l'indennizzo ex L. 210/99 dei soggetti danneggiati, detti importi, con determinazione dirigenziale, verranno rimborsati alle Aziende USL interessate.

Operatività dell'ARPA - Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale e prime indicazioni operative per il trasferimento delle competenze e delle risorse previste per i Presidi Multizonali di Prevenzione (PMP) delle Aziende USL

Con l'Atto 27 Dicembre 2001, n. 2122, "Operatività dell'Agenzia per la Protezione Ambientale (ARPA), l'Esecutivo Regionale ha impartito al Settore Ecologia ed al Settore Sanità, prime direttive di attuazione così da rendere immediatamente operativa detta Agenzia Regionale istituita con la LR 22.1.99, n. 6.

In particolare è previsto che il Settore Sanità:

(a) provveda ad assegnare le risorse finanziarie all'ARPA, determinandole nella misura pari a quelle già riservate ai Presidi Multizonali di Prevenzione con la DGR 1392/01, aggiornate con il presente atto per tener conto delle variazioni intervenute rispetto all'ultimo adeguamento delle stesse compiuto con riferimento al 2000 dalla DGR 469/01, previo stralcio di quelle comunque necessarie alle Aziende USL per lo svolgimento delle attività di controllo impiantistico preventivo, già svolto dai PMP, giusta Art. 18 della LR 6/99;

(b) impartisca disposizioni alle Aziende USL capoluogo di provincia, titolari della gestione del PMP, affinché nelle more della costituzione del Settore Amministrativo dell'ARPA, pongano in essere gli adempimenti previsti dall'Art. 17 della cit. LR 6/99, assicurando tramite i propri servizi del personale, provveditorato-economato, economico-finanziario e affari generali, la relativa gestione, per gli ambiti territoriali di rispettiva competenza, regolandone nel contempo i rapporti con apposito atto convenzionale;

(c) disciplini la definitiva assegnazione alle Aziende USL interessate allo scorporo, della dotazione strumentale dei soppressi settori impiantistico-antinfortunistico già del PMP;

(d) di concerto con il Settore Personale, provveda all'adozione degli atti inerenti il personale sulla base delle procedure individuate dagli Artt. 15 e 16 della LR 6/99.

Rispetto a detti adempimenti, il Settore Sanità, raccolta la preventiva intesa di massima da parte del Direttore Generale dell'ARPA, provvederà entro 120 giorni dalla data di approvazione del presente atto, così da assicurare il necessario coordinamento operativo, anche sulla base delle preliminari informazioni che sia il Settore Sanità che l'Agenzia per l'Ambiente hanno già provveduto ad acquisire.

Fino al momento della adozione dell'atto dirigenziale inerente il personale, le assegnazioni mensili a destinazione vincolata a tal fine previste dal presente atto a favore di ciascuna Azienda USL titolare della gestione del PMP, rimangono nelle disponibilità delle stesse.

L'ammontare residuo, al netto delle quote di finanziamento che rimangono in capo alle Aziende USL per le attività di controllo impiantistico preventivo, dal primo giorno del mese di trasferimento del personale nei ruoli dell'ARPA, viene devoluto alla stessa Agenzia Regionale che provvede alle relative registrazioni nel proprio bilancio autonomo. Ai fini del funzionamento dell'Agenzia per l'ambiente, accanto agli ammontare così determinati, a valere sugli impieghi diretti della Regione Puglia, con il presente provvedimento vengono disposti specifici stanziamenti.

LEA - LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Con disposizione dell'Assessore Regionale alla Sanità 28 Febbraio 2002, prot. n. 24/0020/SP si è già provveduto a comunicare alle Aziende Sanitarie l'immediata applicabilità delle esclusioni di cui all'allegato 2A del DPCM 29 Novembre 2001.

Il procedimento avviato con tale prioritaria indicazione Assessorile ai fini della sua applicazione nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale, è stato completato con altra specifica deliberazione dell'Esecutivo Regionale, 8 Aprile 2002, n. 310, qui richiamata, che conferma integralmente i contenuti del DPCM 29.11.2001.

Con tale provvedimento si è inteso, consapevolmente, confermare con oneri a carico del SSR, il mantenimento nei LEA delle prestazioni di cui all'Allegato 2B al DPCM (prestazioni, cioè, che possono essere successivamente limitate in relazione alle condizioni cliniche di erogazione) fino alla definizione dei percorsi assistenziali finalizzati alla erogazione delle prestazioni stesse.

Parimenti, si è inteso, consapevolmente, mantenere l'esclusione dai LEA di tutte le prestazioni incluse nell'Allegato 2A del DPCM. Conseguentemente le quadro prestazioni di fisioterapia, per le quali, previa idonea istruttoria è possibile lo spostamento nell'elenco 2B ed ancora, successivamente, definire le

condizioni cliniche che ne consentano la erogabilità a carico del SSR, restano incluse nell'elenco 2A e quindi escluse dai LEA, fino all'intervento delle suddette determinazioni.

Le prestazioni comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza di cui al richiamato DPCM, con le esclusioni ed i limiti ivi indicati, nel rispetto degli obblighi di compatibilità economica di cui all'Accordo 8 Agosto 2001, alla Legge 405/01 ed alle Leggi della Regione Puglia disciplinanti la materia, fino a diversa disposizione dell'Esecutivo Regionale, sono a carico del SSR.

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

Assistenza Farmaceutica Misure di Razionalizzazione

Con l'atto di indirizzo e coordinamento 8 Marzo 2002, n. 203 contenente disposizioni applicative della Legge 405/01 in materia di assistenza farmaceutica, l'Esecutivo Regionale, ha posto in essere una articolata strategia di razionalizzazione nell'impiego delle risorse.

Il punto centrale della manovra è costituito da un forte coinvolgimento di tutti gli operatori sanitari e della stessa collettività rispetto all'obiettivo tendenziale di mantenere i costi per l'assistenza farmaceutica nell'intorno del 13% delle risorse disponibili per il funzionamento del SSR.

In questi mesi si è provveduto a monitorare gli andamenti della spesa farmaceutica, le variazioni sulle prescrizioni di medicinali per gruppo anatomico, individuando i primi fattori correttivi da adottarsi per valutare il modo per limitare al minimo, in termini di rapporto benefici/costi per la Collettività, gli oneri a carico della stessa.

Da tale analisi comparata è scaturita una prima rimodulazione dei medicinali a totale carico dei SSIR che, giusta DGR 203/02, prevede come per oltre il 94% (già compresi nella ex Fasce A e B) venga confermata la attribuzione di essenzialità degli stessi, senza alcuna compartecipazione alla spesa da parte dell'assistito.

E' altresì da precisare che:

(a) per i medicinali compresi nell'Allegato C) dell'Atto di Indirizzo e Coordinamento di cui alla Deliberazione di Giunta Regionale 8 Marzo 2002, n.203, giusta DM 4.12.2001, pubblicato sulla G.U. 8 Febbraio 2002, n. 33, soggetti alle note limitative CUF ivi indicate, gli stessi sono a totale carico del Servizio Sanitario Regionale nei casi in cui la prescrizione e la somministrazione vengano effettuate in regime di ADI (Assistenza Domiciliare Integrata);

(b) per i medicinali compresi nel cit. DM 4.12.2001 e non inclusi nell'Allegato C) della DGR 203/02, ovvero nell'elenco esplicativo di cui alla Circolare Dirigenziale 1/2002, contenente i Codici AIC per i quali è applicato il delisting, gli stessi sono a totale carico del SSR sempreché gli utenti rientrino nelle patologie di cui alle Note CUF 55 e 55 bis;

(c) a far data dal giorno successivo a quello di pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia (BURP 15 Marzo 2002, n. 35) della DGR 203/01, tutti i medicinali immessi nel ciclo distributivo rientranti in ATC corrispondenti a quelli di cui all'Allegato C) di detto atto di indirizzo e coordinamento, classificati dalla CUF in classe "B", si intendono anch'essi non a carico del Servizio Sanitario Regionale, con le precisazioni di cui alle precedenti lettere (a) e (b).

In esecuzione del punto 3) del dispositivo della DGR 203/02, con altro provvedimento dell'Esecutivo Regionale vengono rese operative specifiche "Linee sulle modalità prescrittive dei farmaci, delle indagini diagnostiche, delle consulenze specialistiche e dei presidi sanitari, appropriatamente erogabili dal SSR - Regolamento per le Contestazioni".

Il documento di cui trattasi, in via di emanazione, redatto anche con il contributo delle Organizzazioni Sindacali dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta firmatarie degli accordi di cui al DPR 200/00 e DPR 202/00, tratta in particolare i seguenti punti:

- Formazione ed Informazione Sanitaria

- Modalità di Attuazione della Programmazione e del Controllo Regionale
- Obbligo di Appropriatezza e di Controllo
- Linee Guida sulle modalità prescrittive ed indirizzi per l'appropriatezza delle prestazioni
- delle Azioni per il Monitoraggio ed il Controllo delle Prescrizioni Dirette ed Indotte
- Linee ed Obiettivi Guida per la appropriatezza e la continuità terapeutica
- Percorsi Assistenziali nell'area della Medicina Generale e della Specialistica Pediatrica
- Orientamento alla prescrizione del Farmaco ed Adozione di Linee Guida per l'Appropriatezza dei Trattamenti
- Controlli Obbligatoriosi dell'Area Farmaceutica
- Regolamento Disciplinare e Procedura di contestazione

In questo quadro, al Dirigente l'Area Farmaceutica delle Aziende USL, oltre a quanto definito nelle suddette Linee Guida, viene altresì assegnato il compito di provvedere verso l'Assessorato alla Sanità alle opportune segnalazioni sulla materia.

Sempre in tema di assistenza farmaceutica, in applicazione della DGR 1412/01 e dell'atto di indirizzo e coordinamento costituito dalla DGR 203/02, con proprio successivo provvedimento, la Giunta si riserva di definire specifiche direttive in materia di erogazione diretta nei centri individuati dalla Regione, di specialità medicinali ad alto costo, in particolare per:

1. Afezioni maculari della retina (DMS 5/3/01), Determinazione Dirigenziale n. 179 del 01/03/02 Individuazione Centri;
2. Sclerosi (Nota CUF 65) DMS 29/3/96 - 07/0898 - 10/11/98. Determinazione Dirigenziale n. 475 del 29/12/00 e n. 177 del 27/3/01 di Individuazione Centri;
3. la cura della emofilia e della coagulazione congenita attualmente due Centri presso il Policlinico, come da registro nazionale delle coagulopatie congenite dell'istituto Superiore della Salute. Farmaco Fattore VII e VIII ricombinante;
4. Artrite reumatoide DMS 24/05/01, (note Ass.li di autorizzazione prot. 24/14035 e n. 24/2306/15 del 28/06/01 e del 16/11/01);
5. Alzheimer, DMS 20/7/00, Determinazione Dir. N. 73 del 16/2/01 di Individuazione Centri;
6. Ormone della crescita (Nota CUF 39) Determinazione n. 450 del 18/12/00 di individuazione dei Centri preposti alla prescrizione e dispensazione;
7. Epatite C: cronica.
8. specialità medicinali ex L. 648/96, inerente sia la deroga alle note CUF per patologie severe, sia la opportunità di acquistare farmaci all'estero, non commercializzati in Italia (Trapiantati, ecc.).

Prestazioni Specialistiche, Ospedaliere Private ed Art. 26 L. 833/78 - Accordi Contrattuali

Nell'ambito del generale quadro di razionalizzazione ed armonizzazione del Servizio Sanitario Regionale, con Deliberazione 7 Marzo 2002, n. 20 del Direttore Generale dell'ARES "Linee guida per la uniforme applicazione sul territorio regionale dei patti e dei principi di cui agli accordi con le strutture della Ospedalità Privata ed eroganti prestazioni ex Art. 26 L. 833/78 ed in materia di prestazioni specialistiche da settore privato - Adempimenti ARES ex punto 24.b) del dispositivo della DGR 1932/01 - DIF 2001-2003", si è provveduto a realizzare un quadro organico di riferimento rispetto al quale dal corso agli accordi contrattuali con le Strutture ed i Soggetti privati transitoriamente accreditati.

Giusta lettera b) del punto 24 di detta DGR 1392/01, con tale atto, già reso esecutivo nei confronti di tutte le Aziende USL dalla Determinazione Dirigenziale 12 Aprile 2002 n. 138, in continuità con gli "Indirizzi e Direttive per la uniforme applicazione delle norme e delle regolamentazioni regionali in materia di assistenza specialistica e di accordi contrattuali con i Soggetti privati transitoriamente accreditati", già impartiti a firma congiunta del Direttore Generale dell'ARES e del Dirigente del Settore, con nota 24 Ottobre 2001, prot. 24/1688/Coord dell'Assessorato alla Sanità, si è altresì provveduto ad uniformare gli standard degli accordi contrattuali di riferimento anche per tale tipo di prestazioni.

Le Linee Guida, relativamente agli argomenti ivi trattati, hanno quindi il fine di individuare il filo comune che lega le fonti regolamentari che si sono susseguite nel tempo, raccordandole e coordinandole rispetto alle norme di razionalizzazione definite dalla LR 28/00 e dalla LR 32/01, con l'obiettivo di tracciare rispetto ai diversi casi ivi analizzati, percorsi uniformanti di attuazione che nel corso del tempo verranno appropriatamente aggiornati in ragione delle evoluzioni in atto, tenuto conto delle esperienze applicative comunicate dalle Direzioni delle Aziende USL e degli indirizzi di programmazione sanitaria impartiti dall'Esecutivo Regionale.

In questo quadro, si inserisce la previsione di riallineare l'anno di riferimento, dal 1997 al 1999, rispetto a cui determinare la soglia al superamento della quale, fino al limite invalicabile di remunerazione di cui alla vigente normativa regionale, si applicano le previste regressioni tariffarie. Conseguentemente, il corrispondente paragrafo di detta DDG 20/02 dell'ARES, a partire dall'esercizio 2002, è da intendersi integralmente sostituito con il seguente:

"Determinazione del valore della produzione per prestazioni di ricovero della Ospedalità Privata da cui partono le regressioni tariffarie (co. 4, Art. 25 LR 28/00) nel rispetto del limite invalicabile di remunerazione per struttura

Al fine di determinare in modo univoco la applicazione delle regressioni di cui alla DCR 995/95, per ciascuna struttura occorre far riferimento:

c)1. al fatturato riconosciuto, al netto delle regressioni tariffarie, delle verifiche tecnico sanitarie, della mobilità extra-regionale e dei rimborsi per endoprotesi, riferito alle prestazioni da questi erogate ai residenti della regione nel 1999. Per fatturato "riconosciuto", si intende il valore della produzione accertato dalla USL territorialmente competente al netto delle regressioni tariffarie di cui alla DCR 995/95, nei limiti dei tetti di spesa laddove definiti dalla Azienda Sanitaria nel rispetto delle vigenti regolamentazioni e norme;

c)2. L'ammontare così come determinato sub c1) costituisce il limite inferiore dal quale partono le regressioni tariffarie fino al raggiungimento del tetto in valicabile."

Si ritiene altresì opportuno definire un progetto da proporre alla approvazione della Giunta Regionale che individui rispetto a specifici DRG di alta specialità, meccanismi idonei ad incentivarne la erogazione da parte delle strutture pubbliche e private transitoriamente accreditate della regione, potendosi prevedere per tale obiettivo anche il superamento degli attuali tetti invalicabili di remunerazione, purché a tale innalzamento corrisponda un proporzionale miglioramento dei saldi di mobilità (riduzione della componente passiva ed incremento di quella attiva) extraregionale.

Classificazione delle Prestazioni di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78

In esecuzione del punto 22), lettera c) della DGR 1392/01, viene altresì introdotto un primo sistema di classificazione delle attività di riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78, tenendo conto delle raccomandazioni presenti nelle "Linee-guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione", approvate dalla Conferenza permanente, per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano nella riunione del 7 maggio 1998, in cui si invitavano le Regioni ad attenersi alle

raccomandazioni dell'OMS, fatte proprie dal Consiglio d'Europa.

In particolare, per quanto attiene la codifica delle Diagnosi per la Riabilitazione, ritenendo che la classificazione ICD IX (international Classification of Diseases) fosse insufficiente rilevava la necessità di integrarla con la classificazione delle conseguenze delle malattie, come individuata nella ICIDH (international Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) dell'OMS, versione corrente.

In tale ottica ed allo scopo di individuare e standardizzare un sistema di codifica delle Diagnosi di Riabilitazione in ambito regionale, si è provveduto a riclassificare e ricodificare le Malattie più frequentemente interessate, così come riportato nell'Allegato B della presente deliberazione.

Anche ai fini di quanto previsto dal co. 3 dell'Art. 11 della LR 32/01 e dalle "Linee Guida per la uniforme applicazione sul territorio regionale" di cui alla richiamata deliberazione ARES, il Settore Sanità provvederà ad impartire specifiche direttive contenenti gli standard per la codifica da parte delle strutture eroganti delle relative prestazioni, fino ad oggi non appropriatamente monitorate a livello regionale, così come le eventuali modificazioni ed integrazioni.

Il Settore provvederà altresì ad inviare alle Direzioni Generali delle Aziende USL, i tracciati record ed il relativo set di programmi predisposti, per le finalità di verifica e di contabilizzazione interne alle Aziende nonché quelli per l'acquisizione, su supporto magnetico o per via telematica, dei dati sulle prestazioni mensilmente erogate dalle strutture transitoriamente accreditate a tale tipo di prestazione. Si richiamano il punto 14, lettera d) della DGR 1392/01 ed i termini di cui alla Circolare Dirigenziale 1/2000.

Assistenza Indiretta

La LR 32/01, in materia di assistenza indiretta, al co. 8 dell'Art. 11, oltre a prorogare fino al 31 dicembre 2002 i termini di cui all'articolo 22 della l.r. 28/2000, ha precisato che la percentuale di rimborso pari al 50 per cento, di cui all'articolo 8 septies del D.lgs 502/1992 e successive modificazioni, è da intendersi riferita a tutte le prestazioni, ivi comprese quelle di alta specialità.

Al riguardo, è opportuno precisare che ove il cittadino intenda ricorrere, nell'esercizio della libera scelta, a prestazioni di ricovero presso strutture autorizzate, ma non accreditate, in materia di prestazioni di alta specialità, è tenuto a richiedere la preventiva autorizzazione alla Azienda USL nel cui territorio egli risiede.

Le strutture autorizzate, nel punto di accesso, in luogo ben visibile al pubblico, sono tenute ad evidenziare che le stesse, verso gli Assistiti che intendano ricoverarsi presso le stesse in ragione di propria autonoma scelta, operano esclusivamente in regime di assistenza indiretta e, conseguentemente, che il SSR concorre alla spesa esclusivamente nella misura del 50% della remunerazione prevista per il corrispondente DRG.

Prestazioni in Day Hospital

Come è noto, con il co. 8 dell'Art. 20 della LR 28/2000, a decorrere dal primo gennaio 2001, è stato disposto che le prestazioni in day hospital erogate dalle strutture pubbliche ed equiparate devono essere assicurate nel rispetto di protocolli preventivamente autorizzati dalla Regione secondo la regolamentazione dettata con delibera di Giunta Regionale n. 2016 del 3/6/1998.

Dall'analisi comparativa dei dati 1998-2000, si è infatti avuto modo di osservare, che all'incremento delle prestazioni di tale natura non corrispondeva una equivalente contrazione di quelle interessanti i ricoveri ordinari.

Conseguentemente, con la DGR 1392/01, in applicazione della LR 28/00, è stato chiarito che il ricorso al day hospital deve essere attuato nel rispetto di determinati elementi diagnostico-terapeutici, definendosi in detto atto un primo elenco di tipologie, successivamente meglio qualificato ed esteso con la DGR 2104/01 e la DGR 277/02 che ribadisce, per l'accesso alle prestazioni in DH e DS, la obbligatorietà

dell'impegnativa del Medico specialista territoriale o ospedaliero.

APPROPRIATEZZA NELL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SANITARIA ED INDIVIDUAZIONE DRGS AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA

In materia di controllo sulla appropriatezza delle prestazioni, gli Art 5-bis e 5 quater della L. 405/01, rafforzano ulteriormente gli indirizzi e gli obblighi 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) previsti dalla L. 388/00 (Finanziaria 2001).

La Legge Regionale 28/2000 ha individuato specifici obiettivi e correlate azioni sanzionatorie che il DIEF 2001 (DGR 1392/01), contenente linee guida per il triennio 2001-2003 ha provveduto ulteriormente a qualificare.

La successiva LR 32/01, all'Art. 5, co. 1, ha confermato gli obiettivi di miglioramento dell'appropriatezza nell'erogazione dell'assistenza sanitaria di cui all'articolo 21 della citata LR 28/00 assumendo quale graduazione delle previste penalizzazioni quelle individuate nella DGR 1392/01 che ne estende gli effetti sanzionatori anche al debito informativo.

Sempre in materia di appropriatezza, al co. 2 dello stesso articolo, la LR 32/01, dispone che nel presente documento di indirizzo economico-funzionale, al fine di ridurre il ricorso a prestazioni erogate in regime di degenza ordinaria:

(a) vengano individuati i DRG a più alto rischio di inappropriatazza per il ricorso al predetto regime, che le strutture sanitarie possono trattare in regime diverso (day hospital o ambulatoriale), con identico beneficio per il paziente e un minore impiego di risorse;

(b) siano indicati i valori percentuali della soglia di ammissibilità oltre la quale dette prestazioni sono remunerate con una riduzione non inferiore al 50 per cento.

Secondo la definizione data dal DPCM 29.11.01 nell'Allegato 2C "Prestazioni incluse nei LEA che presentano un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato o per le quali occorre comunque individuare modalità più appropriate di erogazione", si intendono per "inappropriati" i casi trattati in regime di ricovero ordinario o in day hospital che le strutture sanitarie possono trattare in un diverso setting assistenziale con identico beneficio per il paziente o con minore impiego di risorse.

L'Allegato 2C del citato DPCM riporta un primo elenco minimo di DRG "ad alto rischio di inappropriatazza" per i quali, se erogati in regime di degenza ordinaria, dovrà essere indicato un valore soglia di ammissibilità. Le Regioni, nella propria autonomia regolamentare possono individuare ulteriori DRG e prestazioni assistenziali rispetto alle quali determinare valori percentuali/soglie di ammissibilità, al di là delle quali definire le forme ritenute più opportune per "deprimere" il fenomeno.

Tanto premesso, nel primo anno di applicazione, si è ritenuto opportuno adottare, sul primo gruppo di 43 DGRs, quali misure di riduzione, separatamente per DRGs chirurgici e medici, quelle di seguito riportate, assumendo come riferimento i valori soglia provvisoriamente determinati nell'elenco in appresso riportato.

(a) DRGs Chirurgici:

tutte le prestazioni per i DRG chirurgici che eccedano il relativo limite di soglia, saranno remunerate con la tariffa di fascia, ridotta del 50%, giusta co. 2 dell'Art. 5 della LR 32/01.

L'abbattimento si applica a partire dal superamento della soglia prevista, al netto delle verifiche tecnico-sanitarie e delle prestazioni erogate in DS ovvero in regime di ricovero ordinario per durate fino ad un giorno.

(b) DRGs Medici:

tutte le prestazioni per i DRG medici che eccedano il relativo limite di soglia relativo, saranno remunerate con la tariffa di fascia, ridotta del 50%, giusta co. 2 dell'Art. 5 della LR 32/01.

L'abbattimento si applica a partire dal superamento della soglia prevista, al netto delle verifiche tecnico-sanitarie e delle prestazioni erogate in DH ovvero in regime di ricovero ordinario per durate fino ad un giorno.

In merito alle soglie di ammissibilità, le stesse sono state definite, per i DGRs chirurgici con riferimento alle minori percentuali di accesso ai ricoveri ordinari verificatisi nelle strutture ospedaliere della regione Puglia.

Per i DRGs medici, si è, altresì tenuto conto delle elaborazioni fornite dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR), utilizzando la percentuale più alta (quindi più facilmente realizzabile) fra quella regionale e quella media nazionale.

La base di riferimento per il calcolo dei valori soglia è costituita dal numero di ricoveri effettuati nel 1999, per ciascun DRG.

E' altresì inteso che le strutture che si trovino già entro detti valori soglia, nella buona pratica, dovranno confermare o migliorare le performance già raggiunte.

1.ma DETERMINAZIONE DEI VALORI SOGLIA SUI PRIMI 43 DRG

AD ALTO RISCHIO DI NON APPROPRIATEZZA IN REGIMI

ORDINARIA Allegato 2C del DPCM 29.11.2001 DI DEFINIZIONE DEI LEA

CODICE DESCRIZIONE DRG LIMITE DI
DRG AMMISSIBILITA'

CHIRURGICI

6 DECOMPRESIONE TUNNEL CARPALE 11%

39 INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA 43%

40 INTERVENTI EXTRAOCULARI ECCETTO ORBITA ETA' > 17 42%

41 INTERVENTI EXTRAOCULARI ECCETTO ORBITA ETA' 0- 17 45%

42 INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECCETTO RETINE,
IRIDE E CRISTALLINO 60%

55 MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA 71%

119 LEGATURA E STRIPPING DI VENE 72%

158 INTERVENTI SU ANO E STOMA 72%

160 INTERVENTI PER ERNIA, ECCETTO INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17
SENZA CC 64%

162 INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 NO CC 63%

163 INTERVENTI PER ERNIA, ETA': 0 - 17 67%

222 INTERVENTI SUL GINOCCHIO (CODICE INTERVENTO 80.6) 42%

232 ARTROSCOPIA 52%

262 BIOPSIA DELLA MAMMELLA ED ASPORTAZIONE LOCALE NON PER
NEOPLASIE MALIGNI 35%

(CODICI INTERVENTO 85.20 E 85.21)

267 INTERVENTI PERIANALI E PILONIDALI 34%

270 ALTRI INTERVENTI SU PELLE, SOTTOCUTE E MAMMELLA NO CC 5%

364 DILATAZIONE O RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE NON PER TUMORE

MALIGNO 21%

MEDICI

19 MALATTIE DEI NERVI CRANICI E PERIFERICI 30%
25 CONVULSIONI E CEFALEA 28%
65 TURBE DELL'EQUILIBRIO 60%
131 MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE NO CC 49%
133 ATEROSCLEROSI NO CC 55%
134 IPERTENSIONE 70%
142 SINCOPE E COLLASSO 73%
183 ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' >17 NOCC 8%
184 ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' 0 - 17 69%
187 ESTRAZIONI E RIPARAZIONI DENTALI 20%
208 MALATTIE DELLE VIE BILIARI 70%
243 AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO 47%
276 PATOLOGIE NON MALIGNI DELLA MAMMELLA 1%

CODICE DESCRIZIONE DRG LIMITE DI DRG AMMISSIBILITA'

281 TRAUMI DELLA PELLE, DEL SOTTOCUTE E DELLA MAMMELLA,
ETA'>17 NO CC 78%

282 TRAUMI DELLA PELLE DEL SOTTOCUTE E DELLA MAMMELLA ETA' 0 - 17 82%

283 MALATTIE MINORI DELLA PELLE CON CC 11%
284 MALATTIE MINORI DELLA PELLE- NO CC 6%
294 DIABETE ETA' > 35 66%
301 MALATTIE ENDOCRINE, NO CC 5%
324 CALCOLOSI URINARIA NO CC 60%

326 SEGNI E SINTOMI RELATIVI A RENE E VIE URINARIE, ETA' > 17 NO CC 51%

395 ANOMALIE DEI GLOBULI ROSSI, ETA' > 17 64%
426 NEVROSI DEPRESSIVA 38%
427 NEVROSI ECETTO NEVROSI DEPRESSIVA 39%
429 DISTURBI ORGANICI E RITARDO MENTALE 43%
467 ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE 24%

Attraverso il sistema di controllo e compensazione regionale si procederà alle previste decurtazioni.

Disposizioni in materia di prestazioni riabilitative

In materia di assistenza riabilitativa, il PSR 2002-2004 indica che la Regione programma e detta indirizzi al fine di garantire la continuità terapeutica, ovvero il massimo recupero funzionale e lo sviluppo di competenze sostitutive anche attraverso la definizione di spazi di complementarietà che consentano l'integrazione tra i diversi soggetti erogatori.

In particolare per l'alta specialità riabilitativa, il Documento di piano indica che le relative prestazioni sono rivolte al trattamento delle disabilità congenite o acquisite più gravi e complesse che richiedono

particolari competenze professionali, maggiori investimenti tecnologici ed organizzativi, personale specificatamente formato, da realizzarsi nell'ambito di centri facenti capo ad una specifica rete assistenziale per la cura delle gravi disabilità, organizzazione da definirsi nel più generale quadro del riordino della rete ospedaliera.

Allo stato, i pazienti con esiti di gravi eventi vascolari e traumatici a livello cerebrale, vengono trattati presso i reparti di rianimazione degli Ospedali regionali, con elevati costi gestionali e con l'aggravante di tenere occupata parte del già sottodimensionato numero di posti letto di terapia intensiva.

In pochi casi, laddove si riesce a reperirne la disponibilità, i pazienti vengono indirizzati presso strutture di altre regioni con gravi disagi sociali ed economici per i loro familiari.

Tra le lesioni acquisite che producono gravi disabilità vanno annoverati gli eventi traumatici vertebro midollari e quelli derivanti dagli esiti di gravi eventi vascolari e traumatici a livello cerebrale che costituiscono una particolare area di intervento per la quale la Regione è impegnata, in via prioritaria, ad individuare le azioni necessarie ad affrontare in modo efficace ed efficiente le relative problematiche.

L'obiettivo è, infatti, quello di realizzare una rete regionale di unità operative e servizi in grado di garantire, prioritariamente, a livello ospedaliero:

l'intervento riabilitativo sin dalle prime ore dall'insorgere dell'evento lesivo;

la appropriata prosecuzione delle cure nella fase di post-acuzie;

Si rende pertanto necessario garantire, al fine di affrontare complessi e gravissimi problemi assistenziali dei pazienti affetti da esiti di grave cerebrolesione caratterizzata nella evoluzione clinica da un periodo di coma più o meno protratto e disabilità complesse, la integrazione funzionale delle strutture operanti nella regione, anche attraverso il ricorso a strutture autorizzate di comprovata qualificazione specifica nell'area dell'alta specialità neuroriabilitatoria.

Tanto premesso in via generale e richiamato il punto 25.d) del dispositivo della DGR 1392/01 che prevede il riordino della materia interessante le prestazioni di riabilitazione, al fine di regolamentare l'accesso alle prestazioni di alta specialità riabilitativa in regime ospedaliero, si tratta di definire, con riferimento ai costi standard previsti dal D.Lgs 502/92 e successive modificazioni, un sistema tariffario per la remunerazione delle prestazioni di terapia intensiva neuroriabilitatoria in alta specialità.

A tal riguardo il Settore, con la collaborazione dell'Ares, ai fini della determinazione dei costi standard rispetto ai quali definire il nuovo sistema tariffario, ha provveduto a valutarne la congruità, mediante diversi procedimenti, qui riepilogati:

(a) determinazione dei mix dei costi di prestazione con riferimento ai costi delle strutture di anestesia e rianimazione, neurologia, psichiatria e riabilitazione ospedaliera, per un costo standard equivalente valutabile in Euro 656 (circa Lit. 1.270.000) pro die, da ridursi in applicazione dell'Art. 20 della LR 28/00;

(b) comparazione del valore tariffario così determinato con le remunerazioni previste dal DM 30.6.97, riferibili a DRG assimilabili per complessità e/o intensità prestazionale;

(c) comparazione, per analoghe prestazioni, con sistema di tariffazione di altra Regione (DGR 3897/97 Calabria) che, per interventi riabilitativi su pazienti affetti da esiti di grave cerebrolesione acquisita, di origine prevalentemente traumatica, determina un riferimento tariffario giornaliero di Lit. 1.200.000 (Euro 619,75), sostanzialmente sovrapposto a quello determinato al punto a).

In ragione di quanto previsto dal PSR 2002-2004 ed in attesa che venga definita la programmata rete regionale di assistenza riabilitativa di alta specialità, le strutture pubbliche, al fine di favorire la continuità assistenziale ed elevare la disponibilità di accesso alle strutture di rianimazione per le finalità del 118, limitatamente al periodo dalla data di adozione del presente provvedimento al 31.12.2002, possono disporre il trasferimento, su espressa autorizzazione del Direttore Sanitario della Azienda Sanitaria di ultimo ricovero, anche presso strutture ospedaliere private, autorizzate e funzionanti, verso le quali si applica la remunerazione tariffaria innanzi indicata, nel quadro dei principi di complementarietà e continuità assistenziale definiti dal PSR.

RISORSE DESTINATE ALLA GARANZIA DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (LEA)

Il PSR 2002/2004, partendo dall'analisi compiuta, con il concorso della Puglia, dal "Tavolo Tecnico" istituito presso il Ministero della Salute per individuare i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) previsti dall'Accordo 8 Agosto 2001 tra Governo e Regioni, ha definito un percorso sostenibile di rimodulazione delle risorse assegnabili ai tre circuiti primari di tutela della salute e di assistenza sanitaria.

Dalle analisi compiute dal Tavolo Tecnico sull'impiego delle risorse tra i livelli di assistenza, si rileva che la Regione Puglia (comparata alla stima della media nazionale), nel 2000 ha impiegato le risorse come segue:

VALORE REGIONALE VALORE NAZIONALE

TOTALE (*) % DIF 1003/99 % Consuntivo per CITTADINO (*) % per CITTADINO (*)

Prevenzione	272.781	5,0	3,1	66.750	3,6	85.695
Territoriale	3.891.384	43,0	43,1	952.228	46,6	1.101.267
Ospedaliera	4.867.257	52,0	53,8	1.191.026	49,8	1.176.869

TOTALE 9.031.422 100,0 100,0 2.210.004 100,0 2.363.831

(*) Valori espressi in Lire

Tali analisi, congiuntamente al programma di interventi previsti dallo stesso PSR, alcuni dei quali già avviati a distanza di pochi mesi dalla definitiva approvazione del Piano di Salute, hanno permesso di affinare le precedenti tendenze indicate dalla DGR 1392/01, con l'effetto di dar luogo alla seguente ridefinizione prospettica:

Linea di Regressione Strutturale Programmata dal PSR nel triennio 2002-2004 delle Aliquote di Costo dei SSR rispetto alle ripartizione delle risorse definite dalla Conferenza Stato-Regioni ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

Livello 2002 2003 2004

Prevenzione	3,4%	3,8%	4,0%
Assistenza			
Territoriale	43,8%	46,7%	48,0%
Assistenza			
Ospedaliera	52,8%	49,5%	48,0%

Totale 100% 100% 100%

Ripartizione a Valore Costante del FSR, in assenza di variazioni sovraregionali e con correlata modifica dell'assetto strutturale del SSR (Nuovo PSR). (*) La indicata percentuale del Livello Ospedaliero relativa al 2002 tiene conto della Mobilità Passiva Extraregionale (c.a 2%).

Le prestazioni di specialistica ambulatoriale, di pronto soccorso, di emergenza-urgenza, la somministrazione e La distribuzione diretta dei farmaci da parte delle Aziende ed Istituti Sanitari e del PO delle Aziende USL, vanno comprese nel Livello dell'Assistenza Territoriale.

Tali ripartizioni, nella loro scansione triennale costituiscono le tappe annuali e la base per l'assegnazione alle Aziende Sanitarie delle risorse impiegabili per garantire la tutela dei livelli essenziali

di assistenza secondo criteri e pesi che tengano conto dei bisogni di salute, delle caratteristiche della popolazione e del territorio.

Nel primo anno di applicazione sia del Piano sia del metodo di riparto per "quote pesate", accanto ai criteri ed alle modalità di ponderazione di cui meglio si dirà nella relativa sezione, ancorché in misura più limitata, occorrerà fare ricorso agli interventi di riequilibrio previsti dalla LR 38/94. E' evidente, infatti, che la modificazione di assetti strutturali e le profonde trasformazioni programmate, in quanto tali, non possono dispiegare i loro effetti se non attraverso tappe annuali di progressivo avvicinamento, quali appunto, quelle assunte alla base del Piano.

Previsione delle Risorse Economiche per il Funzionamento dei SSR nel Triennio 2002/2004

Il PSR per il triennio 2002/2004 ha determinato, detratti gli accantonamenti, le spese dirette regionali, le spese per programmi speciali e gli imprevisti, come risorse disponibili per la copertura dei LEA, i seguenti ammontari:

Media regionale	Milioni di	Media regionale	
MLD FSR Anno x	Abitante	Euro FSR x	Abitante

9.100	2002	Lit. 2.228.000	4.700	Euro 1.150
-------	------	----------------	-------	------------

9.400	2003	Lit. 2.301.000	4.855	Euro 1.188
-------	------	----------------	-------	------------

9.600	2004	Lit. 2.350.000	4.958	Euro 1.214
-------	------	----------------	-------	------------

Con la già citata DGR 203/02, ancorché a livello di Conferenza Stato - Regioni non sia stato ancora definito l'esatto ammontare delle quote di FSN da ripartirsi tra le Regioni e le Province Autonome, per le finalità previste dalla L. 405/01, si è confermato l'ordine di grandezza innanzi indicato, prevedendosi per l'anno 2002, al lordo dei saldi di mobilità interregionale, delle entrate proprie e diverse delle Aziende Sanitarie e delle quote di riequilibrio del FSN, una quantificazione delle risorse complessive disponibili attestata nell'ordine di 5.035 Milioni di Euro (Lit. 9.750 MLD).

L'ammontare così determinato, al netto degli accantonamenti compresi quelli di cui all'Art. 83 della L. 388/00, delle spese dirette regionali, dei costi per programmi speciali e gli imprevisti costituisce la base per la ripartizione, per quota pesata, delle risorse dirette assegnabili alle Aziende Sanitarie, in ragione degli indici programmati di impiego per livello di assistenza.

QUOTE PESATE

Come già indicato, il PSR per garantire la tutela dei livelli essenziali di assistenza prevede, in analogia a quanto attuato in sede di Conferenza Stato-Regioni ai fini del riparto dei FSN tra le Regioni, che le risorse siano attribuite tra le Aziende USL secondo criteri e pesi che tengano conto dei bisogni di salute, delle caratteristiche della popolazione e del territorio.

In armonia con quanto dettato dalla normativa vigente, si avvia così un processo che, nel quadro definito dall'Art. 7 della LR 38/94, ancora dinamicamente il riparto delle risorse annualmente previste per i livelli di assistenza, a criteri di assegnazione per quota capitaria "semplice", per quota capitaria pesata ed eventualmente corretta, in funzione dei pesi da attribuire alla popolazione residente, alla frequenza dei fabbisogni sanitari essenziali (LEA) per età e sesso, alla densità e caratteristiche della popolazione e del territorio.

Ovviamente, pur rispettando i principi alla base del criterio delle quote pesate, l'utilizzo di parametri e pesi ritenuti più corretti, non dà luogo in ambito regionale a quegli inammissibili squilibri che hanno determinato negli ultimi anni penalizzazioni per le regioni meridionali.

Rispetto alle risultanze delle assegnazioni così determinate per ciascuna Azienda USL, potranno essere

adottate, in esecuzione dell'Art. 10 della LR 38/94, azioni di riequilibrio finalizzate al perseguimento degli obiettivi di razionalizzazione previsti dal PSR e dagli strumenti della programmazione regionale, ciò anche in funzione della disarmonica distribuzione di strutture che è comunque necessario sostenere economicamente fino al riordino della rete ospedaliera.

Costi Standard dei LEA, Metodi di Ponderazione Programmazione Regionale, Raccordo con la LR 38/94 Le risorse previste dall'Art. 10 della LR 38/94 per azioni di "riequilibrio", impiegate in passato per dare continuità al funzionamento del SSR, vengono progressivamente traslate, già a partire da questo anno, per sostenere azioni specifiche di "correzione strutturale", da organizzarsi e realizzarsi nel quadro della programmazione triennale definita dal PSR 2002/2004.

Al fine di favorire il monitoraggio e la comparabilità rispetto al sistema di riparto adottato a livello nazionale, vengono impiegate le stessi classi di età e le ripartizioni per sesso ivi previste. In via generale, in fase di prima applicazione, il sistema di pesatura prevede che l'ammontare delle risorse economiche assegnate per il finanziamento dei livelli di assistenza sia così ripartito:

LEA 1 l'assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro (Prevenzione), per quota capitaria semplice; rispetto a detto indice possono essere applicate ponderazioni con riferimento alle caratteristiche della popolazione ed alle specificità del territorio;

LEA 2 l'assistenza territoriale, distinta per sottolivelli:

per l'assistenza farmaceutica, anche in ragione delle azioni di razionalizzazione introdotte con la DGR 203/02, mediante pesi di ponderazione specifici per sesso ed età, che derivano dalla rimodulazione dello standard di riferimento impiegato dal Ministero della Salute per la ripartizione della quota capitaria relativa a detta forma di assistenza.

ASSISTENZA FARMACEUTICA

Fascia Età 0 1-4 5-14 15-44 15-44 45-64 65-74 75 e +
Maschi Femmine

Peso 1,000 0,969 0,695 0,693 0,771 2,104 3,170 3,290

per l'assistenza specialistica, mediante pesi di ponderazione, derivati da uno standard di riferimento costituito dagli indici di consumo delle risorse per prestazioni specialistiche assorbite per classe età dell'anno 2000.

ASSISTENZA SPECIALISTICA

Fascia Età 0-14 15-44 45-64 65-74 75 e +

Peso 0,320 0,584 1,622 2,991 2,090

per la medicina generale e le rimanenti altre prestazioni di assistenza territoriale, per quota capitaria semplice; rispetto a detto indice possono essere applicate ponderazioni con riferimento alle caratteristiche della popolazione ed alle specificità del territorio;

LEA 3 l'assistenza ospedaliera, in base alla popolazione pesata secondo le risultanze desunte dalle SDO relative agli indici di consumo delle risorse ospedaliere per classe di età dell'anno 2000, con

procedura analoga a quella impiegata nell'ambito del PSR per la valutazione metrica delle risorse assorbite dal livello ospedaliero.

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Fascia Età 0 1-4 5-14 15-24 25-44 45-64 65-74 75 e +

Peso 3,351 0,474 0,249 0,365 0,666 1,205 2,843 2,843

In materia di ponderazioni, attesa la recente pubblicazione del DPCM sui LEA, non potendosi ancora disporre di indicatori che permettano di innalzare la sensibilità delle metriche con riferimento alle caratteristiche della popolazione ed alle specificità del territorio, vengono adottati indici comunque in grado di tener conto sia dei fattori di dispersione, sia di ampiezza che di densità della popolazione nell'ambito dei territori delle diverse Aziende USL, sulla base dei seguenti elementi di riferimento.

% Popolazione Superficie Zona

Ripartizione Azienda Residente al Territoriale Altimetria Altimetrica Densità
Popolazione USL 1/1/2001 (kmq) media ISTAT Ab/Kmq
Residente

5,9% BA/1 242.766 1.453,5 500,0 3 167,0

6,9% BA/2 281.639 419,5 150,0 5 671,4

5,4% BA/3 220.451 1.523,9 496,0 3 144,7

14,5% BA/4 592.953 603,5 250,2 5 982,5

5,9% BA/5 242.689 1.138,0 432,7 3 213,3

10,1% BR/1 411.051 1.838,9 258,8 5 223,5

5,3% FG/1 218.037 2.645,6 315,4 3 82,4

5,3% FG/2 215.692 1.763,3 212,6 5 122,3

6,3% FG/3 258.673 2.790,1 413,0 3 92,7

11,6% LE/1 472.499 1.579,4 150,0 5 299,2

8,4% LE/2 343.186 1.180,0 150,0 5 290,8

14,4% TA/1 586.972 2.436,7 307,2 3 240,9

100,0% PUGLIA 4.086.608 19.372,3 319,5 3 211,0

Azioni sul Patrimonio e per la copertura sui disavanzi pregressi delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale

La LR 32/01, all'Art. 2, al fine di assicurare la copertura dei disavanzi di gestione in materia di spesa sanitaria, compresi i fabbisogni delle aziende ospedaliere derivanti da perdite non altrimenti ripianabili, prevede le misure da adottarsi per la conseguente riduzione dell'indebitamento delle Aziende Sanitarie, tra cui l'alienazione del patrimonio disponibile delle Aziende Sanitarie, giusta co. 4 di detto Art. 2 LR 32/01.

Nel frattempo, considerati i tempi necessari per la realizzazione delle misure innanzi indicate così come integrate e meglio qualificate dall'Art. 17 (Norme di ripianamento dei disavanzi sanitari) e dall'Art. 18 (Ricapitalizzazione delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere) della Legge di approvazione del bilancio di previsione 2002 di cui alla Deliberazione di Consiglio Regionale 29 Aprile 2002, al fine di sostenere la grave situazione di deficit di cassa e di ridurre parallelamente anche i correlati oneri finanziari è necessario procedere alla erogazione di risorse finanziarie a favore delle Aziende Sanitarie USL ed Ospedaliere della Regione.

Tale anticipazione quantificabile in 65,0 Milioni di Euro, rispetto alle fonti ottenibili con le misure previste dalla LR 32/01 e dalla recente legge finanziaria regionale è da intendersi erogata dalla Regione anche in applicazione delle norme che regolano i rapporti di conto corrente di cui all'Art. 1823 e segg dei Cod. Civ.

Ai fini della determinazione della misura delle anticipazioni, da corrispondersi prontamente da parte del Dirigente del Settore con propria determinazione dirigenziale, questa avverrà ripartendo le fonti finanziarie disponibili proporzionalmente al concorso di ciascuna Azienda USL ed Ospedaliera alla determinazione del risultato di esercizio del SSR rispettivamente degli anni 2000 e 2001.

Come risultati di esercizio per gli anni 2000 e 2001, si assumono quelli determinati dalle Aziende USL ed Ospedaliere, provvisoriamente consolidati alla data del 14 Marzo 2002 (pre-consuntivi sulla base delle comunicazioni delle stesse Aziende Sanitarie).

Tanto premesso, in materia procedure da attuarsi per la alienazione del patrimonio disponibile di cui alla precedente lettera c), i Direttori Generali:

entro 45 giorni dalla data di notifica agli stessi del presente atto, provvedono:

(a) in applicazione di quanto disposto in materia di patrimonio dal Titolo IX della LR 38/94 a confermare e/o rettificare ovvero a definire, con proprio atto, l'elenco analitico dei beni patrimoniali disponibili di cui all'Art. 49 di detto titolo, specificandone caratteristiche, localizzazione, valore di iscrizione in bilancio al 31.12.2001, metodo o/e criteri di valutazione adottati, con evidenza di eventuali gravami, servitù, vincoli e/o diritti di terzi sugli stessi;

(b) ad individuare tra i beni disponibili, quelli che intendono alienare, la relativa motivazione e l'ammontare che per ciascuno di essi, con separata evidenza per beni mobili ed immobili, ritengono di poter ricavare per le finalità previste dall'Art. 2 della LR 32/01;

(c) ad inviare copia della relativa deliberazione all'Assessorato alla Sanità ed entro i termini indicati da specifica determinazione del Dirigente del Settore all'adempimento delle altre prescrizioni regolanti la materia;

(d) a compiere la valutazione di detti beni "a valore di mercato", attività estimativa da completarsi entro 120 giorni dalla notifica del presente atto.

Obiettivi per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie

Ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie sono assegnati i seguenti obiettivi prioritari:

1. in materia di personale, in esecuzione dell'Art. 24, co. 7 della Legge Regionale 21 Maggio 2002, n. 7, rideterminazione delle dotazioni organiche entro 30 giorni dalla data di pubblicazione della stessa e riduzione entro il 31 Dicembre 2002, di almeno il 3 per cento del numero di dipendenti, comunque in servizio, rispetto a quelli al 31.12.1999 e conseguente corrispondente contrazione della spesa pari al 3%, fatti salvi gli incrementi contrattuali, in esecuzione del co. 1 dell'Art. 8 della LR 32/01; trattasi di una ulteriore riduzione, nella misura dell'1% rispetto a quanto già previsto dovesse perseguirsi entro il 31 Dicembre 2001, in esecuzione dell'Art. 23 della LR 28/00, escluso il personale delle centrali operative del sistema di emergenza sanitaria, espressamente autorizzato da parte della Giunta Regionale;

2. definizione degli accordi contrattuali con le strutture transitoriamente accreditate del SSR nei limiti invalicabili di costo determinati per il 2001 e pieno impiego dei potenziali erogativi delle strutture pubbliche, in esecuzione dell'Art. 11 della LR 32/01; il termine del 31 Marzo deve intendersi prorogato a 15 giorni dalla data di notifica della presente deliberazione. Si precisa, in proposito, che i tetti massimi già indicati, vanno verificati ed eventualmente rimodulati in ragione della prestazioni escluse dai LEA dal DPCM 29.11.2001, così come confermato dalla cit. DGR 310/02.

3. definizione del budget distrettuali, in esecuzione della DGR 1392/01 e monitoraggio mensile degli andamenti prescrittivi per ciascun Medico di Medicina Generale e pediatra di Libera Scelta, in esecuzione del co. 7 dell'Art. 11 della LR 32/01 e del punto 9) della DGR 8 Marzo 2002 n. 203, contenente Disposizioni Applicative della Legge 405/01 in materia di Assistenza Farmaceutica;

4. perseguimento dell'obiettivo di contenimento della spesa farmaceutica nei limiti tendenziali fissati dalla L. 405/01 ed applicazione di tutte le disposizioni di contenimento e razionalizzazione della spesa farmaceutica di cui alla DGR 203/02.

A tale fine, a seguito di ratifica da parte dell'Esecutivo Regionale del pre accordo 10 Maggio 2002 raggiunto dall'ARES con le Organizzazioni di Categoria delle farmacie territoriali pubbliche e private e dei distributori intermedi di cui alla DGR 203/02, FEDERFARMA PUGLIA, ASSO.FARM, ANADISME, ADF, FEDERFARMA SERVIZI, sulla base delle conseguenti direttive regionali, la erogazione diretta potrà essere effettuata anche in collaborazione con le relative strutture presenti nel territorio di competenza di ciascuna USL;

5. riduzione nella misura minima del 5% del numero dei ricoveri ordinari, e, per le Aziende USL che evidenzino un indice di ospedalizzazione superiore a 230 per mille abitanti, riduzione di almeno 20 ricoveri per mille abitanti rispetto agli indici di cui alla DGR 1392/01;

6. mantenimento del livello dei costi per beni e servizi entro il limite massimo di quelli sostenuti nel 2001;

7. raggiungimento dell'equilibrio economico in esecuzione del co. 1 dell'Art. 10 e dell'Art. 12 della LR 32/01, budgetting e controllo di gestione per singolo stabilimento, struttura ed unità operativa aziendale, in piena ed immediata applicazione di quanto disposto dalla normativa regionale, dai precedenti atti di indirizzo e dal presente documento di programmazione in materia sanitaria, nonché dai decreti e dalle disposizioni Ministeriali in materia di LEA;

8. concorso al raggiungimento degli obiettivi previsti dal "Patto di Stabilità" (punto 2 dell'Accordo Governo Regioni dell'8 Agosto 2001);

Correlatamente agli obiettivi prioritari innanzi individuati, in esecuzione dell'Art. 15-decies (Obbligo di appropriatezza) del D.Lgs 502/92 e successive modificazioni, del co. 28 e 29 dell'Art. 1 della L. 662/96, del co. 9 dell'Art. 32 della L. 449/97, si richiama, in particolare, la responsabilità del Direttore Generale in materia di rilevazione, elaborazione ed analisi comparativa dei dati epidemiologici, di attività e di spesa necessari per il controllo e la valutazione, in particolare, dell'attività assistenziale e prescrittiva facente capo ai singoli medici.

Si richiama altresì l'attenzione dei Direttori Generali circa la puntuale osservanza delle seguenti norme:

LR 31 Maggio 2001, n. 14, Art. 17, in particolare per quanto attiene:

- adesione alle convenzioni CONSIP;
- riduzione del 3% dei corrispettivi nel rinnovo dei contratti;
- riduzione spesa per affitti e locazioni;

LR 5 Dicembre 2001, n. 32, in particolare per quanto disposto da:

- Art. 6: acquisizione di beni e servizi;
- Art. 8: adempimenti in materia di personale;
- Art. 10: rispetto dei limiti di spesa;
- Art. 11, co. 3 e 4: verifica volumi di attività e qualità dei risultati delle strutture private, verifica del fabbisogno e stipula degli accordi contrattuali;
- Art. 12: equilibrio economico dei presidi ospedalieri. A tal fine si rammenta l'obbligo della tenuta di idonea contabilità analitica. Ai fini dei provvedimenti di riequilibrio i Direttori Generali possono fare riferimento alle indicazioni dei PSR 2002/2004, ivi comprese le dimensioni standard delle strutture ospedaliere;
- Art. 13: rispetto delle procedure per le gare di appalto.

TETTI MASSIMI DI REMUNERAZIONE 2002

Enti Ecclesiastici ed IRCCS Privati: tetti di remunerazione

- Per gli Enti Ecclesiastici e gli IRCCS privati sono confermati i limiti di remunerazione determinati con la deliberazione della Giunta regionale n. 1392 del 2001, in esecuzione del co. 3 dell'Art. 7 della LR 32/01.

Aziende Ospedaliere ed IRCCS Pubblici: tetti di remunerazione

Per le Aziende Ospedaliere e gli IRCCS pubblici, il limite di remunerazione è quello determinato nell'Allegato A) del presente atto.

Detto limite è comprensivo dei fondi, a tal fine istituiti dalla Regione, per la copertura dei costi per la somministrazione diretta dei farmaci e di quelli per l'esercizio delle funzioni di assistenza di cui alle lettere b) e c) dell'Art. 7 della LR 32/01, nei limiti delle somme a ciò destinate.

Con separato provvedimento della Giunta Regionale, anche al fine di determinare i relativi costi standard, si autorizzeranno specifici progetti obiettivo, dando priorità alle iniziative che evidenzino particolare rilevanza rispetto a:

- allarme sanitario ed emergenza urgenza;
- trapianti d'organo, di midollo osseo e di tessuto;
- assistenza a malattie rare, AIDS ed HIV;
- attuazioni previste dal PSR, con particolare riferimento agli indirizzi ivi definiti interessanti il livello dell'assistenza ospedaliera.

Circa la somministrazione diretta dei farmaci, a fronte di quanto regolamentato dalla cit. DGR 203/02 (Disposizioni Applicative della Legge 405/01 in materia di Assistenza Farmaceutica), detti limiti potranno essere elevati con provvedimento dell'Esecutivo Regionale, sulla base degli andamenti mensili comunicati all'Assessorato alla Sanità ed all'ARES secondo le modalità di cui al punto 9d.4) di detta deliberazione, la cui applicazione, ai fini del monitoraggio dei costi per l'assistenza farmaceutica, è estesa anche alle Aziende Ospedaliere, agli Enti Ecclesiastici ed agli IRCCS pubblici e privati.

Per le Aziende Ospedaliere "SS. Annunziata", "Di Summa", "OO.RR.", "Fazzi", al fine di concorrere agli oneri connessi all'avvenuto trasferimento nei nuovi stabilimenti e/o all'avviamento dei nuovi reparti ospedalieri già autorizzati dalla Giunta Regionale, ovvero ai provvisori trasferimenti di unità operative per il riattamento delle strutture in cui le stesse sono attualmente localizzate, con obbligo di rendiconto, nei limiti ivi definiti, vengono disposte le somme di cui alla voce 'I' della Tabella 'B' dell'Allegato A) al presente atto.

Essendo decorsi i termini di cui all'Art. 28 della LR 22 Dicembre 2000, n. 28, in attesa che venga definita a livello nazionale la posizione degli IRCCS pubblici, per l'Ospedale "Oncologico" di Bari, per l'anno 2002, sono previste specifiche assegnazioni, nella misura massima qui definita di 4,150 Milioni di Euro, finalizzati alla realizzazione di specifici progetti - obiettivo ed alla erogazione di prestazioni derivanti da funzioni non tariffate, ai sensi dell'Art. 20, co. 1 della LR 28/00, da rendicontarsi, in analogia a quanto previsto per le Aziende Ospedaliere, ai fini della determinazione da parte della Giunta Regionale dei relativi costi standard.

Aziende Ospedaliere Universitarie e Protocollo Università-Regione

Tenuto conto delle esigenze di didattica e ricerca delle Facoltà di Medicina di Bari e Foggia così come previsto dalle linee guida concernenti i protocolli d'intesa di cui al DPCM 24.05.2001 e dal D.lgs 517/99 disciplinante i rapporti fra SSN ed Università, la Regione Puglia, in esecuzione di quanto disposto dall'Art. 7, lettera d) della LR 32/01, così come modificato dalla Legge Regionale di approvazione del bilancio di previsione 2002 di cui alla Deliberazione di Consiglio Regionale 29 Aprile 2002, si riconosce

alle Aziende ospedaliero universitarie "Ospedali Riuniti" di Foggia e "Policlinico Consorziiale" di Bari, rispettivamente una quota di concorso alle stesse nella misura del 5% e del 8% del valore delle prestazioni assistenziali detratta una quota correlata ai minori costi derivanti dall'apporto di personale universitario, che l'Azienda dovrebbe altrimenti sostenere per produrre la stessa attività.

Ai fini dell'applicazione della norma, si assume la regolamentazione già definita dalla DGR 1392/01 in esecuzione di quanto previsto dal D.lgs. 21.12.1999, n. 517 che in particolare dispone doversi 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;

Conseguentemente, le percentuali di concorso ai maggiori oneri sostenuti per le funzioni di didattica e di ricerca, fissati nella misura del 5% e del 8% sul valore della produzione scaturente da prestazioni remunerate a tariffa, vengono applicate sul valore di cui alla Voce "TETTO MASSIMO DI REMUNERAZIONE STRUTTURE OSPEDALIERE" della Tab. B dell'Allegato A) della presente deliberazione (ed, ove, detto limite invalicabile non sia raggiunto, nei limiti di remunerazione delle prestazioni tariffate erogate nel 2002), nella misura indicata nella stessa tabella che tiene conto delle prevedibili detrazioni di costo derivanti dall'apporto del personale universitario.

Tetti massimi di remunerazione delle strutture private eroganti prestazioni di assistenza ospedaliera, specialistica e di riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78

In materia di tetti massimi di remunerazione, si applicano le disposizioni della LR 28/00 e della LR 32/01, con le modalità applicative di cui alle già citate "Linee guida per la uniforme applicazione sul territorio regionale dei patti e dei principi di cui agli accordi con le strutture della Ospedalità Privata ed eroganti prestazioni ex Art. 26 L. 833/78 ed in materia di prestazioni specialistiche da settore privato.", così come modificate nel presente atto.

MODALITÀ E CRITERI ADOTTATI PER IL RIPARTO DELLE RISORSE ASSEGNATE AL FSR 2002

Il riparto del Fondo Sanitario Regionale 2002 tra le Aziende USL viene compiuto secondo quanto disposto dalla Legge Regionale 38/94, con le modalità di ponderazione innanzi indicate e la diretta applicazione, ai fini della definizione della quota di riequilibrio, del criterio adottato dalla DGR 1392/01 sulla aliquota del 3,5% a tal fine riservato in esecuzione della lettera a) del co. 1 dell'Art. 10 di detta legge regionale.

Nelle assegnazioni per le Aziende USL FG/3 e BA/2, in continuità con quanto previsto dalla DGR 1392/01, per garantire la continuità assistenziale ai pazienti ricoverati a diverso titolo negli ex Ospedali Psichiatrici residuali di Foggia e Bisceglie, è stata inclusa specifica anticipazione finanziaria nella misura del 85% del fondo previsto per la attuazione del programma di cui alla DCR 380/99, nella misura indicata alla voce B "PROGRAMMA DCR 380/99 E CONTINUITA' ASSISTENZIALE" della Tab. A, dell'Allegato A).

Con separato provvedimento della Giunta Regionale di approvazione del programma di riconversione e di attivazione delle nuove prestazioni sanitarie ex DCR 380/99, verranno definite le tariffe da applicarsi. Il tetto massimo di remunerazione per il 2002 per le prestazioni di cui al programma di trasformazione ex DCR 380/99, non potrà comunque superare il 100% del fondo di cui al precedente comma.

DETERMINAZIONE DEL FSR 2002

L'ammontare del FSR per il 2002, pari a 4.722,02 Milioni di Euro è destinato, coerentemente ai disposti degli Artt. 10 e 7 della LR 38/94, nella misura stimata, al netto degli accantonamenti previsti in

applicazione dell'Art. 83 della L. 388/00 ed a lordo dei costi per le prestazioni erogate verso cittadini residenti delle diverse USL della Puglia da strutture di altre regioni (mobilità passiva extraregionale) per un ammontare di per 4.872,95 Milioni di Euro.

Detto ammontare, al netto degli oneri direttamente gestiti dalla Regione, del fondo per la remunerazione della mobilità attiva extraregionale, di quello per imprevisti ex Art. 10, co. 1, lettera b), di quello per il finanziamento di progetti-obiettivo e di interventi particolari ex Art. 10, co. 1, lettera c) della LR 38/94), è stato attribuito alle Aziende USI- come riepilogato negli allegati prospetti.

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

- a) vengono definite le quote capitarie pesate (popolazione ISTAT all'1.1.2001), in ragione dell'ammontare dei FSR per il 2002 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 media capitaria regionale di circa Euro 1.063,91 per residente;
- b) vengono considerati i saldi provvisori di mobilità attiva e passiva (infraregionale ed extraregionale, concorrenti alla costituzione dei fondi di garanzia) riferiti al 2000, non essendo, alla data di predisposizione del presente atto, ancora disponibili i dati relativi al 2001;
- c) vengono applicate quote di riequilibrio nella misura del 3,5% secondo le modalità ed i criteri innanzi indicati e, quindi, in misura inferiore di 1,5% punti rispetto a quelle applicate fino a tutto l'esercizio 2001, in applicazione dell'Art. 10, co. 1, lettera a) della LR 38/94.

QUALIFICAZIONE ED IMPIEGHI DEL FSR 2002

Sulla base delle preliminari intese raggiunte in seno alla Conferenza dei Presidenti delle Regioni in materia di riparto tra le Regioni del FSN 2002 di parte corrente, l'importo dei trasferimenti presuntivamente acquisibili è così destinato:

- a) all'esercizio corrente dei SSIR per l'ammontare netto di 4.699,76 Milioni di Euro, oltre l'importo di 173,19 Milioni di Euro per la copertura degli oneri da mobilità extraregionale (valutati per il 2002 in misura analoga a quelli del 2000), per complessivi 4.872,95 Milioni di Euro;
- b) nei limiti degli stanziamenti di cui alla Legge Regionale di approvazione del bilancio di previsione 2002 di cui alla Deliberazione di Consiglio 29 Aprile 2002, a norma del già richiamato Art. 83 della L. 388/00, la restante parte è destinata agli interventi di programmazione in materia sanitaria da attuarsi anche mediante specifici piani generali e di settore, in esecuzione di quanto previsto dal PSR 2002/2004 e dagli atti di indirizzo e coordinamento dell'Esecutivo Regionale, nonché dalle vigenti norme regionali e nazionali regolanti la materia.

Considerato, altresì, che:

- per le Aziende Ospedaliere e gli IRCCS pubblici è da intendersi fissato, quale limite per la remunerazione delle prestazioni a tariffa da erogarsi nel 2002, a norma della LR 32/01 quello determinato con DGR 1392/01 di cui alla Tab. B dell'Allegato A) della presente deliberazione, salvo gli adeguamenti previsti nel presente atto compresi quelli in materia di somministrazione diretta dei farmaci, in esecuzione della DGR 203/02;
- 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 provvede a riconoscere alle Aziende Ospedaliere-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, nella misura di cui alla Tab. B dell'Allegato A) della presente deliberazione, in applicazione dell'Art. 19 della legge Regionale di approvazione del bilancio di previsione 2002 di cui alla Deliberazione di Consiglio 29 Aprile 2002;
- per gli Enti Ecclesiastici e per gli IRCCS privati, in applicazione di quanto disposto dalla LR 32/01, viene confermato il tetto invalicabile di remunerazione per gli stessi fissato con la DGR 1392/01, di cui

alla Tab. B dell'Allegato A) della presente deliberazione, salvo gli adeguamenti previsti nel presente atto in materia di somministrazione diretta dei farmaci in esecuzione della DGR 203/02, da definirsi preventivamente, ai fini del relativo riconoscimento, con la Azienda USL territorialmente competente;

- la conferma dei tetti di spesa per le strutture ospedaliere sopraindicate, pur in presenza dell'obiettivo della riduzione del numero dei posti letto per acuti è motivata da due fattori:
 - caratteristica di Aziende che devono incrementare le attività di elevata complessità;
 - possibilità di orientare l'attività del ricovero ospedaliero di bassa complessità verso l'attività ambulatoriale, domiciliare o comunque alternativa al ricovero per acuti fermo restando il tetto complessivo.

IMPIEGHI DEL FSR 2002

A. Ritenuto, in particolare, in ordine agli impieghi dei FSR per il 2002 di:

- valutare, in 4.872,95 Milioni di Euro i mezzi disponibili quale quota 2002 dei FSN per la Regione Puglia al lordo dei costi per mobilità passiva extraregionale stimati in 173,19 Milioni di Euro, importi trattenuti alla fonte dallo Stato per il pagamento delle prestazioni erogate dalle altre Regioni verso residenti della Puglia;
- definire, conseguentemente, in 4.699,76 Milioni di Euro le risorse finanziarie globali nette su cui poter disporre quale quota 2002 del FSN per la Regione Puglia (oltre ad entrate proprie delle Aziende Sanitarie e degli IRCCS Pubblici), tenuto conto delle risultanze scaturenti dagli accordi in corso presso la Conferenza dei Presidenti delle Regioni;
- determinare e rendere disponibile per le Aziende USL l'importo complessivo globale di 3.428,73 Milioni di Euro, al netto del Fondo di Riserva determinato sulla base dei saldi provvisori per mobilità sanitaria infraregionale ed extraregionale riferiti al 2000 e dei tetti massimi di remunerazione, con riserva di adottare i necessari correttivi economico-patrimoniali che si rendessero necessari, che include:
 - l'anticipazione alle Aziende USL BA/2 e FG/3, nella misura del 85% dell'ammontare di 61,36 Milioni di Euro cui alla voce B, della Tab. A, dell'Allegato A, pari a 52,15 Milioni di Euro, per le finalità di continuità assistenziale innanzi indicate e per la realizzazione del programma previsto dalla DCR 380/99;
 - ai sensi dell'Art. 10, co. 1), lettera a) della L.R. 38/94, l'importo di 170,55 Milioni di Euro, assegnato in base ai criteri di riequilibrio in precedenza definiti, secondo la ripartizione determinata nella voce F della Tab. AD dell'Allegato A, comprensivo di quello a destinazione vincolata alla LE/1 ex Art. 10 LR 36/94 e nota Coord 441/02, inteso quale limite massimo riconoscibile, con deduzione delle corrispondenti assegnazioni verso la stessa da compiersi da parte del Settore dal momento in cui la Regione subentra nei rapporti diretti per l'esercizio della CLH, previa ridefinizione degli aspetti economici la cui congruità sarà valutata da una commissione di tre esperti designati dall'Ares, i cui complessivi ammontari per 173,53 Milioni di Euro sono riportati nella voce F della Tab A dell'Allegato A) alla presente deliberazione;
 - per quanto concernente i PMP, fino al trasferimento definitivo in esecuzione della DGR 2122/01 delle relative competenze all'ARPA da parte delle Aziende USL titolari della gestione degli stessi FG/3, BA/4, BR/1, LE/1, TA/1, l'ammontare indicato nella voce D) della stessa tabella A) dell'allegato A), per complessivi 11,28 Milioni di Euro;
- fissare l'importo di 18,23 Milioni di Euro, per spese direttamente gestite dalla Regione Puglia o/e dell'Assessorato alla Sanità a valere sul FSR (oneri per convenzione Kedrion per la lavorazione del plasma raccolto e del condizionamento dei farmaci plasmaderivati, veterinaria, contributi all'ARAN, Art. 10 LR 36/94, ARES, ARPA, etc), oltre allo stanziamento destinato alla Svimservice per 14,52 Milioni di Euro relativo al SISR ed alla copertura dei maggiori oneri derivanti dal nuovo contratto per l'acquisizione dati per l'assistenza farmaceutica, a valere sul Capitolo 741010; la verifica dell'attività della Svimservice, in esecuzione degli obblighi contrattuali, dovrà essere effettuata, con periodicità, da parte di una apposita Commissione i cui componenti saranno designati dall'Ares di concetto con il Settore Sanità.

precisare che nell'ambito degli importi qui stanziati di 18,23 Milioni di Euro a valere sul Capitolo 741090, per spese direttamente gestite dalla Regione sono, in particolare compresi:

l'importo di 1,0 Milione di Euro destinato ai primi oneri di funzionamento dell'Agenzia Regionale per l'Ambiente che concorre ad integrare le somme da devolversi alla stessa, secondo quanto meglio precisato nel precedente paragrafo "Operatività dell'ARPA", in surrogazione delle Aziende USL attualmente titolari della gestione dei PMP;

l'importo di 1,4 Milioni di Euro destinato al funzionamento dell'ARES, ad integrazione dello stanziamento già previsto sul Capitolo 742005 del bilancio di previsione 2002, per complessivi 3,4 Milioni di Euro.

Con la Legge Regionale di assestamento del bilancio di previsione 2002, si darà pertanto luogo: per l'ARPA, alla istituzione di nuovo specifico capitolo di imputazione per il funzionamento della stessa, il cui stanziamento sarà prelevato dal Capitolo 741090;

per l'ARES, alla integrazione degli stanziamenti già previsti per le spese di funzionamento della stessa sul Capitolo 742005, con corrispondente prelievo dal Capitolo 741090 delle somme occorrenti per il raggiungimento dell'importo innanzi indicato.

e) fissare quale tetto invalicabile di remunerazione onnicomprensivo a carico del FSR per le prestazioni sanitarie (Regionali ed Extraregionali) delle Aziende Ospedaliere e degli IRCCS pubblici e per le ulteriori specifiche assegnazioni alle stesse riservate, rispettivamente l'ammontare di 775,07 Milioni di Euro e di 46,57 Milioni di Euro fatte salve le variazioni in materia di somministrazione diretta dei farmaci, in applicazione della DGR 203/02;

- al netto delle quote di compartecipazione alla spesa sanitaria;
- comprensivo delle maggiori remunerazioni, nei limiti del fondo così come determinato con il presente atto, rivenienti dall'eventuale incremento di prestazioni erogate verso residenti di altre regioni (salvo rettifiche scaturenti dagli accertamenti in atto in sede interregionale);
- comprensivo delle assegnazioni per le Aziende Ospedaliere-Universitarie Toliclinico Consorziiale" di Bari e "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 2002, anche per la parte eventualmente eccedente i tetti massimi di remunerazione previsti dalla voce "D" della tabella B dell'Allegato A) anche fino alla concorrenza del limite delle prestazioni remunerate di cui alla voce "G" della stessa tabella, fatte salve le previste variazioni di detti limiti da determinarsi da parte dell'Esecutivo Regionale in applicazione della DGR 203/02 e della lettera c) dell'Art. 7 della LR 32/01;

- comprensivo dell'importo integrativo di 4,150 Milioni di Euro finalizzato alla realizzazione da parte dell'IRCCS "Oncologico" di progetti-obiettivo ed alla erogazione di prestazioni derivanti da funzioni non tariffate, come innanzi meglio precisato;

L'importo innanzi determinato di 4,150 Milioni di Euro a favore dell'IRCCS "Oncologico", è compreso negli ammontari di cui alla Voce "F della Tabella B dell'Allegato A) alla presente deliberazione;

- non comprensivo dei fondi per 10,525 Milioni di Euro riservati per interventi riorganizzativi e per progetti obiettivo interessanti le Aziende Ospedaliere di cui alla Voce "F" della Tabella "B" dell'Allegato A) alla presente deliberazione;

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

g) definire e riservare per gli IRCCS non pubblici e per gli Enti Ecclesiastici Ospedalieri, in esecuzione dell'Art 7, co. 3 della LR 32/01 quale tetto invalicabile di remunerazione a carico del FSR per prestazioni sanitarie tariffate (Regionali ed Extraregionali), con gli incrementi derivanti dall'eventuale maggior produzione registrata nel 2000 per assistiti di altre Regioni, l'importo di 345,32 Milioni di Euro, oltre a 4,65 Milioni attribuito all'Ente Ecclesiastico "Miulli" per il funzionamento della Colonia Hanseniana (da

rendicontarsi e compensarsi, fino alla determinazione di specifica tariffa giornaliera che tenga conto della tipologia e caratteristiche delle prestazioni erogate, mediante separata contabilità analitica a costi standard, previa verifica della congruità delle poste), per un corrispondente ammontare complessivo di 349,97 Milioni di Euro;

- comprensivo 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 delle maggiori remunerazioni, nei limiti del fondo così come determinato con il presente atto, rivenienti dall'eventuale incremento di prestazioni erogate verso residenti di altre regioni (salvo rettifiche scaturenti dagli accertamenti in atto in sede interregionale). Detto limite non costituisce tetto invalicabile di remunerazione, ma mero ammontare di riferimento ai fini della determinazione degli impieghi relativi all'esercizio corrente, chiarendosi conseguentemente che il valore delle prestazioni eccedenti detto limite, sarà liquidabile successivamente al riconoscimento delle stesse in sede di compensazione interregionale;
- comprensivo dei costi dei farmaci relativi alla somministrazione diretta degli stessi, che potranno essere rimborsati per il 2002, anche per la parte eventualmente eccedente i tetti massimi di remunerazione previsti dalla voce "D" della tabella B dell'Allegato A) anche fino alla concorrenza del limite delle prestazioni remunerate di cui alla voce "G" della stessa tabella, fatte salve le previste variazioni di detti limiti da determinarsi da parte dell'Esecutivo Regionale in applicazione della DGR 203/02 e della lettera c) dell'Art. 7 della LR 32/01.

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 345,32 Milioni di Euro, per complessivi 1,89 Milioni di Euro, 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 2002", che costituisce elemento di riferimento per i successivi adempimenti amministrativi;

B. Ai soli fini finanziari:

(a) in attesa di dar corso alle attuazioni previste dall'Art. 2 della LR 32/01 e dalle altre norme regolanti la materia per la copertura dei disavanzi delle gestioni pregresse, a valere sulle disponibilità del bilancio di previsione 2002 di cui alla Deliberazione di Consiglio Regionale 29 Aprile 2002, residui 2001, assegnare alle Aziende USL ed Ospedaliere, l'importo di Euro 65.000.000, quale anticipazione finanziaria straordinaria di cui alla voce V, della Tab. A1, dell'Allegato A della presente deliberazione, per il sostegno dei fabbisogni finanziari scaturenti dall'esercizio 2001;

(b) al fine di permettere alle Aziende Ospedaliere, agli Enti Ecclesiastici ed agli IRCCS pubblici e privati di meglio far fronte alle esigenze finanziarie rivenienti dalla gestione, assegnare, secondo quanto già previsto dal punto 19c) della DGR 1392/01, assegnare una ulteriore anticipazione sui Saldi di competenza 2001 per la somma complessiva di Euro 41.272.715;

"COPERTURA FINANZIARIA DI CUI ALLE LL.RR. 28/01 E 17/99 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI"

A) La spesa di Euro 2.388.001.444,73 derivante dal presente provvedimento, per il funzionamento nell'anno 2002 del SSR trova copertura nello stanziamento del Cap. 741090 del bilancio di previsione

2002;

B) La spesa di Euro 106.272.715,00 derivante dal presente provvedimento trova copertura nello stanziamento del Capitolo 742000 del bilancio di previsione 2002 - residui 2001, giusto impegno già assunto con DGR 1392/01, quanto a destinazione del relativo ammontare, è così precisata:

a) le anticipazioni finanziarie, quale acconto sui saldi relativi alle prestazioni erogate dalle Aziende Ospedaliere, dagli Enti Ecclesiastici e dagli IRCCS pubblici e privati per Euro 41.272.715,00, derivanti dal presente provvedimento vanno assegnate al Cap 742000 del bilancio di previsione 2002 - residui 2001;

b) le anticipazioni finanziarie per Euro 65.000.000,00, derivanti dal presente provvedimento, compiute, quale misura di sostegno delle Aziende USL ed Ospedaliere, in conformità a quanto disposto dagli Artt. 2 (Copertura disavanzi) e 3 (Ricapitalizzazione delle Aziende Sanitarie) della LR 32/01 e dagli Artt. 17 (Norme di ripianamento dei disavanzi sanitari) e 18 (Ricapitalizzazione delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione) della Legge di approvazione del bilancio di previsione 2002, vanno assegnate al Cap 742000 del bilancio di previsione 2002 - residui 2001 e fanno riferimento all'esercizio 2001;

C) La spesa di Euro 1.600.000, derivante dal presente provvedimento per oneri di primo intervento correlati alla estensione della fase di sperimentazione del 118 prevista dalla DGR 200/02, a valere sul Capito 751060 del bilancio di previsione 2002 - residui di stanziamento 1999, anche per quanto previsto dalla DGR 7.6.2002, n. 771;

In esecuzione della deliberazione di Giunta Regionale 7 Giugno 2002, n. 770 è fatto obbligo al Dirigente Responsabile del Settore Sanità di adottare entro il corrente esercizio, gli atti di impegno della spesa autorizzati dal presente provvedimento.

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." All'impegno di spesa si provvederà con successivo atto dirigenziale da assumersi entro il corrente esercizio.

Il Dirigente Il Direttore Generale
del Settore Sanità dell'ARES
Dott. Carlo Di Cillo Dott. Mario Morlacco

Il presente provvedimento rientra nella competenza della Giunta Regionale a norma dell'Art. 4, co. 4, lettera d) della L.R. 4.2.1997, n. 7.

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

LA GIUNTA

- Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;

- Vista la sottoscrizione posta in calce al presente provvedimento dal Dirigente del Settore e dal Direttore Generale dell'ARES;

- A voti unanimi espressi nei modi di legge;

DELIBERA

1. di prendere atto della relazione dell'Assessore proponente che qui si intende riportata ed approvata con le modificazioni ed integrazioni ivi apportate, per costituire, unitamente all'Allegato A) "RIEPILOGO REGIONALE ASSEGNAZIONE QUOTE RIPARTO E TETTI MASSIMI Di REMUNERAZIONE FSR 2002", parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

2. di assegnare ai Direttori Generali delle Aziende ed ai Legali Rappresentanti degli Istituti del SSR i seguenti obiettivi prioritari:

2.a) in materia di personale, in esecuzione dell'Art. 24, co. 7 della Legge Regionale 21 Maggio 2002, n. 7, rideterminazione delle dotazioni organiche entro 30 giorni dalla data di pubblicazione della stessa e riduzione entro il 31 Dicembre 2002, di almeno il 3 per cento del numero di dipendenti, comunque in servizio, rispetto a quelli al 31.12.1999 e conseguente corrispondente contrazione della spesa pari al 3%, fatti salvi gli incrementi contrattuali, in esecuzione del co. 1 dell'Art. 8 della LR 32/01; trattasi di una ulteriore riduzione, nella misura dell'1% rispetto a quanto già previsto dovesse perseguirsi entro il 31 Dicembre 2001, in esecuzione dell'Art. 23 della LR 28/00, escluso il personale delle centrali operative del sistema di emergenza sanitaria, espressamente autorizzato da parte della Giunta Regionale;

2.b) definizione degli accordi contrattuali con le strutture transitoriamente accreditate dei SSR nei limiti invalicabili di costo determinati per il 2001 e pieno impiego dei potenziali erogativi delle strutture pubbliche, in esecuzione dell'Art. 11 della LR 32/01; il termine del 31 Marzo deve intendersi prorogato a 15 giorni dalla data di notifica della presente deliberazione. Si precisa, in proposito, che i tetti massimi già indicati, vanno verificati ed eventualmente rimodulati in ragione della prestazioni escluse dai LEA dal DPCM 29.11.2001, così come confermato dalla cit. DGR 310/02;

2.c) definizione del budget distrettuali, in esecuzione della DGR 1392/01 e monitoraggio mensile degli andamenti prescrittivi per ciascun Medico di Medicina Generale e pediatra di libera Scelta, in attuazione del co. 7 dell'Art. 11 della LR 32/01 e del punto 9) della DGR 8 Marzo 2002 n. 203, contenente Disposizioni Applicative della Legge 405/01 in materia di Assistenza Farmaceutica;

2.d) perseguimento dell'obiettivo di contenimento della spesa farmaceutica nei limiti tendenziali fissati dalla L. 405/01 ed applicazione di tutte le conseguenti disposizioni di controllo e razionalizzazione della spesa farmaceutica di cui alla DGR 203/02.

2.e) riduzione nella misura minima del 5% del numero di ricoveri ordinari, e, per le Aziende USL che evidenzino un indice di ospedalizzazione superiore a 230 per mille abitanti, riduzione di almeno 20 ricoveri per mille abitanti rispetto agli indici di cui alla DGR 1392/01;

2.f) mantenimento del livello complessivo dei costi per beni e servizi entro il limite massimo di quelli sostenuti nel 2001 e riduzione di quelli per prestazioni di servizi non sanitari nella misura minima su base annua del 20% rispetto a quelli sostenuti in detto esercizio (2001) ;

2.g) raggiungimento dell'equilibrio economico in esecuzione del co. 1 dell'Art. 10 e dell'Art. 12 della LR 32/01, budgetting e controllo di gestione per singolo stabilimento, struttura ed unità operativa aziendale, in piena ed immediata applicazione di quanto disposto dalla normativa regionale, dai precedenti atti di indirizzo e dal presente documento di programmazione in materia sanitaria, nonché dai decreti e dalle disposizioni Ministeriali sui LEA;

2.h) obbligo del raggiungimento degli obiettivi previsti dal "Patto di Stabilità" (punto 2 dell'Accordo Governo Regioni dell'8 Agosto 2001);

2i) Correlatamente agli obiettivi prioritari innanzi individuati, in esecuzione dell'Art. 15-decies (Obbligo di appropriatezza) del D.lgs 502/92 e successive modificazioni, del co. 28 e 29 dell'Art. 11 della L. 662/96,

del co. 9 dell'Art. 32 della L. 449/97, si richiama inoltre la responsabilità del Direttore Generale in materia di rilevazione, elaborazione ed analisi comparativa dei dati epidemiologici e di spesa necessari per il controllo e la valutazione, in particolare, dell'attività assistenziale e prescrittiva facente capo ai singoli medici;

2.j) Richiamare l'obbligo dei Direttori Generali sulla puntuale osservanza delle seguenti norme:

LR 31 Maggio 2001, n. 14, Art. 17, in particolare per quanto attiene:

- adesione alle convenzioni CONSIP;
- riduzione del 3% dei corrispettivi nel rinnovo dei contratti;
- riduzione spesa per affitti e locazioni;

LR 5 Dicembre 2001, n. 32, in particolare per quanto disposto da:

- Art. 6: acquisizione di beni e servizi;
- Art. 8: adempimenti in materia di personale;
- Art. 10: rispetto dei limiti di spesa;
- Art. 11, co. 3 e 4: verifica volumi di attività e qualità dei risultati delle strutture private, verifica del fabbisogno e stipula degli accordi contrattuali;
- Art. 12: equilibrio economico dei presidi ospedalieri. A tal fine si rammenta l'obbligo della tenuta di idonea contabilità analitica. Ai fini dei provvedimenti di riequilibrio i Direttori Generali possono fare riferimento alle indicazioni del PSR 2002/2004, ivi comprese le dimensioni standard delle strutture ospedaliere;
- Art. 13: rispetto delle procedure per le gare di appalto.

3. A) disporre l'assegnazione alle Aziende USI- ed Ospedaliere di anticipazioni finanziarie per l'ammontare complessivo 65,0 Milioni di Euro, quali prime misure di attuazione di quanto previsto dall'Art. 2 LR 32/01 e dagli Artt. 17 e 18 della Legge Regionale 21 Maggio 2002, n. 7, a parziale copertura delle perdite relative all'esercizio 2001, giusta ripartizione di cui alla Tabella A1 dell'Allegato A) della presente deliberazione;

a) l'ammontare così determinato, costituisce anticipazione finanziaria straordinaria rispetto alle fonti ottenibili dalle previste integrazioni dei FSN e dalle misure individuate dalla LR 32/01, così come meglio precisate dalla già richiamata LR 7/02, ed è erogato dalla Regione anche in applicazione delle norme che regolano i rapporti di conto corrente di cui all'Art. 1823 e segg. del Cod. Civ.;

b) la misura delle anticipazioni, da liquidarsi prontamente da parte del Dirigente del Settore con propria determinazione dirigenziale, ai fini della ponderazione del bisogno, è fissata in ragione proporzionale al concorso di ciascuna Azienda USL ed Ospedaliera alla determinazione del risultato di esercizio del SSR rispettivamente degli anni 2000 e 2001, secondo le modalità indicate in narrativa e nel prospetto riepilogativo di cui alla Tabella A1, dell'Allegato A) della presente deliberazione;

B) al fine di permettere alle Aziende Ospedaliere, agli Enti Ecclesiastici ed agli IRCCS pubblici e privati di meglio far fronte alle esigenze finanziarie rivenienti dalla gestione, assegnare, secondo quanto già previsto dal punto 19c) della DGR 1392/01, una ulteriore anticipazione sui Saldi di competenza 2001;

a) le anticipazioni sono determinate, se ammissibili rispetto a quanto già liquidato, nella misura del minore importo tra quello di una mensilità aggiuntiva e quello risultante dalla differenza tra quanto già erogato e l'ammontare delle prestazioni dichiarate nel 2000, prudenzialmente, decurtato del 5% in applicazione co. 2, Art. 20 LR 28/00; al fine di garantire la comparabilità delle erogazioni già effettuate con il valore delle produzioni 2000, a detto ultimo valore, per le Aziende Ospedaliere Universitarie, è stato sommato l'ammontare di cui alla voce "F" della Tab. B, dell'Allegato A del DIEF 2001 di cui alla cit. deliberazione e, per l'Ente Ecclesiastico Miulli, quello relativo alla colonia Hanseniana;

b) autorizzare il Dirigente del Settore Sanità, alla pronta liquidazione a favore delle Aziende Ospedaliere, degli Enti Ecclesiastici e degli IRCCS pubblici e privati che ne abbiano titolo in applicazione di quanto innanzi disposto nel presente punto, della somma complessiva di Euro 41.272.715, secondo la

ripartizione di cui alla "TAB. AC - ANTICIPAZIONI FINANZIARIE AGGIUNTIVE SULLE MINORI SOMME TRA PRODUZIONI 2000 E TETTI MASSIMI DI REMUNERAZIONE 2001 EX DGR 1392/01", voce "F-Euro" dell'Allegato A) della presente deliberazione;

c) precisare che quanto deliberato in materia di anticipazioni finanziarie interessanti le prestazioni sanitarie per il 2001 di cui alla precedente lettera (B.b), non modifica quanto disposto e regolamentato circa le procedure di reciproca riconciliazione in dare ed in avere tra gli Enti interessati e tra questi e la Regione, le cui risultanze sono da sottoporsi alla definitiva approvazione da parte della Giunta Regionale, una volta esperiti da parte della Camera di Controllo e Compensazione e delle UVAR i rispettivi adempimenti di competenza;

4. disporre che i Direttori Generali, entro 45 giorni dalla data di notifica agli stessi del presente atto, tenuto conto delle precisazioni e delle modalità indicate nella parte motiva, provvedano:

(a) in applicazione di quanto disposto in materia di patrimonio dal Titolo IX della LR 38/94 a confermare e/o rettificare ovvero a definire, con proprio atto, l'elenco analitico dei beni patrimoniali disponibili di cui all'Art. 49 di detto titolo, specificandone caratteristiche, localizzazione, valore di iscrizione in bilancio al 31.12.2001, metodo o/e criteri di valutazione adottati, con evidenza di eventuali gravami, servitù, vincoli e/o diritti di terzi sugli stessi;

(b) ad individuare tra i beni disponibili, quelli che intendono alienare, la relativa motivazione e l'ammontare che per ciascuno di essi, con separata evidenza per beni mobili ed immobili, ritengono di poter ricavare per le finalità previste dall'Art. 2 della LR 32/01;

(c) ad inviare copia della relativa deliberazione all'Assessorato alla Sanità ed entro i termini indicati da specifica determinazione del Dirigente del Settore, all'adempimento delle altre prescrizioni regolanti la materia;

(d) mediante specifica commissione tecnico-estimativa, a compiere la valutazione di detti beni "a valore di mercato", attività da completarsi entro 120 giorni dalla notifica del presente atto;

5. fissare per il 2002, secondo quanto previsto dalla DGR 27 Dicembre 2001, n. 2087, in 4.699,76 Milioni di Euro (MLD Lit. 9.100) le risorse a disposizione del Fondo Sanitario Regionale, al netto della mobilità interregionale, nell'ambito degli stanziamenti allo scopo previsti dalla LR 25 Maggio 2002, n. 7 di approvazione del bilancio di previsione 2002;

6. fissare:

(a) a norma di quanto disposto dall'Art. 83 della L. 833/2000 ed in conformità a quanto previsto dal PSR 2002/2004 di cui alla Deliberazione di Giunta Regionale 27 Dicembre 2001, n. 2087, in Euro 4.872.951.500 il FSR per il 2002 (4.699,76 Milioni di Euro, oltre l'importo di 173,19 Milioni di Euro per la copertura degli oneri da mobilità extraregionale);

e conseguentemente:

(b) prevedere, quale assegnazione per le Aziende USL, l'importo di Euro 4.584.726.000, 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);

(c) 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 Euro 685.284.100, oltre ad:

- Euro 21.363.700 per le Aziende Ospedaliere-Universitarie;

- Euro 22.781.000 per il rimborso delle somministrazioni dirette dei farmaci nel limite delle disponibilità dello specifico fondo regionale a tal fine istituito, secondo la ripartizione di cui alla corrispondente tabella B dell'Allegato A), fatte salve le variazioni di detti limiti da determinarsi da parte dell'Esecutivo Regionale

in applicazione della DGR 203/02 e del co. 2, lettera e) dell'Art. 7 della LR 32/01;

- Euro 45.645.100 per Funzioni non tariffate, da remunerarsi a costo standard in applicazione dell'Art. 7, co. 2, lettera b) della LR 32/01, ed Euro 10.525.000,00 per Fondo Progetti Obiettivo ed Interventi Riorganizzativi, questi ultimi da autorizzarsi con specifico provvedimento della Giunta Regionale nel quadro delle azioni di razionalizzazione previste dal PSR 2002-2004;

(d) 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 Euro 341.366.000 offre ad Euro 2.064.700 per il rimborso delle somministrazioni dirette dei farmaci, fatte salve le variazioni di detto limite da determinarsi da parte dell'Esecutivo Regionale in applicazione della DGR 203/02 e del co. 2, lettera c) dell'Art. 7 della LR 32/01;

(e) stabilire che, in applicazione dell'Art. 20, co. 5 della LR 16/97, detti ammontari siano da erogarsi direttamente agli stessi da parte delle Aziende USL competenti per territorio, secondo 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:

e.1) tali ammontari, per parte positiva, concorrono alla determinazione del valore della produzione delle stesse e, per parte negativa, ai costi della produzione, con le precisazioni di natura contabile di cui alla Circolare Assessorile 18 Aprile 2002, prot. 24/273/UOC ed alla Nota Assessorile 24 Aprile 2002, prot. 24/292/UOC;

e.2) la remunerazione delle prestazioni erogate dagli Enti Ecclesiastici e dagli IRCCS privati, previa esecuzione dei prescritti accertamenti, va riconosciuta, coerentemente al sistema tariffario di cui alla LR 28/00, tenuto conto del co. 3 dell'Art. 7 della LR 32/01, 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 il 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 tuffi gli Enti, Aziende ed Istituti sanitari interessati, per le finalità di cui alla DGR 203/02;

e.3) le anticipazioni mensili a favore degli Enti Ecclesiastici e degli IRCCS privati, a norma dell'art 23 della Legge Finanziaria Regionale di approvazione del bilancio di previsione 2002, vanno erogate a favore delle persone giuridiche destinatarie non oltre 30 giorni dall'avvenuto accredito da parte della Regione;

7. di riservare, quale anticipazione finanziaria della Regione Puglia all'Ente Ecclesiastico "Miulli" per il funzionamento della Colonia Hanseniana (da rendicontarsi e compensarsi, fino a determinazione di specifica tariffa giornaliera che tenga conto della tipologia e caratteristiche delle prestazioni erogate, mediante separata contabilità analitica a costi standard secondo le modalità ed i criteri definiti in narrativa, previa verifica della congruità delle poste), l'ammontare di Euro 4.650.000, importo che costituisce tetto invalicabile di remunerazione per prestazioni rese a favore di residenti della Regione Puglia;

8. di indicare, quale tetto massimo di remunerazione onnicomprensivo invalicabile per gli IRCCS Pubblici, l'importo di Euro 41.265.900, oltre a:

(a) Euro 4.150.000 per MRCCS "Oncologico" da impiegarsi secondo le modalità specificate in narrativa;

(b) Euro 1.154.300 destinati al rimborso delle somministrazioni dirette dei farmaci, fatte salve le variazioni di detto limite da determinarsi da parte dell'Esecutivo Regionale in applicazione della DGR 203/02);

da destinarsi secondo la ripartizione di cui alla corrispondente tabella 6) dell'Allegato A);

9. di prevedere quale finanziamento diretto alle Aziende USL, tenuto conto della mobilità interregionale

ed infraregionale 2000, del fondo di riserva istituito per la copertura degli impieghi scaturenti dal presente atto e delle fonti rivenienti dal FSR 2002, l'ammontare di Euro 3.428.725.400 secondo la ripartizione di cui alla corrispondente tabella A dell'Allegato A), con la precisazione che dette somme sono di esclusiva competenza dell'esercizio 2002;

10. di precisare che la disponibilità di dette maggiori somme per le Aziende USL non determina per il 2002 alcuna variazione rispetto agli indirizzi di contenimento ed ai vincoli di programmazione per le stesse fissati dal presente atto, dalla DGR 1392/01, dagli atti di indirizzo e coordinamento ripresi ed integrati dalla LR 28/00 e dalla LR 32/01 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;

11. di precisare conseguentemente che le risorse assegnate alle Aziende Sanitarie con il presente provvedimento potranno essere utilizzate esclusivamente nel rispetto della vigente normativa di razionalizzazione e degli atti di programmazione a tal fine definiti dall'Esecutivo Regionale, con conseguente divieto assoluto di impiego delle stesse, in tutto o in parte, per nuove spese rispetto a quelle sostenute nel corso del 2001; 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, fatte salve le disposizioni e le autorizzazioni definite dall'Esecutivo Regionale ai fini della attuazione dei PSR 2002/2004 e di quant'altro previsto dalla LR 32/01 e dalla Legge di approvazione del bilancio di previsione 2002 di cui alla Deliberazione di Consiglio Regionale 29 Aprile 2002;

12. 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 già definiti dalla DGR 190/01 e dalla DGR 41/02 e conseguenti regolamentazioni anuative, costituisce ai sensi del D.lgs 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, debito informativo e violazione delle norme sul controllo, anche ai sensi del co. 3 dell'Art. 10 della LR 32/01;

13. disporre che le Aziende USL assicurino:

(a) l'equilibrio economico (applicando tutti i necessari ed opportuni interventi per dar luogo a razionalizzazioni organizzative, comprese quelle di natura dipartimentale) dei Presidi Ospedalieri, determinandone il valore delle prestazioni erogate sulla base delle tariffe agli stessi riconosciute;

(b) richiamati i contenuti del co. 4 dell'Art. 11 della LR 32/01 in materia di pieno impiego delle capacità erogative delle strutture pubbliche, entro 90 giorni dalla data di notifica del presente atto, l'adozione ed esecuzione delle deliberazioni di propria competenza, in particolare, in materia di:

- risorse destinate ai livelli essenziali di assistenza dalla presente deliberazione;

- regressione dei tassi di ospedalizzazione;

- limitazione del ricorso al ricovero ospedaliero in regime di degenza ordinaria per i DRG di cui all'Allegato 2C del DPCM 29.11.2001, nei limiti dei valori soglia indicati nella relativa tabella della parte motiva e, per quelle strutture che siano già al di sotto di detti valori, conservazione e miglioramento rispetto ai risultati già conseguiti;

- ricorso al day hospital ed alle prestazioni ambulatoriali ospedaliere e territoriali delle Aziende USL, con corrispondente e correlata riduzione dei ricoveri ordinari, nel rispetto dei protocolli diagnostico-terapeutici a tal fine approvati con le DGR 1392/01, 2104/01, DGR 277/02 e successive ulteriori implementazioni e definizioni;

- attuazione delle indicazioni dei PSR 2002/2004 funzionali al processo di depotenziamento del livello

ospedaliero, tenuto conto delle dimensioni standard, dei rapporti delle unità operative e delle strutture ospedaliere, nonché dei principi di dipartimentalizzazione ivi indicati;

14. a) ratificare le "Linee guida per la uniforme applicazione sul territorio regionale dei patti e dei principi di cui agli accordi con le strutture della Ospedalità Privata ed eroganti prestazioni ex Art. 26 L. 833/78 ed in materia di prestazioni specialistiche da settore privato." di cui alla Deliberazione ARES 7 Marzo 2002, n. 20 ed alla consequenziale Determinazione Dirigenziale 12 Aprile 2002, n. 138, giusta punto 24, lettera b) della DGR 1392/01, con la precisazione espressa nella parte motiva che per la ospedalità privata, a partire dal 2002, nel quadro delle revisioni periodiche delle basi di riferimento, il fatturato riconosciuto dal cui ammontare partono le regressioni tariffarie è traslato dal 1997 al 1999;

disporre, senza che ciò modifichi in alcun modo il tetto invalicabile di remunerazione già determinato per il 2002 delle USL negli accordi contrattuali con ogni struttura della Ospedalità Privata transitoriamente accreditata, che le stesse Aziende Sanitarie, ai fini della applicazione delle prescritte regressioni tariffarie, provvedano conseguentemente, in ragione della traslazione della base annuale di riferimento di cui al precedente periodo, a riferirsi al fatturato riconosciuto per l'esercizio 1999 per ognuna di queste;

b) di approvare la classificazione delle Prestazioni di Riabilitazione ex Art. 26 L. 833/78 di cui all'Allegato B) della presente deliberazione che tiene conto delle raccomandazioni presenti nelle "Linee-guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione", approvate dalla Conferenza permanente, per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano nella riunione del 7 maggio 1998, e di incaricare il Settore, anche ai fini di quanto previsto dal co. 3 dell'Art. 11 della LR 32/01 e dalle "Linee Guida" di cui alla precedente lettera a), di procedere, con propria determinazione dirigenziale, ad impartire alle Aziende USL specifiche direttive secondo quanto indicato nella parte motiva;

c) per le finalità di cui alla L. 405/01 ed alla DGR 2087/01, disporre l'immediato raccordo ed interconnessione dei SISFI alla Camera di Controllo e Compensazione dell'Assessorato alla Sanità, anche per quanto previsto dal punto 14, lettera d) della DGR 1392/01;

d) di ratificare la Circolare Assessorile 18 Aprile 2002, prot. 24/273/UOC contenente direttive in materia di controllo sugli atti degli Istituti ed Aziende Sanitarie;

e) di approvare, in esecuzione del co. 2 dell'Art. 5 della LR 32/01, i valori soglia relativi alla lista del DRG di cui all'Allegato 2C del DPCM 29.11.2001 così come individuati nella parte motiva, nonché la modalità di applicazione e la misura delle decurtazioni ivi previste per il superamento di detti limiti;

f) di approvare in esecuzione del punto 25.d) del dispositivo della DGR 1392/01 quanto disposto nel presente atto in materia di prestazioni riabilitative;

g) di confermare l'esecutività del Preaccordo 10 Maggio 2002 sottoscritto dall'ARES con le Organizzazioni di Categoria delle farmacie territoriali pubbliche e private e dei distributori intermedi di cui alla DGR 203/02, FEDERFARMA PUGLIA, ASSO.FARM, ANADISME, ADF, FEDERFARMA SERVIZI, in materia di sperimentazione di forme di dispensazione di farmaci in esecuzione dell'Art. 8 della L. 405 n. 404/01, di cui all'Allegato C), qui richiamato per costituire parte integrante della presente deliberazione.

15. Parte Finanziaria

In esecuzione della deliberazione di Giunta Regionale 7 Giugno 2002, n. 770 è fatto obbligo al Dirigente Responsabile del Settore Sanità di adottare entro il corrente esercizio, gli atti di impegno della spesa autorizzati dal presente provvedimento;

A. di dare atto che la somma di Euro 2.311.756.355,27 è stata già impegnata sul Cap. 741090 e che la stessa va conseguentemente detratta dalla quota accantonata di cui al punto 5) del dispositivo del presente atto;

B. di dare atto che in attesa della definitiva approvazione in seno alla Conferenza Stato-Regioni delle quote di riparto del FSN 2002 e della successiva Deliberazione CIPE, le disponibilità finanziarie del FSR per l'anno 2002, ammontano conseguentemente ad Euro 4.699.757.800,00 e che tale ammontare corrisponde all'importo netto arrotondato di cui al precedente punto 5 della presente deliberazione;

C. autorizzare la spesa, per effetto della precedenti lettere A) e B) del presente punto, in ragione delle assegnazioni previste per le Aziende USL, le Aziende Ospedaliere, gli Enti Ecclesiastici e gli IRCCS pubblici e privati e per quant'altro definito nel presente atto, della somma di Euro 2.388.001.444,73 a valere sul Cap. 741090 del bilancio di previsione 2002;

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

a) fino a diversa disposizione dell'Esecutivo Regionale o alla approvazione del Documento di Indirizzo Economico Funzionale per l'anno 2003, agli adempimenti di liquidazione mensile, nella misura prevista dalla presente deliberazione:

a.1) delle anticipazioni finanziarie per le Aziende Ospedaliere ed Ospedaliero-Universitarie, nei limiti dei tetti massimi di remunerazione di cui al precedente punto 6, lettera e);

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 6, lettera d), importi da sommarsi a quelli delle assegnazioni periodiche previste per le Aziende USL territorialmente competenti, di cui al punto 6, lettera b);

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 7) per il 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 8);

a.5) delle assegnazioni economiche a favore delle Aziende USL, nei limiti del precedente punto 9);

b) per l'esercizio di competenza 2002, alla pronta erogazione a favore delle Aziende Ospedaliere, delle Aziende USL, degli Enti Ecclesiastici, degli IRCCS pubblici e privati dei saldi finanziari, nella misura dovuta, tra le erogazioni verso detti Enti effettuate a tutto il mese di approvazione del presente atto e le anticipazioni ed assegnazioni mensili di cui alla voce "N" della Tabella D) dell'Allegato A alla corrente deliberazione;

c) per l'esercizio di competenza 2002, alla erogazione a favore delle Aziende Ospedaliere, degli Enti Ecclesiastici, degli IRCCS pubblici e privati, per questi ultimi per il tramite delle Aziende USL territorialmente competenti, 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;

C. B) il Dirigente di Settore è altresì autorizzato, con propria determinazione dirigenziale:

d) alla liquidazione a favore delle Aziende Ospedaliere "SS. Annunziata", "Di Summa", "OO.RR", "Fazzi", previa rendicontazione e nella misura massima di concorso ai costi prevista alla voce "I" della Tabella "B" dell'Allegato A) al presente atto, di somme correlate all'avvenuto trasferimento nei nuovi stabilimenti e/o all'avviamento di reparti ospedalieri già autorizzati dalla Giunta Regionale, ovvero per oneri correlati a provvisori trasferimenti di unità operative da realizzarsi per consentire il riattamento delle strutture in cui le stesse sono attualmente localizzate;

e) a prorogare per una durata non eccedente un anno, i rapporti convenzionali con la ditta Kedrion, scaduti in data 31 dicembre u.s., e, conseguentemente, ad assegnare e liquidare alla Azienda

Ospedaliera Consorziata "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 nella sezione Impieghi del FSR 2002" della parte motiva, tempo ritenuto sufficiente per l'esperimento di quanto previsto dalla DGR 19 Marzo 2002, n. 275 "L. 107/90 Art. 10 - Convenzione per la lavorazione del plasma e la produzione di farmaci plasmaderivati. Approvazione convenzione-tipo. Autorizzazione alla stipula all'Azienda Ospedaliera Consorziata Policlinico di Bari";

f) di concerto con l'ARES, in esecuzione della presente deliberazione che costituisce avanzamento rispetto a quanto già determinato dalla DGR 200/02 per l'attivazione del 118, alla definizione operativa delle componenti progettuali necessarie per tale fine sperimentale ed al conseguenziale impegno, assegnazione e liquidazione degli oneri di primo intervento alle stesse correlate, nel limite dell'autorizzazione alla spesa qui assunta di Euro 1.600.000 a valere sul Capitolo 751060 del bilancio di previsione 2002 - residui di stanziamento 1999;

16. di disporre che i Direttori Generali ed i Rappresentanti Legali provvedano a rielaborare i bilanci ed i correlati documenti programmatici sulla base degli indirizzi, linee guida e limiti di spesa di cui al presente atto, entro il termine di 45 giorni dalla data di approvazione del presente provvedimento, conseguentemente rimodulando quanto in precedenza provvisoriamente definito in esecuzione dell'Art. 7 della LR 32/01, tenuto conto delle risultanze relative alla verifica sugli andamenti della gestione riferiti al primo trimestre 2002, secondo quanto previsto dall'Art. 24 della LR 38/94 e dal co. 3 dell'Art. 10 della LR 32/01;

17. A) nell'ambito dei rapporti di collaborazione con l'Università degli Studi di Bari, di autorizzare l'Azienda Ospedaliera Consorziata Policlinico, alla attivazione del progetto di rilevanza regionale per gli impianti cocleari di cui alla nota 38/AU/2001 del Dipartimento di Oftalmologia ed Otorinolaringoiatria, a valere sulle disponibilità aggiuntive di cui alla Voce "I" della Tabella "B" dell'Allegato A); analoga autorizzazione è concessa alla Azienda Ospedaliera "Vito Fazzi", nella precisazione che per entrambi i progetti sono da intendersi riconoscibili, previa rendicontazione, esclusivamente i soli costi standard non coperti dalla vigente remunerazione a tariffa per DRG;

B) riservarsi con successivi provvedimenti di approvare quanto necessario in materia di:

a) attivazione della terza fase del progetto PRUO, in esecuzione dell'Art. 21 della LR 28/00 e dell'Art. 5 della LR 32/01, sulle produzioni ospedaliere riferite al 2001, secondo quanto previsto nella parte motiva;

b) prosecuzione 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");

c) di progetti obiettivo, nel più generale quadro di riordino dei SSR per l'esercizio di specifiche funzioni assistenziali da finanziarsi in base al costo standard di produzione del relativo programma di assistenza, ovvero di specifici programmi pluriennali di razionalizzazione e qualificazione organizzativa delle aziende sanitarie, nei limiti per le Aziende Ospedaliere e per gli IRCCS pubblici, dei fondi allo scopo previsti nella Tabella B) dell'Allegato A);

18. in materia di indennizzo ex L. 210/99 dei soggetti danneggiati, per quanto ampiamente espresso nella parte motiva:

a) disporre che le Aziende USL provvedano, entro il termine di 30 giorni dalla data di notifica del presente provvedimento, ai prescritti adempimenti ed alla erogazione degli indennizzi dovuti, attingendo dalle assegnazioni indistinte per le stesse previste dal presente atto le risorse finanziarie necessarie, provvedendo a regolarizzare le posizioni comunque non oltre il congruo termine di sessanta giorni dalla data di effettiva disponibilità delle maggiori somme alle stesse erogate in ragione della presente

deliberazione;

b) disporre che il Dirigente di Settore, a seguito di specifica variazione di bilancio a fronte dell'accertamento da compiersi in ragione delle assegnazioni Ministeriali previste per il rimborso delle risorse finanziarie anticipate dalle Regioni per l'esercizio delle funzioni conferite dal D.lgs 311.3.1998, n. 112 in materia di salute umana, ai sensi dell'Art. 2 del DPCM dell'8 Gennaio 2002, provveda con proprie determinazioni dirigenziali a regolare i consequenziali rapporti di dare/avere con le Aziende USIL interessate;

19. 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;

20. 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

Il presente provvedimento è costituito dai seguenti allegati:

Allegato A) costituito da numero 8 pagine dalla pagina 1 alla pagina 8

Allegato B) costituito da numero 3 pagine dalla pagina 1 alla pagina 3

Allegato C) costituito da numero 3 pagine dalla pagina 1 alla pagina 3

Il Dirigente di Settore
Dr. Carlo Di Cillo
ALLEGATO C

PRE-ACCORDO 10 MAGGIO 2002 PER L'AVVIO DI SPERIMENTAZIONE DI FORME DO
DISPENSAZIONE DI FARMACI IN ESECUZIONE DELL'ART. 8 DELLA LEGGE N. 405/2001

PREMESSA

Nell'anno 2001 l'andamento della spesa farmaceutica ha evidenziato un aumento di oltre il 30% rispetto all'anno precedente, prevalentemente per le motivazioni di seguito indicate:

- abolizione dal 1° gennaio 2001 di ogni forma di compartecipazione alla spesa;
- introduzione di nuovi farmaci in fascia A con riferimento sia ad aree precedentemente non coperte, sia ad aree con possibili alternative terapeutiche di minor costo;
- revisione delle note CUF con effetti di:
 - a) ampliamento dei farmaci concedibili;
 - b) minori limiti alla prescrivibilità di farmaci specialistici ad alto costo;
 - c) eliminazione di quasi tutti i registri A.S.L.

Con l'accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 le Regioni hanno assunto l'impegno di adeguarsi alle prescrizioni del patto di stabilità interno e di mantenere l'equilibrio della gestione, applicando direttamente misure di contenimento della spesa.

Per consentire alle Regioni di mantenere i tetti di spesa prefissati, il Governo ha adottato il D.L.

18.09.2001, n. 347, convertito con modificazioni con Legge 16.11.2001, n. 405, con il quale, tra l'altro, sono state definite misure di contenimento della spesa farmaceutica.

In particolare l'art. 5 del D.L. 18.09.2001, n. 347, sopra richiamato testualmente recita: "A decorrere dall'anno 2002 l'onere a carico dei S.S.N. per l'assistenza farmaceutica territoriale non può superare, a livello nazionale ed in ogni singola Regione, il 13 per cento della spesa sanitaria complessiva. A tale fine le Regioni adottano, sentite le associazioni di categoria interessate, provvedimenti necessari ad assicurare il rispetto della disposizione di cui al presente articolo."

Il citato D.L. n. 347/01, all'art. 8, tratta di particolari possibili modalità di erogazione di medicinali agli assistiti, prevedendo che le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, anche con provvedimenti amministrativi, hanno facoltà di:

- a) stipulare accordi con le associazioni sindacali delle farmacie convenzionate, pubbliche e private, per consentire agli assistiti di rifornirsi delle categorie di medicinali che richiedono un controllo ricorrente del paziente anche presso le farmacie predette con le medesime modalità previste per la distribuzione attraverso le strutture aziendali del Servizio Sanitario Nazionale, da definirsi in sede di convenzione;
- b) assicurare l'erogazione diretta da parte delle aziende sanitarie dei medicinali necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale;
- c) disporre, al fine di garantire la continuità assistenziale, che la struttura pubblica fornisca direttamente i farmaci, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, sulla base di direttive regionali, per il periodo immediatamente successivo alla dimissione dal ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale.

Con deliberazione n. 203 dell'13.03.2002 la Giunta regionale ha adottato disposizioni applicative del D.L. n. 347/01, convertito nella Legge n. 405/01, in materia di assistenza farmaceutica, prevedendo tra l'altro nel dispositivo:

al punto 2, lett. a)

forme di dispensazione delle specialità medicinali ex L. 405/01 e dei presidi sanitari avvalendosi della rete delle farmacie convenzionate;

al punto 6

- a) erogazione diretta agli assistiti dei medicinali per i quali è richiesto un controllo ricorrente del paziente tramite specifici accordi da stipularsi a livello regionale con le organizzazioni sindacali delle farmacie convenzionate, pubbliche e private,
- b) erogazione diretta di ausili, presidi e prodotti dietetici, comprese le strisce per l'automonitoraggio glicemico per i pazienti in terapia insulinica intensiva, convenzionale, orale o solo dietetica, anche mediante accordi con le farmacie pubbliche e private convenzionate;

al punto 7, lett. a)

esperite le procedure di consultazione ed accordo con le organizzazioni delle farmacie territoriali pubbliche e private e con i soggetti incaricati della distribuzione intermedia di cui al precedente punto 2), lettera a):

- a).1 autorizzare i Direttori Generali delle Aziende USL all'acquisto diretto dei prodotti medicinali e farmaceutici nonché dei presidi sanitari, ai prezzi di aggiudicazione delle gare di appalto dalle stesse esperite o, comunque, alle condizioni contrattuali in corso;
- a).2 autorizzare i Direttori Generali delle Aziende USL, per quei prodotti che non fossero stati esitati, alla acquisizione diretta degli stessi ad un prezzo non superiore a quello minimo previsto dalla vigente regolamentazione disciplinante la materia;

al punto 10

ai fini del potenziamento delle capacità erogative dirette dei farmaci e dei prodotti medicinali da parte delle Aziende Sanitarie ed Istituti dei S.S.R., della programmazione e del controllo della spesa farmaceutica, nonché per l'attuazione di quanto disposto al punto 2), l'ARES:

a) su delega dell'Assessore alla Sanità, utilizzando esiti di gare già espletate, ovvero indicando ed aggiudicando gare a livello europeo, opera quale Centrale di Acquisto Regionale anche per la copertura di fabbisogni farmaceutici, medicinali, galenici e di presidi sanitari interessanti l'intero S.S.R. e di trasferire alle Mende ed Istituti Sanitari i relativi contratti ai fini della loro esecuzione;

b) In considerazione di quanto previsto dal PSR le farmacie si impegnano a riconoscere anche al SSR lo sconto del 16% su tutte le preparazioni galeniche effettuate in regime di SSR, secondo quanto previsto dall'art 10 della Tariffa Nazionale dei medicinali, con esclusivo riferimento al loro utilizzo nelle malattie rare e nelle terapie del dolore di origine neoplastica.

Le organizzazioni rappresentative dei farmacisti hanno più volte evidenziato l'obbligatorietà della dispensazione dei farmaci esclusivamente da parte dei farmacisti stessi e la necessità di attivare appositi specifici servizi.

I Responsabili delle aree farmaceutiche delle UU.SS.LL., in apposito incontro, hanno, peraltro, evidenziato la difficoltà di garantire il servizio per carenza di personale e la necessità di assumere un congruo numero di farmacisti, non ritenendosi nelle condizioni di adempiere a quanto previsto nella D.G.R. n. 203/2002.

Il decreto del Ministero della sanità 22 dicembre 2000, allegato n. 2, ha individuato l'elenco di principi attivi che hanno bisogno del controllo ricorrente del paziente così come ribadito recentemente dal TAR Piemonte.

Il Piano Sanitario Regionale (delibera G.R. n. 2087 del 27/12/2001) prevede che per garantire il livello assistenziale farmaceutico, l'assetto organizzativo faccia riferimento alle "farmacie pubbliche e private convenzionate con il Servizio Sanitario Regionale che assicurano il servizio farmaceutico territoriale, garantendo la continuità assistenziale farmaceutica, partecipando altresì, anche sulla base di specifici accordi con la Regione e/o le Aziende USL, ai programmi di sviluppo delle politiche del farmaco, con riguardo, tra l'altro, alle problematiche inerenti all'assistenza domiciliare."

La rete delle farmacie convenzionate viene intesa come un tutt'uno integrato e cooperante con il S.S.R. con l'obiettivo di contenere la spesa farmaceutica e garantire la qualità del livello assistenziale nel rispetto dei diritti del cittadino anche al fine di eliminare i costi sociali.

Appare opportuno il coinvolgimento delle farmacie pubbliche e private e dei distributori intermedi della Regione anche allo scopo di ottimizzare le economie ipotizzate senza arrecare nocimento ai cittadini in considerazione della capillarità ed efficienza del servizio di dispensazione dei farmaci garantito dalle farmacie convenzionate.

Tutto quanto sopra premesso:

TRA

la REGIONE PUGLIA rappresentata dal Direttore Generale dell'ARES, Dott. Mario Moriaccio, anche in nome e per conto delle A.S.L. della Regione, all'uopo delegato con delibera di G.R. n. 203/2002;

la FEDERFARMA PUGUA nella persona del Presidente Dott. Arnaldo Tempesta

l'ASSO.FARM rappresentata dalla Dott.ssa Graziana Bruno

l'ANADISME rappresentata dal Dott. Leonardo Panico

l'A.D.F. rappresentata dalla Dott.ssa Ornella Barra

la FEDERFARMA SERVIZI rappresentata dal Dott. Vito Novielli

SI CONVIENE
E SI STIPULA QUANTO SEGUE

1. La Regione Puglia erogherà agli assistiti le specialità medicinali di cui all'allegato 2 al decreto 22 dicembre 2000 anche per il tramite delle farmacie convenzionate, con le modalità di seguito descritte.

- a) La Regione fissa i prezzi di gara ovvero derivanti da accordi con le case farmaceutiche per i farmaci dell'elenco allegato "2", cedendo alla distribuzione intermedia gli effetti del relativo contratto;
- b) il distributore intermedio cede i medicinali alle farmacie aggiungendo un margine del 4% calcolato sul prezzo al pubblico al netto dell'IVA;
- c) le farmacie erogano tali farmaci agli assistiti in regime di S.S.N. e, al momento della presentazione della distinta contabile alla A.S.L., richiedono il rimborso di un importo pari al prezzo di cessione dei farmaci da parte della distribuzione intermedia maggiorato del 17% del prezzo al pubblico al netto dell'IVA;
- d) la A.S.L. liquida alle farmacie la distinta contabile così come presentata, con contabilità separata.

In deroga alle predette condizioni, al fine di permettere alla Regione Puglia, anche per il tramite di A.S.L. capofila, di indire le gare per l'acquisto dei farmaci di cui al presente accordo, per un periodo improrogabile di 120 giorni a partire dalla data di sottoscrizione dell'accordo, la distribuzione dei farmaci in oggetto avverrà secondo quanto appresso riportato:

- a) la distribuzione intermedia cede i farmaci alle farmacie al 66,65% del prezzo di vendita al pubblico, al netto dell'IVA, maggiorato del 4% calcolato sul prezzo di vendita al pubblico al netto dell'IVA;
- b) le farmacie erogano tali farmaci agli assistiti in regime di S.S.N. e, al momento della presentazione della distinta contabile all'A.S.L., richiedono il rimborso di un importo pari al 66,65% del prezzo al pubblico al netto dell'IVA, maggiorato del 17% del prezzo al pubblico al netto dell'IVA;
- c) l'A.S.L. liquida alle farmacie la distinta contabile così come presentata con contabilità separata.

2. Le Aziende distributrici aderenti al presente accordo si impegnano a cedere i prodotti suddetti alle farmacie convenzionate della Regione Puglia le quali provvederanno al pagamento secondo le modalità concordate.

3. In deroga a quanto previsto dalla Legge n. 662/92, art. 1, comma 4, anche per quanto attiene agli sconti che le farmacie praticano al S.S.N., l'A.S.L. riconosce per i farmaci di cui all'allegato 2 del D.M. 22 dicembre 2000, un rimborso degli oneri sopportati dalla filiera distributiva, senza ulteriori sconti, calcolato in misura percentuale sul prezzo di vendita al pubblico delle specialità medicinali al netto dell'IVA, pari al 17% così ripartito:

- 4% per la distribuzione intermedia;
- 13% per le farmacie.

4. L'A.S.L. liquida le ricette di cui al punto precedente nei termini previsti dalla Convenzione Nazionale Farmaceutica di cui al D.P.R. n. 371/1998.

5. L'A.S.L. s'impegna ad informare opportunamente medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, centri abilitati alla prescrizione ed ogni altra struttura pubblica o categoria interessata alla presente convenzione sui contenuti e sulle modalità di attuazione della stessa. La Regione dispone che i medici prescrittori formulino ricette riguardanti le specialità medicinali di cui all'allegato "2" distinte da eventuali altre prescrizioni riportando l'annotazione "allegato 2".

6. La Regione Puglia e Federfarma Puglia s'impegnano ad organizzare un tavolo di lavoro con lo scopo di analizzare, anche sotto il profilo epidemiologico e farmaco-economico, i dati dei consumi farmaceutici

nella Regione Puglia, così come forniti mensilmente dalle farmacie. In attuazione di quanto espressamente previsto dal Piano Sanitario Regionale 2002/2004; la Regione Puglia e Federfarma Puglia s'impegnano ad elaborare programmi per l'attuazione del collegamento della farmacie dell'intero territorio regionale al CUP; s'impegnano altresì a prevedere, anche attraverso appositi progetti sperimentali, lo sviluppo delle attività di farmacovigilanza e di educazione del cittadino sul corretto uso del farmaco, riconoscendo in merito ai predetti aspetti la specificità e la professionalità espressa dalla rete delle farmacie.

7. Le parti s'impegnano ad applicare il contenuto della presente convenzione, con il coinvolgimento delle aziende produttrici e distributrici, anche per l'erogazione di ausili per incontinenti, presidi e prodotti per diabetici, comprese le strisce per l'auto-monitoraggio glicemico per i pazienti in terapia insulinica, convenzionale, orale o solo dietetica, siringhe per insulina nonché di prodotti destinati ad una alimentazione particolare. A tal fine, entro 15 giorni dalla data della firma del presente accordo, sarà nominata una Commissione paritetica con il compito di definire le condizioni economiche. Nelle more le farmacie cominceranno, con effetto immediato, a distribuire le siringhe ad un prezzo di Euro 0,1032 più IVA garantendo la qualità del prodotto.

8. Federfarma s'impegna a presentare un progetto organico ed informatizzato per la distribuzione ed il controllo dei prodotti erogati in favore degli aventi diritto all'assistenza integrativa, al fine di evitare abusi e sprechi.

9. Per quanto attiene in particolare alle prestazioni degli ausili per incontinenti, le farmacie dichiarano la loro disponibilità alla consegna domiciliare in favore degli aventi diritto, senza costi aggiuntivi.

10. In considerazione di quanto previsto dal P.S.R. le farmacie s'impegnano a riconoscere al S.S.R. lo sconto del 16% su tutte le preparazioni galeniche effettuate in regime di S.S.R., secondo quanto previsto dall'art. 10 della Tariffa Nazionale dei medicinali, con esclusivo riferimento al loro utilizzo nella malattie rare e nelle terapie del dolore di origine neoplastica.

11. Con riferimento a quanto previsto dal P.S.R. e dal comma b) dell'art. 8 della Legge n. 405/2001, la Regione Puglia e Federfarma Puglia s'impegnano ad attivare iniziative al fine di coinvolgere la rete delle farmacie territoriali nei progetti di assistenza domiciliare integrata.

12. Il presente accordo, stante la sua particolarità di sperimentazione gestionale, ha validità esclusiva fino al 31/12/2002, e non ha pertanto alcuna necessità di essere disdetto da parte dei contraenti e diviene operante a seguito di ratifica da parte della Giunta Regionale e comunque non prima dell'1/06/2002 al fine di permettere l'adeguamento dei sistemi informatici.

REGIONE PUGLIA - ARES

Dott. Mario Morlacco

FEDERFARMA PUGLIA

Dott. Arnaldo Tempesta

ASSO.FARM

Dott.ssa Graziana Bruno

ANADISME

Dott. Leonardo Panico

A.D.F.

Dott.ssa Ornella Barra

FEDERFARMA SERVIZI

Dott. Vito Novielli

Sottoscritto in Bari, lì 10 Maggio 2002