

all'art. 9 – comma 1, lettera a, della legge regionale n. 34/95, è stato garantito per consentire a tutte le aziende maggiori capacità programmatiche e di investimento al fine del raggiungimento dell'equilibrio di bilancio nell'anno 2002 che dovrà rappresentare l'anno di riferimento anche per i prossimi esercizi finanziari.

Pertanto le assegnazioni di competenza garantite per l'anno 2002 sono:

AZIENDA	Totale assegnazione in competenza anno 2002 €
A.U.S.L. n. 1	118.682.000,00
A.U.S.L. n. 2	251.489.000,00
A.U.S.L. n. 3	99.043.000,00
A.U.S.L. n. 4	137.418.000,00
A.U.S.L. n. 5	97.094.000,00
<b>Totali</b>	<b>703.726.000,00</b>

Per l'Azienda Ospedaliera San Carlo l'assegnazione per il 2002 sarà pari all'effettivo valore della produzione con il limite posto dai volumi di attività previsti nei punti precedenti (accordo con le A.A.S.S.L.L. e tetto dei ricoveri).

L'Azienda Ospedaliera S. Carlo dovrà comunque tenere presente che il programma di ripartizione provvisorio dell'anno 2001 (DGR 2696/2001) le ha assegnato un importo complessivo di 121,35 milioni di euro (234,969 miliardi di lire); in tale programma è stato comunque preventivato un incremento della produttività, rispetto all'anno 2000, da verificare a consuntivo, di oltre 8,780 milioni di euro (17 miliardi di lire).

Pertanto l'Azienda Ospedaliera S. Carlo al fine di incrementare concretamente la propria produttività dovrà obbligatoriamente indirizzarsi verso il recupero della mobilità sanitaria interregionale drenando non solo dal proprio bacino di utenza ma dall'intera regione relativamente alle alte specialità.

Per l'A.S.L. n.4, considerato l'avvio del nuovo ospedale e di nuove attività, potrà essere attribuito apposito finanziamento aggiuntivo a valere sul fondo di accantonamento regionale di cui all'art. 9 – comma 1, lettera a) della legge regionale n. 34/95, a seguito di specifica negoziazione con il Dipartimento Sicurezza e Solidarietà Sociale che metta in evidenza le ulteriori necessità finanziarie in correlazione con i ritorni previsti in termini di obiettivi di salute e in termini di risultati economici con particolare riguardo al recupero della migrazione sanitaria.

Particolari situazioni che dovessero verificarsi nella gestione delle singole Aziende tali da comportare una revisione delle assegnazioni potranno essere oggetto di apposito approfondimento e potranno comportare una modifica delle assegnazioni medesime se riconosciute dalla Regione.

Per il C.R.O.B. viene definito quale obiettivo di bilancio che il valore della produzione rappresenti almeno il 65% del finanziamento complessivo.

Il mancato raggiungimento dell'obiettivo STRATEGICO di bilancio indicato nel presente capitolo non consentirà ai Direttori Generali e ai Direttori Amministrativi di accedere al fondo

integrativo di risultato del 20%; la giunta regionale, inoltre, potrà valutare l'avvio delle procedure di decadenza dall'incarico del Direttore Generale.

Ad integrazione della D.G.R. 919/1998 sull'attivazione della contabilità economico-patrimoniale è prescritto quale ulteriore documento facente parte integrante dei bilanci aziendali (di previsione e di esercizio) il modello "CE" utilizzato a livello nazionale nei flussi informativi di governo del Ministero della Sanità.

Tale documento dovrà integrare i bilanci e dovrà essere riprodotto anche in formato elettronico utilizzando i file messi a disposizione dalla Regione Basilicata in occasione della rendicontazione al governo dei preconsuntivi dell'anno 2001 richiesti dalla legge 405/2001.

#### A-4) BILANCI DI ESERCIZIO ANNO 2001 E PRECEDENTI.

Con la D.G.R. 21.12.2001, n.2696, di approvazione del riparto provvisorio del FSN per l'anno 2001, sono state assegnate le seguenti somme in conto competenza:

AZIENDA	Totale assegnazione in competenza anno 2002	Totale assegnazione in competenza anno 2002
	Lire	Euro
A.U.S.L. n. 1	218.857.000.000	113.030.207,56
A.U.S.L. n. 2	463.763.000.000	239.513.600,89
A.U.S.L. n. 3	182.542.000.000	94.326.720,96
A.U.S.L. n. 4	253.408.000.000	130.874.309,68
A.U.S.L. n. 5	179.047.000.000	92.470.058,41
S.Carlo	234.969.000.000	121.351.361,12
C.R.O.B.	32.000.000.000	16.526.620,77
<b>Totali</b>	<b>1.564.686.000</b>	<b>808.092.879,59</b>

Con le risorse messe a disposizione per l'anno 2001 i Direttori Generali devono tendere al raggiungimento dell'equilibrio di bilancio.

Le Aziende che hanno registrato utili negli esercizi precedenti devono utilizzare gli stessi, da appostare nella voce A-IV del netto patrimoniale, in via prioritaria a ripiano delle perdite ancora presenti nel bilancio dell'esercizio 2001, rideterminate, se necessario, con l'applicazione delle linee-guida e delle note tecniche emanate dal Dipartimento di Sicurezza Sociale, al fine di assicurare la comparabilità dei risultati economici fra le aziende.

Qualora l'esercizio amministrativo 2001 dovesse concludersi con un risultato d'esercizio positivo, le Aziende potranno disporre degli utili che residuano dopo l'eventuale copertura delle perdite pregresse nei limiti e per le finalità di cui all'art. 31 della L.R. 34/95 esclusivamente dietro esplicita autorizzazione della Regione.

La chiusura complessiva in utile degli esercizi fino all'anno 2001 (tenendo conto della compensazione degli utili di alcuni esercizi con le perdite di altri) comporterà una particolare valutazione per la Direzione Strategica da parte dell'apposito nucleo di valutazione che potrà riconoscere per l'anno 2001 una maggiorazione del punteggio tale, in presenza anche del parziale raggiungimento di altri obiettivi da far conseguire il compenso aggiuntivo nella misura massima.

La predisposizione del bilancio di esercizio 2001 conforme allo schema di bilancio regolamentato dalla Regione Basilicata sarà sanzionato per i Direttori Generali e per i Direttori Amministrativi con una riduzione del fondo integrativo di risultato.

Il mancato raggiungimento del pareggio di bilancio dell'esercizio 2001 ovvero la mancata riduzione delle perdite di bilancio del 50% rispetto al valore dell'anno 2000 sarà sanzionato per i Direttori Generali e per i Direttori Amministrativi con una riduzione del fondo integrativo di risultato fino al 5% (Riduzione dal 20% al 15%).

#### **A-5) CONTABILITÀ ANALITICA**

Un buon governo del settore sanitario impone altresì un equilibrio del bilancio dei presidi ospedalieri. La misura dell'efficienza degli stessi, sul piano economico ed organizzativo, non può prescindere da un adeguato sistema di contabilità analitica che consente al Direttore Generale di valutare di produrre in proprio od acquistare le prestazioni, ferme restando le scelte di programmazione regionale. Pertanto i Direttori Generali sono impegnati a rilevare con puntualità e rigore i costi e i ricavi dei singoli presidi per consentire alla programmazione regionale di porre in essere le azioni politiche ed amministrative necessarie per la riconversione delle strutture verso modelli economicamente più sostenibili, ed a fornire a richiesta della Regione i relativi dati nei tempi fissati nella nota di richiesta.

#### **A-6) ACQUISTO DI BENI E SERVIZI**

Nell'ambito delle procedure di acquisto le Aziende Sanitarie UU.SS.LL. e le Aziende Ospedaliere dovranno aderire alle convenzioni previste dall'art. 2 del D.Lgs. 347/2001 convertito nella L. 405/2001 e richiamate nella legge regionale 31.1.2002, n.10 (finanziaria regionale).

Il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera assumerà l'iniziativa presso gli altri Direttori Generali per l'insediamento di un apposito gruppo di lavoro che, d'intesa con la CONSIP che, contattata dalla Regione si è resa disponibile a fornire il proprio supporto tecnico, dovrà valutare la possibilità di unioni di acquisto tra le Aziende medesime e dovrà redigere capitolati unici per l'acquisto di prodotti omogenei.

Le conclusioni del gruppo di lavoro (le cui risultanze dovranno essere comunicate al Dipartimento Sicurezza e Solidarietà Sociale) dovranno essere ultimate entro il 30 Aprile 2002.

#### **A-7) DIRETTIVE SUL PERSONALE**

Altro obiettivo vincolante per le Aziende Sanitarie Regionali è volto alla razionalizzazione della spesa del personale e riorganizzazione dello stesso che non pregiudichi comunque il livello dei servizi sanitari.

Per tale motivo le Aziende sono autorizzate ad assumere il personale per i posti messi a concorso nell'anno 2001 le cui procedure sono state completate entro il 31 dicembre di quell'anno.

Per le vacanze dei posti e la loro copertura a partire dall'1.1.2002 le Aziende richiederanno apposita autorizzazione al Dipartimento Sicurezza e Solidarietà Sociale nell'ambito del piano delle assunzioni certificando la disponibilità delle risorse o le azioni utili per la copertura dei costi.

Non necessita di autorizzazione la copertura dei posti nei settori dell'anestesia-rianimazione, della radiologia e delle figure previste per l'attivazione del servizio di emergenza-urgenza - 118 regionale.

Nel caso di particolari esigenze e per mantenere la flessibilità dei costi le Aziende dovranno utilizzare prioritariamente le modalità di assunzione alternative a quelle a tempo indeterminato previste dai contratti collettivi di lavoro. Sono consentiti senza alcuna autorizzazione regionale i trasferimenti del personale tra le Aziende Sanitarie della Regione.

Nelle strutture ospedaliere che si sviluppano su più plessi di norma non potranno coesistere unità operative semplici o complesse della stessa disciplina, ovvero pur se della stessa disciplina le unità operative dovranno avere una diversa specificità o una particolare specializzazione.

Il mancato rispetto delle prescrizioni contenute nel presente punto non consentirà ai Direttori Generali l'accesso al fondo integrativo di risultato del 20%.

#### **A-8) C.U.P. (Centro Unificato di Prenotazione)**

I Direttori Generali devono, entro il 31 marzo 2002, rendere disponibili le agende di tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogabili dalle proprie strutture aziendali da inserire nel C.U.P. regionale che deve rappresentare l'unica modalità di accesso alle prestazioni ambulatoriali programmate.

I Direttori Generali devono garantire e certificare entro il 30 aprile 2002 che tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogabili dalle proprie strutture aziendali sono state inserite nel C.U.P. regionale.

Il mancato rispetto di tale adempimento sarà sanzionato con una riduzione per i Direttori Generali e per i Direttori Sanitari del fondo integrativo di risultato del 10% (dal 20% al 10%).

Per dare piena attuazione al C.U.P. regionale il Dipartimento Sicurezza e Solidarietà Sociale sta elaborando un progetto di CALL CENTER unico regionale; pertanto le Aziende, al fine di evitare duplicazioni di funzioni e di costi, sono tenute a non attivare nuovi CALL CENTER aziendali.

#### **A-9) DEBITO INFORMATIVO**

Tutte le Aziende Sanitarie Regionali sono tenute a fornire, nei tempi e con le modalità di volta in volta indicate, i dati richiesti dal Dipartimento Sicurezza e Solidarietà Sociale e dal Ministero della Salute.

In particolare tutte le aziende sono tenute alla trasmissione del flusso di dati previsti dal Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Salute nei termini fissati dalla normativa. Il mancato rispetto di tale adempimento può causare alla Regione Basilicata una riduzione della quota spettante del Fondo Sanitario Nazionale fino al 3% (art.32, comma 2, della legge 27.12.1997, n.449- Legge finanziaria anno 1998).

Le Aziende sono tenute a fornire al Dipartimento regionale alla Sanità, nel rispetto dei tempi e delle modalità indicate nella nota di richiesta, i dati indispensabili alle attività di programmazione e di controllo.

La nota con la quale verranno richiesti tali dati riporterà esplicitamente sia la dicitura "*dati richiesti per finalità di programmazione e controllo*" e sia la percentuale di riduzione del Fondo Sanitario Regionale da applicarsi in caso di mancato o ritardato invio dei dati o di inesattezza degli stessi fino ad un massimo del 3%.

Ai sensi di quanto previsto dalla legge regionale 31.1.2002, n.10, il mancato adempimento non consente l'erogazione al Direttore Generale del compenso aggiuntivo ovvero nel caso di ritardato adempimento fino a 15 giorni, il compenso aggiuntivo sarà ridotto del 5% (dal 20 al 15%).

Nel caso di comportamenti recidivanti, laddove il mancato adempimento impedisca il puntuale monitoraggio della spesa sanitaria od altre attività di programmazione e di verifica, la giunta regionale valuterà l'avvio delle procedure di decadenza dall'incarico del Direttore Generale.

## **B) ASSISTENZA OSPEDALIERA**

### **B-1) RICOVERI OSPEDALIERI**

In linea con il D.P.C.M. del 29.11.2001, "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" (G.U. 8.2.2002, n.33) che ha recepito "*l'accordo tra Governo, regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sui livelli essenziali di assistenza sanitaria ai sensi dell'art.1 del decreto legislativo 30.12.1992, n.502 e successive modificazioni*" (G.U.23.1.2002, n.19) si stabilisce quale primo obiettivo nel settore ospedaliero la riduzione della ospedalizzazione in ricovero ordinario che risente sia dell'inappropriatezza per i ricoveri individuati nei LEA dal citato D.P.C.M. che dei tassi di riammissione.

Gli obiettivi di riduzione dei ricoveri ospedalieri e del corretto regime di ricovero sono riportati nel successivo paragrafo relativo ai livelli essenziali di assistenza.

Nel T.O. per l'anno 2002 di cui alle tabelle colà indicate non vanno compresi le percentuali rinvenienti esclusivamente dal recupero di mobilità sanitaria interregionale.

Sono esclusi dagli abbattimenti tutte le prestazioni erogate a cittadini non residenti in regione per i quali deve essere sempre e comunque garantita l'appropriatezza del ricovero e del relativo regime.

Per quanto riguarda il CROB e la relativa gestione sperimentale è fissato, per l'anno 2002, quale obiettivo l'incremento delle prestazioni oncologiche rispetto all'anno precedente nel rispetto dei criteri di appropriatezza dei regimi di ricovero.

Il totale delle prestazioni oncologiche deve rappresentare almeno l'80% del totale delle prestazioni erogate. L'incremento potrà essere valutato in ragione del tasso di occupazione per posti letto (non inferiore al 75%).

Il mancato raggiungimento da parte dei Direttori Generali degli obiettivi definiti nel presente capitolo sarà sanzionato con una riduzione del fondo integrativo di risultato del 5% (Riduzione dal 20% al 15%).

I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali (con riferimento, per l'A.S.L. n.2, all'intero bacino aziendale) sono inoltre impegnati ad assumere ogni utile iniziativa, con il coinvolgimento dei Medici di Medicina generale e dei Pediatri di libera scelta, con i responsabili dei distretti, affinché in nessuna area del territorio regionale vi sia un ricorso inappropriato al ricovero ospedaliero.

Pertanto non potranno in nessun modo essere ammissibili Tassi di Ospedalizzazione grezzi totali (somma di quello in regione e di quello in mobilità sanitaria passiva) per singolo Comune superiori a 270 ricoveri per 1000 abitanti; tale valore, quale obiettivo per il primo anno (anno 2002) risulta comunque piuttosto elevato rispetto al valore medio regionale del 224‰ e rispetto al valore tendenziale nazionale del 160‰.

Nel caso di superamento del T.O. del 270‰ saranno apportate riduzioni alle Aziende Sanitarie U.U.S.S.L.L. della quota del F.S.R. di competenza in misura pari al 5% della valorizzazione media eccedente il T.O. del 270‰.

## B-2) MOBILITÀ SANITARIA

Il problema della mobilità sanitaria passiva (prestazioni rese fuori regione a cittadini della Regione Basilicata) rappresenta un punto di debolezza dell'intero sistema sanitario regionale.

Il fenomeno continua ad interessare la Regione Basilicata proporzionalmente in modo superiore rispetto a tutte le altre regioni sebbene nel biennio 1999-2000 si sia registrata una riduzione di 2.614 ricoveri; si è passati dai 35.736 ricoveri dell'anno 1998 a 33.122 ricoveri dell'anno 2000 con un decremento annuo del 3,65% circa.

Il T.O. grezzo medio per prestazioni ospedaliere fuori regione (anno 2000) è uguale al 54,64 e continua ad essere il più elevato tra le regioni italiane; esso rappresenta circa il 24% del T.O. grezzo medio totale pari a 226,21.

La Regione Basilicata oltre ad essere riuscita a livello nazionale a far approvare misure per la verifica dell'appropriatezza dei ricoveri (vedi documento approvato dalla conferenza permanente Stato-Regioni in data 16.3.2000) ha attivato sul proprio territorio una serie di misure con la D.G.R. 15.2.2000, n.275, incentivando il ricorso al ricovero ospedaliero in regione rispetto a quello extraregionale, favorendo la realizzazione della rete dei servizi sanitari delle strutture ospedaliere, incentivando i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, incentivando le prestazioni specialistica e strumentali ambulatoriali a livello distrettuale.

Con tali misure non si è però registrato un adeguato decremento in termini numerici della migrazione rispetto alle risorse finanziarie messe a disposizione dal governo regionale e all'impegno profuso dal Dipartimento Sicurezza e Solidarietà Sociale per la diffusione dell'analisi e della conoscenza della problematica a livello aziendale.

Obiettivo strategico per l'anno 2002 per i Direttori Generali è la riduzione della migrazione sanitaria passiva interregionale.

Al fine di definire obiettivi specifici per i singoli Direttori Generali e al fine di considerare correttamente e separatamente l'apporto dell'ASL 2 di Potenza e dell'Azienda Ospedaliera San Carlo ubicata nel territorio di tale ASL viene individuato il bacino di utenza di competenza dell'Azienda Ospedaliera San Carlo e quello di competenza dell'ASL n.2. I Comuni rientranti

nei due distinti bacini di utenza sono riportati nella Tabella B allegata al presente provvedimento.

Pertanto viene attribuito anche all'Azienda Ospedaliera San Carlo l'obiettivo di riduzione della migrazione sanitaria al pari delle altre Aziende Sanitarie Locali.

Per ogni azienda sanitaria è fatto obbligo per l'anno 2002 di ridurre il tasso di ospedalizzazione grezzo dei ricoveri ospedalieri fuori regione del 15% rispetto ai dati dell'anno 2000 nel rispetto dei valori della seguente tabella (è da tenere presente che già nell'anno 2001 è stata prevista una riduzione tendenziale complessiva del 3,5%):

	Valori anno 2000		Valori attesi anno 2002		
	N.Ricoveri	T.O. Fuori Reg.	N.Ricoveri	T.O. Fuori Reg.	Riduz Ricoveri
ASL 1	7.002	71,07	5.952	60,40	1.050
ASL 2	2.618	46,46	2.225	39,49	393
ASL 3	5.760	72,05	4.896	61,24	864
ASL 4	7.658	62,47	6.509	53,09	1.149
ASL 5	4.910	58,72	4.173	49,91	737
S.Carlo	5.174	31,33	4.398	26,63	776

Il mancato raggiungimento di tale obiettivo STRATEGICO non consentirà ai Direttori Generali l'accesso al fondo integrativo di risultato del 20%, ovvero comporterà una riduzione proporzionale al grado di raggiungimento dell'obiettivo.

Dall'anno 2002 sono sospesi gli effetti di cui alla D.G.R. 15.2.2000, n.275.

### B-3) FARMACEUTICA OSPEDALIERA

Non potrà essere superato il valore dei costi sostenuti per l'attività farmaceutica interna nel corso del 2001, fatto salvo quanto dovesse essere previsto in materia di distribuzione diretta dei farmaci. Tale obiettivo è posto anche a carico dell'A.O. S.Carlo e del CROB. L'eventuale superamento del valore del costo dell'anno precedente per la farmaceutica interna potrà essere consentito e dovrà essere opportunamente verificato in ragione dell'eventuale maggiore attività posta in essere ovvero della diversificazione dell'attività stessa.

Il mancato raggiungimento dell'obiettivo comporta una riduzione del compenso aggiuntivo, per i Direttori Generali ed i Direttori Amministrativi del 3% (dal 20% al 17%).

### B-4) PRONTO SOCCORSO

Obiettivo delle Aziende Sanitarie è quello di attivare entro il 30 giugno 2002 presso ciascun servizio di pronto soccorso la funzione di "triage" all'atto dell'accettazione, come primo momento di accoglienza, valutazione clinica ed indirizzo all'intervento diagnostico.

Le Aziende dovranno a tal fine approntare appositi protocolli operativi ed avviare apposite attività formative e di aggiornamento.

Sono assoggettabili alla compartecipazione alla spesa quelle prestazioni chiaramente non ascrivibili a situazioni di emergenza urgenza (codice bianco).

**B-5) EMERGENZA URGENZA**

Massima e tempestiva dovrà essere la collaborazione delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere alle iniziative da parte della Regione volte alla realizzazione del sistema di emergenza-urgenza (che sarà oggetto di apposita direttiva). Il mancato ed ingiustificato rispetto dei termini che saranno fissati comporterà la impossibilità di accedere al compenso aggiuntivo per tutti i componenti della Direzione Strategica.

**C) ASSISTENZA DISTRETTUALE****C-1) FARMACEUTICA CONVENZIONATA ESTERNA**

Altro obiettivo posto a carico dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie UU.SS.LL. è quello del controllo della spesa farmaceutica. L'Amministrazione regionale sta acquisendo un sistema di controllo del profilo prescrittivo di ogni singolo medico che potrà consentire un adeguato strumento di governo della spesa del settore.

Le Aziende dovranno comunque essere impegnate nella verifica del puntuale rispetto da parte dei professionisti convenzionati e dei propri dipendenti delle disposizioni dettate dalla Giunta Regionale in materia, in particolare nel rispetto delle norme contenute nella D.G.R. 30.7.2001, n.1660 e successiva deliberazione di modifica ed integrazione del 21.12.2001, n.2728.

In particolare le Aziende sono tenute alla verifica:

- 1- del dispositivo sull'esclusività della prescrizione dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta fatte salve le eccezioni previste;
- 2- delle prescrizioni dei farmaci e delle relative confezioni più convenienti per il Sistema Sanitario Regionale;
- 3- della congruità del numero di pezzi per ricetta rispetto alla copertura terapeutica;
- 4- della verifica puntuale per i professionisti dipendenti del Sistema Sanitario Regionale dell'applicazione in materia di prescrizioni dell'apposito consiglio terapeutico con indicazione del solo principio attivo da effettuarsi anche in caso di dimissione ospedaliera, non essendo ammesse modalità diverse di prescrizione.

I Direttori Generali sono tenuti alla verifica di tale disposizione normativa e all'applicazione delle eventuali sanzioni per inosservanza a mezzo di indagini anche a campione.

In ogni caso a livello distrettuale dovranno essere poste in essere iniziative volte ad una corretta politica del farmaco anche attraverso gli appositi organismi previsti dagli accordi regionali sulla medicina generale, la pediatria di base e la specialistica ambulatoriale con il coinvolgimento della componente ospedaliera. Dovranno essere previsti incontri periodici (almeno mensili) con i medici di medicina generale, con i pediatri di libera scelta e con gli altri specialisti per valutare a livello distrettuale l'andamento della spesa farmaceutica relativa alle farmacie operanti nel distretto ed adottare eventuali misure correttive dei comportamenti prescrittivi.

Devono infine essere poste in essere azioni di formazione, aggiornamento ed educazione sanitaria sul farmaco.

Potranno essere sperimentate forme particolari di distribuzione di farmaci e presidi nel rispetto degli accordi tra la Regione e la Federfarma o comunque con il coinvolgimento dei rappresentanti dell'Associazione dei titolari di farmacia.

Viene fissato quale obiettivo tendenziale per i Direttori Generali il mantenimento della spesa del settore farmaceutico rispetto ai valori dell'anno 2001.



Il mancato raggiungimento dell'obiettivo comporta una riduzione del compenso aggiuntivo, per i Direttori Generali, Sanitari e Amministrativi del 3% (dal 20% al 17%).

## **C-2) ASSISTENZA PROTESICA**

Al fine del contenimento della spesa per l'assistenza protesica i Direttori Generali dell'Azienda Sanitaria U.S.L. n. 2 e dell'Azienda Sanitaria U.S.L. n. 4 attiveranno le procedure per l'acquisto in unione per conto di tutte le Aziende Sanitarie regionali dei dispositivi protesici nel rispetto degli standard di qualità garantendo la disponibilità di una gamma di modelli idonea a soddisfare le specifiche esigenze degli assistiti.

A tal scopo entro il prossimo 30.4.2002 insedieranno un apposito gruppo di lavoro che dovrà predisporre, d'intesa con l'Ufficio Attività Sanitarie di Prevenzione e Politiche del Farmaco del Dipartimento Sicurezza e Solidarietà Sociale i capitolati per le relative gare di appalto entro il 30 giugno 2002.

## **D) LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (LEA)**

### **Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)**

Con il D.P.C.M. del 29.11.2001, *"Definizione dei livelli essenziali di assistenza"* (G.U. 8.2.2002, n.33) è stato recepito *"l'accordo tra Governo, regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sui livelli essenziali di assistenza sanitaria ai sensi dell'art.1 del decreto legislativo 30.12.1992, n.502 e successive modificazioni"* (G.U.23.1.2002, n.19).

Nelle more dell'adozione di un apposito provvedimento in ordine ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) erogabili nella Regione Basilicata sono esclusi dagli stessi e quindi non a carico del S.S.R. le prestazioni incluse nell'allegato 2A del DPCM 29.11.2001 fatte salve le certificazioni sanitarie per attività sportive di cui all'art.9 della L.R. n.59/1996 come modificato dalla legge regionale 31/1/2002 n. 10.

Alle prestazioni di cui al punto e) dell'allegato 2A del predetto DPCM si applicano le tariffe di cui alla D.G.R. 3/4/2000, n.648.

Le prestazioni sanitarie in corso di erogazione (cicli di terapia) alla data di entrata in vigore del D.P.C.M. del 29.11.2001 sono a carico del S.S.R.

Per quanto riguarda l'allegato 2B) lett. a), b) e d), del predetto DPCM, nelle more della individuazione delle condizioni di erogabilità, si ritiene di ricomprendere le stesse tra quelle non erogabili con oneri a carico del S.S.R. fatte salve le eccezioni puntualmente già individuate dal decreto medesimo.

Per le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa ambulatoriale di cui al punto c) dell'allegato 2B) si fa riferimento a quanto previsto dalle linee guida sulla riabilitazione approvate con D.G.R. del 14.1.2002, n.39. Ovviamente le prestazioni sanitarie non ricomprese nei livelli potranno essere erogate con oneri a carico degli utenti.

Per quanto riguarda i DRG chirurgici di cui all'allegato 2C) del DPCM sopra citato viene fissato quale obiettivo per le Aziende Sanitarie per l'anno 2002 l'uso appropriato dei due regimi di assistenza ospedaliera: "Ricovero Ordinario", - Day Surgery" così come previsto dalle linee-guida sul Day-Surgery e Day-Hospital approvate con DGR del 16.7.2001, n.1565.

I valori delle percentuali da garantire in regime di Day Surgery per ogni singolo DRG sono riportati nella colonna 8 della allegata TABELLA A-1). Essi sono stati calcolati sulla base dell'attività delle strutture regionali dell'anno 2000 (con esclusione dal calcolo delle strutture con meno di 10 ricoveri) attribuendo il valore percentile pari a 90 (Tabella A-3) applicando la media matematica di tale valore percentuale con il maggiore valore medio percentuale riscontrato a livello nazionale e a livello regionale.

Solo in pochi casi (DRG che nella letteratura hanno una chiara definizione dell'appropriatezza del regime di ricovero) si è tenuto conto del riferimento espresso dal miglior performer regionale in rapporto al miglior performer nazionale.

Le elaborazioni sono state effettuate sulla base dei dati nazionali relativi all'anno 1999 (ultimo anno validato) e dei dati regionali dell'anno 2000 (ultimo anno validato).

Così come già previsto nell'ambito delle linee guida regionali sul totale dei ricoveri effettuati verranno comunque tariffate in Day Surgery le percentuali stabilite come obiettivo.

Per quanto riguarda i DRG medici di cui all'allegato 2C) del citato DPCM diviene obiettivo delle Aziende Sanitarie per l'anno 2002 la riduzione del numero totale dei ricoveri nonché l'uso appropriato dei due regimi di assistenza ospedaliera (Ordinario e Day Hospital).

I tassi di ospedalizzazione grezzi totali (espressi per 10.000 abitanti) per ognuna delle cinque Aziende Sanitarie UU.SS.LL. e per l'Azienda Ospedaliera S. Carlo non potranno essere superiori a quelli indicati nella colonna 7 dell'allegata Tabella A-2) con riferimento alla popolazione del proprio bacino di utenza.

I valori delle percentuali da garantire in Day Hospital per ogni singolo DRG sono riportati nella colonna 8 dell'allegata Tabella A-2) e sono stati calcolati sulla base dei dati nazionali relativi all'anno 1999 (ultimo anno validato) e dei dati regionali dell'anno 2000 (ultimo anno validato).

Coloro che hanno già raggiunto gli obiettivi ovvero abbiano una migliore performance devono naturalmente consolidare almeno la percentuale raggiunta nell'anno 2001.

Gli interventi previsti dalle linee guida di cui al DGR 1565/2001 da eseguirsi in regime ambulatoriale verranno remunerate per l'80% del totale dei ricoveri secondo le corrispondenti tariffe ambulatoriali anche se erogate in diverso regime.

Il mancato raggiungimento degli obiettivi sopra esposti comporta la impossibilità di erogazione dei compensi incentivanti al personale dirigente delle strutture aziendali interessate nonché una penalizzazione del compenso aggiuntivo spettante al Direttore Generale ed al Direttore Sanitario delle Aziende del 5% (dal 20 al 15%).

## CONCLUSIONI

Con successivi provvedimenti verranno definiti ulteriori obiettivi per i settori farmaceutici e della prevenzione e verrà definita la normativa per la piena attivazione dell'Osservatorio Prezzi e Tecnologie nel settore sanitario.

Il raggiungimento degli obiettivi previsti dalla presente direttiva rappresenta un preciso adempimento per i Direttori Generali e le Aziende da esse dirette.

Gli obiettivi contenuti nel presente documento sono relativi all'intero anno 2002; pertanto essi si riterranno comunque raggiunti in rapporto ai dodicesimi di anno a disposizione a far data dall'approvazione della deliberazione di Giunta Regionale.

Pertanto, fermo restando le percentuali di abbattimento del compenso aggiuntivo ad essi spettante ovvero la impossibilità di accedere allo stesso per il mancato raggiungimento di alcuni

particolari obiettivi, in presenza di una gestione che non garantisca un sufficiente grado di realizzazione di tutti gli obiettivi fissati la Giunta Regionale valuterà la possibilità di attivare le procedure di revoca dell'incarico.

PAGINA BIANCA

## **ALLEGATO N. 1**

**DIRETTIVA VINCOLANTE PER I DIRETTORI GENERALI DELLE AZIENDE  
SANITARIE DELLA REGIONE BASILICATA**

# **TABELLE**

PAGINA BIANCA

**DIRETTIVA VINCOLANTE PER I DIRETTORI GENERALI DELLE AZIENDE  
SANITARIE  
DELLA REGIONE BASILICATA**

**TABELLA A-1**

**LEA CHIRURGICI**

PAGINA BIANCA



TABELLA A-1

## LEA CHIRURGICI

Tipo	DGR	Descrizione	Nazionali			Basilicata			Percentile 90	Valori attesi anno 2002
			10000 ab	D.H	Ordinari	10000 ab	D.H	Ordinari	D.H	D.H
			1	2	3	4	5	6	7	8
C	006	Decompressione del tunnel carpale	12,61	55,65%	44,35%	5,08	49,02%	50,97%	80,32%	68%
C	039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	58,10	27,01%	72,99%	28,25	30,12%	69,87%	62,08%	45%
C	040	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita età > 1	9,18	43,76%	56,24%	8,21	60,64%	39,35%	81,14%	71%
C	041	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita età < 1	8,43	20,93%	79,07%	3,16	58,33%	41,66%	80,00%	69%
C	042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina iride e c	7,54	24,36%	75,64%	6,26	86,31%	13,68%	82,23%	86%
C	055	Miscellanea di interventi su orecchio naso bocca e gola	11,19	8,86%	91,14%	3,76	14,47%	85,52%	24,91%	20%
C	119	Legatura e stripping di vene	17,65	19,36%	80,64%	3,77	17,90%	82,09%	30,00%	25%
C	158	Interventi su ano e stoma senza cc	11,64	10,80%	89,20%	6,10	19,72%	80,27%	59,56%	40%
C	160	Interventi per ernia eccetto inguinale e femorale età > 17 sc	4,90	4,99%	95,01%	3,24	8,12%	91,87%	30,13%	19%
C	162	Interventi per ernia inguinale e femorale età > 17 senza cc	30,05	13,27%	86,72%	25,76	22,79%	77,20%	29,91%	26%
C	163	Interventi per ernia età < 18	18,00	10,23%	89,77%	8,17	15,05%	84,94%	48,67%	32%
C	222	Interventi sul ginocchio senza cc	21,53	12,53%	87,47%	16,00	15,87%	84,12%	48,30%	32%
C	232	Artroscopia	5,91	13,63%	86,37%	1,64	3,00%	97,00%	0,00%	14%
C	262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplas	4,98	34,38%	65,62%	5,21	66,45%	33,54%	93,82%	80%
C	267	Interventi perianali e pilonidali	4,37	21,71%	78,29%	4,53	45,09%	54,90%	81,67%	63%
C	270	Altri interventi su pelle tessuto sottocutaneo e mammella sc	10,92	47,70%	52,30%	8,62	62,14%	37,85%	83,72%	73%
C	364	Dilatazione e raschiamento conizzazione eccetto per neoplas	37,92	37,62%	62,38%	12,98	49,55%	50,44%	85,29%	67%

PAGINA BIANCA