Di seguito si riportano, relativamente alle attività ambulatoriali e di ricovero le prestazioni incluse e quelle escluse, secondo i criteri definiti nell'Allegato tecnico, messo a punto dal Ministero della salute.

Attività ambulatoriali - Prestazioni incluse:
prime visite o prima prestazione diagnostica terapeutica comprese quelle eventualmente classificate per priorità;

Attività ambulatoriali - Prestazioni escluse :
tutte le prestazioni che abbiano carattere di stretta emergenza urgenza clinica,
le visite e gli esami di controllo, di 2° e 3° livello, successivi al primo accesso, programmati dallo specialista che ha in cura il paziente,
le prestazioni incluse nel programma di screening ,
le prestazioni in libera professione intramuraria

Attività di ricovero- Prestazioni incluse
ricoveri programmati,

Attività di ricovero - Prestazioni escluse
ricoveri urgenti e i ricoveri in regime di libera professione intramuraria .

CRITERI DI PRIORITA'

Classe di priorità per l'ambulatoriale	Indicazioni
Classe A	Prestazione la cui tempestività condiziona in un arco di tempo breve la prognosi del paziente o influenza il dolore, la disabilità o la disfunzione. Da eseguirsi entro 10 GG.
Classe B	Prestazione la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della disfunzione e della disabilità. Da eseguirsi entro 30 GG per le visite ed entro 60 GG per le prestazioni strumentali.
Classe C	Prestazione che non influenza la prognosi, la disfunzione e la disabilità. Da eseguirsi entro 180 GG.

CAMPO DI APPLICAZIONE

Tabella 1A

prestazioni di diagnostica strumentale:	tempo max di attesa (da garantire al 50% degli utenti dal 01/01/03)	Tempo max di attesa (da garantire all'80% degli utenti dal 01/07/03)
RMN cranio e colonna con o senza contrasto	60 GG	60 GG
RMN altri distretti con o senza contrasto	60 GG	60 GG
TAC cranio e colonna con o senza contrasto	60 GG	60 GG
TAC altri distretti con o senza contrasto	60 GG	60 GG
ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA	60 GG	60 GG
MAMMOGRAFIA BILATERALE	120 GG	120 GG
ELETTROMIOGRAFIA	90 GG	90 GG
ECOCOLOR DOPPLER TSA e distretti periferici	60 GG	60 GG
EGDS	60 GG	60 GG
ECO addome superiore, inferiore, completo	60 GG	60 GG

Tabella 1 B

Branche a visita	tempo max di attesa (da garantire al 50% degli utenti dal 01/01/03)	Tempo max di attesa (da garantire all'80% degli utenti dal 01/07/03)
Visita cardiologica	30 GG	30 GG
Visita oculistica	30 GG	30 GG

Tabella 2A

Prestazioni di ricovero	tempo max di attesa (da garantire al 90% degli utenti dal 01/01/03)	Tempo max di attesa (da garantire all'50% degli utenti dal 01/07/03)
Intervento per cataratta	180 GG	90 GG
Artroscopia (Day Hospital)		
Intervento di protesi d'anca	180 GG	90 GG
Colecistectomia		
coronarografia	120 GG	60 GG

Tabella 2B

Patologia oncologica	tempo max di attesa da garantire al dal 01/01/03
Effettuazione prima visita specialistica	Entro 2 settimane dalla prenotazione
Intervento chirurgico per asportazione neoplasia	Entro 30 GG dalla indicazione all'intervento posta dallo specialista
Inizio trattamento chemio / radioterapico	Entro 30 GG dal momento indicato dallo specialista

MODALITA' PER IL RAGGIUNGIMENTO DEI RISULTATI

Le Aziende valuteranno il fabbisogno della popolazione di riferimento e garantiranno la risposta adeguata, determinando il numero di prestazioni che devono essere rese dalle U.O. e dai singoli professionisti.

I Direttori Generali delle Aziende UU.SS.LL., coerentemente con quanto deliberato con la precedente D.G.R. n. 366 del 04/03/02 - Allegato 1, punti A1 e A2 realizzeranno, in base alle loro esigenze di prestazioni, accordi contrattuali tra le stesse Aziende Sanitarie, l'Azienda Ospedaliera San Carlo , il CROB di Rionero in Vulture e le strutture accreditate, per garantire nel rispetto dei vincoli di bilancio, e per l'eventuale modifica, anche in aumento, dei volumi di attività e dei tetti di spesa ai fini dell'abbattimento delle liste d'attesa, utilizzando sistemi di selezione concorsuale per la scelta del contraente, al fine di ottenere prestazioni, che a parità di livello qualitativo, abbiano costi più bassi rispetto alle altre.

Ove non fosse possibile con le misure suindicate e prevedendo lunghi tempi di attesa, le Aziende stesse possono ricorrere a forme specifiche di incentivazione, sulla base di quanto stabilito nella contrattazione collettiva, mediante acquisto di prestazioni libero professionali del proprio personale sanitario dipendente (dirigenti, sanitari, infermieri, ostetriche e tecnici sanitari di radiologia medica), o convenzionato quale ad es. sumaista finalizzate all'assorbimento dei tempi e con oneri a carico dei propri bilanci, limitatamente ai cittadini residenti nel proprio territorio, in quanto dall'applicazione non dovranno derivare oneri finanziari aggiuntivi per la Regione.

Le prestazioni libero professionali devono essere espletate fuori orario di servizio ed in misura non superiore a quelle rese in regime istituzionale, nel rispetto delle linee guida sulla attività libero professionale approvata con D.G.R. n. 2364 del 6/11/00.

Il maggiore onere derivante da prestazioni, rese in regime di libera professione, per rispettare i tempi massimi stabiliti, presso l'Azienda Ospedaliera San Carlo, sarà oggetto di specifica contrattazione interaziendale ed, in particolare, per la ASL n. 2 di Potenza, in riferimento alla definizione del proprio bacino di utenza, già presente nella D.G.R. n. 366/02.

Il C.R.O.B. di Rionero in Vulture è tenuto a rispettare i tempi massimi stabiliti per le specifiche patologie oncologiche, per le quali se necessario potrà attivare l'attività l'intramoenia, con oneri a proprio carico.

Tutte le altre attività, non strettamente correlate alle patologie oncologiche, erogate presso lo stesso C.R.O.B., possono essere rese, secondo le modalità sopradette, nell'ambito degli accordi inter aziendali sottoscritti ai sensi della D.G.R. 366/02 e nell'intesa che non interferiscano in alcun modo con la capacità di erogare le prestazioni oncologiche entro i tempi di attesa predefiniti nel rispetto delle liste di attesa.

SISTEMA DI MONITORAGGIO E DEBITO INFORMATIVO

le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere attiveranno un flusso informativo nei confronti della Regione, relativamente anche alle strutture accreditate, tale che fornisca elementi, per poter conoscere l'andamento del sistema e avviare gli opportuni correttivi, secondo quanto già definito nella D.G.R. n. 366/02, - Allegato n. 1 - punto A9.

Le modalità di rilevazione sono quelle definite nell'allegato tecnico predisposto dal Ministero della Salute, già trasmesso a tutte le aziende Regionali, e che, dopo la rilevazione sperimentale del giorno 20 novembre 2002, si intendono a regime a partire dal 2003.

INFORMAZIONE AL CITTADINO

Le Aziende porranno molta attenzione alla qualità dei servizi offerti ad alla soddisfazione dell'utente.

Le Aziende offriranno al cittadino in maniera costante ed aggiornata informazioni sulle opzioni offerte dall'intero sistema, sulle modalità di accesso e di prenotazione, sulle azioni intraprese per il miglioramento della qualità, nell'ottica di quanto stabilito dal D.P.C.M. del 19/05/95, con il " metodo dell'albero della qualità" secondo cui in ogni fase dell'esperienza dell'utente, vengono evidenziati dei punti critici e quindi le maggiori esigenze di comunicazione da mettere in atto .

Le modalità e i tempi della comunicazione saranno scelte tenendo conto delle realtà e delle esperienze locali già avviate.

L'ISTRUTTORE

IL RESPONSABILE DI P.O.

IL DIRIGENTE

Del che si è redatto il presente verbale che letto e confermato, viene sottoscritto come segue;

IL SEGRETARIO (Dott. Ferdinando Giordano)

IL PRESIDENTE (Filippo Bubbico)

Si attesta che copia conforme della presente deliberazione è stata trasmessa al Dipartimento in data 15-1-03

L'IMPIEGATO ADDETTO

REGIONE BASILICATA

GIUNTA REGIONALE

Seduta del - 4 MAR. 2002 Delib.n. 366

OGGETTO:

Legge regionale 31.1.2002, n.10. Direttiva vincolante per la gestione delle Aziende Sanitarie Regionali.

Relatore il Sig. Assessore alla Sicurezza e Solidarietà Sociale Cod Struttura 72C

LA GIUNTA REGIONALE

Riunitasi il giorno - 4 MAR. 2002 alle ore 16 00 nella sede dell'Ente con la presenza dei Sigg.:

		Pres.	Ass.
1 – Filippo Bubbico	- Presidente	X	
2 – Vito De Filippo	- Vice Presidente	X	
3 – Rocco Vita	- Componente	X	
4 – Salvatore Blasi	- "	X	
5 – Carlo Chiurazzi	- "	X	
6 – Aldo Michele Radice	- "	X	
7 – Carmine Nigro	- "	X	

Il Segretario dott. Ferdinando Giordano

HA DECISO

quanto di seguito riportato in merito all'argomento segnato in oggetto (facciate interne).

DIPARTIMENTO PRESIDENZA DELLA GIUNTA REGIONALE

UFFICIO RAGIONERIA GENERALE

LA PRESENTE DELIBERA NON COMPORTA IMPEGNO DI SPESA

☐ Assunto impegno contabile n. _____ sul cap. _____ - Eserc. 20 _____ per L. _____

☐ Assunto impegno sul bilancio pluriennale 20 _____ -20 _____ per L. _____

☐ La liquidazione di L. _____ Sul _____ - Eserc. 20 _____ - rientra nell'ambito dell'impegno

Assunto con delibera _____ del _____

IL RESPONSABILE DELL'UFFICIO RAGIONERIA GENERALE

IL DIRIGENTE
dell'Ufficio di Ragioneria Generale
Dott.ssa Rosa AMBROSIO

VISTI

- la legge 23 dicembre 1978 n. 833;
- il decreto legislativo 30.12.1992 n.502 e successive modificazioni ed integrazioni;
- il decreto legislativo 19.6.1999, n.229;
- la legge regionale n. 34 del 27/3/1995 e successive modificazioni ed integrazioni in tema di patrimonio e contabilità delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere;
- la legge regionale 31.10.2001, n.39;
- la legge regionale 31.1.2002, n.10 (legge finanziaria 2002);

RICHIAMATI

In particolare gli articoli 15 e 16 della L.R.10/2002 che prevedono l'adozione di direttive vincolanti per la gestione delle Aziende Sanitarie UU.SS.LL. ed Ospedaliere nonché misure per il contenimento della spesa sanitaria

VISTO

Il D.P.C.M. del 29.11.2001, *"Definizione dei livelli essenziali di assistenza"* (G.U. 8.2.2002, n.33) con cui 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).

RITENUTO

Di dover dare attuazione a quanto in esso contenuto emanando prime indicazioni sull'applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) riservando ad un successivo provvedimento misure più specifiche in riferimento a particolari prestazioni;

RITENUTO ALTRESÌ

Di dettare, mediante apposita direttiva, puntuali obiettivi per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali al fine di consentire una efficace gestione delle stesse;

CONSIDERATA

La necessità di dover definire, nell'ambito del sistema tariffario vigente nuove tariffe per alcuni particolare episodi di ricovero la cui remunerazione non copre i costi di produzione;

VISTI

L'art.3 del D.M. 15 aprile 1994 (Gazz. Uff. 10 maggio 1994, n. 107) e l'art. 8 sexies del D.Lgs. 229/99 che assegnano competenze specifiche alle regioni nelle determinazioni delle tariffe e dei sistemi tariffari;

CONSIDERATO

Che le tariffe rappresentano la remunerazione massima da corrispondere ai soggetti erogatori a fronte delle singole prestazioni rese agli assistiti (art.1, comma 2 del D.M. 15 aprile 1994)

VISTA

La D.G.R.30.12.1997, n. 9645 con la quale sono state definite le tariffe per le prestazioni di assistenza ospedaliera;

RICHIAMATA

pertanto la propria esclusiva competenza in materia

SU PROPOSTA dell'Assessore al ramo
AD UNANIMITÀ DI VOTI

D E L I B E R A

1) di approvare l'ALLEGATO n° 1 *"DIRETTIVA VINCOLANTE PER I DIRETTORI GENERALI DELLE AZIENDE SANITARIE"* con le annesse Tabelle che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

2) di approvare l'ALLEGATO n° 2 *"NUOVE TARIFFE OSPEDALIERE PER EPISODI DI RICOVERO – VALIDE DAL 1° GENNAIO 2002"* che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Il presente provvedimento non prevede impegno di spesa sul bilancio corrente

Tutti gli atti ai quali è fatto riferimento nella presente deliberazione sono depositati presso il Dipartimento Sicurezza e Solidarietà Sociale che ne curerà la conservazione nei modi di legge.

IL MINUTANTE

IL RESPONSABILE DI P.O.

DIRIGENTI D'UFFICIO

IL DIRIGENTE GENERALE

ALLEGATO N. 1

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

PAGINA BIANCA

DIRETTIVA VINCOLANTE PER I DIRETTORI GENERALI DELLE AZIENDE SANITARIE

PREMESSA

Il consolidamento del processo del federalismo sanitario culminato con l'accordo Stato Regioni sancito l'8 agosto 2001 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome (G.U. 6.9.2001, n.207), e con il conseguente patto di stabilità con cui le regioni, in presenza di risorse assegnate dallo Stato si sono assunte precise responsabilità in ordine al governo della spesa sanitaria impone un serio controllo ed un utilizzo razionale delle risorse finanziarie messe a disposizione per garantire ai cittadini uniformi livelli essenziali di assistenza.

Le misure introdotte dal D.L. 18 settembre 2001 n. 347 convertito con modificazioni nella L. 16 novembre 2001 n. 405 impongono d'altronde severe sanzioni nei confronti degli amministratori inadempienti che questa Regione ha fatto proprie nell'ambito della legge regionale 31.1.2002, n.10, (legge finanziaria regionale anno 2002) ritenendo ormai maturo il momento della piena attuazione del modello prefigurato dal legislatore nel D.Lgs 19 giugno 1999, n.229, che ha modificato ed integrato il D.Lgs 30 dicembre 1992, n.502.

Pertanto con la presente **DIRETTIVA VINCOLANTE** vengono assegnati obiettivi e risorse alle Aziende Sanitarie UU.SS.LL. e alle Ospedaliere della Regione che dovranno essere puntualmente raggiunti per consentire sia il rispetto degli impegni di carattere finanziario e sia la costruzione della rete dei servizi sanitari con il coinvolgimento responsabile di tutti gli attori del sistema.

A) OBIETTIVI GENERALI

A-1) ACCORDI CONTRATTUALI

Il primo obiettivo posto a carico delle Aziende UU.SS.LL. è quello di realizzare gli accordi contrattuali tra esse stesse, tra esse e l'Azienda Ospedaliera S.Carlo, il C.R.O.B. e con le strutture accreditate.

Premesso che gli accordi contrattuali-contratti tra le Aziende Sanitarie UU.SS.LL. e le strutture private accreditate eroganti prestazioni specialistiche ambulatoriali sono state già oggetto dei provvedimenti di Giunta Regionale dell'11.6.2001 n. 1276, e del 4.9.2001, n.1902, le Aziende medesime potranno, nelle more degli ulteriori accordi a livello regionale con le rappresentanze delle categorie interessate, sulla base delle proprie esigenze di prestazioni sanitarie e nel rispetto della concorrenza tra le strutture stesse, rinegoziare i contratti già sottoscritti sia per garantire il rispetto dei vincoli di bilancio che per l'eventuale modifica anche in aumento dei volumi di attività e dei tetti di spesa ai fini dell'abbattimento delle liste di attesa utilizzando sistemi di selezione concorsuale per la scelta del contraente al fine di ottenere prestazioni che a parità di livello qualitativo abbiano costi più bassi rispetto alle altre.

In analogia a quanto previsto per le strutture private accreditate è fatto obbligo alle Aziende Sanitarie, ivi compreso il C.R.O.B., di stipulare accordi negoziali che prevedano predefiniti volumi di attività e che stabiliscano che oltre una determinata soglia le ulteriori prestazioni vengano remunerate secondo tariffe che prevedano il ristoro dei soli costi variabili, tenuto conto che i costi fissi, oltre un certo volume di prestazioni, rimangono praticamente inalterati, ovvero, al raggiungimento di ulteriori volumi di attività, le prestazione siano erogate senza alcuna remunerazione, tenuto conto

In ogni caso il valore economico dei volumi di attività ospedaliera infraregionale non potrà superare quello dell'anno 2000 (riportati nella tabella seguente) ad eccezione degli incrementi di attività connessi esclusivamente al recupero della mobilità sanitaria passiva interregionale.

AZIENDA CREDITRICE	AZIENDA DEBITRICE					Mobilità attiva infraregionale
Importi in €	A.U.S.L. n. 1	A.U.S.L. n. 2	A.U.S.L. n. 3	A.U.S.L. n. 4	A.U.S.L. n. 5	Totale
A.U.S.L. n. 1	0	2.089.100	115.700	104.800	127.600	2.437.200
A.U.S.L. n. 2	19.600	0	713.700	8.800	161.700	903.800
A.U.S.L. n. 3	31.000	528.300	0	35.100	555.700	1.150.100
A.U.S.L. n. 4	314.500	810.800	375.500	0	4.438.900	5.939.700
A.U.S.L. n. 5	32.500	969.900	1.633.600	2.672.700	0	5.308.700
Az.O.S.Carlo	7.569.200	63.665.200	5.730.100	3.641.000	3.331.100	83.936.600
Mobilità Pass.Infra.	7.966.800	68.063.300	8.568.600	6.462.400	8.615.000	99.676.100

Il sistema anzidetto presuppone l'avvio di controlli continui e periodici sui volumi e sulla appropriatezza delle prestazioni erogate che le Aziende Sanitarie dovranno porre in essere sia nei confronti del privato accreditato che tra le Aziende Sanitarie UU.SS.LL. e tra queste e l'Azienda Ospedaliera "San Carlo" e il C.R.O.B.

Per la definizione degli accordi suddetti i Direttori Generali dell'Azienda Sanitaria U.S.L. n.2 e dell'Azienda Sanitaria U.S.L. n.4 sono quelli che dovranno attivare il tavolo negoziale con gli altri Direttori Generali delle Aziende Sanitarie UU.SS.LL. e con il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera "San Carlo", il C.R.O.B. e la Clinica Luccioni s.r.l. per definire entro il prossimo 30 aprile 2002 le intese sulla base dei seguenti criteri:

1) la compensazione della mobilità sanitaria ospedaliera infraregionale dovrà essere remunerata, per le specialità di base, secondo il principio dei soli costi marginali sostenuti individuabili in prima applicazione anche mediante abbattimenti percentuali forfetari che non riguarderanno le specialità regionali e provinciali; l'abbattimento non potrà essere inferiore al 20%; al raggiungimento di volumi di attività eccedenti quelli massimi concordati le prestazione potranno essere erogate senza alcuna remunerazione da parte delle Aziende Sanitarie di provenienza del cittadino.
2) tutte le prestazioni ospedaliere rese dall'Azienda Ospedaliera "San Carlo" dovranno essere remunerate a tariffa piena se rivolte a cittadini residenti nei comuni di cui all'allegata Tabella B che individua il bacino di utenza di competenza dell'Azienda Ospedaliera S.Carlo e quello dell'ASL n.2 del potentino. Per le prestazioni di base erogate in favore di cittadini non residenti nel bacino di utenza definito per l'Azienda Ospedaliera S.Carlo saranno applicati i criteri di cui al precedente punto 1.
3) le risultanze finali della mobilità infraregionale definite con gli accordi bilaterali predetti dovranno essere notificate al Dipartimento Sicurezza e Solidarietà Sociale per l'erogazione dei finanziamenti al fine di consentire le relative compensazioni economiche rispetto ai fondi già assegnati;
4) lo scambio di dati in mobilità sanitaria infraregionale potrà essere effettuato con le stesse modalità, procedure e tempistica definite per la mobilità sanitaria interregionale ed in particolare, in prima applicazione saranno oggetto di compensazione infraregionale le seguenti tipologie di prestazioni:
    a) Ricoveri ospedalieri e day hospital;
    b) Specialistica ambulatoriale;

Al fine di evitare dispendiosi impegni di risorse umane nelle elaborazioni aziendali, tenuto conto della esiguità delle poste economiche interessate, non saranno oggetto di compensazione diretta infraaziendale, contrariamente a quanto avviene a livello interregionale, le seguenti prestazioni:

- Medicina generale;
- Somministrazione diretta farmaci;
- Farmaceutica;
- Cure Termali;
- Trasporto con ambulanza ed elisoccorso (non seguito da ricovero);

per le quali la compensazione infraregionale continuerà ad essere effettuata a livello centrale regionale.

Al fine di consentire un monitoraggio in continuo delle attività il flusso dei dati relativi ai ricoveri ospedalieri (S.D.O.) in mobilità infraregionale tra le Aziende deve avvenire nell'anno di competenza con cadenza trimestrale in modo analogo al flusso informativo regionale delle S.D.O. regolamentato dalla D.G.R. 3/11/1998, n.3171.

Le compensazioni economiche interaziendali dovranno essere definite nell'anno successivo a quello di competenza con le seguenti modalità e scadenze:

31 maggio Notifica dei valori di mobilità attiva su formato elettronico da parte di ogni

	singola Azienda Sanitaria USL e delle Aziende Ospedaliere a tutte le altre Aziende Sanitarie USL
31 luglio	Termine entro il quale ciascuna Azienda Sanitaria USL debitrice può sollevare contestazioni sui dati ricevuti entro il 31 maggio. La formalizzazione delle contestazioni avviene in formato elettronico nel rispetto di tracciati record predefiniti.
31 ottobre	Termine entro il quale ciascuna Azienda Sanitaria USL ed Azienda Ospedaliera contestata, dopo avere effettuato le opportune verifiche, invia, a ciascuna Azienda Sanitaria USL, le proprie controdeduzioni relative alle contestazioni ricevute. Le controdeduzioni avvengono in formato elettronico nel rispetto di tracciati record predefiniti.
31 dicembre dell'anno successivo	Entro tale data si stabiliscono quali sono le contestazioni risolte (composizione bilaterale) e quali quelle da inviare alla risoluzione di un collegio arbitrale costituito da tre componenti di cui due nominati rispettivamente dalle due Aziende in disaccordo e l'altro, con funzioni di presidente, dal Dipartimento Sicurezza e Solidarietà Sociale.

A-2) CRITERI PER LA DEFINIZIONE DELLE TARIFFE NEGLI ACCORDI INTERAZIENDALI

Con gli accordi contrattuali interaziendali dovranno essere definite anche le tariffe da applicarsi sia in regime di ricovero che ambulatoriale (quelle definite dalla Regione con la D.G.R. del 30.12.1997, n.9645, rappresentano le tariffe massime) per la mobilità infraregionale; dovranno essere previsti abbattimenti tariffari per quelle prestazioni erogate in mobilità che l'Azienda è in grado di erogare con le proprie strutture al fine di disincentivare una deleteria concorrenza interaziendale.

In ogni caso tale abbattimento non potrà essere inferiore al 20%.

Potranno invece essere definite tariffe particolari (incentivanti) per quelle prestazioni che l'Azienda non assicura in proprio ma che possono essere rese previo accordo da presidi di altra Azienda verso cui la domanda verrà opportunamente canalizzata ovvero da professionisti di altra Azienda presso le proprie strutture, anche al fine di ridurre la mobilità interregionale

A-3) BILANCIO DI ESERCIZIO ANNO 2002

I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, dell'Azienda Ospedaliera S.Carlo sono tenuti al raggiungimento dell'equilibrio di bilancio con le risorse messe a disposizione dal Fondo Sanitario Nazionale ed assegnate loro dalla Regione Basilicata.

La D.G.R. 21.12.2001, n.2696, di approvazione del riparto provvisorio del FSN per l'anno 2001 ha assicurato per l'anno 2002 alle Aziende Sanitarie UU.SS.LL. un incremento del 2,5% delle quote riconosciute in conto competenza ed indicate nella colonna 4 della Tabella F dell'allegato A.

Con la nota dipartimentale del 6.2.2002 n.2686, a seguito della conferenza dei Presidenti delle Regioni di Perugia dei giorni 14 e 15 dicembre 2001 nella quale è stata definita la quota di competenza della Regione Basilicata, veniva garantito alle Aziende Sanitarie Locali un incremento del Fondo in conto competenza del 5% (anziché del 2,5%).

Tale ulteriore incremento previsto dal Dipartimento Sicurezza e Solidarietà Sociale, che riduce sensibilmente il fondo di accantonamento relativo alla spesa diretta regionale di cui