



**Regione Autonoma della Sardegna**  
*Assessorato dell'Igiene e Sanità  
e dell'Assistenza Sociale*

**OGGETTO: LINEE DI INDIRIZZO SUI VOLUMI DI ATTIVITA' PER GLI ANNI  
2000 - 2001.  
DETERMINAZIONE DEI TETTI DI SPESA**

*Con il presente provvedimento, che fa propri gli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, nel quadro delineato dal Dlvo n. 229/99, sono definite per le Aziende Sanitarie Regionali le linee di indirizzo per la determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa.*

*Lo stesso provvedimento ha l'obiettivo di favorire l'avvio, nei diversi settori, di un processo di riorganizzazione dell'offerta dei servizi e di governo della domanda sanitaria.*

*Il provvedimento stabilisce:*

- A) i limiti massimi di spesa sostenibili in ambito regionale per i diversi livelli di assistenza e per ciascuna Azienda Sanitaria*
- B) i criteri per la determinazione dei volumi massimi di prestazioni erogabili;*
- C) i piani aziendali*
- D) la definizione delle procedure negoziali*

**A) Limiti massimi di spesa.**

**A.1: Il modello e gli standard di riferimento**

*La predisposizione del piano preventivo regionale delle attività non può prescindere dal riferimento a modelli organizzativi ed a standard e indicatori omogenei che consentano una rappresentazione attendibile ed uniforme della situazione sanitaria regionale, nonché la confrontabilità dei dati tra le diverse Aziende USL con il livello regionale e nazionale.*

*Il Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1994-1996 individuava, come è noto, sei livelli di assistenza da garantire in condizioni di uniformità a tutta la popolazione.*



## *Regione Autonoma della Sardegna*

*Le verifiche sull'andamento della programmazione nazionale e la diversificazione, rilevata sui modelli organizzativi regionali, di risposta ai bisogni sanitari dei cittadini hanno portato, anche in relazione al mutato quadro istituzionale e socio-economico, ad una ridefinizione della articolazione dei livelli assistenziali, accolta nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 in cui vengono previsti soltanto i seguenti tre macro livelli:*

- 1. assistenza sanitaria collettiva negli ambienti di vita e di lavoro;*
- 2. assistenza distrettuale;*
- 3. assistenza ospedaliera.*

*Tale nuovo modello viene preso a riferimento per la predisposizione del presente provvedimento, in quanto risponde meglio alla esigenza di ricomporre all'interno del macrolivello "assistenza distrettuale" i livelli: assistenza sanitaria di base, assistenza farmaceutica, assistenza specialistica ambulatoriale, assistenza territoriale e semi-residenziale ed assistenza residenziale sanitaria, tutti fortemente integrati e correlati tra loro. Inoltre l'individuazione del livello distrettuale è coerente con l'obiettivo di conferire al Distretto una precisa identità all'interno delle Aziende USL per il coordinamento e l'integrazione di tutte le attività di carattere extraospedaliero.*

*Dei livelli assistenziali previsti dal PSN 1998-2000, solo il livello dell'assistenza ospedaliera presenta una definizione legislativa dei parametri (160 ricoveri per mille abitanti, 5,5 posti letto per mille abitanti), mentre per gli altri livelli l'unica indicazione era fornita dalla corrispondente quota capitaria calcolata sulla base dei valori standard teorici assunti in sede di formulazione del Piano stesso, senza tener conto delle effettive esigenze assistenziali e dei costi (che in quella fase non erano disponibili) realmente sostenuti nelle diverse situazioni regionali.*

*Il lavoro di verifica effettuato dal nucleo di valutazione istituito nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni, sulla base dei flussi informativi relativi al periodo di vigenza del P.S.N. 94-96 ha permesso di individuare, anche per gli altri livelli assistenziali, parametri di riferimento espressi, a seconda della tipologia di attività, in numero prestazioni/abitante e in costo medio/prestazione o in numero operatori/abitanti e costo medio/operatore, come riportato nella tabella 1. In tale tabella i costi medi dei parametri sono aggiornati al 1998.*

*Tali parametri, che indicano il valore medio nazionale di ogni livello o sottolivello, hanno consentito di quantificare l'incidenza percentuale nel triennio 1997-1999 dei tre macro livelli, previsti dal PSN, e di determinare conseguentemente le rispettive quote capitarie, così come sottoriportati:*



## Regione Autonoma della Sardegna

	<u>1999</u>	<u>199</u>	<u>1997</u>
1) Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;	5,0%	5,0%	5,0%
2) Assistenza distrettuale;	48,5%	48,0%	44,0%
di cui:			
a) M.G., A.A. ed attività residuali;	18,5%	18,2%	20,0%
b) Farmaceutica;	12,0%	12,2%	13,0%
c) Specialistica;	13,0%	13,0%	9,0%
d) RSA;	5,0%	5,0%	3,0%
3) Assistenza ospedaliera;	46,5%	47,0%	51,0%

Su questa base si è proceduto al riparto delle risorse finanziarie a favore delle Aziende Sanitarie nelle entità complessive esposte nella tabella 2.

### A.2. Analisi della spesa sanitaria regionale

Dal raffronto tra i dati della tabella 2 che contiene il riparto delle risorse finanziarie assegnate nel triennio 1997-1999 secondo i parametri previsti, e i valori della tabella 3 che riporta i dati di spesa rendicontati dalle Aziende per ciascuno degli anni del citato periodo, si evidenzia che:

- la spesa del macro livello dell'assistenza sanitaria collettiva rimane ancora leggermente al di sotto del parametro nazionale;
- il macro livello dell'assistenza distrettuale registra un progressivo aumento della spesa imputabile in particolar modo alle voci dei due sottolivelli "altra assistenza" (influenzata dalle prestazioni di riabilitazione ex art. 26 e "farmaceutiche". Quest'ultima in crescente lievitazione a partire dal 1998). Peraltro questo macrolivello nonostante l'incremento dei suddetti sottolivelli si mantiene al di sotto dell'indice di Piano, in ciò favorito dalla minima incidenza della spesa relativa all'assistenza agli anziani e dello scarso sviluppo dell'attività specialistica ambulatoriale interna.
- nel macro livello dell'assistenza ospedaliera benché permanga un'incidenza di spesa superiore al parametro di riparto, nel triennio considerato il peso percentuale è passato del 54% al 49%.



## Regione Autonoma della Sardegna

### A.3. Tetti di spesa per livelli di assistenza

Il provvedimento di riparto del F.S.N. per l'anno 2000 prevede una disponibilità complessiva di lire 114.600 miliardi pari ad una quota pro capite di lire 1.989.148 (57.612.615 abitanti al 1.1.1999) e la suddivisione delle risorse finanziarie è prevista come per gli anni precedenti in tre distinti macrolivelli assistenziali secondo la popolazione pesata:

	<u>2000</u>
1) Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;	5,0%
2) Assistenza distrettuale;	49,0%
di cui:	
a) M.G., A.A. ed attività residuali;	19,2%
b) Farmaceutica;	12,6%
c) Specialistica;	12,2%
d) RSA;	5,0%
3) Assistenza ospedaliera;	46,0%

L'applicazione dei pesi sulla popolazione residente determina per la Sardegna una quota pro-capite lorda di lire 1.888.599 (1.654.470 abitanti al 1.1.1999), la quale viene ulteriormente ridotta a lire 1.773.870 in quanto il finanziamento lordo viene decurtato delle dirette regionali e delle quote destinate ai finanziamenti integrativi ed inoltre il finanziamento netto viene ripartito su una popolazione di 1.663.031 abitanti, dati riferiti al 1.1.1997.

Con questi riferimenti le risorse assegnate alla Regione Sardegna per il 2000 sono ripartite tra le Aziende Sanitarie della Regione secondo le seguenti quote pro-capite per i tre macrolivelli:

1) Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	88.693 lire;
2) Assistenza distrettuale	869.196 lire;
di cui:	
a) M.G., A.A. ed attività residuali;	340.583 lire
b) Farmaceutica;	223.508 lire
c) Specialistica;	216.412 lire
d) RSA;	88.693 lire
3) Assistenza ospedaliera	815.980 lire.



## *Regione Autonoma della Sardegna*

*In applicazione dei pesi attribuiti alla popolazione si perviene a determinare i tetti massimi di spesa per i tre macrolivelli di assistenza sia a livello regionale che a livello di singola Azienda ( tabella attribuzioni Aziende ).*

*I tetti di spesa così determinati (dati tabella sopraccitata) e le conseguenti assegnazioni di risorse non possono essere superati nei limiti massimi stabiliti per ciascuno dei macrolivelli.*

*Peraltro all'interno di quello relativo all'assistenza "distrettuale", attesa la tendenza incrementale registrata nella spesa farmaceutica, confermata dai dati del 1° quadrimestre 2000, ciascuna Azienda USL dovrà ricercare e prevedere nel piano aziendale le risorse occorrenti a compensare la lievitazione della spesa farmaceutica con economie ricavate dagli altri sottolivelli.*

*Le Aziende USL, con riferimento all'organizzazione dei propri servizi ed ai dati storici d'attività e come indicato dal P.S.N. 1998-2000, in caso di superamento dei tetti massimi di spesa e volumi d'attività fissata dal presente provvedimento, potranno ottenere deroga, purché gli scostamenti siano congruenti con gli obiettivi della programmazione nazionale e con gli indirizzi regionali ( spostamento di risorse dalla cura alla prevenzione, dall'assistenza ospedaliera a quella distrettuale, rafforzamento della tutela delle fasce deboli, avvicinamento dei servizi all'utente, abbattimento delle liste di attesa, etc.)*

*Nell'ambito delle risorse previste, come rappresentato nel presente paragrafo, per la copertura della spesa sanitaria regionale per l'esercizio 2000, sono comprese le quote destinate al finanziamento dei Policlinici Universitari, dell'Azienda Ospedaliera Brotzu e dell'I.N.R.C.A.; tali quote vengono definite secondo le disposizioni previste al riguardo dalla L.R. n° 5/95, dal D.lgy. n° 229/99 e dal D.lgy n° 517/99.*

PARAMETRI NAZIONALI DI RIFERIMENTO CONVENUTI PER LIVELLO UNIFORME  
DI ASSISTENZA E RELATIVI COSTI MEDI AGGIORNATI AL 1999

LIVELLI DI ASSISTENZA	PARAMETRO	COSTO PARAMETRO 1998				Incidenza sul Totale		
		Valore	Descrizione	Personale lire	Beni e Servizi lire		%	QUOTA PRO CAPITE
PREVENZIONE	1,00	Operatore x 1000 ab.	78.953	15.790	20,00%	94.743	4,94%	
	5	Ricette x abitante				42.000		10,95%
ASSISTENZA SANITARIA DI BASE	1,00	Operatore x 1000 ab.	122.160			122.160	6,37%	
	0,60	Operatore x 1000 ab.	59.963	21.587	36,00%	81.549	2,55%	
ASSIST. SPEC. E SEMIRESIDENZIALE	14	Prestaz. x abitante					0,00%	
	0,15	Operatore x 1000 ab.	69.557	16.694	24,00%	86.250	12,41%	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	0,40	Operatore x 1000 ab.	69.557	16.694	24,00%	86.250	0,67%	
	0,30	Operatore x 1000 ab.	59.963	21.587	36,00%	81.549	1,80%	
ASSIST. RESIDENZIALE SANITARIA	1						1,28%	
	0,16					5.238.787	1,85%	
Tossicodipendenze	0,15	Operatore x 1000 ab.	59.963	21.587	36,00%	81.549	43,69%	
	0,30	Operatore x 1000 ab.	59.963	21.587	36,00%	81.549	0,00%	
Psichiatria	0,20	Operatore x 1000 ab.	59.963	21.587	36,00%	81.549	0,64%	
	1,00	Operatore x 1000 ab.	59.963	21.587	36,00%	81.549	1,28%	
ATTIVITA' DI SUPPORTO	1,20	Operatore x 1000 ab.	64.760	38.856	60,00%	103.615	0,85%	
						124.338	4,25%	
					TOTALE PER ABITANTE		1.918.394	100,00%

**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**  
**Assessorato dell'Igiene e Sanità**  
**e dell'Assistenza Sociale**

Servizio della Programmazione Sanitaria  
 Settore Economico-Finanziario

Riparto risorse finanziarie per il triennio 1997/1999 per macrolivelli

LIVELLI	1997		1998		1999	
		Spesa pro-capite		Spesa pro-capite		Spesa pro-capite
Collettiva	5%	147.205.933.383	88.517	5%	145.572.662.047	87.535
Distrettuale	44,00%	1.295.412.213.771	778.947	48,00%	1.281.039.426.015	770.304
di cui : Altra Assistenza	20,00%	588.823.733.532	354.067	18,20%	582.290.648.189	350.138
Farmaceutica	12,00%	353.294.240.119	212.440	11,80%	349.374.388.913	210.083
Specialistica	9,00%	264.970.680.090	159.330	13,00%	262.030.791.685	157.562
RSA	3,00%	88.323.560.030	53.110	5,00%	87.343.597.228	52.521
Ospedaliera	51,00%	1.501.500.520.508	902.870	47,00%	1.484.841.152.881	892.852
di cui: Produzione		961.932.408.860			961.932.408.860	
Attività programmata		539.568.111.648			522.908.744.021	
<b>Totali assegnazioni</b>	<b>100,00%</b>	<b>2.944.118.667.662</b>	<b>1.770.333</b>	<b>100,00%</b>	<b>2.911.453.240.944</b>	<b>1.750.691</b>
	5%			5%	145.261.734.046	87.348
	48,50%			48,50%	1.278.303.259.605	768.659
	18,50%			18,50%	581.046.936.184	349.390
	12,00%			12,00%	348.628.161.711	209.634
	13,00%			13,00%	261.471.121.283	157.226
	5,00%			5,00%	87.157.040.428	52.409
	46,50%			46,50%	1.481.669.687.270	890.945
					961.932.408.860	
					519.737.278.410	
	100,00%			100,00%	2.905.234.680.921	1.746.952

Analisi delle spese rendicontate dalle aziende sanitarie per l'esercizio 1997

LIVELLI	Riparto assegnato	Spesa rendicontata	Differenza	Incidenza sui totali		
				Riparto	Spesa	Differenza
Collettiva	147.205.933.383	127.701.000.000	- 19.504.933.383	5,00%	4,27%	-13,25%
Distrettuale	1.295.412.213.771	1.259.187.325.823	- 36.224.887.948	44,00%	42,08%	-2,80%
di cui : Altra Assistenza	588.823.733.532	707.266.349.681	118.442.616.149	20,00%	23,63%	20,12%
Farmaceutica	353.294.240.119	329.749.589.642	- 23.544.650.477	12,00%	11,02%	-6,66%
Specialistica	264.970.680.090	192.475.586.000	- 72.495.094.090	9,00%	6,43%	-27,36%
RSA	88.323.560.030	29.695.800.500	- 58.627.759.530	3,00%	0,99%	-66,38%
Ospedaliera	1.501.500.520.508	1.605.609.000.000	104.108.479.492	51,00%	53,65%	6,93%
<b>Totali</b>	<b>2.944.118.667.662</b>	<b>2.992.497.325.823</b>	<b>48.378.658.161</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>1,64%</b>

Analisi delle spese rendicontate dalle aziende sanitarie per l'esercizio 1998

LIVELLI	Riparto assegnato	Spesa rendicontata	Differenza	Incidenza sui totali		
				Riparto	Spesa	Differenza
Collettiva	145.572.662.047	134.710.582.658 -	10.862.079.389	5,00%	4,37%	-7,46%
Distrettuale	1.281.039.426.015	1.425.302.674.522	144.263.248.507	48,50%	46,27%	11,26%
di cui : Altra Assistenza	582.290.648.189	776.950.091.537	194.659.443.348	18,20%	25,22%	33,43%
Farmaceutica	349.374.388.913	378.134.582.985	28.760.194.072	11,80%	12,28%	8,23%
Specialistica	262.030.791.685	243.364.000.000 -	18.666.791.685	13,00%	7,90%	-7,12%
RSA	87.343.597.228	26.854.000.000 -	60.489.597.228	5,00%	0,87%	-69,25%
Ospedaliera	1.484.841.152.881	1.520.154.857.000	35.313.704.119	47,00%	49,35%	2,38%
<b>Totali</b>	<b>2.911.453.240.944</b>	<b>3.080.168.114.180</b>	<b>168.714.873.236</b>	<b>100,50%</b>	<b>100,00%</b>	<b>5,79%</b>

Analisi delle spese rendicontate dalle aziende sanitarie per l'esercizio 1999

LIVELLI	Riparto assegnato	Spesa rendicontata	Differenza	Incidenza sui totali	
				Riparto	Spesa
Collettiva	145.261.734.046	149.396.775.063	4.135.041.017	5,00%	4,50%
Distrettuale	1.278.303.259.605	1.545.049.642.899	266.746.383.294	48,50%	46,55%
di cui: Altra Assistenza	581.046.936.184	804.431.812.160	223.384.875.976	18,50%	24,24%
Farmaceutica	348.628.161.711	430.318.999.803	81.690.838.092	12,00%	12,97%
Specialistica	261.471.121.283	278.511.829.305	17.040.708.022	13,00%	8,39%
RSA	87.157.040.428	31.787.001.631	55.370.038.797	5,00%	0,96%
Ospedaliera	1.481.669.687.270	1.624.454.296.081	142.784.608.811	46,50%	48,95%
<b>Totali</b>	<b>2.905.234.680.921</b>	<b>3.318.900.714.043</b>	<b>413.666.033.122</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>
					<b>14,24%</b>

**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**  
**Assessorato dell'Igiene e Sanità**  
**e dell'Assistenza Sociale**

Servizio della Programmazione Sanitaria  
 Settore Economico-Finanziario

LIVELLI	Differenza sulla spesa 1997		Differenza sulla spesa 1998		Differenza sulla spesa 1998	
	importo	%	importo	%	importo	%
<b>Collettiva</b>	<b>7.009.582.658</b>	<b>5,49%</b>	<b>14.686.192.405</b>	<b>10,90%</b>	<b>21.695.775.063</b>	<b>16,99%</b>
<b>Distrettuale</b>	<b>166.115.348.699</b>	<b>13,19%</b>	<b>119.746.968.377</b>	<b>8,40%</b>	<b>285.862.317.076</b>	<b>22,70%</b>
di cui : Altra Assistenza	69.683.741.856	9,85%	27.481.720.623	3,54%	97.165.462.479	13,74%
Farmaceutica	48.384.993.343	14,67%	52.184.416.818	13,80%	100.569.410.161	30,50%
Specialistica	50.888.414.000	26,44%	35.147.829.305	14,44%	86.036.243.305	44,70%
RSA	2.841.800.500	-9,57%	4.933.001.631	18,37%	2.091.201.131	7,04%
<b>Ospedaliera</b>	<b>85.454.143.000</b>	<b>-5,32%</b>	<b>104.299.439.081</b>	<b>6,86%</b>	<b>18.845.296.081</b>	<b>1,17%</b>
<b>Totali</b>	<b>87.670.788.357</b>	<b>2,93%</b>	<b>238.732.599.863</b>	<b>7,75%</b>	<b>326.403.388.220</b>	<b>10,91%</b>

ANALISI DEI FINANZIAMENTI

LIVELLI	Incidenza in % su totale	Riparto F.S.N. 2000		Spesa pro-capite
Col. 1	Col. 2 (*)	Col. 3		Col. 4
<b>Colletiva</b>	5%		<b>147.500.000.000</b>	<b>88.693</b>
<b>Distrettuale</b>	49,00%		<b>1.445.500.000.000</b>	<b>869.196</b>
di cui : Altra Assistenza	19,20%	566.400.000.000		340.583
Farmaceutica	15,60%	460.200.000.000		276.724
Specialistica	12,20%	359.900.000.000		216.412
RSA	2,00%	59.000.000.000		35.477
<b>Ospedaliera</b>	46,00%		<b>1.357.000.000.000</b>	<b>815.980</b>
di cui: Produzione		961.932.408.860		
Attività programmata		395.067.591.140		
<b>Totali</b>			<b>2.950.000.000.000</b>	<b>1.773.870</b>

RIEPILOGHI	Riparto F.S.N. 1997	
1) FINANZIAMENTO LORDO	<b>2.950.000.000.000</b>	
a) Entrate proprie	-	95.982.000.000
b) Compensazione mobilità	-	70.139.000.000
b) Dirette regionali	-	69.549.000.000
2) FINANZIAMENTO AMMESSO(1+a+b)		<b>2.714.330.000.000</b>
		<b>1.632.158</b>



## Regione Autonoma della Sardegna

### B. Criteri generali per la determinazione dei volumi massimi di prestazioni erogabili.

La corretta rilevazione dei bisogni di salute della popolazione e la selezione e modulazione della domanda costituiscono condizioni essenziali per la predisposizione di un piano preventivo di attività che si ponga come obiettivo quello della riorganizzazione dell'offerta dei servizi e dell'uso efficace delle risorse disponibili. Tale rilevazione deve necessariamente scaturire dall'analisi di flussi informativi più specifici onde individuare ogni tipologia di prestazione specialistica.

I piani preventivi aziendali per gli anni 2000-2001 devono essere elaborati secondo le linee del P.S.N. 1998-2000;

- a) indirizzare i bisogni di salute verso il loro reale soddisfacimento, favorendo una corretta formulazione della domanda;
- b) promuovere l'uso appropriato delle risorse nella produzione dell'assistenza;
- c) selezionare l'offerta di prestazioni secondo criteri di efficacia e di appropriatezza;
- d) ottimizzare in maniera graduale, tenendo conto delle maggiori o minori rigidità del sistema, la distribuzione territoriale delle sedi di erogazione dei servizi.

Numerosi sono i fattori che possono favorire in questa fase il processo di riordino dei servizi sanitari. In particolare:

- il ruolo affidato al medico di medicina generale, dal Piano Sanitario Nazionale e dall'Accordo Collettivo Nazionale, di fondamentale garante del rispetto di un equilibrio tra risorse disponibili e offerta di servizi;
- l'avvio di servizi alternativi al ricovero ospedaliero, con particolare riferimento all'assistenza sanitaria domiciliare nelle sue varie forme, che dovrà favorire una riqualificazione della funzione ospedaliera con la concentrazione delle risorse e delle energie verso la cura delle patologie più gravi e complesse, evitando l'uso dell'ospedale per patologie che possono trovare nel territorio una risposta appropriata;
- la diversificazione dell'offerta di servizi sanitari e socio-sanitari residenziali per soddisfare in maniera più adeguata ed efficiente le diverse esigenze delle varie tipologie di pazienti attraverso la istituzione e lo sviluppo delle strutture di ricovero extra ospedaliero (RSA, comunità protette, etc), anche mediante la riconversione di strutture sanitarie già esistenti;
- l'attuazione compiuta del Sistema Informativo Sanitario Regionale e l'applicazione della Direttiva regionale, relativa a flussi di attività e regolamentazione economica (prot. n° 3495/3 del 3.2.2000).



## **Regione Autonoma della Sardegna**

*Le Aziende Sanitarie, nella predisposizione dei piani preventivi annuali dovranno tenere conto altresì:*

- *delle caratteristiche demografiche della popolazione assistita e della situazione epidemiologica;*
- *delle priorità emergenti dall'analisi dei tempi di attesa;*
- *dei fenomeni connessi alla mobilità infraregionale e interregionale;*

*In particolare, l'esame dei dati storici di mobilità, sia in termini di volumi che di tipologia di prestazioni, e la individuazione dei trend prevedibili per i prossimi anni costituiscono elementi conoscitivi essenziali per programmare correttamente l'attività dei presidi ubicati nel territorio aziendale, sia per le prestazioni da erogare ai propri utenti che agli utenti di altre Aziende, nonché per determinare i volumi di attività fruibili dai propri assistiti in strutture sanitarie extraaziendali.*

*Sotto questo profilo è evidente infatti che la predisposizione del piano di attività di ciascuna Azienda USL interferisce e si intreccia con quello delle altre (in modo più o meno rilevante a seconda della intensità dei flussi di mobilità) nonché con i piani della Azienda Ospedaliera "Brotzu", dei Policlinici Universitari di Cagliari e Sassari e dell'INRCA e deve altresì prendere in considerazione i volumi globali di prestazioni erogate ai propri assistiti dalle strutture private accreditate, anche se ubicate in ambito extraaziendale.*

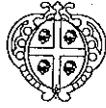
*La elaborazione dei piani preventivi, in particolare la parte relativa all'assistenza ospedaliera dove più rilevante è il fenomeno della mobilità interaziendale, implica pertanto necessari momenti di consultazione e di confronto tra le Aziende aventi bacini di utenza in comune (e ancor più tra quelle che hanno la stessa popolazione di riferimento per la maggior parte delle prestazioni erogate dai rispettivi presidi, come è nel caso della Azienda USL 8 e dell'Azienda Brotzu) che portino alla definizione di accordi di programma interaziendali, riferiti a bacini di utenza di norma provinciali.*

*Con l'anno 2000 l'analisi quali-quantitativa della mobilità potrà essere effettuata con precisione per quanto riguarda tutte le attività sanitarie, sulla base della Direttiva sopra richiamata.*

### **B.1: Criteri specifici per le prestazioni in regime di ricovero.**

*Dall'analisi dei flussi SDO 1998 si rileva un tasso di ospedalizzazione regionale del 171,4 x mille, superiore all'indice prefissato dalla normativa (160/mille) (Tabella A). Tale tasso è riferito peraltro ai soli ricoveri ordinari con esclusione dei ricoveri in regime di DH.*

*Le cause di un indice di ospedalizzazione superiore allo standard sembrano attribuibili a carenze organizzative e strutturali dell'assistenza di base e di quella specialistica ambulatoriale. Tali carenze possono aver favorito la mancanza di un filtro adeguato al ricovero ospedaliero e/o verosimilmente un suo uso improprio.*



## *Regione Autonoma della Sardegna*

*D'altronde, negli stessi flussi si rileva un tasso di occupazione ridotto (67,2% su scala regionale) (Tabella B ), accanto a una degenza media inferiore a quella nazionale (6,5 giorni contro 8,9) (Tabella C ); questi parametri di attività rapportati all'elevato indice di ospedalizzazione, delineano un quadro che potrebbe confermare l'uso inappropriato dei ricoveri ospedalieri.*

*I tassi di ospedalizzazione di ciascuna Azienda USL descritti nella tabella evidenziano notevoli differenze tra le varie Aziende.*

*Inoltre risultano elevati gli indici di mobilità intraregionale (28.3% in media per anno), con indice di fuga pari al 32.3 (vedi Tabelle D.E.F.).*

*Una quota di mobilità rappresenta un fenomeno fisiologico, in quanto collegata a prestazioni non fruibili nei presidi e nelle strutture delle singole Aziende.*

*Considerata la marcata disomogeneità tra le Aziende USL della regione per numero di abitanti e densità di popolazione, estensione, conformazione e viabilità del territorio, caratteristiche del sistema produttivo, è normale infatti che l'intensità e la tipologia dell'offerta sanitaria risultino notevolmente diverse da Azienda a Azienda; inoltre l'attivazione di numerose branche specialistiche richiede necessariamente, in relazione a una pluralità di fattori (complessità tecnologica, standard professionali, frequenza delle patologie ecc.), bacini d'utenza comprendenti più Aziende USL o anche l'intero territorio regionale.*

*In queste situazioni l'utilizzazione di servizi di altre Aziende è una scelta priva di alternative, che deve essere correttamente programmata anche per renderne agevole l'accesso ai propri utenti.*

*La mobilità assume diversa connotazione nei casi in cui le prestazioni fruite in presidi di altre Aziende vengano offerte anche nella propria Azienda.*

*In questa prospettiva si tratta di verificare, in maniera più analitica e connessa ad altri e più specifici dati (tasso di utilizzazione dei posti letto, liste d'attesa ecc.), se la mobilità esterna si mantenga entro limiti fisiologici, quale espressione della legittima "libertà di scelta" dell'utente, ovvero sia di tale rilevanza da denotare fenomeni di induzione impropria della domanda e/o carenze quali-quantitative nei servizi offerti.*

*I piani preventivi per la determinazione delle attività di ricovero per gli anni 2000-2001 si inseriscono in un contesto normativo che prevede i seguenti parametri e criteri:*

- dotazione di 5,5 p.l. per mille abitanti, di cui 4,5 per acuti e 1,0 per riabilitazione e lungodegenza post-acuzie;*
- tasso di ospedalizzazione di 160 per mille abitanti;*
- tasso di utilizzazione dei p.l. esistenti non inferiore al 75%;*
- destinazione del 10%, in media regionale, di p.l. ordinari a p.l. di day-hospital;*
- riserva all'attività libero-professionale intramuraria del 5% dei p.l. ordinari ;*
- riserva di almeno il 3% di p.l. di terapia intensiva e subintensiva;*
- un tasso operatorio medio, per le chirurgie generali e specialistiche, non inferiore al 70%;*



## *Regione Autonoma della Sardegna*

- *l'impegno delle sale operatorie per almeno 5 giorni settimanali e 8 ore giornaliere;*
- *l'utilizzo delle grandi apparecchiature diagnostiche per 6 giorni settimanali e 12 ore giornaliere.*

*Considerato lo stato di attuazione della razionalizzazione della rete ospedaliera è comunque sin d'ora necessario che, nella predisposizione del piano preventivo annuale e nella individuazione del fabbisogno assistenziale per gli anni 2000-2001, le Aziende sanitarie osservino le disposizioni nazionali e regionali in materia di razionalizzazione, come parametri fondamentali di riferimento ed adottino azioni conformi che consentano un graduale superamento degli squilibri.*

*I piani preventivi aziendali, nel riferimento ai volumi stabiliti nella tabella G dovranno essere finalizzati:*

- *alla riduzione del numero dei ricoveri per acuti e all'incremento di quelli di lungodegenza e riabilitazione, in armonia con quanto previsto dalle vigenti Norme sulla riorganizzazione delle rete ospedaliera.*
- *alla qualificazione delle prestazioni in regime di Day-Hospital, procedendo contestualmente alla formale individuazione dei relativi posti letto, nel rispetto degli indici al riguardo stabiliti nelle vigenti disposizioni;*
- *alla riconversione di parte dei ricoveri chirurgici in interventi in regime di day surgery ed alla predisposizione di attività di chirurgia programmata per garantire una migliore gestione delle risorse e degli spazi a disposizione e soprattutto per ottimizzare l'utilizzo delle sale operatorie ;*
- *alla diversificazione dell'offerta riferita non solo al regime dei ricoveri (secondo le indicazioni dei punti precedenti) ma anche alla tipologia delle prestazioni (MDC medici e chirurgici) mediante il potenziamento delle specialità e delle prestazioni in grado di rispondere in maniera più adeguata e tempestiva ad una domanda interna insoddisfatta e la riduzione di quelle specialità la cui offerta è in esubero rispetto alle esigenze dell'utenza;*
- *al raggiungimento di indici operatori medi annui con un minimo iniziale del 60% e con incrementi annui del 5% nell'arco del triennio.*

*Il piano aziendale, in congruenza con le risorse assegnate per il livello dell'assistenza ospedaliera, stabilirà:*

- 1) i tetti di spesa da attribuire a ciascun presidio ospedaliero ed i volumi di attività, precisati per specialità, evidenziando, rispetto al dato storico di attività, le eventuali variazioni quali-quantitative dell'offerta che si intendono perseguire per una utilizzazione ottimale della struttura e per una risposta più adeguata alla domanda;*
- 2) la tipologia e la quantità di prestazioni per le quali si ritiene di doversi avvalere di altri soggetti erogatori pubblici o privati accreditati, in sede di negoziazione regionale e aziendale, secondo le procedure stabilite nel presente provvedimento.*



## Regione Autonoma della Sardegna

### B.2: Criteri specifici per le prestazioni specialistiche ambulatoriali

*Dai volumi di attività erogati in ambito regionale nel 1998 (tabella H) emerge che il numero di prestazioni specialistiche per abitante/anno è pari a 10,72, suddivise circa in 4,6 prestazioni di patologia clinica, 3,01 di medicina fisica e riabilitativa, 0,46 di diagnostica per immagini; tutte le altre branche coprono le restanti 2,65 prestazioni per abitante.*

*Si ritiene opportuno sottolineare il fatto che il 45,6% delle prestazioni specialistiche ambulatoriali è erogato dalle strutture ospedaliere pubbliche e solo il 13,9% dai Poliambulatori territoriali.*

*Si rileva però che mentre i presidi pubblici garantiscono prestazioni in tutte le branche specialistiche, il settore privato opera pressochè esclusivamente nelle tre branche strumentali e specialmente nella medicina fisica e riabilitativa, assicurando gran parte del totale delle prestazioni erogate di questa branca. Il settore privato copre invece, in maniera molto marginale in ambito regionale, le restanti branche a visita con esclusione della odontostomatologia e della cardiologia.*

*Tempi di attesa molto lunghi sono stati rilevati anche per molte prestazioni di diagnostica strumentale (ecografie, mammografie, audiometrie etc.) per le quali sarà necessario accertare eventuali problematiche organizzative interne (rapporto esami/apparecchiature, rapporto personale/apparecchiature etc.) e le effettive esigenze, anche in relazione alla introduzione di verifiche sulla appropriatezza delle richieste, con particolare riguardo alle prestazioni ad alto costo o effettuate in serie.*

*Le Aziende USL dovranno predisporre i piani aziendali per l'anno 2000 per la specialistica ambulatoriale nel rispetto dei parametri di seguito riportati, calcolati sulla base del volume massimo di 11,27 prestazioni specialistiche/per abitante/per anno e per un tetto massimo del 12,20% della quota capitaria.*

*Particolare attenzione dovrà essere rivolta agli interventi di rimodulazione dell'offerta che porti ad un riequilibrio generale tra le tipologie di prestazioni finora erogate sia dalle strutture pubbliche che da quelle private accreditate. Se da un lato è comprensibile che le prestazioni di alta efficacia diagnostica ed a elevato contenuto terapeutico trovino collocazione in ambito ospedaliero, dall'altro lato è necessario potenziare e meglio qualificare l'offerta di prestazioni specialistiche nei Poliambulatori delle Azienda Sanitarie.*

*Il piano preventivo aziendale, in congruenza con le risorse assegnate per il livello dell'assistenza specialistica ambulatoriale, dovrà definire:*



## *Regione Autonoma della Sardegna*

- *la tipologia e le quantità di prestazioni, distinte per branche specialistiche, effettivamente erogabili per l'anno 2000 attraverso i singoli presidi pubblici (poliambulatori territoriali e presidi ospedalieri) e la quantità di risorse ad essi assegnata;*
- *la tipologia e le quantità di prestazioni, distinte per branche specialistiche, per le quali è necessario fare ricorso a soggetti erogatori esterni pubblici (Azienda Ospedaliera Brotzu e Policlinici Universitari) e privati e la quantità complessiva di risorse da utilizzare per la stipula degli appositi contratti.*

### **B 3: Criteri specifici per le prestazioni d'assistenza farmaceutica**

*Le Aziende USL dovranno predisporre i piani aziendali per l'assistenza farmaceutica nel rispetto di quanto stabilito nelle tabelle di cui al paragrafo A. I piani aziendali dovranno, con una migliore organizzazione del sistema informativo, garantire:*

- a) *la ricontabilizzazione di tutte le distinte contabili e fustelle presentate per i pagamenti da parte delle farmacie convenzionate;*
- b) *il sistematico monitoraggio quali-quantitativo delle prescrizioni farmaceutiche con individuazione degli indicatori mensili e trimestrali da comunicare ai medici prescrittori e riferiti qualitativamente ai singoli farmaci, ai gruppi terapeutici ed a tabulati farmaco-paziente;*

*Tali piani dovranno inoltre prevedere l'avvio di azioni di informazione costante ai medici prescrittori sulla regolare applicazione dei provvedimenti della CUF, anche al fine di prevenire le irregolarità prescrittive sanzionabili ai sensi della L. n. 425/96, nonché una rigorosa vigilanza sulla corretta prescrizione a carico del SSN dei farmaci soggetti a nota ed a nota più registro USL, da attuarsi tramite una apposita Commissione aziendale multidisciplinare, finalizzata a verificare il rispetto a specifiche patologie delle disposizioni della CUF ed a promuovere, nell'ipotesi di irregolarità, l'avvio delle procedure previste dalla L. 425/96 e dalla finanziaria 2000 per l'addebito ai medici dei costi dei farmaci indebitamente prescritti.*

*L'Assessorato per il governo della spesa farmaceutica, nel riferimento alle disposizioni previste al riguardo dalle Leggi 449/97, 448/98 e nella Legge 488/99, sosterrà le azioni aziendali finalizzate alla costante verifica del budget assegnato, mediante:*

- *la puntuale trasmissione di report mensili regionali di analisi e confronto dei dati riferiti al tetto di spesa assegnato ed agli scostamenti rispetto agli indicatori più sopra riportati;*
- *la valutazione della rispondenza tra peso delle prescrizioni farmaceutiche e la popolazione pesata oggetto delle prescrizioni.*



## Regione Autonoma della Sardegna

- l'adozione di linee guida al fine dell'uniforme applicazione delle esenzioni dai ticket nel territorio regionale;
- la rispondenza delle prescrizioni terapeutiche ai Protocolli di diagnosi e terapia ed alle Linee Guida proposte dalle Società scientifiche di specialità a livello Nazionale.
- l'adozione del ricettario standardizzato SSN di colore verde da utilizzare da parte di tutte le strutture ospedaliere al fine di favorire azioni più immediate di verifica sugli aspetti quali-quantitativi delle prescrizioni da parte di quest'area.

### B. 4.: Criteri specifici per le prestazioni di riabilitazione ex art. 26/833 e per l'assistenza nelle RSA.

I dati di attività relativi agli anni 1998-1999, evidenziano che nel settore della riabilitazione la struttura pubblica ha un ruolo assolutamente marginale rispetto agli erogatori privati; infatti circa l'85,86% delle prestazioni viene erogato dagli oltre 60 centri privati convenzionati.

Le Aziende USL operano quasi esclusivamente in regime ambulatoriale ed effettuano attraverso i propri presidi (servizi materno-infantili e riabilitazione) sia trattamenti di riabilitazione globale che prestazioni di medicina fisica e riabilitativa per cui non è agevole differenziare le diverse tipologie di pazienti seguiti ed operare una corretta imputazione delle attività e delle relative spese ai due diversi livelli assistenziali.

L'attività delle strutture private riguarda per il 9,4% prestazioni in regime di internato e per il restante 90,6% le altre tipologie di trattamento, con un onere finanziario pari rispettivamente al 27% ed al 73% delle spese sostenute e con una estrema variabilità tra le Aziende USL per quanto riguarda sia il volume delle prestazioni riabilitative erogate che l'entità della spesa sostenuta.

Tali squilibri territoriali, che sono influenzati solo marginalmente dalla mobilità infraregionale, sono correlati alla disomogenea localizzazione delle strutture erogatrici piuttosto che alla specificità delle situazioni epidemiologiche.

In questo contesto, i piani preventivi aziendali possono costituire un'occasione importante per orientare correttamente la domanda e per contribuire a razionalizzare e riequilibrare la rete di offerta dei servizi riabilitativi territoriali, anche alla luce degli indirizzi tracciati dalle linee guida ministeriali approvate con provvedimento della conferenza Stato-Regioni in data 7 maggio 1998.



## Regione Autonoma della Sardegna

*I piani preventivi aziendali dovranno quindi essere finalizzati:*

- *alla definizione delle esigenze di trattamenti di riabilitazione globale estensiva o intermedia (cioè di quegli interventi che pur richiedendo una presa in carico specificatamente riabilitativa sono caratterizzati da un moderato impegno terapeutico di almeno 1 ora giornaliera e da un supporto assistenziale da parte di una équipe multidisciplinare) e che possono essere erogati attraverso una rete di servizi territoriali pubblici e/o privati od anche dai presidi ospedalieri in regime ambulatoriale;*
- *alla corretta imputazione delle prestazioni non riconducibili alla fattispecie di cui al punto precedente (sia in regime ambulatoriale che domiciliare) al livello dell'assistenza specialistica ed alle strutture erogatrici di prestazioni di medicina fisica e riabilitativa;*
- *all'attribuzione dei trattamenti in regime di internato, nei confronti di pazienti non suscettibili di riabilitazione, al livello dell'assistenza residenziale territoriale ed alle RSA come riferimento strutturale ed organizzativo.*

*Gli stessi piani, in congruenza alle risorse assegnate, dovranno definire in relazione alla tipologia dei livelli assistenziali:*

1. *i volumi delle prestazioni ex art. 26, distinti secondo il regime di trattamento, da assicurare con le proprie strutture e quelli da acquisire dai soggetti privati accreditati ed i relativi tetti di spesa;*
2. *le esigenze di assistenza residenziale territoriale (sia in termini di volumi di attività che di relativi oneri finanziari), da erogare nei confronti delle diverse tipologie di pazienti non autosufficienti e non assistibili a domicilio (anziani e/o disabili con esiti stabilizzati, pazienti psichiatrici in fase non acuta ecc.) che richiedono un livello medio-basso di assistenza medico-infermieristica ed un livello elevato di tutela assistenziale generica ed alberghiera, con eventuali cicli di terapia riabilitativa di mantenimento.*

*Per la programmazione degli interventi propri delle RSA, considerata la fase di avvio per tali strutture, le Aziende USL, sentita la Regione, dovranno individuare le strutture pubbliche e/o private che sono suscettibili di riconversione o che già si configurano di fatto come tali, per la tipologia degli utenti assistiti e delle prestazioni erogate.*



## *Regione Autonoma della Sardegna*

### *C: Piani aziendali*

#### *C.1: Aziende USL*

*Seguendo le indicazioni dei paragrafi A e B, le Aziende USL con piani aziendali determinano il fabbisogno delle prestazioni per gli anni 2000-2001 sulla base dei tetti di spesa e dei volumi di attività, riportati nelle tabelle allegate che sono parte integrante del presente provvedimento.*

*Ai fini della formulazione dei piani aziendali, il rapporto tra i tetti di spesa e volumi di attività dovrà riguardare il solo esercizio 2000, prevedendosi per il successivo esercizio 2001 possibili adeguamenti, in relazione all'evolversi del quadro normativo sul federalismo fiscale.*

*Pertanto, nei piani preventivi annuali, le Aziende USL, con il concorso della Regione, definiscono:*

- la quota di attività erogabile da parte delle proprie strutture (comprensive della quota erogabile a favore degli utenti di altre Aziende);*
- la quota di attività da concordare con l'Azienda Ospedaliera Brotzu, con i Policlinici Universitari di Cagliari e di Sassari e con l'INRCA;*
- la quota di attività da assegnare agli erogatori privati accreditati ubicati nel proprio territorio o a valenza interaziendale.*

*La quantificazione del volume delle prestazioni erogabili dall'Azienda direttamente attraverso i propri presidi, deve essere determinata tenendo conto della convenienza economica valutata in termini di costi effettivi di produzione, della potenzialità delle strutture in relazione ai carichi di lavoro sostenibili e ponendosi l'obiettivo del miglioramento dei livelli qualitativi delle prestazioni offerte.*

#### *C. 2.: Azienda Ospedaliera Brotzu – Policlinici Universitari – I.NR.C.A.*

*Le istituzioni su indicate, che con specifiche funzioni e peculiarità partecipano alla realizzazione degli obiettivi del S.S.N., definiscono i piani di attività, nell'ambito degli accordi previsti dalla vigente normativa.*

*I programmi dovranno evidenziare la capacità di offerta di servizi nelle diverse branche specialistiche con particolare riferimento alle prestazioni ad alta complessità tecnologica.*

*Considerato il carattere di prima attuazione dei piani preventivi per il 2000 è opportuno che gli stessi siano oggetto di attento monitoraggio per assicurare eventuali adeguamenti nell'ambito dei livelli e sottolivelli assistenziali.*



## Regione Autonoma della Sardegna

### D. Definizione procedure negoziali

*Le procedure negoziali con i diversi soggetti erogatori – pubblici e privati accreditati - ubicati nel proprio territorio, saranno condotte e concluse secondo le modalità e i termini temporali come sotto indicato.*

#### D.1. Contratti con le strutture private e i professionisti accreditati.

*Le Aziende USL, con il concorso della Regione, devono avviare le procedure con i diversi soggetti interessati e portarli a conclusione entro il termine massimo di 60 giorni dalla data di notifica del presente provvedimento.*

*Alla contrattazione partecipano tutti i soggetti privati transitoriamente accreditati ai sensi dell'art. 10 della DGR 26/21 del 4.6.98, sulla base di un capitolato predisposto, sentita la Regione, da ciascuna Azienda USL; nel capitolato sono indicati i volumi di attività richiesti (con la specifica delle tipologie di prestazioni) ed i relativi tetti di spesa, così come individuati nel piano preventivo di attività per il 2000, il sistema di remunerazione e gli altri elementi essenziali di schema tipo del contratto e stabiliti i termini e le modalità per la presentazione delle domande.*

*La domanda di partecipazione al negoziato da presentare entro i termini prescritti alla Azienda USL territorialmente competente, deve contenere l'indicazione delle prestazioni offerte e ogni altro elemento ritenuto utile per una valutazione comparativa con gli altri soggetti concorrenti e, a pena di esclusione, l'accettazione espressa del sistema di remunerazione a tariffa secondo le modalità e alle condizioni stabilite dal presente provvedimento regionale.*

*Fermo restando il rispetto del limite di spesa riferito alla generalità delle prestazioni, i volumi di attività, definiti per singole tipologie di prestazioni o gruppi omogenei di esse, possono subire, in relazione agli accordi contrattuali, uno scostamento in aumento non superiore al 15%, a condizione che non vengano comunque superate le capacità operative delle strutture erogatrici, previste nel provvedimento di accreditamento.*

*Le predette prestazioni in eccedenza verranno remunerate con una riduzione che sarà determinata con separato provvedimento e comunque in misura non superiore al 60% della relativa tariffa.*

*La scelta tra i diversi soggetti accreditati è effettuata dall'Azienda USL con provvedimento motivato.*

*I criteri di scelta, tenuto conto dello stato di accreditamento transitorio delle strutture sanitarie sono individuati come segue:*

- *il possesso dei requisiti minimi di funzionamento previsti dalle norme vigenti;*



## Regione Autonoma della Sardegna

- il possesso degli standard quantitativi e qualitativi del personale riferiti alle unità operative, al numero ed alla tipologia delle prestazioni da erogare, come previsto dal decreto n. 1957/98 in materia di accreditamento;
- il possesso dei requisiti tecnologici (grandi apparecchiature diagnostiche) i minori tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni;
- la qualità delle prestazioni e la correttezza amministrativa nei confronti degli utenti, rilevata dai precedenti rapporti;
- la eventuale percentuale di ribasso offerta rispetto alle tariffe massime regionali

Costituisce motivo di esclusione la mancanza dei requisiti minimi di sicurezza strutturale ed operativa, eccezion fatta per le strutture che dimostrino di avere in corso le opere di adeguamento.

*I contratti con le strutture private hanno le seguenti caratteristiche:*

- sono stipulati dalla Azienda USL territorialmente competente, sulla base di uno schema-tipo predisposto dalla Regione;
- individuano la tipologia e la quantità delle prestazioni erogabili ed i rispettivi tetti di spesa;
- prevedono la remunerazione delle prestazioni a carico del SSN soltanto entro i limiti e con le modalità sopradescritte;
- prevedono le modalità dei controlli per il rispetto dell'accordo e le sanzioni da applicare in caso di inadempienza nonché gli strumenti e le procedure per dirimere eventuali controversie.
- hanno durata biennale, trascorso il quale il contratto potrà essere rinegoziato.

*In caso di mancata definizione del contratto nei termini previsti di 60 giorni per l'insorgere di difficoltà di qualsiasi natura, la Regione interviene con funzione arbitrale. Nelle more, l'Azienda USL interessata, sentita la Regione, determina provvisoriamente le prestazioni e il corrispettivo economico che mensilmente possono essere erogati.*

### D. 2.: Accordi con le strutture pubbliche – Azienda Ospedaliera Brotzu – Policlinici Universitari I.N.R.C.A.

*La definizione degli accordi negoziali con l'Azienda Ospedaliera Brotzu, con i Policlinici Universitari di Cagliari e Sassari e con l'INRCA è condotta dalla Regione con la partecipazione delle Aziende USL interessate ed è conclusa entro lo stesso termine di 60 giorni previsto per la contrattazione a livello aziendale.*

ATTIVITA' DI RICOVERO 1998

ASL	T. OSPEDALIZZAZIONE
101	164,6
102	159,8
103	176,5
104	228
105	169,6
106	151,1
107	191,7
108	170,4
109	-
TOTALI	171,4

TABELLA B

ATTIVITA' DI RICOVERO ORDINARIO + DH - 1998

ASL	T. OCCUPAZIONE
101	56,6
102	74,0
103	57,4
104	74,6
105	63,1
106	82,2
107	60,7
108	74,0
109	89,1
TOTALI	67,2

TABELLA C

ATTIVITA' DI RICOVERO ORDINARIO + DH - 1998

ASL	DEGENZA MEDIA
101	7,4
102	6,5
103	6,7
104	6,7
105	6,1
106	6,0
107	6,2
108	6,6
109	4,9
TOTALI	6,5

TABELLA D

MOBILITA' ATTIVA INFRAREGIONALE 1998

ASL	% MOBILITA'	
	RICOVERI ORDINARI	RICOVERI DH
101	15,8	8
102	8,6	16,1
103	16,5	17,6
104	2,3	1,8
105	10,1	8,4
106	14,4	19,6
107	10,9	30,2
108	32,8	36,5
109	98,8	99,3
TOTALI	28,3	41,5

MOBILITA' PASSIVA INFRAREGIONALE 1998

ASL	% MOBILITA'		
	RICOVERI ORDINARI	RICOVERI DH	
101	5,1	25,1	
102	27,5	30,8	
103	27	55,4	
104	31,8	85,3	
105	32,6	56,4	
106	68,4	87,5	
107	31,8	76,2	
108	28,7	17,9	
109	-	-	
TOTALI	27,7	40,2	

TABELLA F

MOBILITA' INFRAREGIONALE 1998

ASL	INDICE DI		
	ATTRAZIONE	FUGA	SODDISFACIMENTO
101	17,6	8,9	2
102	14,5	44,6	0,3
103	17,8	37,5	0,5
104	6,1	50,8	0,1
105	11,6	50,4	0,2
106	15,0	208,5	0,1
107	13	47	0,3
108	34	31	1,1
109	100	-	-
TOTALI	30	32,3	0,9

ATTIVITA' DI RICOVERO AL 160 x 1000

ASL	N. RICOVERI EROGABILI
101	53.991
102	19.416
103	33.765
104	9.527
105	25.269
106	23.466
107	23.223
108	76.058
TOTALI	264.715

Distribuzione percentuale delle prestazioni specialistiche  
- anno 1998 -  
(escluso USL 7)

BRANCHE SPECIALISTICHE	DI RIFERIMENTO	OSPEDALE	AMBULAT.	CONV. EST	TOTALI	TASSI/1000 ab
		%	%	%	%	
1 Allergologia		9,8	90,2	0,0	0,1	12,5
2 Anestesia		65,8	34,2	0,0	0,4	38,2
3 Cardiologia		41,3	38,1	20,6	2,6	278,9
4 Chirurgia Generale		67,8	30,0	2,2	0,7	72,0
5 Chirurgia Plastica		79,7	20,3	0,0	0,0	5,2
6 Chirurgia Pediatrica		0,0	100,0	0,0	0,0	0,1
7 Chirurgia Vascolare	Angiologia	70,6	29,4	0,0	0,1	5,9
8 Dermosifilopatia		57,9	35,6	6,6	0,7	75,4
9 Diabetologia		69,2	30,8	0,0	2,9	313,1
10 Ematologia		69,7	30,3	0,0	0,3	27,6
11 Endocrinologia		94,9	5,1	0,0	1,6	172,4
12 Gastroenterologia - Ch:	e Endoscopia Digest.	86,1	13,9	0,0	0,4	40,6
13 Geriatria						
14 Laboratorio Analisi						
15 Medicina Fisica e Riabilitazione		55,7	21,2	23,1	43,0	4607,8
16 Medicina del Lavoro		11,7	7,8	80,6	28,1	3012,4
17 Medicina dello Sport		0,0	100,0	0,0	0,0	0,0
18 Medicina Nucleare		0,0	100,0	0,0	0,1	11,2
19 Nefrologia		74,6	17,7	7,7	1,0	112,3
20 Neurochirurgia		96,8	2,8	0,4	2,8	295,7
21 Neurologia		63,7	36,3	0,0	0,1	11,6
22 Oculistica		56,7	43,3	0,0	0,5	56,8
23 Odontostomatologia - C	ir. Maxillo Fac.	18,8	73,7	7,6	1,6	172,5
24 Oncologia		21,7	44,8	33,5	1,7	184,5
25 Ortopedia - Traumatologia		86,8	13,2	0,0	0,3	29,8
26 Ostetricia - Ginecologia		67,7	23,1	9,2	1,7	183,4
27 Otorinolaringoiatria		68,1	28,9	3,0	1,0	102,6
28 Pediatria		48,1	49,2	2,7	1,1	113,5
29 Pneumologia		63,3	36,7	0,0	0,1	6,2
30 Psichiatria + neuropsichiatria		92,2	7,2	0,6	0,3	36,3
31 Radiologia Diagnostica		52,2	29,8	17,9	0,2	18,2
32 Radioterapia		54,0	14,1	31,9	4,3	465,0
33 Reumatologia		100,0	0,0	0,0	0,0	2,2
34 Urologia		27,0	73,0	0,0	0,1	5,5
35 Altro		88,3	11,7	0,0	1,0	108,2
TOTALI		99,0	1,0	0,0	1,4	146,9
		45,6	13,9	35,6	100,0	10724,6

VOLUMI MASSIMI DI PRESTAZIONI EROGABILI NEL 2000

	N° prestazioni erogabili/anno ASL n. 1	N° prestazioni erogabili/anno ASL n. 2	N° prestazioni erogabili/anno ASL n. 3	N° prestazioni erogabili/anno ASL n. 4	N° prestazioni erogabili/anno ASL n. 5	N° prestazioni erogabili/anno ASL n. 6	N° prestazioni erogabili/anno ASL n. 7	N° prestazioni erogabili/anno ASL n. 8
Prevenzione	526.473	189.306	329.207	92.892	246.372	228.790	226.426	174.158
Distrettuale								
- di cui:								
farmaceutica	1.666.973	599.469	1.042.498	294.157	780.179	724.500	717.016	2.348.298
Medicina Generale	428.554	154.115	268.008	75.623	200.572	186.258	184.334	603.712
Specialistica	3.802.994	1.367.615	2.378.308	671.083	1.779.882	1.652.858	1.635.784	5.357.352
Territoriale domiciliare	101.233	36.405	63.309	17.864	47.379	43.998	43.544	142.609
psichiatrica	33.744	12.135	21.103	5.955	15.793	14.666	14.515	47.536
riabilitazione ex-art.26	388.061	139.553	242.685	68.478	181.621	168.659	166.917	546.669
toscodipendenze	163.123	58.662	102.014	28.785	76.345	70.897	70.164	229.795
Anziani e residenziale	77.433	27.846	48.425	13.664	36.240	33.654	33.306	109.081
altra assistenza distrettuale	536.536	192.947	335.638	94.678	251.110	233.189	230.781	765.829
Ospedaliera	53.991	19.416	33.765	9.527	25.269	23.466	23.223	76.058

1° livello  
2° livello

3° livello

altri parametri di riferimento per l'assistenza ospedaliera

tasso occupazione	75%
tasso operatorio	70%
posti/letto per mille abitanti	5,5

TABELLA - ATTIVITA' DI RICOVERO OSPEDALIERO NEL 1998: TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE E INDICI DI FUGA - ATTRAZIONE

	ASL 101			ASL 102			ASL 103			ASL 104			ASL 106							
	D.H.	%	ORD.	D.H.	%	ORD.	D.H.	%	ORD.	D.H.	%	ORD.	D.H.	%	ORD.					
Pazienti assistiti nell'ASL di residenza	1721	55,4	50145	90,3	792	49,1	12742	65,7	1773	35,2	25577	68,7	159	9,4	8812	64,9	2574	39,8	17057	63,7
Pazienti assistiti in altre ASL della Regione	779	25,1	2844	5,1	497	30,8	5330	27,5	2791	55,4	10051	27,0	1442	85,3	4320	31,8	3648	56,4	8718	32,6
Pazienti assistiti in altre Regioni	608	19,6	2488	4,5	325	20,1	1298	6,7	473	9,4	1581	4,2	89	5,3	433	3,2	247	3,6	955	3,7
Pazienti assistiti all'Estero	0	0,0	56	0,1	0	0,0	17	0,1	0	0,0	32	0,1	0	0,0	9	0,1	0	0,0	20	0,1
Totale	3108	100	55533	100	1614	100	19387	100	5037	100	37241	100	1690	100	13574	100	6469	100	26780	100
Abitanti																				
TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE																				
			337444				121350				211030				59546				157931	
			164,6				159,8				176,5				228,0				189,6	
Stima dei ricoveri al tasso di 160x1000 ab.																				
Ricoveri eccedenti																				
			53991				19416				33765				9527				25269	
			1542				-29				3478				4047				1511	
Prestazioni erogate ai propri iscritti																				
Prestazioni erogate a residenti in altre ASL della Regione																				
	1721	90,7	50145	82,4	792	80,1	12742	85,5	1773	81,1	25577	82,2	159	95,2	8812	93,9	2574	91,1	17057	86,4
Prestazioni erogate a residenti in altre Regioni																				
	151	1,1	948	1,4	30	3,0	693	4,7	26	1,2	322	1,0	3	1,8	214	2,3	237	8,4	1953	10,1
Prestazioni erogate a residenti in altri Stati																				
	4	0,2	235	0,4	8	0,8	182	1,2	3	0,1	81	0,3	2	1,2	133	1,4	1	0,0	44	0,2
Prestazioni erogate a pazienti con residenza non nota																				
	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Totale	1897	100	60877	100	989	100	14895	100	2187	100	31113	100	167	100	9382	100	2827	100	19301	100
INDICE DI ATTRAZIONE																				
			17,6				14,5				17,8				6,1				11,6	
INDICE DI FUGA																				
			8,9				44,6				37,5				50,8				50,4	
INDICE DI SODDISFACIMENTO																				
			2,0				0,3				0,5				0,1				0,2	
Pazienti assistiti nell'ASL di residenza																				
	787	10,8	6406	28,9	1229	20,7	18103	65,1	27077	80,5	55146	68,1							36112	55,8
Pazienti assistiti in altre ASL della Regione																				
	6361	87,5	15156	68,4	4514	76,2	8859	31,8	6020	17,9	23229	28,7							26052	40,2
Pazienti assistiti in altre Regioni																				
	125	1,7	578	2,6	184	3,1	847	3,0	557	1,7	2470	3,0							2608	4,0
Pazienti assistiti all'Estero																				
	0	0,0	22	0,1	0	0,0	16	0,1	0	0,0	155	0,2							0	0,0
Totale	7273	100,0	22161	100,0	5927	100,0	27825	100,0	33654	100,0	81000	100,0							64772	100,0
Abitanti																				
TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE																				
			146660				145145				475364								1654470	
			151,1				191,7				170,4								171,4	
Stima dei ricoveri al tasso di 160x1000 ab.																				
Ricoveri eccedenti																				
			23466				23223				76058								264715	
			-1305				4602				4942								18786	
Prestazioni erogate ai propri iscritti																				
Prestazioni erogate a residenti in altre ASL della Regione																				
	787	80,39	6406	84,77	1229	69,4	18103	87,4	27077	82,6	55146	66,1							36112	57,6
Prestazioni erogate a residenti in altre Regioni																				
	192	19,61	1086	14,37	534	30,2	2250	10,9	15786	36,5	27363	32,8	8605	99,3	29581	98,8	26052	41,5	78508	28,3
Prestazioni erogate a residenti in altre Regioni																				
	0	0,0	57	0,8	6	0,3	315	1,5	330	0,8	776	0,9	57	0,7	307	1,0	488	0,8	3789	1,4
Prestazioni erogate a residenti in altri Stati																				
	0	0,0	8	0,1	1	0,1	39	0,2	51	0,1	198	0,2	1	0,0	32	0,1	71	0,1	952	0,3
Prestazioni erogate a pazienti con residenza non nota																				
	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	0,0	0	0,0	7	0,0	0	0,0	0	0,0
Totale	979	100	7557	100,0	1770	100,0	20707	100,0	43244	100,0	83489	100,0	8663	100,0	29927	100,0	62723	100,0	277248	100,0
INDICE DI ATTRAZIONE																				
			15				13				34				100				30	
INDICE DI FUGA																				
			208,5				47,0				31,0				0				32,3	
INDICE DI SODDISFACIMENTO																				
			0,1				0,3				1,1				0,1				0,9	