

VISTA

- la legge 23.12.1978 n. 833;
- il Decreto Legislativo 30.12.1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;
- il Decreto Legislativo 19.6.1999, n. 229;
- il D.Lgs. 18.2.2000, n. 56;
- il D.L. 18.9.2001 n. 347 convertito con modificazioni ed integrazioni dalla Legge 16.11.2001 n. 405;-
- il D.L. 15.4.2002 n. 63, convertito nella L. 15.6.2002 n. 112;
- la legge regionale n. 34 del 27.3.1995, e successive modificazioni ed integrazioni;
- la legge regionale n. 34 del 6.9.2001;
- la legge regionale n. 39 del 31.10.2001;

VISTE

la L.R. n. 12/98 e successive modifiche ed integrazioni concernente la riforma dell'organizzazione regionale;

la D.G.R. n. 11/98 con cui sono stati individuati atti rientranti in via generale nelle competenze della Giunta Regionale;

la D.G.R. n. 1148/05 e la D.G.R. n. 138/05 relative alla denominazione e configurazione dei dipartimenti regionali;

la D.G.R. n. 2017/05 con cui sono state individuate le strutture dirigenziali ed è stata stabilita la declaratoria dei compiti alle medesime assegnate;

la L.R. n. 1/06 Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione annuale e pluriennale della regione Basilicata – Legge Finanziaria 2006;

la L.R. n. 2/06 Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2006 e bilancio pluriennale per il triennio 2006-2008;

la D.G.R. n. 106 del 03/02/2006 di approvazione della ripartizione finanziaria in capitoli delle Unità Previsionali di Base del bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2006 e del bilancio pluriennale per il triennio 2006-2008;

CONSIDERATO CHE

il fenomeno delle liste di attesa è presente in tutti gli Stati dove insiste un servizio sanitario che offra un livello di assistenza avanzato, qualunque sia il modello organizzativo adottato e per il peculiare impatto che rivesta sia sull'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale da un lato, che sul diritto dei cittadini all'erogazione delle prestazioni di cui al Livelli Essenziali di Assistenza dall'altro, deve quindi costituire oggetto di un impegno comune del Governo e delle Regioni nel governo del sistema sanitario attraverso la realizzazione di un Piano Nazionale;

la complessità del problema, sia per l'impatto organizzativo sul sistema sanitario nazionale che per le conseguenze sulla definizione dei diritti dei cittadini in materia di livelli di assistenza garantiti, richiede un impegno comune per trovare le soluzioni più efficaci per il governo delle liste di attesa, con la consapevolezza che non esistono soluzioni semplici e univoche, ma vanno poste in essere azioni complesse ed articolate;

RICHIAMATI

il D.L.vo n. 124 del 29 Aprile 1998 all'art. 10 che stabiliva che le Regioni dovevano disciplinare i criteri secondo i quali i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie regionali dovevano determinare il tempo massimo che intercorre tra la data della richiesta delle prestazioni e la effettuazione delle stesse;

l'accordo sancito dalla conferenza Stato Regioni nella seduta del 14 Febbraio 2002, con il quale il Governo e le Regioni hanno convenuto sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui rispettivi tempi massimi

di attesa, ad integrazione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria già definiti con il DPCM 29-11-2001, con apposite Linee Guida adottate con il DPCM 16 Aprile 2002 "Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa";

l'accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta dell'11 Luglio 2002, con il quale il Governo e le Regioni hanno concordato il documento sui criteri per l'attuazione dell'accordo del 14 Febbraio 2002, sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sugli indirizzi applicativi sulle liste di attesa;

VISTE

la DGR 1019/99 "Programma regionale collegato agli obiettivi di carattere prioritario e di rilevanza nazionale a norma dell'art. 1, comma 34 della legge 662/96 e comma 34 bis del medesimo articolo, introdotto dall'art. 33 della Legge 27 Dicembre 1997 n. 449" con la quale la Regione Basilicata aveva definito le prime Indicazioni di tipo generale sulla problematica delle liste di attesa per le prestazioni specialistiche e strumentali, definendo azioni finalizzate alla razionalizzazione della domanda e dell'offerta, finanziando specifici progetti presentati dalle aziende Sanitarie regionali;

la D.G.R. 2525 del 30 Dicembre 2002 "DPCM 16 Aprile 2002 – Linee guida sui criteri di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa – direttiva vincolante per le aziende sanitarie ed ospedaliere" con la quale venivano recepiti gli indirizzi di cui al punto a) dell'accordo Stato-Regioni del 14 Febbraio 2002 sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa;

la DGR n. 10 del 5 Gennaio 2005 "Direttiva vincolante per i Direttori generali delle Aziende Sanitarie della Regione Basilicata in materia di accesso alle prestazioni specialistiche e strumentali finalizzata alla riduzione dei tempi massimi di attesa" con la quale la Regione Basilicata ha individuato azioni specifiche finalizzate al governo della domanda, alla ottimizzazione dell'offerta di prestazioni attraverso la corretta gestione dei processi organizzativi aziendali e all'informazione e comunicazione al cittadino;

CONSIDERATO

che tale impostazione deriva dalla consapevolezza che i tempi di attesa inadeguati, per alcune prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali, sono generati principalmente da uno squilibrio tra la crescente domanda di prestazioni e la rigidità di adeguare l'offerta delle stesse da parte delle strutture sanitarie, per cui il contenimento dei tempi di attesa trova, pertanto, risposta nella concomitante soluzione delle problematiche relative al governo della domanda e alla capacità di rimodulare l'offerta da parte delle aziende sanitarie.

RITENUTO

pertanto necessario attivare tutte le azioni atte a garantire adeguate e tempestive risposte alla domanda di prestazioni espressa dalla popolazione lucana;

STABILITO

che tale obiettivo è perseguibile solo attraverso una azione combinata per il governo della domanda e all'ottimizzazione dell'offerta di prestazioni;

PRESO ATTO

dell'intesa tra il Governo e le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 28 marzo 2006 con la quale è stato definito il Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, di cui all'art. 1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266.

CONSIDERATO CHE

il sopracitato Piano si propone di condividere un percorso per il governo delle liste di attesa finalizzato a garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi

Su proposta dell'Assessore al ramo

DELIBERA

La narrativa che precede in premessa e che si intende qui integralmente riportata è parte integrante della presente deliberazione.

1. Di approvare il Piano Attuativo regionale di contenimento delle liste di attesa per il triennio 2006-2008, allegato alla presente deliberazione per farne parte integrante e sostanziale;
2. di dare atto che il Piano Attuativo di cui al precedente punto integra e sostituisce la "direttiva vincolante per i Direttori Generali in materia di accesso alle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali finalizzata alla riduzione dei tempi di attesa" approvata con DGR n. 10 del 5 gennaio 2005;___
3. di inviare, in accordo a quanto previsto nell'Intesa tra il Governo e le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 28 marzo 2006, alla Commissione nazionale LEA il Piano Attuativo Regionale di contenimento delle liste di attesa di cui al precedente punto 1;

L'ISTRUTTORE

([Inserire Nome e Cognome])

IL RESPONSABILE P.O.

([Inserire Nome e Cognome])

IL DIRIGENTE


([Inserire Nome e Cognome])

Tutti gli atti ai quali è fatto riferimento nella premessa e nel dispositivo della deliberazione sono depositati presso la struttura proponente, che ne curerà la conservazione nei termini di legge.

PAGINA BIANCA

REGIONE BASILICATA

Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona e alla Comunità

**Piano Attuativo Regionale
per il contenimento delle liste di attesa
per il triennio 2006 – 2008**

Ai sensi dell'Intesa tra il Governo e le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 28 marzo 2006 "Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, di cui all'art. 1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266".



PAGINA BIANCA

REGIONE BASILICATA**Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla persona e alla Comunità****INDICE****1. PREMESSA****2. LA SITUAZIONE ATTUALE****2.1 QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO****2.2 ANALISI DI CONTESTO A LIVELLO REGIONALE***Contesto demografico e strutturale**Contesto regolamentare**Contesto tecnologico***3. CENTRO UNIFICATO DI PRENOTAZIONE (CUP) DELLA REGIONE BASILICATA****4. PIANO ATTUATIVO REGIONALE PER IL TRIENNIO 2006-2008****5. AZIONI PER IL GOVERNO DELLA DOMANDA****5.1 AZIONI DI CARATTERE GENERALE****5.2 PERCORSI DIFFERENZIATI DI ACCESSO****6. AZIONI PER IL GOVERNO DELL'OFFERTA****7. ELENCO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI ED OSPEDALIERE DA MONITORARE****8. TEMPI MASSIMI DI ATTESA****8.1 PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E STRUMENTALI AMBULATORIALI****8.2 PRESTAZIONI DI RICOVERO****9. MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA****9.1 PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E STRUMENTALI AMBULATORIALI****9.2 PRESTAZIONI DI RICOVERO****10. PIANO DI COMUNICAZIONE****11. ADEGUAMENTO E IMPLEMENTAZIONE FUNZIONALE DEL SIS****12. OBBLIGHI DEI DIRETTORI GENERALI****ALLEGATO - RILEVAZIONE DEI TEMPI DI ATTESA MESI DI OTTOBRE 2004 E OTTOBRE 2005**

REGIONE BASILICATA**Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla persona e alla Comunità****1. PREMESSA**

L'esigenza di far ricorso alle nuove e sempre più complesse tecnologie nella gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici di numerose patologie di frequente riscontro nella popolazione ha determinato già da alcuni anni problemi connessi all'accessibilità dei servizi sanitari.

Una delle maggiori evidenze di queste difficoltà di accessibilità è rappresentata dalla presenza di tempi di attesa per prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali non adeguati nell'ambito di numerose patologie, soprattutto quelle a carattere cronico degenerativo o oncologico.

Questo aspetto del problema costituisce uno degli impegni prioritari dei servizi sanitari di tutto il mondo industriale anche per le ricadute negative che ha non solo sulle strutture sanitarie erogatrici, ma anche, e soprattutto, sul lavoro dei medici di medicina generale (MMG) e dei pediatri di libera scelta (PLS), in quanto determina pesanti interferenze nella tempistica dei processi decisionali causando spesso incomprensioni con i pazienti, con gli specialisti e con gli addetti al servizio di prenotazione.

Per quanto sopra, la Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, con provvedimento del 28 Marzo 2006, ha sancito un'INTESA tra Governo, Regioni e Province Autonome con la quale è stato definito il Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, di cui all'art. 1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266 che fissa:

- a) l'elenco delle prestazioni diagnostiche terapeutiche e riabilitative di assistenza ambulatoriale e ospedaliera per le quali vanno fissati i tempi massimi di attesa da parte delle singole regioni entro 90 giorni;
- b) la previsione che, in caso di mancata fissazione da parte delle regioni dei tempi massimi previsti al punto a), nelle regioni interessate si applicano direttamente i parametri temporali determinati, entro 90 giorni dalla stipula della Intesa;
- c) la quota delle risorse da vincolare al perseguimento degli obiettivi previsti dal Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa;
- d) le modalità di attivazione nel Nuovo sistema informativo sanitario di uno specifico flusso per il monitoraggio delle liste di attesa;
- e) le modalità di certificazione della realizzazione degli interventi previsti dal Piano da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

Nell'Intesa è stabilito inoltre che, entro 90 giorni dalla sua adozione, le Regioni, ad integrazione ed aggiornamento di provvedimenti regionali già adottati, adottano e trasmettono al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza un Piano Regionale Attuativo sul contenimento dei tempi di attesa che garantisca i seguenti aspetti:

1. governare la domanda di prestazioni, in particolare garantendo un ricorso appropriato alle attività del SSN, anche attraverso criteri di priorità nell'accesso;
2. razionalizzare/ottimizzare l'offerta delle prestazioni da parte delle Aziende sanitarie, in considerazione sia delle effettive necessità assistenziali del territorio(bisogno) sia della domanda rilevata, ferma restando la necessità di perseguire l'obiettivo dell'appropriatezza degli accessi alle attività sociosanitarie;

REGIONE BASILICATA**Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla persona e alla Comunità**

3. gestire razionalmente il sistema degli accessi, tramite una riorganizzazione del sistema delle prenotazioni (CUP), che consenta di interfacciare in modo ottimale il complesso dell'offerta con quello della domanda di prestazioni, che sia in grado di differenziare le prestazioni per tipologia e criticità individuare i percorsi diagnostico terapeutici prioritari e definirne le modalità di gestione;
4. garantire revisioni periodiche dell'attività prescrittiva;
5. velocizzare la refertazione e la messa a disposizione dei risultati degli esami e differenziare il ruolo degli ospedali e del territorio;
6. utilizzare le opportunità di un'adeguata organizzazione della libera professione.

Il presente documento rappresenta il Piano Attuativo della Regione Basilicata redatto in attuazione di quanto previsto dalla sopra richiamata Intesa del 28 Marzo u.s. tra Governo, Regioni e Province Autonome.

2. LA SITUAZIONE ATTUALE**2.1 Quadro normativo di riferimento****Normativa Nazionale**

In questi ultimi anni sono state emanate dall'organo di governo centrale specifiche norme finalizzate alla regolamentazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali e di assistenza ospedaliera, soprattutto quelle per le quali si registrava una forte domanda e che presentavano quindi tempi di attesa inadeguati.

In tal senso il D.L.vo n. 124 del 29 Aprile 1998 all'art. 10 già stabiliva che le Regioni dovevano disciplinare i criteri secondo i quali i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie regionali dovevano determinare il tempo massimo che intercorre tra la data della richiesta delle prestazioni e la effettuazione delle stesse.

Successivamente con l'accordo sancito dalla conferenza Stato Regioni nella seduta del 14 Febbraio 2002, il Governo e le Regioni hanno convenuto sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui rispettivi tempi massimi di attesa, ad integrazione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria già definiti con il DPCM 29-11-2001, con apposite Linee Guida adottate con il D.P.C.M. 16 Aprile 2002 "Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa".

Con l'accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta dell'11 Luglio 2002, il Governo e le Regioni hanno concordato il documento sui criteri per l'attuazione dell'accordo del 14 Febbraio 2002, sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sugli indirizzi applicativi sulle liste di attesa.

Infine con lo schema di intesa tra il Governo e le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 28 marzo 2006 è stato definito il Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, di cui all'art. 1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266.

REGIONE BASILICATA**Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla persona e alla Comunità****Normativa Regionale**

La normativa regionale adottata in materia di accesso alle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali è la seguente:

- DGR 1019/99 *"Programma regionale collegato agli obiettivi di carattere prioritario e di rilevanza nazionale a norma dell'art. 1, comma 34 della legge 662/96 e comma 34 bis del medesimo articolo, introdotto dall'art. 33 della Legge 27 Dicembre 1997 n. 449"* con la quale aveva definito indicazioni di tipo generale sulla problematica delle liste di attesa per le prestazioni specialistiche e strumentali, definendo azioni finalizzate alla razionalizzazione della domanda e della offerta, finanziando specifici progetti presentati dalle aziende Sanitarie regionali
- DGR 2525 del 30 Dicembre 2002 *"D.P.C.M. 16 Aprile 2002 – Linee guida sui criteri di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa – direttiva vincolante per le aziende sanitarie ed ospedaliere"* con la quale venivano recepiti gli indirizzi di cui al punto a) dell'accordo Stato-Regioni del 14 Febbraio 2002 sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa.
- DGR n. 10 del 5 Gennaio 2005 *"Direttiva vincolante per i Direttori generali delle Aziende Sanitarie della Regione Basilicata in materia di accesso alle prestazioni specialistiche e strumentali finalizzata alla riduzione dei tempi massimi di attesa"* con la quale vengono individuate azioni specifiche finalizzate
 - al governo della domanda;
 - alla ottimizzazione dell'offerta di prestazioni attraverso la corretta gestione dei processi organizzativi aziendali;
 - all'informazione e comunicazione al cittadino.

stante che i tempi di attesa inadeguati, per alcune prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali, sono generati principalmente da uno squilibrio tra la crescente domanda di prestazioni e la rigidità di adeguare l'offerta delle stesse da parte delle strutture sanitarie, per cui il contenimento dei tempi di attesa trova, pertanto, risposta nella concomitante soluzione delle problematiche relative al governo della domanda e alla capacità di rimodulare l'offerta da parte delle aziende sanitarie.

2.2 Analisi di contesto a livello regionale**Contesto demografico e strutturale**

La Basilicata si estende su di una superficie territoriale di 9.942 Km², è costituita da 2 province (Potenza e Matera) e 131 comuni (100 in provincia di Potenza e 31 in provincia di Matera). Le aree pianeggianti rappresentano appena l'8% e risultano localizzate nella fascia orientale, in provincia di Matera; la zona del Potentino si caratterizza per la presenza della dorsale appenninica.

La popolazione residente nel 2005 è pari a 596.546 abitanti, per una densità di 60 abitanti per km², che risulta notevolmente inferiore alla media nazionale, pari a 191 abitanti per km², e rappresenta il valore di densità abitativa più basso dell'intero Mezzogiorno. La popolazione residente è concentrata soprattutto nei centri urbani (90%). Il resto si distribuisce in misura pressoché identica tra nuclei rurali e case sparse. Il 66% della popolazione risiede nella provincia di Potenza. Solo i capoluoghi di provincia, Potenza e Matera, superano i 20.000 abitanti. L'incidenza della popolazione anziana (>65 anni) è pari al 19,2% mentre il concorso del settore

REGIONE BASILICATA**Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla persona e alla Comunità**

sanità e protezione sociale all'economia regionale è pari al 5,9% del PIL totale regionale (settimo per contribuzione).

La struttura Sanitaria è composta da cinque Aziende USL, da un'Azienda Ospedaliera, da un Centro Oncologico di Riferimento e da una casa di cura privata accreditata per complessivi 17 plessi ospedalieri raggruppati in sette POU (Presidi Ospedalieri unificati). Nei servizi territoriali operano 504 Medici di Medicina Generale convenzionati (MMG), 70 Pediatri di Libera Scelta (PLS) e 410 Medici della Continuità Assistenziale (MCA). I distretti presenti sul territorio fanno riferimento ad una popolazione inferiore ai 60.000 abitanti indicati dalla normativa nazionale e sono numerosi i distretti con meno di 50.000 abitanti. In nessun caso, il distretto coincide semplicemente con la Azienda o ha una direzione unica, centralizzata a livello aziendale. La Figura 2 mostra le strutture sanitarie presenti in Regione.

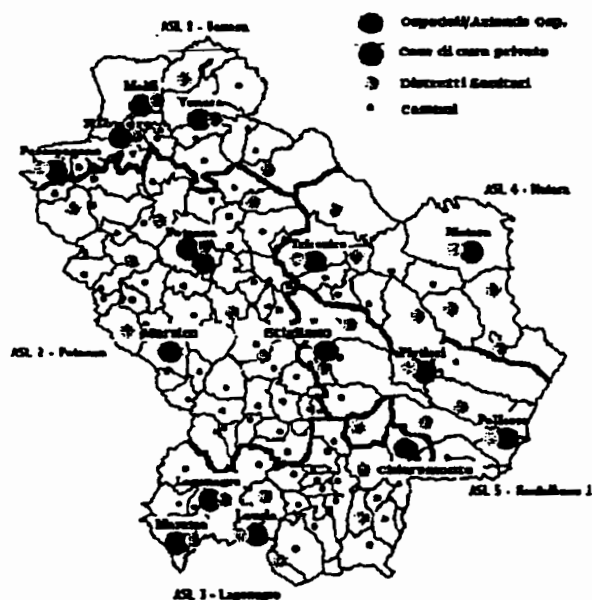


Figura 2

Relativamente all'espletamento di prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali, la tabella seguente mette in evidenza, per ciascuna Azienda Sanitaria, il numero di strutture private accreditate e il numero di UO pubbliche, con indicazione dei volumi di prestazione prodotte e del fatturato, presenti sul territorio (dati 2005).

REGIONE BASILICATA
Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla persona e alla Comunità

	Anno 2005								
	Pubblica			Privato			Totali		
	Num. U.O.	Num. Prestazioni erogate	Fatturato	Num. Strutture accreditate	Num. Prestazioni erogate	Fatturato	Num. UO e Strutture	Num. Prestazioni erogate nel pubblico e privato	Fatturato
Asl1	443	698.417	7.056.542	20	472.636	3.267.990	463	1.171.053	10.324.532
Asl2	209	168.761	2.183.852	8	1.218.970	8.559.236	217	1.387.731	10.743.089
Asl3	292	461.183	6.144.602	11	339.966	1.987.993	303	801.149	8.132.595
Asl4	225	623.604	9.118.675	4	702.405	5.391.247	229	1.326.009	14.509.922
Asl5	240	625.414	6.838.787	11	261.534	1.470.020	251	886.948	8.308.807
Crob	63	318.144	7.482.248				63	318.144	7.482.248
San Carlo	284	792.396	10.369.180				284	792.396	10.369.180
	1.756	3.687.919	49.193.886	54	2.995.511	20.676.487	1.810	6.683.430	69.870.373

Relativamente ai ricoveri ospedalieri, la tabella seguente mette in evidenza il volume dei ricoveri effettuati nell'anno 2005 nelle strutture regionali.

A.S.L.	Ordinari	DH	Totali
A.S.L. 1	9.648	7.758	17.406
A.S.L. 2	6.300	1.792	8.092
A.S.L. 3	6.229	4.388	10.597
A.S.L. 4	13.303	6.439	19.742
A.S.L. 5	8.738	2.517	11.255
A.O. S. Carlo	27.648	13.552	41.200
C.R.O.B.	2.335	1.725	4.060
Totali	74.201	38.151	112.352

Con riferimento alle prestazioni indicati nell'Intesa, la rilevazione dei tempi di attesa per le seguenti prestazioni:

- ecografia addome;
- ecocolordoppler;
- esofagoduodenoscopia;
- RM cerebrale;
- RM della colonna;
- TAC del capo;
- TAC dell'addome;
- Visita cardiologia;
- Visita oculistica;
- Visita ortopedica.

effettuata nelle aziende regionali nei mesi di ottobre 2004 e Ottobre 2005, è riportata in Allegato.

REGIONE BASILICATA**Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla persona e alla Comunità****Contesto regolamentare**

Dall'esame della normativa regionale in materia si evince che la Regione Basilicata, già dal mese di Gennaio 2005, ha provveduto, con propria deliberazione n. 10, ad emanare una Direttiva vincolante per Le Aziende Sanitarie e Ospedaliere finalizzata al contenimento dei tempi di attesa. Relativamente agli adempimenti in essa contenuta, di seguito elencati, si fa presente che quasi tutte le aziende regionali hanno adempiuto a tutti gli obblighi previsti.

Tipologia di attività	
1	Costituzione dei gruppi di lavoro "Ospedale-Territorio"
2	Individuazione del Referente del gruppo di lavoro "Ospedale-Territorio"
3	Documenti del gruppo di lavoro "Ospedale-Territorio"
4	Piano Aziendale delle attività Ambulatoriali
5	Relazione stato di attuazione del Piano Aziendale delle attività Ambulatoriali al 30 Aprile 2005

Inoltre, ai fini della verifica e valutazione delle attività svolte dalle aziende sanitarie e ospedaliere regionali, la Regione Basilicata con la Determina Dirigenziale n. 344 Del 9-03-2006 ha proceduto alla costituzione del "Tavolo regionale dei tempi di attesa" previsto dal punto 1-B della DGR 10/2005, composto da dirigenti regionali, dai referenti individuati dalle aziende sanitarie, nell'ambito dei gruppi aziendali Ospedale - Territorio, e da rappresentanti delle società scientifiche, che ha già provveduto alla valutazione dei documenti predisposti dai gruppi di lavoro aziendali ai fini della individuazione di provvedimenti unici a valere su tutto il territorio regionale

REGIONE BASILICATA**Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla persona e alla Comunità****Contesto tecnologico**

Con riferimento agli aspetti tecnologici, il presente Piano attuativo sul contenimento dei tempi di attesa si inserisce in un quadro abbastanza maturo di sanità elettronica in Basilicata caratterizzato da un'ampia copertura degli aspetti gestionali e dalla presenza di numerose iniziative in corso (progetto di refertazione elettronica: BAS-REFER, integrazione CUP, Telemedicina, ADI, ecc) confluenti tutte nel Sistema Informativo Sanitario Regionale.

Dal punto di vista dell'infrastruttura hardware, software e di rete, preposta all'erogazione dei servizi informatici a livello regionale, la rete regionale RUPAR assicura attualmente l'interconnessione a larga banda di tutte le ASL e le strutture ospedaliere.

Associato al sistema di rete, il sistema hardware è caratterizzato da nodi principali dislocati presso ciascuna struttura sanitaria, inoltre ciascun nodo regionale presenta dotazioni server adeguate a supportare le funzionalità applicative verticali.

Le applicazioni che vengono utilizzate a livello centrale dipartimentale e periferico (cioè presso le AO ed ASL) seguono anch'esse una logica territoriale e di rete. Ciò è reso possibile grazie all'impianto contrattuale adottato nella maggior parte dei contesti di fornitura, che, in linea con quanto previsto nel vigente Piano Sanitario Regionale, prevede un rapporto convenzionato tra società produttrici e il Dipartimento, il quale a sua volta si fa carico di coprire le esigenze informative delle strutture sanitarie.

Ciò offre diversi vantaggi, tra cui principalmente una uniformità sinergica tra le funzioni applicative ed un maggiore controllo della spesa (sia perché direttamente scalata su economie pluri-ente, che in quanto maggiormente controllata e gestita da una entità univoca).

Si elencano, di seguito, i principali sistemi applicativi (associati all'ambito funzionale coperto) che rispondono attualmente a tale situazione contrattuale:

- > CUP (Centro Unico Regionale di Prenotazione delle prestazioni specialistiche),
- > AIRO (sistema di gestione dell'accettazione e dimissione ospedaliera, Pronto Soccorso, Ricoveri e Refertazione),
- > Anagrafe Sanitaria,
- > CEA (sistema di gestione dei Centri Esterni Accreditati),
- > Controllo di Gestione e di Produttività Ospedaliera,
- > Gestione degli Invalidi Civili,
- > Protesica,
- > BASMed (sistema per la gestione degli studi medici di MMG).

Altre applicazioni rientrano in una analoga gestione territoriale (per ragioni che le hanno viste nascere contrattualmente in modo omogeneo rispetto alle varie aziende sanitarie), come ad esempio l'ADI (sistema per la gestione dell'assistenza domiciliare in corso di sperimentazione presso 3 ASL regionali), le applicazioni ospedaliere di Contabilità e Magazzino Farmacia, ed altre.

In figura 1 è rappresentato il quadro riepilogativo dei processi di interazione tra i vari sistemi, che hanno un impatto diretto sul circuito di assistenza sanitaria: Assistito, Medico di base, Struttura sanitaria e Regione, e quindi che risultano d'interesse per il progetto RMMG.

REGIONE BASILICATA
Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla persona e alla Comunità

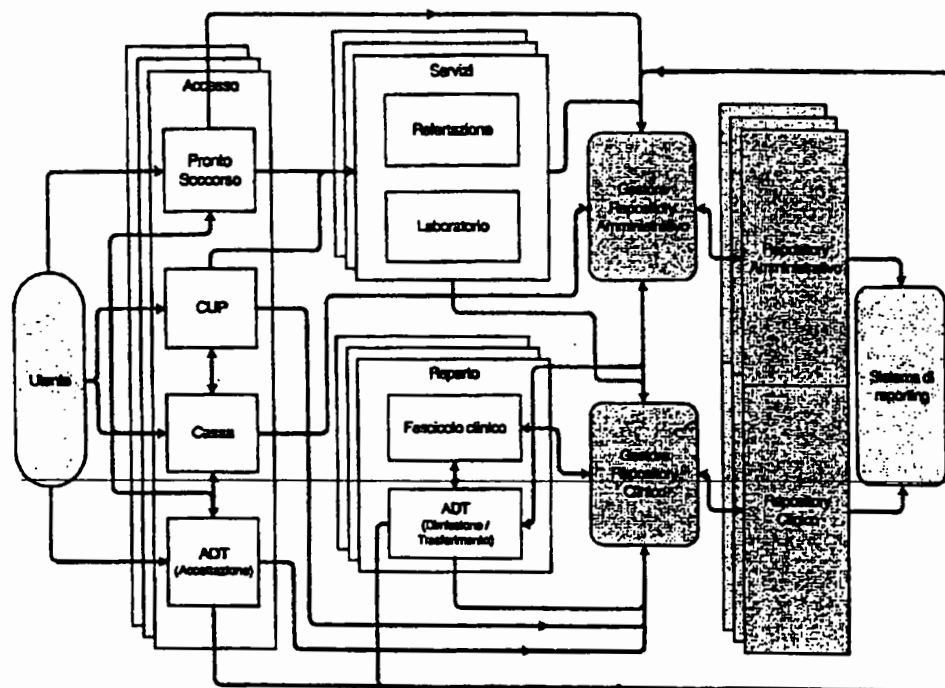


Figura 1. Il processo d'interazione

Il circuito informativo viene completato con l'integrazione al sistema dei Centri Esterni Accreditati, al sistema di gestione dell'Assistenza Domiciliare, al sistema Vaccinale, al sistema di gestione della Protesica e a quello di rilevazione delle prescrizioni farmaceutiche (circuito MARNO).

Si sottolinea che il repository di raccolta dei dati clinico-amministrativi è già attualmente l'elemento centrale che raccoglie le informazioni provenienti dai sistemi verticali e le distribuisce secondo logiche differenziate in base al profilo d'uso e di accesso (controllo di gestione e contabilità analitica/generale, epidemiologia e verifica dei livelli di cura e appropriatezza, indagine epidemiologica, etc.).

Di seguito si descrivono i principali progetti attivati nell'area Sanitaria che risultano d'interesse per il presente Piano.

Attivazione dei Centri Unificati di Prenotazione delle Aziende Sanitarie Locali (CUP Aziendali).

L'obiettivo di tale progetto era quello di rendere prenotabili presso le diverse sedi delle Aziende Sanitarie dislocate sul territorio regionale tutte le prestazioni che vengono assicurate dai relativi Presidi ospedalieri, distretti e sub-distretti. Inoltre da ogni punto di prenotazione era possibile gestire le operazioni contabili correlate a tali prenotazioni (pagamento dei ticket sanitari).

REGIONE BASILICATA**Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla persona e alla Comunità**

L'ambito territoriale dell'intervento è quello delle singole ASL e non era possibile alcuna interazione tra strutture di Aziende Sanitarie diverse.

A partire dal 1998 tutte le Aziende Sanitarie ed Aziende Ospedaliere di Basilicata hanno attivato il proprio sistema di prenotazione delle prestazioni.

Realizzazione del Centro Unificato di Prenotazione Regionale (CUP Regionale)

Al fine di rendere sempre più capillare l'accesso ai servizi offerti dalle Aziende Sanitarie e consentire l'interazione dell'utenza con tutte le strutture pubbliche eroganti prestazioni indipendentemente dall'ambito territoriale di competenza, la Regione, successivamente all'avvio da parte delle AA.SS.LL. dei relativi Centri Unificati di Prenotazione, ha avviato un progetto di federazione dei CUP aziendali. Gli obiettivi che tale progetto si prefiggeva erano:

- consentire agli utenti di poter prenotare prestazioni e pagare il relativo ticket presso una qualsiasi delle strutture eroganti presenti sul territorio regionale, indipendentemente dal sito presso il quale viene richiesto il servizio;
- distribuire in maniera capillare i punti di prenotazione sul territorio regionale coinvolgendo nell'esecuzione del servizio di prenotazione tutte le farmacie e MMG presenti sul territorio regionale. In tal modo al termine del progetto veniva garantito almeno un punto di prenotazione su gran parte dei comuni della regione con concreti benefici per gli utenti dei servizi sanitari.

Dal mese di Marzo 2004 è stato attivato il Centro Unificato di Prenotazione Regionale (CUP Regionale) finalizzato a consentire l'interoperabilità dei centri di prenotazione delle ASL e delle Aziende Ospedaliere, l'interscambio informativo tra le Aziende Sanitarie ed i centri esterni accreditati (relativamente alle prestazioni ambulatoriali eseguite presso i medesimi centri) e la gestione dell'esenzione dal Ticket Sanitario da parte degli assistiti.

L'attivazione del CUP regionale ha consentito di avviare un Call Center CUP, raggiungibile al numero telefonico 848.821.821, unico a livello regionale per la prenotazione telefonica delle prestazioni specialistiche in qualsiasi struttura sanitaria della regione.

Il Call Center CUP si occupa della prenotazione, disdetta e riprenotazione delle prestazioni sanitarie, fornisce informazioni relative alla normativa su ticket ed esenzioni, informazioni sul sistema sanitario regionale e nazionale aiutando l'utenza ad orientarsi verso le strutture sanitarie del territorio.

Il servizio, attivo dal marzo 2004, è stato inizialmente avviato sperimentalmente sulle sole prestazioni erogate dall'Ospedale San Carlo di Potenza per arrivare, nel luglio dello stesso anno, a coinvolgere le ASL e le altre strutture ospedaliere del territorio lucano.

Se si mettono a confronto i numeri totali delle prenotazioni effettuate presso gli sportelli CUP delle strutture sanitarie della regione con quelle effettuate attraverso il canale Call Center CUP si nota che, dal 2004 al 2006, si è registrato, a testimonianza del gradimento del servizio da parte dei cittadini, un costante incremento delle prenotazioni effettuate via CUP regionale che sono passate dal 14,13% del totale delle prenotazioni regionali di fine 2004 al 52,30% di Febbraio 2006 con picchi di 320 contatti l'ora e con una media oraria giornaliera di 261 contatti¹.

¹ Dati mese di febbraio 2006