

ALLEGATO A

DISCIPLINARE TECNICO SULLE MODALITÀ DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E STRUMENTALI AMBULATORIALI

PAGINA BIANCA

PREMESSA

Con la DGR n. 1189 del 8/8/2011 la Giunta Regionale ha approvato il Piano Attuativo regionale per il contenimento delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, definendo gli obiettivi che le Aziende Sanitarie devono perseguire per il contenimento dei tempi di attesa, aggiornando la DGR n. 907 del 19/06/2006.

Per portare a compimento le azioni previste dalla DGR n. 907/2006 la Giunta Regionale ha individuato, con la DGR n. 1961 del 19/12/2006, i criteri per la gestione delle procedure previste dal sistema di prenotazione e cassa (CUP) al fine di uniformare le modalità di accesso alle prenotazioni e le modalità di erogazione delle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali da parte delle strutture sanitarie accreditate della Regione Basilicata.

Il CUP (Centro Unificato di Prenotazione), sistema centralizzato informatizzato di prenotazione delle prestazioni sanitarie ed il Call Center Unico regionale di prenotazione, a regime dal Gennaio 2005, consentono di ridefinire l'intero processo assistenziale a livello regionale.

Per il raggiungimento degli obiettivi fissati dalla DGR n. 1189/2011, il presente disciplinare, in sostituzione della DGR n. 1961 del 19/12/2006, ottimizza i criteri di accesso alle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali, di seguito indicate "prestazioni ambulatoriali" ed analizza le seguenti tematiche:

- Centro Unificato di Prenotazione regionale per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali;
- Modalità di accesso alle prestazioni ambulatoriali;
- Criteri per la gestione delle U.O. e delle Agende CUP di prenotazione.

1. CENTRO UNIFICATO DI PRENOTAZIONE (CUP)

L'attivazione di un sistema informativo regionale per le attività specialistiche ambulatoriali consente la valutazione di tali attività non solo ai fini economici di finanziamento ma anche per finalità epidemiologico - cliniche e per finalità organizzativo - gestionali.

La Regione Basilicata con la realizzazione del "Centro Unificato di Prenotazione (CUP) Regionale delle prestazioni sanitarie" (DGR n. 2268 del 27/07/1998) ha avviato e portato a termine il programma per la realizzazione del CUP Regionale, inteso come federazione dei CUP aziendali, che, a seguito della LR n. 12/2008, comprende le Aziende Sanitarie Locali di Potenza e Matera, l'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo e l'I.R.C.C.S. - CROB di Rionero.

La realizzazione del CUP regionale è stata avviata nel 1998 mettendo a disposizione delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere un prodotto software progettato e sviluppato per la Regione Basilicata da una azienda esperta nel settore.

Il Centro Unificato di Prenotazione regionale fa sì che tutte le Aziende Sanitarie e Ospedaliere regionali, anche se autonome nella gestione delle proprie attività ambulatoriali, siano in grado di integrarsi tra loro attraverso la rete geografica regionale, così da permettere:

1. di migliorare l'accessibilità alle strutture sanitarie regionali attraverso una rete capillare di sportelli CUP di prenotazione, cassa e ritiro referti ubicati negli ospedali, nelle strutture distrettuali di II° e I° livello o presso le farmacie e/o parafarmacie convenzionate dislocate sul territorio regionale, presso gli ambulatori dei MMG e PLS e tramite il portale di BasilicataNet, nell'area servizi on-line;
2. di prenotare da qualsiasi sportello CUP tutte le prestazioni ambulatoriali erogate dalle strutture sanitarie presenti sul territorio regionale;

3. di effettuare il pagamento presso qualsiasi sportello CUP delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie regionali, definendo criteri di compensazione tra le Aziende che permettano all'utente di pagare in un'unica soluzione anche prestazioni erogate da aziende differenti¹;
4. di convogliare i dati statistici di attività ambulatoriale delle singole Aziende sanitarie su un unico server regionale, attraverso la rete geografica regionale;
5. di garantire a livello regionale la gestione delle attività ambulatoriali, dei tempi di attesa, delle procedure di finanziamento nonché dell'organizzazione delle attività per l'integrazione delle strutture erogatrici;
6. di effettuare analisi statistiche, mediante specifici indicatori, al fine di governare l'accesso alle prestazioni ambulatoriali;
7. di consentire il costante monitoraggio dei tempi di attesa;
8. di gestire l'attività di overbooking sulle agende di prenotazione e di effettuare la pulizia delle stesse in maniera centralizzata con particolare riferimento alle prestazioni ad alta complessità/costo;
9. di gestire la disdetta, la modifica della data di prenotazione al fine di ottimizzare l'utilizzo delle agende;
10. di consentire la prenotazione differenziata per Classi di Priorità/Percorso Diagnostico Terapeutico in rapporto alla gravità clinica del paziente.

Il CUP unico regionale, facilitando e migliorando l'accesso dell'utenza ai servizi, gestisce le richieste di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali da erogare presso le strutture sanitarie regionali, in linea con quanto previsto nel documento "Sistema CUP - Linee Guida Nazionali" di cui all'Intesa sancita dalla Conferenza Stato - Regioni nella seduta del 29/04/2010, recepita con la DGR n. 2266 del 29/12/2010.

Il sistema CUP contribuisce a contrastare il fenomeno della mobilità sanitaria passiva fuori regione, indirizzando il cittadino verso quelle strutture sanitarie regionali che garantiscano l'accesso alle prestazioni richieste nel minor tempo possibile. È noto, infatti, che una delle cause della migrazione sanitaria è legata all'impossibilità da parte dell'utente di usufruire di prestazioni in regime ambulatoriale, in tempi brevi e presso le strutture sanitarie della propria Azienda/Regione.

2. MODALITÀ DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Al fine di uniformare il *modus operandi* degli erogatori regionali, tenuto conto anche delle diverse possibili modalità di accesso alle prestazioni sanitarie da parte degli utenti (telefonica, sportelli CUP, Farmacie e/o parafarmacie, studi dei Medici di medicina Generale e dei Pediatri di

¹ In tali casi è necessario consegnare la ricetta originale all'ambulatorio/struttura/azienda in cui si effettua la prima prestazione e la fotocopia della ricetta e della fattura di pagamento all'ambulatorio/struttura/azienda in cui si effettuano le prestazioni successive. La procedura CUP deve consentire la memorizzazione dello sportello presso cui viene effettuato il pagamento delle prestazioni prenotate (farmacie, poste, tabacchi, online etc.) e viene consegnato il referto.

Libera Scelta, strutture private accreditate²) si definiscono i criteri di accesso alle prenotazioni delle prestazioni e le regole a cui le Aziende Sanitarie ed ospedaliere si devono attenere nell'erogazione delle stesse.

L'integrazione dei sistemi CUP Aziendali attraverso il sistema centralizzato di prenotazione telefonica (Call Center) o anche direttamente tramite gli sportelli CUP più periferici, è **garantita dall'individuazione e condivisione di comportamenti omogenei** tra le Aziende Sanitarie in merito ad alcuni aspetti procedurali del sistema di prenotazione ed erogazione delle prestazioni ambulatoriali, di seguito indicate:

- a) per accedere alla prenotazione delle prestazioni ambulatoriali erogate dalle strutture sanitarie regionali, l'utente deve essere in possesso della richiesta di prescrizione esclusivamente sul *ricettario regionale (ricetta rossa)*, rilasciata dal Medico di Medicina Generale, dal Pediatra di libera scelta, da uno specialista ospedaliero o convenzionato interno (SUMI) e dovrà obbligatoriamente fornire agli operatori il numero della ricetta;
- b) l'utente può *accedere alle prenotazioni* (telefoniche e presso gli sportelli CUP) *anche senza ricetta regionale* esclusivamente per le *prestazioni ad accesso diretto* (art. 24, comma 2 del DPR n. 314/90 ed art. 51, comma 6 dell'Accordo Collettivo generale dei Medici di Medicina Generale ACN del 20/01/2005) erogabili presso le strutture sanitarie regionali relativamente alle branche specialistiche di seguito indicate:
 - Ostetricia e Ginecologia;
 - Pediatria, limitatamente agli assistiti che non hanno scelto l'assistenza pediatrica di base;
 - Oculistica, limitatamente all'esame del visus;
 - Odontoiatria;
 - Psichiatria e Neuropsichiatria Infantile;
- c) il medico che *eroga la prestazione ad accesso diretto* è tenuto alla *prescrizione su ricettario regionale* della prestazione prenotata ai fini del pagamento della quota di compartecipazione alla spesa (es. Dialisi etc.);
- d) il medico prescrittore deve indicare sulla ricetta il quesito diagnostico secondo la classificazione ICD9-CM3;
- e) per inserire la richiesta di prenotazione nelle liste di attesa dedicate alle classi di priorità, l'utente deve comunicare all'operatore CUP la classe di priorità relativa alla prestazione, se indicata sulla ricetta, come disciplinato nel "Manuale Classi di Priorità" approvato con DGR n. 1896 del 28/12/2007 e s.m.i.;
- f) all'atto della prenotazione, gli operatori CUP devono comunicare all'utente, in prima istanza, il primo posto libero estrapolato dall'intera offerta disponibile nell'ambito territoriale regionale, secondo i criteri di scorrimento temporale senza discontinuità e, qualora l'utente ne faccia richiesta, le ulteriori disponibilità, lasciando allo stesso utente la possibilità di scegliere la

² Per le strutture private accreditate il servizio di prenotazione a cassa è possibile per le prestazioni autorizzate e contrattualizzate.

³ La Classificazione internazionale delle malattie (ICD) è un sistema di classificazione nel quale le malattie e i traumatismi sono ordinati per finalità statistiche in gruppi tra loro correlati. La classificazione ICD-9-CM viene utilizzata per la codifica delle informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO), contiene oltre undicimila codici finali di diagnosi e oltre tremila codici finali di procedure.

struttura dove eseguire la prestazione⁴; al fine di successive verifiche, il sistema CUP deve tenere traccia della scelta operata dall'utente, anche attraverso un confronto con la prima offerta prospettata;

- g) all'atto della prenotazione, gli operatori CUP devono gestire la richiesta di prestazioni multiple⁵ nell'interesse dell'utente;
- h) qualsiasi struttura sanitaria regionale *deve necessariamente rilevare*, anche tramite la Tessera Sanitaria, il codice fiscale per tutti gli utenti, inoltre, per i residenti fuori regione, deve allegare alla ricetta la fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità attestante la residenza del paziente;
- i) le certificazioni e le refertazioni rilasciate dalle strutture sanitarie regionali pubbliche e private accreditate sono equiparate;
- j) in caso di presenza, sulla stessa impegnativa, di prestazioni esenti e non esenti⁶, di prestazioni appartenenti a branche specialistiche diverse⁷, di più di otto prestazioni appartenenti alla stessa branca, escluso i prelievi⁸, la struttura prenotante rilevata l'incongruenza, deve procedere comunque alla prenotazione delle prestazioni. L'operatore non dovrà procedere all'incasso delle stesse ed inviterà l'utente a presentarsi, prima dell'erogazione/ritiro referto delle prestazioni prenotate/erogate, con le impegnative riportanti le prestazioni correttamente distribuite e riformulate dai MMG/PLS. Per regolarizzare la registrazione, l'operatore dovrà richiamare la ricetta prenotata (ricetta non corretta) che l'utente dovrà allegare alle impegnative riformulate. A tale riguardo, il DM del 18/03/2008, in materia di trasmissione telematica dei dati delle ricette, per non scartare le ricette con codice identico, ha previsto la possibilità di avvalorare il campo "ALTRO", con il valore "V" (ricetta virtuale), tale campo consentirà la gestione dei casi sopra citati;
- k) nel caso di prestazioni ambulatoriali non cicliche, ad eccezione delle prestazioni di fisioterapia e rieducazione funzionale, si suggerisce di prescrivere su un'unica ricetta un numero di prestazioni il cui importo totale non superi la quota di compartecipazione eventualmente dovuta dall'utente, al netto delle eventuali quote fisse dovute. Ad esempio, è possibile prescrivere in una ricetta:
 - al massimo otto medicazioni (con codice ministeriale 96.59 e costo € 3,87) per un costo totale (ticket) di € 30,96;
 - una unica infiltrazione (con codice ministeriale 81.92 e costo € 27,89);

⁴ L'operatore dovrà biffare il campo "Garanzia dei Tempi massimi" opportunamente inserito nella Procedura CUP nel caso in cui l'utente non scelga la struttura erogante con i tempi di attesa più bassi. In tale caso, la prestazione non sarà considerata ai fini del monitoraggio dei tempi di attesa, il SSR non è, in tali casi, tenuto a garantire i tempi massimi di attesa previsti. Le linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei Tempi di attesa, in modalità ex-post, ex Art. 50 della Legge n. 326/2003, prevedono che la valorizzazione di tale campo è obbligatoria solo per il primo accesso e per le classi di priorità B e D.

⁵ Per prestazioni multiple si intendono quelle prescritte sulla stessa ricetta o su ricette diverse ma richieste nello stesso momento.

⁶ Per consentire la registrazione delle prestazioni da prenotare, la procedura CUP dovrà gestire l'inserimento della ricetta duplicata valorizzando il campo ALTRO e l'operatore, dovrà associare le prestazioni esenti e non esenti alle rispettive ricette.

⁷ Per consentire la registrazione delle prestazioni da prenotare, la procedura CUP dovrà gestire l'inserimento della ricetta duplicata valorizzando il campo ALTRO e l'operatore dovrà associare le prestazioni per branca a ciascuna ricetta.

⁸ Per consentire la registrazione delle prestazioni da prenotare, la procedura CUP dovrà gestire l'inserimento della ricetta duplicata valorizzando il campo ALTRO e l'operatore dovrà associare le prestazioni alle ricette, rispettando il numero massimo di otto per ricetta.

- al massimo tre infusioni di ferro (con codice ministeriale 99.10.5 e costo € 9,3) per un costo totale (ticket) di € 27,9;
- l) nel caso di prestazioni ambulatoriali cicliche, erogabili all'interno di un unico ciclo di trattamento, ogni struttura erogante può definire diverse modalità di prenotazione/programmazione; si deve prenotare tramite procedura CUP almeno il primo accesso al ciclo e le ulteriori sedute saranno programmate/organizzate dal servizio che riceve il paziente in trattamento garantendone la corretta schedulazione, rendicontazione e monitoraggio, nel rispetto della normativa di riferimento (numero delle sedute per ciclo etc.);
- m) le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, entro 15 (quindici) giorni dall'adozione del presente Disciplinare, devono sottoporre all'approvazione regionale le prestazioni che, per la particolare complessità, non possono essere prenotate tramite il Sistema CUP fornendo ogni utile informativa da comunicare all'utente; tale elenco è suscettibile di revisione periodica;
- n) il Sistema CUP deve consentire l'utilizzo di modelli/stampati univoci e deve garantire uniformità delle modalità di preparazione degli esami, concordati con gli specialisti del settore;
- o) il Sistema CUP deve consentire la gestione delle agende per Percorsi diagnostico-terapeutici, in particolare l'inserimento delle prestazioni afferenti a tali percorsi in liste di attesa distinte (es. controlli specialistici, prestazioni o accertamenti diagnostici successivi alla prima visita, protocolli di cura). Il sistema per gestire separatamente le prime visite e le prestazioni diagnostico-terapeutiche dai successivi accessi, deve:
 - distinguere i posti assegnati alle diverse tipologie di accesso;
 - gestire i pazienti in lista in maniera distinta;
 - prevedere, per i posti vacanti e per ottimizzare e minimizzare i tempi morti, meccanismi di trasformazione di posti dalle prime visite e prestazioni diagnostico-terapeutiche nei successivi accessi e viceversa;
 - distinguere, se previsti, i posti riservati a specifici percorsi;
 - rilevare separatamente, i tempi di attesa assegnati alle diverse tipologie di utenti.

In ogni caso, le strutture erogatrici sono invitate a trovare soluzioni *univoche e valide* per tutto il territorio regionale, atte a favorire l'erogazione della prestazione tali da minimizzare i disagi dell'assistito, nel rispetto di quanto sopra e di quanto previsto dall'art. 16 della Legge Regionale n. 20 del 6/08/2008⁹ e dalla normativa nazionale.

Le strutture sanitarie/erogatrici devono fornire supporto ai punti di prenotazione ed erogazione, comunicando ogni utile informazione (variazioni dell'offerta sanitaria e delle procedure di prenotazione/erogazione ad esempio l'apertura ed estensione delle agende, attivazione di nuove prestazioni in prenotazione, variazione della normativa, etc.)

Per quanto concerne la corretta individuazione delle prestazioni ambulatoriali richieste dall'utente è necessario esplicitare quanto segue¹⁰:

⁹ Il comma 1 dell'art. 16 della LR n. 20/2008 stabilisce: *"le Aziende del Servizio Sanitario Regionale garantiscono facilitazioni per l'accesso dei disabili, affetti da invalidità totale con accompagnamento, alle strutture sanitarie erogatrici di prestazioni diagnostiche e terapeutiche - mediche e chirurgiche - di tipo ambulatoriale e/o in day surgery"*.

¹⁰ L'operatore al momento della prenotazione della visita/prestazione strumentale, dovrà biffare il campo "primo accesso" opportunamente inserito nella Procedura CUP. Nel caso in cui il medico prescrittore non specifichi sulla ricetta la tipologia di accesso (primo o successivo), sarà la procedura CUP a verificare la tipologia di accesso considerando come arco temporale di riferimento l'anno precedente alla data di prenotazione.

- I) **prima visita e visita successiva¹¹**: la prima visita è quella in cui il problema del paziente viene affrontato per la prima volta ed in cui viene predisposta una documentazione scritta (cartella clinica o scheda paziente); analogamente sono considerate prime visite quelle effettuate nei confronti dei pazienti noti, affetti da malattie croniche, che presentino una fase di riacutizzazione tale da rendere necessaria una rivalutazione diagnostica terapeutica complessiva. La visita successiva o di controllo rappresenta la visita in cui un problema, già noto, viene rivalutato e la documentazione scritta esistente viene aggiornata o modificata, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto alla prima visita. Nell'ipotesi che il paziente si presenti nell'ambulatorio di una struttura sanitaria per la prima visita e nell'ambulatorio di un'altra struttura per il controllo, queste visite sono entrambe prime visite, anche se riguardano lo stesso problema, a meno che la visita venga effettuata dallo stesso specialista, in tal caso si tratta di visita di controllo. Viceversa, se, nell'ambito della stessa struttura sanitaria, un paziente viene visitato per lo stesso problema da due medici diversi in tempi diversi, non si possono considerare due prime visite (la cartella clinica/scheda paziente è già presente);
- II) **prima prestazione strumentale e prestazione strumentale di controllo**: la prima prestazione strumentale è quella in cui il problema del paziente viene affrontato per la prima volta ed in cui viene predisposta una documentazione scritta (cartella clinica o scheda paziente); analogamente sono considerate prime prestazioni quelle effettuate nei confronti dei pazienti noti, affetti da malattie croniche, che presentino una fase di riacutizzazione tale da rendere necessaria una rivalutazione complessiva. La prestazione strumentale successiva o di controllo si prefigura nei casi in cui un problema, già noto, viene rivalutato e la documentazione scritta esistente viene aggiornata o modificata, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto al primo esame. Nell'ipotesi che il paziente si presenti nell'ambulatorio di una struttura sanitaria per il primo esame e nell'ambulatorio di un'altra struttura per il controllo, questi esami sono da considerarsi entrambi primo esame, anche se riguardano lo stesso problema, ad eccezione delle prestazioni i cui referti sono visibili a livello regionale tramite la procedura RIS-PACS e del caso in cui la prestazione venga effettuata dallo stesso specialista. Viceversa, se, nell'ambito della stessa struttura sanitaria, un paziente viene visitato per lo stesso problema da due medici diversi in tempi diversi, non si possono considerare due primi esami;
- III) il medico specialista della struttura sanitaria pubblica erogante, ove ritenga necessarie ulteriori indagini diagnostiche o controlli per poter fornire adeguata risposta al quesito diagnostico formulato dal medico curante, deve compilare le relative richieste sul ricettario regionale;
- IV) nel caso in cui, all'atto della dimissione, si ritenga utile prescrivere ulteriori indagini diagnostiche o controlli, le prescrizioni delle prestazioni che non rientrano nella post-ospedalizzazione devono essere formulate su ricettario regionale;

¹¹ La circolare del Ministero della Salute n. 13 del 13/12/2001, recepita con DGR n. 674 del 14/04/2010, stabilisce, relativamente alla Visita specialistica, che "La prestazione "89.01 Anamnesi e valutazione definite brevi - Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima", come definita dal decreto ministeriale 22 luglio 1996, corrisponde alla visita specialistica di controllo. Per i soggetti esenti le visite necessarie a monitorare la malattia devono intendersi quali visite di controllo identificate dal codice 89.01. Pertanto, l'assistito esente ai sensi del DM n. 329/1999 e successive modifiche ha diritto alle "visite" specialistiche di controllo necessarie al monitoraggio della malattia e delle sue complicanze e alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti, anche se accede per la prima volta ad una struttura e/o ad una disciplina specialistica diversa da quella di riferimento per la diagnosi della malattia esente. Qualora l'assistito debba effettuare una visita non riferita alla malattia esente o alle sue complicanze è tenuto a partecipare al costo della prestazione secondo le disposizioni vigenti".

- V) ai fini della prenotazione delle prestazioni ambulatoriali, le ricette regionali non hanno scadenza temporale ma hanno validità fino all'effettuazione delle stesse;
- VI) ai fini dell'esenzione dal pagamento della quota di compartecipazione alla spesa¹², le autocertificazioni, stampate dal sistema CUP oppure, nel caso di accesso diretto fornite dall'ambulatorio, devono essere firmate dall'utente che deve allegare copia fronte-retro di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Per le prestazioni, segnalate dalle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, la cui effettuazione genera equivoci e comportamenti difformi sul territorio (vedi modalità di erogazione, costo della prestazione ecc), la Regione, sentito il tavolo tecnico dei referenti CUP, provvede a formulare opportune note esplicative sui comportamenti che le strutture eroganti devono assumere.

3. MODALITÀ DI GESTIONE DELLE UNITÀ OPERATIVE E DELLE AGENDE CUP

Per quanto concerne le modalità di gestione delle Unità Operative (UO) e delle Agende, così come previste dal sistema CUP regionale, si ritiene opportuno definire quanto segue:

- a) per UO si definisce l'aggregazione omogenea di prestazioni ambulatoriali che possono essere prenotate attraverso una agenda¹³ di date ad essa associata;
- b) le strutture sanitarie regionali eroganti devono rendere disponibile, per ogni UO¹⁴ attivata nel sistema CUP, un calendario di date utili per la prenotazione delle relative prestazioni;
- c) le Aziende Sanitarie regionali, ai sensi della normativa vigente, non possono avere UU.OO. prive di agende ("Agende Chiuse") ovvero prive di date utili per la prenotazione delle prestazioni;
- d) la prenotazione delle prestazioni ambulatoriali in agende in fase di definizione deve essere possibile solo a partire dalla data di attivazione;
- e) per le UO in cui le disponibilità vengono definite con cadenza periodica (almeno mensile), come nei casi di alcune attività distrettuali o di ambulatori garantiti da specialisti convenzionati provenienti da altre Aziende, si deve prevedere una lista di attesa, che comprende i nominativi delle persone che, in ordine di chiamata, hanno fatto richiesta della prestazione ed ai quali non è stato possibile assegnare una data di prenotazione per indisponibilità dei calendari;
- f) le agende delle UO che si dismettono a seguito della creazione di nuove, restano aperte/visibili sino ad esaurimento delle prenotazioni esistenti, al fine di consentire il pagamento della quota di partecipazione dovuta da parte degli utenti prenotati;
- g) l'inserimento di prestazioni aggiuntive in agende che non presentano più disponibilità (forzatura) deve essere autorizzato, su apposito modello, *solo dai medici a cui afferisce l'UO*

¹² Sono escluse le autocertificazioni relative alle esenzioni per reddito (E01, E02, E03, E04) di cui al DM del 11/12/2009.

¹³ L'agenda di prenotazione è lo strumento operativo del CUP, la cui costruzione avviene definendo uno spazio temporale di erogazione. Ogni prestazione è caratterizzata da un tempo predefinito di esecuzione/prenotazione, una volta definito il tempo di apertura del servizio, è possibile misurare l'offerta sanitaria in termini di numerosità delle prestazioni prenotabili nell'agenda stessa. Per ogni struttura erogante è necessario definire la capacità produttiva in termini di ore di servizio e di calendari di erogazione.

¹⁴ Nel caso delle strutture private accreditate le agende sono concordate con le Aziende Sanitarie di riferimento, nell'ambito del budget assegnato alle stesse.

contenente la prestazione richiesta;

- h) il medico specialista della struttura pubblica erogante deve prescrivere le prestazioni di controllo (visite/prestazioni strumentali) utilizzando esclusivamente il ricettario regionale, indicando la data di erogazione ed effettuando la prenotazione tramite lo sportello CUP¹⁵; solo in mancanza di date disponibili, l'operatore CUP deve forzare la procedura anche senza l'apposito modello di cui al punto precedente;
- i) per le prestazioni ambulatoriali per le quali non è possibile garantire l'accesso esterno alle prenotazioni, si devono attivare, per alcuni operatori o gruppi di essi, "classi di abilitazioni alla prenotazione", dandone evidenza al Call Center regionale;
- j) la sospensione temporanea delle agende di prenotazione delle UO è possibile solo per gravi e/o eccezionali motivi (guasto macchina, eccezionale indisponibilità del personale, etc.) e non per i lunghi tempi di attesa; in tal caso l'attività di prenotazione non deve tuttavia essere impedita, anche quando non sia noto il momento esatto di erogabilità della prestazione richiesta. Le Direzioni Generali aziendali, di concerto con le rispettive Direzioni Sanitarie e previa consultazione con le associazioni interessate, predispongono ed adottano, entro 60 giorni dall'approvazione del presente disciplinare, un regolamento aziendale che disciplina tali sospensioni e che deve essere sottoposto all'approvazione regionale. Il regolamento deve anche prevedere una procedura temporanea e trasparente per la gestione delle priorità di accesso e dell'inserimento delle richieste nel sistema, comunicando all'utente gli estremi di riferimento (la prestazione richiesta, la data e l'ora di richiesta, il codice progressivo di inserimento, etc.);
- k) i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere regionali devono disporre la verifica sistematica delle agende di prenotazione che presentano tempi di attesa superiori a 30 giorni per le visite e 60 giorni per le prestazioni strumentali, documentando l'effettiva disponibilità dei pazienti ad effettuare la prestazione alla data di prenotazione. In caso di rinuncia da parte del paziente, l'operatore preposto deve assegnare la data resasi disponibile al paziente prenotato al 31° giorno del calendario, per le visite specialistiche, ed al 61° giorno, per le prestazioni strumentali;
- l) le Aziende devono verificare per ciascuna agenda il "tasso di non presentazione" per riprogrammare, eventualmente, l'offerta, definendo le modalità di reclutamento dei pazienti (overbooking a chiamata/strutturata) da destinare ai posti resisi vacanti, attingendo da apposite liste di attesa oppure aumentando la disponibilità di prenotazione delle agende; il Sistema CUP deve pertanto attivare meccanismi di notifica all'utente (gestione dell'attività di recall, sms e/o e-mail);
- m) le strutture eroganti devono registrare gli accessi (operatori addetti all'ambulatorio e/o operatori di cassa) tramite la procedura CUP e/o altri sistemi informativi utilizzati; in caso di mancata erogazione della prestazione, devono altresì valorizzare il campo note inserendo la causa, dovuta all'utente (mancata presentazione, etc.) o alla struttura (medico assente, guasto attrezzatura, etc.);
- n) l'utente che non può effettuare la prestazione prenotata deve disdirla almeno 24 ore prima, per consentire il recupero del posto, tramite uno dei seguenti servizi messi a disposizione dall'Azienda/Regione:
Call Center, con ampie fasce di orario;
disdetta on-line su portale Aziendale/regionale o tramite e-mail;

¹⁵ I medici specialisti delle Aziende Sanitarie che utilizzano la procedura regionale ARCA, possono stampare l'impegnativa relativa alla prestazione di controllo e, con una funzione aggiuntiva, prenotare automaticamente la stessa. Le Aziende che non utilizzano ARCA devono attivare analoga funzione.

Fax Aziendale/Regionale/Call Center;
accessi preferenziali agli sportelli di prenotazione.

Analogamente, la struttura che non può erogare la prestazione prenotata deve, per evitare disagio all'utente, avvisarlo almeno 24 ore prima. Fanno eccezione le prestazioni per cui è richiesta una modalità di preparazione che necessita di tempi più lunghi (colonscopia, etc.) per le quali il tempo di disdetta sarà specificato nelle note esplicative e/o comunicato dagli operatori del Call Center. L'operatore deve fornire all'utente la prima data utile e deve memorizzare in procedura la causa dell'eventuale rifiuto della stessa, se la data fornita comporta più di 30 o 60 giorni di attesa, rispettivamente per le visite e le prestazioni strumentali, si deve prevedere una forzatura autorizzata dalla direzione sanitaria della struttura erogante.

L'operatore, al momento della prenotazione, deve informare l'utente che, nel caso di mancata disdetta della prestazione prenotata e di mancato ritiro del referto, gli verrà applicata una sanzione, ai sensi del DPCM del 19/5/1995 e dell'art. 1 comma 796, lettera r della Legge n. 296 del 27/12/2006¹⁶. L'applicazione di tali sanzioni e le relative modalità operative saranno approvate, in seguito, con atto deliberativo;

- o) l'utente, esente e non, al momento della prenotazione o prima dell'erogazione della prestazione, deve necessariamente presentarsi allo sportello CUP (Casse, sportelli dedicati per gli esenti¹⁷, back office, ambulatori, etc.) rilasciare il relativo consenso al trattamento dei dati personali nel rispetto di quanto previsto nel DLgs 196/2003 e ricevere una serie di note informative. L'acquisizione del consenso viene annotata sulla procedura CUP per tenere memoria per gli accessi successivi per finalità analoghe e, una volta rilevato, ha valore e validità a livello aziendale/regionale (Anagrafe Unica Regionale).

L'informativa deve esplicitare la presenza nel sistema CUP della funzione di invio di sms o messaggi di posta elettronica per ricordare all'utente gli estremi della prenotazione, ovvero la conferma o la disdetta della stessa, la possibilità di ritiro del referto on-line, la possibilità di effettuare il pagamento delle prestazioni prenotate con altre modalità (Poste, RID, Farmacie, on-line etc.), l'applicazione delle sanzioni in caso di mancata disdetta nei termini previsti e raccoglierne separato consenso. In ogni caso, le comunicazioni via sms o posta elettronica non devono contenere informazioni soggette a privacy (dettaglio circa la tipologia di prestazione, l'esito etc.).

La prenotazione delle prestazioni ambulatoriali in regime di Libera Professione (ALPI) deve avere una gestione separata rispetto alla prenotazione in regime SSN, al riguardo si rimanda alle Linee guida di cui alla DGR n. 2020/2010 ed ai regolamenti aziendali approvati dalla Giunta regionale ai sensi dell'art. 44 della Legge 39/2001.

4. SISTEMI DI VERIFICA E CONTROLLO

Le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere sono tenute ad effettuare verifiche periodiche sull'aderenza dei comportamenti delle strutture sanitarie regionali alle prescrizioni di cui alla presente direttiva.

¹⁶ L'art. 1 comma 796, lettera r della Legge n. 296 del 27/12/2006 stabilisce che i cittadini, anche se esenti dalla partecipazione alla spesa sanitaria, che non abbiano ritirato i risultati di visite o esami diagnostici e di laboratorio, sono tenuti al pagamento per intero della prestazione usufruita.

¹⁷ Lo sportello dedicato agli esenti rilascia le note informative, la stampa della fattura di prenotazione con importo pari a zero, acquisisce il consenso al trattamento dei dati, verifica le esenzioni tramite il sistema TS etc.

I Direttori Generali delle Aziende devono comunicare al Dipartimento le eventuali inadempienze e le azioni da porre in essere per rimuoverne le cause. Infatti, il rispetto delle prescrizioni sopra citate rientra nell'ambito di valutazione dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali per l'accesso al fondo integrativo di risultato. Il Dipartimento provvederà ad effettuare le opportune verifiche periodiche.

Infine, con riferimento al punto f) del paragrafo 2., sulla base delle risultanze finali emerse in sede di contestazione della mobilità sanitaria, saranno addebitati alle Aziende Sanitarie/Ospedaliere erogatrici, in sede di riparto del F.S.R., le somme relative alle ricette per le quali non è stato possibile dimostrare alle regioni debitrici la correttezza delle anagrafiche dei pazienti.

5. AMBITO DI APPLICAZIONE ED OBBLIGHI INFORMATIVI

Il presente documento si applica alle strutture sanitarie regionali accreditate pubbliche e private.

In merito agli obblighi informativi, le strutture sanitarie accreditate dovranno garantire il flusso dati relativi alle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali erogate secondo le modalità ed i tempi definiti dalla Regione e dal Ministero.

6. RISORSE FINANZIARIE

Le risorse necessarie alla formazione del personale per l'avvio delle procedure connesse all'inserimento delle strutture private accreditate nella procedura unica regionale di prenotazione CUP, sono a carico delle Aziende Sanitarie di riferimento.

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.

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

IL SEGRETARIO

IL PRESIDENTE

Si attesta che copia conforme della presente deliberazione è stata trasmessa in data 18 - 1 - 12
al Dipartimento interessato ☒ al Consiglio regionale ☐

L'IMPIEGATO ADDETTO

F. Luongo



REGIONE BASILICATA

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N°

1189

SEDUTA DEL

- 8 AGO. 2011

UFFICIO PIANIFICAZIONE SANITARIA E
VERIFICA DEGLI OBIETTIVI
72AB
DIPARTIMENTO

OGGETTO APPROVAZIONE DEL PIANO ATTUATIVO REGIONALE PER IL CONTENIMENTO DELLE LISTE DI
ATTESA PER IL TRIENNIO 2010-2012.

Relatore

ASSESSORE DIPTO SALUTE, SICUREZZA E SOLIDARIETA'
SOCIALE, SERVIZI ALLA PERSONA E ALLA COMUNITA'

La Giunta, riunitasi il giorno

alle ore

15.00

nella sede dell'Ente.

- 8 AGO. 2011

		Presente	Assente
1. Vito DE FILIPPO	Presidente	X	
2. Agatino MANCUSI	Vice Presidente	X	
3. Rosa GENTILE	Componente	X	
4. Attilio MARTORANO	Componente	X	
5. Rosa MASTROSIMONE	Componente	X	
6. Vilma MAZZOCCO	Componente	X	
7. Erminio RESTAINO	Componente	X	

Segretario: dr. Arturo AGOSTINO

ha deciso in merito all'argomento in oggetto,
secondo quanto riportato nelle pagine successive.

L'atto si compone di N° 7 pagine compreso il frontespizio
e di N° 1 allegati

UFFICIO RAGIONERIA GENERALE

☐ Prenotazione di impegno N° _____ UPB _____ Cap. _____ per € _____

☐ Assunto impegno contabile N° _____ UPB _____

VISTO DI REGOLARITA'
CONTABILE

Esercizio

per €

IL DIRIGENTE

IL DIRIGENTE
dell'Ufficio Ragioneria Generale
Dott. Nicola A. COLUZZI

29/7/2011

Atto soggetto a pubblicazione ☒ integrale ☐ per estratto

- VISTE**
- la LR n. 12/96 e s.m.i. concernente la *“Riforma dell’Organizzazione Regionale”*;
- la LR n. 39 del 31/10/2001 e s.m.i. concernente il *“Riordino e razionalizzazione del servizio sanitario regionale”*;
- la LR n. 12/2008 e s.m.i. concernente il *“Riassetto organizzativo e territoriale del servizio sanitario regionale”*;
- la DGR n. 11/98 con cui sono stati individuati atti rientranti in via generale nelle competenze della Giunta Regionale;
- la DGR n. 2903/04, la DGR n. 1148/05 e la DGR n. 138/05 relative alla denominazione e configurazione dei dipartimenti regionali;
- la DGR n. 2017/05 e s.m.i. con cui sono state individuate le strutture dirigenziali ed è stata stabilita la declaratoria dei compiti alle medesime assegnate;
- la DGR n. 637 del 3/05/2006 concernente la *“modifica della DGR n. 2903 del 13/12/2004 - disciplina dell’iter procedurale delle proposte di deliberazione della Giunta Regionale e dei provvedimenti di impegno e liquidazione della spesa”*;
- VISTE**
- la L n. 220 del 13/12/2010 concernente Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2011);
- la LR n. 33 del 30/12/2010 concernente *“Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione annuale e pluriennale della Regione Basilicata. Legge finanziaria 2011”*;
- la LR n. 34 del 30/12/2010 di approvazione del Bilancio di previsione per l’esercizio finanziario 2011 ed il Bilancio pluriennale per il triennio 2011-2013;
- VISTA**
- la DGR n. 1 del 5/01/2011 concernente la *“approvazione della ripartizione finanziaria in capitoli delle Unità previsionali di base del Bilancio di previsione per l’esercizio finanziario 2011 ed il Bilancio pluriennale per il triennio 2011-2013”*;
- RICHIAMATI**
- l’art. 10 del DLvo n. 124 del 29/04/1998 che ha assegnato alle Regioni il compito di disciplinare i criteri con i quali, i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie regionali, dovevano determinare il tempo massimo che intercorreva tra la data della richiesta della prestazione e la sua effettuazione;
- l’Accordo sancito dalla conferenza Stato-Regioni nella seduta del 14/02/2002, 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 nel DPCM del 29/11/2001 e nelle Linee guida sui criteri di priorità per l’accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa, adottate con il DPCM del 16/04/2002.
- l’Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta dell’11/07/2002, con il quale il Governo e le Regioni hanno condiviso il documento relativo alle modalità attuative dell’Accordo del 14/02/2002, sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sugli indirizzi applicativi sulle liste di attesa;
- lo Schema di Intesa del 28/3/2006 con il quale il Governo e le Regioni e le Province autonome hanno definito il Piano Nazionale di contenimento delle liste di attesa per triennio 2006-2008, di cui all’art. 1 comma 280 della Legge del 23/12/2005;
- VISTE**
- la DGR 1019 del 4/05/1999 concernente il *“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 Giunta Regionale ha 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 DGR 2525 del 30/12/2002 concernente il *"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 la Giunta Regionale ha recepito 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 5/01/2005 concernente la *"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 Giunta Regionale ha individuato azioni specifiche finalizzate al governo della domanda, all'ottimizzazione dell'offerta di prestazioni attraverso la corretta gestione dei processi organizzativi aziendali e all'informazione e comunicazione al cittadino;

la DGR n. 907 del 19/06/2006 concernente l'approvazione del *"Piano Attuativo Regionale per il contenimento delle liste di tempo di attesa per il triennio 2006 – 2008 ad integrazione e sostituzione della direttiva vincolante di cui alla DGR n. 10 del 5 gennaio 2005"*, che in applicazione dell'Intesa tra il Governo e le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 28/03/2006, ha introdotto strumenti di governo clinico, ai diversi livelli del sistema, prevedendo il coinvolgimento diretto dei diversi attori del sistema salute (medici prescrittori, erogatori e cittadini);

RICHIAMATA

la Determina Dirigenziale n. 961 del 16/12/2010 di modifica della Determina n. 344 del 9/03/2006 di istituzione del Tavolo regionale sui tempi di attesa, composto da dirigenti regionali, dai referenti individuati dalle aziende sanitarie, nell'ambito dei gruppi aziendali Ospedale – Territorio e da rappresentanti delle società scientifiche;

PRESO ATTO

dell'Intesa tra il Governo e le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 28/10/2010 con la quale è stato definito il Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'art. 1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266;

CONSIDERATO

che la realizzazione di un Piano Nazionale di governo delle liste d'attesa costituisce un impegno comune del Governo e delle Regioni, per il peculiare impatto che riveste sia sull'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale che sul diritto dei cittadini all'erogazione delle prestazioni definite nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza;

che la complessità del problema 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, promuovendo la capacità del SSN di intercettare il reale bisogno di salute, riducendo l'inappropriatezza e rendendo compatibile la domanda nel rispetto dei LEA;

CONSIDERATO

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 mediante strategie di governo della domanda, che tengano conto dell'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza e di priorità di accesso alle prestazioni, e sistemi di riorganizzazione quantitativa dell'offerta e dei volumi della produzione;

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 sanitari, percorso che si realizza con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, del rispetto delle classi di priorità delle prestazioni e che garantisca la trasparenza del sistema a tutti i livelli, con l'obiettivo di realizzare sinergie di intervento tra i livelli istituzionali deputati a contrastare il fenomeno;

che, entro 30 giorni dalla stipula dell'Intesa del 28/10/2010, il Comitato Permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), aggiorna le Linee Guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei Piani regionali;

che, entro 60 giorni dall'emanazione delle Linee Guida da parte del Comitato Lea sopra citato, le Regioni e le Province Autonome, recepiscono l'Intesa sopra citata ed adottano un Piano Attuativo Regionale che definisca e garantisca:

1. i tempi massimi regionali per le prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero di cui all'Intesa;
2. le modalità di governo della domanda di prestazioni, garantendo in particolare un ricorso appropriato alle attività del SSN attraverso l'uso sistematico delle classi di priorità ed il rispetto dei tempi;
3. i criteri di utilizzo delle prestazioni in classe di priorità P;
4. le procedure di verifica dell'appropriatezza prescrittiva, con particolare riferimento all'utilizzo delle classi di priorità, alla presenza del quesito diagnostico e alla corretta identificazione delle prime visite e dei controlli;
5. la gestione razionale degli accessi attraverso l'uso diffuso del Sistema CUP Unico Regionale di Prenotazione, integrando l'offerta pubblica e privata accreditata con la domanda;
6. la gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici;
7. le modalità alternative di accesso alla prestazione nel caso in cui, a livello aziendale, non vengano garantite le prestazioni nei tempi massimi di attesa;
8. la trasmissione sistematica dei flussi informativi di monitoraggio delle liste e dei tempi d'attesa, secondo modalità ed i tempi definiti e da definire in accordo tra il Ministero, le Regioni, le Province autonome e l'Age.Na.S;
9. l'organizzazione delle attività erogate dai professionisti in regime libera professione per conto e a carico delle aziende ed il relativo monitoraggio al fine di verificarne la rispondenza alle direttive regionali e nazionali in materia;
10. l'avvio, la messa a regime e l'integrazione degli strumenti di Information & Communication Technologies, già o in parte disponibili presso la regione Basilicata, per la gestione del processo di prescrizione, prenotazione e refertazione digitale oltre che per l'accesso informatizzato ai referti tramite il FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico) con ampio uso di sistemi di telemedicina;
11. l'informazione e la comunicazione sulle azioni messe in campo dalle Regione per il contenimento delle liste d'attesa a tutta l'utenza interessata (cittadini, enti pubblici, mass-media, associazioni di tutela e di volontariato, ecc.) per favorire un'adeguata conoscenza sia delle attività che delle modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni;
12. la vigilanza sistematica sulle situazioni di sospensione dell'erogazione delle prestazioni.

ESAMINATO

il Piano Attuativo Regionale per il contenimento delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, allegato alla presente deliberazione per farne parte integrante e

sostanziale, predisposto dall'ufficio Programmazione Sanitaria e Verifica degli Obiettivi e condiviso con i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere e con i componenti il Tavolo regionale dei tempi di attesa;

DATO ATTO

che il citato Piano aggiorna il Piano Attuativo Regionale per il contenimento dei tempi di attesa di cui alla DGR n. 907/2006, nel rispetto della Legge Regionale n. 12/2008 e dell'INTESA del 28/10/2010 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome sul Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2010-2012;

che il citato Piano prevede, per il raggiungimento degli obiettivi posti, la revisione e l'integrazione dell'attuale sistema informatico regionale che gestisce, in particolare, la procedura di prenotazione delle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali;

che, la spesa presunta relativa all'esecuzione di tale attività di revisione ed integrazione del Sistema Informatico regionale, come rilevabile nel Piano, è stimata in euro 150.000,00 (euro centocinquantamila) di cui euro 90.000,00 (euro novantamila) a carico della Regione ed euro 60.000,00 (euro sessantamila) a carico delle Aziende Sanitarie regionali;

che, nei termini e nelle modalità di cui al suddetto Piano, le Aziende Sanitarie regionali dovranno porre in essere tutte le azioni in esso previste;

RITENUTO

di dover recepire la suddetta Intesa ed approvare il Piano Attuativo Regionale per il contenimento delle liste di attesa per il triennio 2010-2012;

di dover specificare che la copertura finanziaria necessaria alla realizzazione del suddetto Piano, per la spesa a carico della Regione pari a euro 90.000,00 (euro novantamila), trova disponibilità sul Capitolo n. 26381 UPB 0741.08 del Bilancio regionale, relativamente all'anno 2011;

Su proposta dell'Assessore al ramo

Ad unanimità di voti

DELIBERA

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

1. di recepire l'Intesa del 28/10/2010 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome sul Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2010-2012 e di approvare il Piano Attuativo Regionale di contenimento delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, allegati alla presente deliberazione per farne parte integrante e sostanziale;
2. di dare atto che il Piano Attuativo di cui al precedente punto aggiorna il Piano Attuativo della Regione Basilicata per il contenimento dei tempi di attesa di cui alla DGR n. 907/2006 di integrazione e sostituzione della precedente Direttiva vincolante di cui alla DGR n. 10/2005;
3. di dover specificare che la copertura finanziaria necessaria alla realizzazione del suddetto Piano, per la spesa a carico della Regione pari a euro 90.000,00 (euro novantamila), trova disponibilità sul Capitolo n. 26381 UPB 0741.08 del Bilancio regionale, relativamente all'anno 2011;
4. di trasmettere la presente deliberazione alle Aziende Sanitarie regionali per quanto di competenza;