

L'obiettivo strategico del progetto BAS-REFER è la realizzazione di una integrazione e qualificazione ulteriore dei servizi informativi sanitari in ambito regionale basato sull'utilizzo di CNS e Firma elettronica. In particolare, il progetto si propone di rendere disponibili i referti delle prestazioni specialistiche per i pazienti ed i loro medici curanti in tempo reale, attraverso l'utilizzo della rete informatica protetta regionale, con i seguenti obiettivi:

- ridurre i tempi di consegna dei referti;
- evitare i frequenti spostamenti degli utenti per il ritiro dei referti;
- garantire la sicurezza e la riservatezza dei referti prodotti;
- velocizzare e supportare i processi diagnostici e terapeutici.

Il progetto LuMIR prevede la realizzazione di una rete ICT per i medici di medicina generale e delle altre strutture del SSR, finalizzata alla realizzazione di una piattaforma telematica che consenta agli operatori socio-sanitari di conoscere la storia clinica del paziente mediante informazioni sintetiche o complete su eventi clinici (malattie, visite mediche, ricoveri, etc.) per mezzo della:

- gestione e condivisione delle informazioni cliniche rilevanti per i vari operatori;
- sincronizzazione delle informazioni ritenute rilevanti (a livello di documenti e di singoli dati).

Il sistema LuMIR contiene quindi la storia clinica di un paziente (FSE - Fascicolo Sanitario Elettronico) organizzata per episodi ed eventi. Nel FSE vengono raccolti gli eventi sanitari dell'assistito ogni qualvolta vengono generati nelle varie strutture del SSR.

### 3. PRESTAZIONI DA MONITORARE E TEMPI DI ATTESA

L'Intesa ha aggiornato l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera per le quali la Regione fissa i tempi massimi di attesa definiti nei successivi paragrafi 5.2 e 5.3.

#### 3.1. PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E STRUMENTALI AMBULATORIALI

La Regione Basilicata attraverso le componenti del Sistema Informativo Sanitario sopra descritte, effettua il monitoraggio dei tempi di attesa di tutte le prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali erogate dalle strutture sanitarie regionali, al fine di evidenziare e verificare l'andamento delle prestazioni che presentano tempi di attesa al di sopra di quelli massimi stabiliti dalla normativa nazionale e regionale in materia.

Pertanto, coerentemente con quanto previsto nell'Intesa, la Regione effettua uno specifico monitoraggio, con relativa pubblicazione sul sito web dipartimentale, dei tempi di attesa delle prestazioni indicate nel Piano Nazionale di governo delle liste di attesa, di cui alla richiamata Intesa.

Ai fini di verificare il rispetto dei tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali, ed in coerenza con l'Intesa, si considerano esclusivamente le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto, mentre sono escluse tutte le prestazioni di controllo, le prestazioni di screening e le prestazioni, benché prime visite o prime prestazioni diagnostiche strumentali, degli utenti che hanno rifiutato la prima disponibilità fornita dal CUP esercitando la libera scelta della struttura erogatrice.

In particolare sono oggetto di monitoraggio le visite specialistiche e le prestazioni di diagnostica strumentale di seguito elencate:

VISITE SPECIALISTICHE

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatura	Codice Disciplina
1	Visita cardiologica	89.07	8
2	Visita chirurgia vascolare	89.07	14
3	Visita endocrinologica	89.07	19
4	Visita neurologica	89.13	32
5	Visita oculistica	95.02	34
6	Visita ortopedica	89.07	36
7	Visita ginecologica	89.26	37
8	Visita otorinolaringoiatrica	89.07	38
9	Visita urologica	89.07	43
10	Visita dermatologica	89.07	52
11	Visita fisiatrica	89.07	56
12	Visita gastroenterologica	89.07	58
13	Visita oncologica	89.07	64
14	Visita pneumologica	89.07	68

## PRESTAZIONI STRUMENTALI

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore
Attenzione per l'Intesa		
15	Mammografia	87.37.1 - 87.37.2
16	TC senza e con contrasto Torace	87.41 - 87.41.1
17	TC senza e con contrasto Addome superiore	88.01.2 - 88.01.1
18	TC senza e con contrasto Addome inferiore	88.01.4 - 88.01.3
19	TC senza e con contrasto Addome completo	88.01.6 - 88.01.5
20	TC senza e con contrasto Capo	87.03 - 87.03.1
21	TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale	88.38.2 - 88.38.1
22	TC senza e con contrasto Bacino	88.38.5
23	RMN Cervello e tronco encefalico	88.91.1 - 88.91.2
24	RMN Pelvi, prostata e vescica	88.95.4 - 88.95.5
25	RMN Muscoloscheletrica	88.94.1 - 88.94.2
26	RMN Colonna vertebrale	88.93 - 88.93.1
27	Ecografia Capo e collo	88.71.4
28	Ecocolordoppler cardiaca	88.72.3
29	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73.5
30	Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77.2
31	Ecografia Addome	88.74.1 - 88.75.1 - 88.76.1
32	Ecografia Mammella	88.73.1 - 88.73.2
33	Ecografia Ostetrica - Ginecologica	88.78 - 88.78.2
Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore
Attenzione Specialistico		
34	Colonscopia	45.23 - 45.26 - 45.42
35	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24
36	Esofagogastroduodenoscopia	45.13 - 45.16
37	Elettrocardiogramma	89.52
38	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.60
39	Elettrocardiogramma da sforzo	89.41 - 89.43
40	Audiometria	95.41.1
41	Spirometria	89.37.1 - 89.37.2
42	Fondo Oculare	95.09.1
43	Elettromiografia	93.08.1

## 3.2. PRESTAZIONI DI RICOVERO

Sempre con riferimento all'Intesa, le seguenti prestazioni di ricovero da monitorare comprendono 5 (cinque) prestazioni erogate prevalentemente in regime di ricovero diurno e 10 (dieci) in regime in ricovero ordinario<sup>4</sup>,<sup>5</sup>

<sup>4</sup> L'Intesa stabilisce che, le regioni che erogano le prestazioni (numero 44, 46, 48) prevalentemente od esclusivamente in regime ambulatoriale, svolgeranno il monitoraggio in tale setting assistenziale.

<sup>5</sup> L'Intesa stabilisce che, le regioni che erogano le prestazioni (numeri da 49 a 58) prevalentemente o esclusivamente in regime di surgery o one day surgery svolgeranno il monitoraggio in tale setting assistenziale.

**PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL//DAY SURGERY**

Numero	Prestazione	Codice Infermiera	Codice Diagnosi
44	Chemioterapia	99.25.00	V58.1
45	Coronarografia	88.55- 88.56 - 88.57	
46	Biopsia percutanea del fegato	50.11.00	
47	Emoroidectomia	49.46.00	
48	Riparazione ernia inguinale	53.0 - 53.10	

**PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO**

Numero	Prestazione	Codice Infermiera	Codice Diagnosi
49	Interventi chirurgici tumore Mammella	Categoria 85.4	Categoria 174
50	Interventi chirurgici tumore Prostata	60.05.00	185
51	Interventi chirurgici tumore colon retto	45.7x -45.8; 48.5 - 48.6	Categorie 153-154
52	Interventi chirurgici tumori dell'utero	Da 68.3 a 68.9	Categoria 182
53	By pass aortocoronarico	36.10.00	
54	Angioplastica Coronarica (PTCA)	Categoria 36.0	
55	Endoarteriectomia carotidea	38.12.00	
56	Intervento protesi d'anca	81.51 - 81.52 - 81.53	
57	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.3- 32.4- 32.5 -32.9	
58	Tonsillectomia	28.2 - 28.3	

In applicazione dell'Intesa, la Regione svolgerà il monitoraggio nel setting assistenziale di riferimento.

### 3.3.PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI

L'incidenza dei decessi causati da malattie del sistema cardiocircolatorio e da tumori, richiede azioni di prevenzione primaria e secondaria ed interventi tempestivi, in termini di diagnosi e cura, con l'attivazione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali.

Il PDT consiste in una serie di attività, alcune erogate in regime ambulatoriale altre in condizione di degenza ospedaliera, finalizzate alla gestione programmata ed appropriata di un problema assistenziale complesso, secondo priorità temporali e modalità di accesso differenziati in relazione alla gravità del singolo caso.

Pertanto, in applicazione di quanto previsto dall'intesa, ai fini dell'erogazione delle prestazioni comprese nei PDT, la Regione in accordo con il Tavolo regionale dei Tempi di attesa individua specifici pacchetti ambulatoriali complessi (PAC) che, ai fini dell'appropriatezza organizzativa, sono erogati attraverso il Day Service, ed approvati con atti regionali nei 45 giorni successivi all'approvazione del presente Piano. La Regione definisce inoltre, le modalità di accesso (presa in carico del paziente etc.), la tempistica nell'erogazione delle prestazioni e le modalità di comunicazione e di informazione per l'utente ed i familiari in materia di PTD.

L'attivazione di tali percorsi comporta la gestione di agende dedicate, con l'inserimento delle relative prestazioni in liste di attesa distinte, secondo le modalità previste nel Disciplinare di Accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

#### 4. PIANO ATTUATIVO REGIONALE PER IL TRIENNIO 2010-2012

Il presente Piano Attuativo della Regione Basilicata di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012 definisce strategie uniche a livello regionale.

Tale Piano, mediante l'utilizzo di un Sistema Unico Regionale di Prenotazioni CUP, date le ridotte dimensione territoriali ed i tempi minimi di percorrenza (max 90 minuti) tra un qualsiasi punto della regione ed una delle principali strutture sanitarie eroganti prestazioni sul territorio, consente di dare risposta all'utenza, per l'erogazione delle prestazioni di cui al precedente capitolo 3, nei tempi previsti dall'Intesa a livello aziendale e quindi regionale, mediante:

- le classi di priorità per tutte le prestazioni in osservazione;
- i percorsi diagnostico-terapeutici;
- la complementarità erogativa delle tre strutture di riferimento regionale (AOR San Carlo di Potenza, Ospedale Madonna delle Grazie di Matera e IRCCS - CROB di Rionero in Vulture) per le prestazioni a più alta richiesta, congiuntamente al supporto dell'offerta delle altre strutture pubbliche presenti sul territorio e con l'apporto delle strutture private accreditate convenzionate;

secondo le linee operative di seguito analizzate:

- governo della domanda e dell'offerta di prestazioni;
- sostegno al servizio di prenotazione (supporto nelle scelte all'utente da parte dei centri di prenotazione diffusi sul territorio e dal Call Center regionale, attività di richiamate per pulizia delle agende, verifica gradimento utenza, ecc.);
- integrazione dei sistemi informativi;
- monitoraggio del piano;
- comunicazione.

## 5. GOVERNO DELLA DOMANDA E DELL'OFFERTA DI PRESTAZIONI

### 5.1. AZIONI PER IL GOVERNO DELLA DOMANDA DI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E STRUMENTALI AMBULATORIALI

Per razionalizzare la domanda delle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali è necessario, in particolare, agire sull'appropriatezza della richiesta di prestazioni.

Occorre, pertanto, che tutti i medici prescrittori aderiscano a criteri di evidenza clinica facendo ricorso a percorsi assistenziali condivisi.

A tale proposito, le Aziende Sanitarie Regionali (ASP e ASM) devono:

- a) uniformare i percorsi di accesso alle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali;
- b) applicare protocolli diagnostico-terapeutici definiti tra gli specialisti ambulatoriali ed ospedalieri con i Medici di Medicina Generale (MMG) ed i Pediatri di Libera Scelta (PLS).

In tale contesto, nel rispetto di quanto previsto dagli accordi con i MMG e PLS, è necessario:

- a) avviare percorsi formativi per i MMG e PLS sui meccanismi della domanda, dell'offerta e sugli strumenti di ottimizzazione dell'uso delle risorse;
- b) individuare linee guida per una appropriatezza prescrittiva ed avviare indagini a campione sui comportamenti prescrittivi;
- c) potenziare l'integrazione tra i MMG e i PLS con gli specialisti ambulatoriali territoriali ed ospedalieri per definire ed ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutici soprattutto per quelle patologie croniche di più frequente riscontro nella popolazione assistita;
- d) prevedere la partecipazione dei MMG e PLS ai processi assistenziali riguardanti patologie a forte impatto sociale (quali diabete, ipertensione, patologie invalidanti, broncopneumopatie croniche ostruttive, asma, forme neurologiche etc.), secondo le linee guida ed i protocolli assistenziali che definiscono le competenze del MMG, del PLS e dello specialista, nell'ambito del monitoraggio del decorso cronico di tali patologie.

Inoltre, ai fini del monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa, le Aziende, anche tramite la procedura CUP, dovranno trasmettere mensilmente a ciascun medico prescrittore (MMG/PLS, medici ospedalieri e convenzionati interni) un report con l'indicazione della tipologia, del numero delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero prescritte con l'indicazione della classe di priorità, il costo complessivo delle prescrizioni specialistiche ambulatoriali effettuate, il consumo medio per assistito, i profili prescrittivi di farmaci per ciascun medico.

Le Aziende del SSR, nell'ambito del governo della domanda e relativamente alle prestazioni oggetto di monitoraggio, devono inoltre garantire, nelle procedure di prenotazione, l'uso sistematico:

- dell'indicazione prima visita o controllo;
- dell'indicazione prima prestazione strumentale o controllo<sup>6</sup>;
- dei percorsi diagnostico-terapeutici;
- del quesito diagnostico e delle classi di priorità.

Relativamente alla differenziazione della domanda per livelli di urgenza, la Regione Basilicata con la DGR 907/2006, per un'uniforme applicazione dei livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio, ha

<sup>6</sup> L'operatore al momento della prenotazione della visita/prestazione strumentale, dovrà biffare il campo "primo accesso" oppure "accesso successivo" 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 quanto sopra disciplinato.

individuato per l'attività ambulatoriale le Classi di Priorità così come definite in sede di accordo Stato-Regioni dell'11/07/2002.

Le classi di priorità, riportate nella tabella sottostante<sup>7</sup>, garantiscono la differenziazione della domanda secondo priorità cliniche e secondo criteri di appropriatezza preventivamente condivisi tra soggetti prescriventi ed erogatori:

<u>"Classe di priorità delle prestazioni" su ricevuta</u>	<u>Indicazione</u>
"B"	Prestazioni la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve tempo del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità. Da eseguirsi entro 10 giorni.
"D"	Prestazioni la cui tempestiva esecuzione non influenzano significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore, la disfunzione o disabilità. Da eseguirsi entro 30 giorni per le visite e entro 60 giorni per le prestazioni strumentali.
"P"	Prestazioni che possono essere programmate in un maggiore arco di tempo in quanto non influenzano la prognosi, il dolore, disfunzione o disabilità.

Per garantire l'uniformità, sul territorio regionale, della modalità di accesso alle prestazioni per Classi di priorità, i Gruppi di lavoro Ospedale - Territorio, previsti dalla DGR n. 10/2005 composti da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialisti ospedalieri e specialisti ambulatoriali interni (SUMAI) con il coordinamento delle direzioni sanitarie di presidio ed i direttori di distretto, hanno definito e condiviso, in appositi documenti, le prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali con maggiori criticità di accesso per il proprio bacino di utenza e per le quali è necessario definire le condizioni cliniche dei pazienti ai fini della segmentazione della domanda per livelli di urgenza e gravità clinica secondo le Classi di Priorità di cui all'accordo Stato-Regioni dell'11/07/2002.

Sulla base di tali documenti, predisposti dai Gruppi di Lavoro aziendali e sottoposti alla valutazione del Tavolo regionale dei tempi di Attesa, è stato definito il manuale delle "Classi di priorità", approvato con la DGR n. 1896 del 28/12/2007. Tale manuale individua:

- le prestazioni specialistiche e strumentali critiche per le quali deve essere attivata la prenotazione per Classi di priorità;
- le condizioni cliniche che danno diritto all'accesso alle tre classi di priorità;
- le modalità di accesso alle prenotazioni per Classi di priorità attraverso il CUP regionale sia che si utilizzi il Call center regionale che le singole postazioni CUP territoriali;
- il sistema di monitoraggio e di valutazione della congruità e dell'appropriatezza prescrittiva per Classi di priorità da parte dei prescrittori, per individuare comportamenti difformi da quanto concordato;
- le modalità di comunicazione agli utenti.

<sup>7</sup> Il codice "U" (Classe di priorità) va utilizzato per l'accesso al Pronto Soccorso.

Il Tavolo regionale dei tempi di Attesa, con il supporto dei gruppi di lavoro ospedale-territorio di cui sopra, provvede, entro 20 giorni dall'approvazione del presente Piano, ad aggiornare il "Manuale delle Classi di priorità" di cui alla richiamata DGR n. 1896/2007.

## 5.2. AZIONI PER IL GOVERNO DELL'OFFERTA DI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E STRUMENTALI AMBULATORIALI

Parallelamente al governo della domanda delle prestazioni, i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, per garantire una risposta assistenziale adeguata, determinano il numero di prestazioni che devono essere rese dalle strutture pubbliche o private accreditate per il soddisfacimento della domanda di prestazioni entro i tempi previsti dalla presente direttiva, anche sulla base della mappa regionale di compatibilità, di cui alla DGR 1907/2006, che identifica il fabbisogno distrettuale di prestazioni espresso dalla popolazione di riferimento.

Le prestazioni ambulatoriali di cui al presente Piano, dovranno essere garantite, dalle Aziende del SSR che hanno attivato le classi di priorità, al 90% degli utenti con classi di priorità B e D entro i tempi massimi stabiliti. Il "valore soglia" (90%) rappresenta la percentuale di cittadini che ottiene una prenotazione che si colloca al di sotto del tempo massimo di attesa). Per le Aziende che non hanno attivato le priorità rispetteranno i tempi massimi di 30 e 60 giorni, rispettivamente per le visite e per le prestazioni diagnostiche, con valore soglia 90%.

Per attuare quanto previsto nel presente piano e potenziare l'attività specialistica ambulatoriale, i Direttori Generali devono razionalizzare i percorsi organizzativi per svolgere l'attività assistenziale, distribuita nei sette giorni della settimana, in maniera continuativa ed ottimizzare l'utilizzo delle attrezzature diagnostiche di elevata tecnologia prevedendo, laddove possibile, una apertura dell'unità operativa in turnazione H12. Inoltre, in considerazione dell'attuale variabilità e disomogeneità dell'organizzazione dell'offerta da parte delle strutture pubbliche eroganti, per il rispetto dei tempi massimi di attesa e per il corretto monitoraggio delle prestazioni di cui all'Intesa, devono rímodulare l'offerta delle unità operative eroganti le prestazioni secondo modalità omogenee ed "uniche" definite a livello regionale (*modello unico regionale*).

Per il raggiungimento degli obiettivi sopraindicati, e in particolar modo per il potenziamento dell'offerta di prestazioni, le Aziende Sanitarie possono ricorrere, oltre che alle strutture private convenzionate accreditate, a forme specifiche di riorganizzazione del lavoro e/o all'acquisto, sulla base di quanto stabilito nella contrattazione collettiva, di prestazioni libero professionali dal proprio personale sanitario dipendente (dirigenti, sanitari, infermieri, ostetriche e tecnici sanitari di radiologia medica), o convenzionato (quale ad es. sumaista).

Le strutture private convenzionate accreditate mettono a disposizione del sistema CUP le proprie agende di prenotazione secondo il *modello unico regionale*, preliminarmente per le prestazioni oggetto dell'Intesa e a regime per le altre prestazioni erogate.

In merito all'eventuale ricorso alle strutture private convenzionate accreditate si specifica che tale coinvolgimento deve avvenire nell'ambito del tetto contrattualizzato, che, a tal fine, non può subire alcun incremento.

Per dare completa attuazione a quanto previsto nell'Intesa in tema di monitoraggio delle prestazioni libero professionali, si deve far riferimento alle linee guida emanate dall'Age.Na.S.. In ogni caso, si precisa che tali prestazioni devono essere eseguite al di fuori dell'orario di servizio ed in misura non superiore a quelle rese in regime istituzionale, così come stabilito dalle vigenti linee guida sulla attività libero professionale intramuraria del personale della dirigenza medica, veterinaria e del ruolo sanitario (cfr. capitolo 10).

Si fa inoltre obbligo a tutte le Aziende di utilizzare le classi di priorità definite al paragrafo 5.1 e di monitorare il corretto utilizzo delle stesse in accordo a quanto specificato nel sopracitato "Manuale delle classi di priorità". Per la classe "D", l'Azienda Ospedaliera San Carlo, l'Ospedale Madonna delle Grazie e l'IRCCS - CROB di Rionero in Vulture, garantiscono comunque, in maniera integrata e sinergica, l'effettuazione delle prestazioni ad alta complessità nei tempi massimi previsti dal presente Piano. In questo modo si assicura all'utente, che rientra in tale classe di priorità, di poter effettuare, in una di queste strutture, la prestazione nel limiti temporali previsti per tale classe.

### 5.3. AZIONI PER IL GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI DI RICOVERO

Per garantire il rispetto dei tempi di attesa ed il corretto monitoraggio da parte della Regione per le prestazioni di ricovero di cui all'Intesa, le Aziende del SSR devono utilizzare le agende di prenotazione, nel formato e con le modalità previste nel documento del mattone dei Tempi di attesa "Linee Guida per le agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili", disponibili sulla procedura AIRO (gestione delle attività di ricovero e di pronto soccorso)<sup>8</sup>, ponendo in essere le necessarie azioni organizzative, anche con eventuale acquisto di prestazioni aggiuntive da parte dei propri professionisti.

Per i ricoveri programmati relativi alle patologie riportate in tabella, le Aziende del SSR devono garantire al cittadino i tempi massimi di attesa di seguito riportati:

Classe di priorità	Tempi massimi di attesa	Valore soglia
Intervento chirurgico per cancro della mammella	Entro 30 giorni.	100%
Intervento chirurgico per cancro del colon retto	Entro 30 giorni.	100%
Intervento chirurgico per protesi d'anca	Entro 90 giorni Entro 180 giorni	50% 90%
Coronarografia	Entro 60 giorni Entro 180 giorni.	50% 100%

Il valore soglia definisce la percentuale di cittadini che, dal giorno dell'inserimento nell'agenda dei ricoveri programmati, ottiene l'ammissione al ricovero programmato entro i tempi massimi sopra indicati.

<sup>8</sup> La procedura AIRO rispetta quanto previsto dal DM n. 380 del 27/10/2000 e s.m.i. avente ad oggetto "Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati".

## 6. SOSTEGNO AL SERVIZIO DI PRENOTAZIONE

Il presente Piano prevede una serie di azioni per facilitare al cittadino l'accesso alle prestazioni, dalla fase di prenotazione sino alla fase di ritiro del referto.

A tal fine i Direttori Generali devono porre in essere una serie di azioni tra cui:

- La stipula di specifiche convenzioni, sulla base di schemi definiti a livello regionale, per garantire, laddove possibile, le fasi di prenotazione, pagamento ticket e ritiro referti presso farmacie e/o parafarmacie;
- La stipula, laddove possibile, di specifiche convenzioni, con soggetti terzi (ad es. banche e/o poste e/o tabaccai, ecc.) per consentire, con modalità analoghe a quello del pagamento del bollo auto, il pagamento del Ticket sanitario anche presso questi soggetti;
- L'effettuazione della prenotazione e/o del pagamento del ticket e/o del ritiro dei referti per prestazioni da effettuare (o effettuate) dalle proprie strutture, presso qualsiasi sportello del SSR indipendentemente dall'appartenenza o meno alla Azienda eseguente la prestazione.

Per garantire inoltre il corretto riempimento delle liste di attese, i Direttori Generali devono attivare la funzione di richiamata<sup>9</sup> per quelle prestazioni ad alto costo che presentano maggiore criticità in termini di accessibilità, sia tramite l'utilizzo di strumenti automatici (ad esempio invio di sms al cittadino) che tramite uno specifico servizio di richiamata telefonica.

Per supportare correttamente le scelte dell'utenza durante la fase di prenotazione e per attuare quanto previsto nel Disciplinare Tecnico di accesso alle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali di cui alla DGR 1961/2006 e s.m.i.<sup>10</sup>, è necessario che le Aziende e la Regione formino rispettivamente il personale degli sportelli di prenotazione diffusi sul territorio e gli operatori del Call Center regionale.

<sup>9</sup> Le modalità operative per l'attivazione della funzione di recall devono essere unificate a livello regionale. Relativamente all'utilizzo dell'sms è necessario che le singole Aziende accedano ad un unico Provider regionale.

<sup>10</sup> In particolare, gli operatori devono comunicare agli utenti la disponibilità a livello regionale delle strutture eroganti per prima data di esecuzione piuttosto che per residenza del cittadino.

## 7. INTEGRAZIONE DEI SISTEMI INFORMATIVI

Per supportare le azioni previste dal presente Piano, è necessario procedere all'adeguamento funzionale e/o implementativo del Sistema Informativo Sanitario Regionale (SISR). Le principali attività riguardano:

- l'adeguamento funzionale del software CUP per garantire l'adempimento del debito informativo in merito alla fornitura dei dati relativi al primo accesso (visite, esami);
- l'adeguamento funzionale del CUP e di AIRO al fine di una completa gestione e monitoraggio delle classi di priorità per la verifica dell'appropriatezza e regolarità prescrittiva;
- l'implementazione sul CUP delle funzioni necessarie per la generazione del report mensile di monitoraggio delle prescrizioni da inviare ai medici prescrittori con indicazione anche della corretta applicazione delle classi di priorità;
- l'implementazione sul CUP delle funzionalità necessarie per il monitoraggio dei tempi di attesa così come definiti nel presente Piano;
- l'integrazione procedure CUP e CEA-Web;
- l'adeguamento della procedura AIRO alle "Linee guida per le agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili" prodotte dall'Age.Na.S per la tenuta dell'Agenda di prenotazione dei ricoveri presso le strutture a gestione diretta e quelle accreditate in accordo contrattuale;
- l'integrazione funzionale dei progetti in corso (LUMIR, BAS-REFER, TELEMEDICINA, ecc.) alle finalità di cui al presente Piano;
- l'ampliamento funzionale dei servizi sanitari disponibili sul portale [www.regione.basilicata.it](http://www.regione.basilicata.it);
- l'adeguamento funzionale dei software regionali per la gestione ed il monitoraggio dell'ALPI;
- l'adeguamento funzionale dei software regionali per la gestione ed il monitoraggio dei PDT;
- la possibilità di pagare il ticket presso qualsiasi sportello CUP indipendentemente dall'azienda in cui si eseguirà la prestazione;
- l'attivazione di invio automatico di sms ai cittadini per ricordare la prenotazione e sollecitarne la cancellazione in caso di prestazione già eseguita o non ritenuta più utile da eseguire;
- l'implementazione sul CUP delle funzionalità necessarie per la gestione delle sanzioni da applicare ai cittadini, nel caso di mancata disdetta della prenotazione, ed alle Aziende nel caso di mancato avviso dell'impossibilità di erogare la prestazione, come previsto nel Disciplinare di Accesso alle Prestazioni Ambulatoriali;
- l'integrazione del software CUP per la verifica delle doppie prenotazioni (cioè prenotazione della stessa prestazione da parte del cittadino in più strutture) oltre che la cancellazione della prenotazione in caso di esecuzione anticipata in una struttura qualsiasi del SSR;
- l'integrazione del software CUP per la prenotazione e pagamento ticket presso soggetti terzi (farmacie e/o parafarmacie, banche, poste, tabaccai);
- l'integrazione del software di consegna referti per consentirne la consegna anche presso altri sportelli del SSR, incluse le farmacie e/o parafarmacie.

## 8. MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA

### 8.1. PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E STRUMENTALI AMBULATORIALI

Ai fini della verifica del rispetto dei tempi massimi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali dell'elenco di cui al precedente capitolo 3, sono considerate esclusivamente le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto, mentre sono escluse tutte le prestazioni di controllo, le prestazioni di screening e quelle con indicazione "scelta dell'utente" nel caso di rifiuto della prima disponibilità fornita dal CUP.

Il monitoraggio del fenomeno dei tempi di attesa<sup>11</sup> per le prestazioni ambulatoriali viene effettuato attraverso le seguenti modalità:

1. flusso informativo con modalità ex-ante, basato sulla rilevazione in un periodo indice stabilito a livello nazionale: come previsto nel PNCTA 2006-2008, a seguito delle sperimentazioni condotte dall'Age.Na.S. Le Regioni avviano una rilevazione sistematica dei dati sui tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali di cui al capitolo 3, in modalità ex ante effettuata in una settimana indice con cadenza semestrale, trasmettendo i risultati delle rilevazioni al Ministero della Salute;
2. flusso informativo con modalità ex-post, rilevato attraverso il flusso dell'art. 50 della legge 326/2003 che, nell'aggiornamento del comma 5 del decreto del Ministero dell'Economia e Finanze del 18 marzo del 2008, è stato implementato con le informazioni necessarie al suddetto monitoraggio; i dati raccolti mensilmente nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) sono relativi alle prestazioni di cui al capitolo 3 erogate presso le strutture indicate nei programmi attuativi aziendali, con la rilevazione, per le strutture coinvolte e per singola prestazione, del numero delle prestazioni erogate e dei relativi tempi di attesa, nonché la percentuale di prestazioni effettuate con un tempo di attesa superiore al massimo stabilito;
3. flusso informativo con modalità ex-post rilevato attraverso il sistema regionale CUP e pubblicato sul sito regionale per il tramite della procedura della mappa web dei tempi di attesa.

I flussi di cui sopra sono garantiti dalla Regione Basilicata attraverso la procedura regionale CUP, con la quale si effettua il monitoraggio dei tempi di attesa di tutte le prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali erogate dalle strutture sanitarie pubbliche della Regione secondo le metodologie validate dal Gruppo Tecnico istituito, a livello nazionale, presso l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Age.Na.S). Con le modifiche alla procedura CUP, verrà automatizzato anche il monitoraggio delle strutture private accreditate.

In aggiunta, il Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona ed alla Comunità, con la collaborazione del Tavolo regionale dei tempi di Attesa, provvede, con cadenza periodica (almeno mensile), a:

- monitorare i tempi di attesa effettivi per le prestazioni oggetto di monitoraggio, distinti per Azienda e per struttura erogatrice;
- differenziare per singola Azienda sanitaria e per struttura erogatrice le prestazioni che presentano tempi di attesa entro o al di sopra di quelli massimi stabiliti in ambito regionale;
- differenziare il monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche e strumentali anche in rapporto al loro grado di complessità e alla distribuzione sul territorio aziendale.

<sup>11</sup> Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa, come da Accordo Stato-Regioni 28 ottobre 2010 sul Piano Nazionale di Governo dei tempi di attesa (PNGLA 2010-2012). Cfr. DGPROG 42754-P-30/12/2010.

I Direttori Generali delle Aziende, sulla base dei risultati dei monitoraggi aziendali, aventi cadenza almeno mensile, devono inviare al Dipartimento, entro 10 giorni dalla data di monitoraggio, una relazione motivata sulle cause che hanno determinato, per le prestazioni monitorate, tempi di attesa al di sopra dei valori massimi regionali e sulle azioni poste in essere per riportare gli stessi nell'ambito dei valori massimi previsti. Le Aziende Sanitarie interessate devono, nel contempo, attivare i processi riorganizzativi necessari a garantire un adeguato potenziamento dell'offerta, come in precedenza indicato, così da consentire il rispetto dei tempi di attesa massimi definiti nel presente Piano.

Inoltre, per le prestazioni con tempi di attesa effettivi al di sopra di quelli massimi sopra definiti, per le quali l'Azienda erogatrice abbia attivato tutte le azioni necessarie al governo della domanda e documentato l'impossibilità di incrementare ulteriormente l'offerta di prestazioni (a causa della esiguità del personale o per carenza o inadeguatezza delle attrezzature in dotazione o per assenza di strutture accreditate esterne), il Tavolo Regionale sui Tempi di Attesa, insieme all'Azienda, deve approfondire la problematica al fine di individuare soluzioni organizzative e gestionali quali ad esempio forme di cooperazione tra le Aziende.

Le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere regionali non possono procedere alla sospensione temporanea delle agende di prenotazione di qualsiasi prestazione, anche nel caso di tempi di attesa lunghi. La sospensione delle agende è prevista solo per gravi e/o eccezionali motivi, secondo gli appositi regolamenti predisposti ed approvati dalle Direzioni Generali aziendali di concerto con la Direzione sanitaria previa consultazione delle associazioni di tutela degli utenti.

I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere regionali devono, inoltre, disporre, la verifica sistematica delle agende di prenotazione che presentano tempi di attesa superiori a 30 giorni per le visite specialistiche 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 provvede ad 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.

Nel caso in cui sia documentata la costante indisponibilità di una parte degli utenti prenotati a non usufruire delle prestazioni, le Aziende devono procedere alla definizione delle modalità di reclutamento di pazienti (overbooking) da destinare ai posti resisi vacanti, attingendo da apposite liste di attesa o aumentando la disponibilità di prenotazione delle agende.

Le disposizioni sopra richiamate in materia di prenotazioni sono contenute nel disciplinare tecnico regionale di cui alla DGR n. 1961/2006 e s.m.i. con la quale si è proceduto alla regolamentazione delle modalità di accesso alle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali, al fine di uniformare i comportamenti e le risposte degli erogatori.

## 8.2.PRESTAZIONI DI RICOVERO

Il monitoraggio periodico dei tempi di attesa per le prestazioni erogate in regime di ricovero utilizza il flusso SDO, regolato dal DM n. 380 del 27/10/2000 e trasmesso all'NSIS, con le tempistiche previste dal DM n. 135 del 8/07/2010<sup>12</sup>, a partire dal 1/07/2010, mediante la procedura AIRO di gestione del sistema regionale dei ricoveri. Tale software deve alimentare uno specifico flusso da pubblicare sul portale web regionale.

Il monitoraggio consiste nel verificare la presenza della data di prenotazione e della classe di priorità per i ricoveri ospedalieri programmabili, di cui al capitolo 3, paragrafo 3.2 del presente piano.

<sup>12</sup> DM n. 135 del 8/07/2010 sul Regolamento recante integrazione delle informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera.

ed avviene a partire dai dimessi dell'ultimo trimestre 2010. La completezza del dato trasmesso deve essere pari al 50% nell'ultimo trimestre 2010, al 70% nel 2011 e al 90% nel 2012.

### 8.3. PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI IN AREA CARDIOVASCOLARE ED ONCOLOGICA

Relativamente alla definizione ed al monitoraggio dei percorsi diagnostico terapeutici (PDT) in area cardiovascolare ed oncologico previsti nell'Intesa, si rimanda a successivi atti da redigere in accordo con il Tavolo regionale dei tempi di Attesa e con i gruppi tematici di settore già operativi, nei 30 giorni successivi all'approvazione del presente piano.

I tempi dei predetti PDT non possono comunque essere superiori a 30 giorni per la fase diagnostica e a 30 giorni per l'inizio della terapia dal momento dell'indicazione clinica. La programmazione aziendale deve garantire i tempi sopra citati per almeno il 90% dei pazienti.

L'attivazione di tali percorsi comporta la gestione di agende dedicate, inserendo le relative prestazioni in liste di attesa distinte, secondo le modalità previste nel Disciplinare di Accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Pertanto, l'analisi e valutazione dei tempi di attesa delle prestazioni sopra citate (specialistica ambulatoriale, ricovero, Percorsi diagnostico-terapeutico), registrati nelle diverse strutture sanitarie regionali, permette l'individuazione, secondo un processo di benchmarking, di parametri di riferimento ottimali della domanda e della offerta di prestazioni, che ogni singola azienda, attraverso piani personalizzati di intervento, deve garantire tenendo conto del proprio bacino di utenza.

## 9. PIANO ATTUATIVO AZIENDALE

I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere regionali devono predisporre, entro il termine massimo di 10 giorni dalla approvazione dell'aggiornamento del Manuale delle Classi di priorità, uno specifico "Piano Attuativo Aziendale per il contenimento delle liste di attesa" che riporti dettagliatamente tutte le azioni che l'Azienda mette in atto per garantire l'applicazione di quanto previsto nel presente piano. Il Piano aziendale deve contenere anche l'individuazione dei costi necessari per l'espletamento delle azioni in esso indicate.

Il Piano Aziendale così redatto deve essere trasmesso al Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona ed alla Comunità della Regione Basilicata, nel termine su indicato. La valutazione e la verifica di congruità viene effettuata dallo stesso sulla base di griglie predisposte di concerto con il Tavolo Regionale dei tempi di Attesa. In caso di mancata approvazione del piano, l'Azienda Sanitaria ed Ospedaliere deve provvedere, entro 15 giorni dalla data di ricezione della valutazione effettuata dal Dipartimento, ad operare la dovuta revisione sulla base delle prescrizioni scaturite nella fase di valutazione Dipartimentale.

Tutte le azioni di governo della domanda e di potenziamento dell'offerta nonché le modalità di informazione ai cittadini riportate nel piano approvato devono essere strutturate in modo tale da essere a regime entro il bimestre successivo alla data di approvazione del presente Piano.

I Direttori Generali sono tenuti a relazionare trimestralmente all'Assessorato regionale alla Sanità sulle azioni intraprese, sui risultati ottenuti e sui costi sostenuti relativamente al trimestre precedente.

Tutti gli adempimenti posti in capo ai Direttori Generali delle aziende regionali di cui al presente piano, unitamente alle azioni intraprese ed ai risultati conseguiti, sono oggetto di specifica valutazione da parte della Commissione per la Valutazione dell'attività dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie di cui alle DD.GG.RR. n. 644/2009 e n. 606/2010 e s.m.i. e, pertanto, vanno riportati dagli stessi nell'apposita relazione di accompagnamento alla valutazione.

## 10. ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA (ALPI)

La Giunta Regionale con la DGR n. 2020/2010 ha approvato le Linee guida sull'attività professionale intramuraria del personale dipendente della dirigenza medica, veterinaria e del ruolo sanitario delle aziende del SSR e, con la DGR n. 317/2011, ha recepito l'Accordo del 18/11/2010 tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano confermando le linee guida di cui alla precedente deliberazione comprensive delle prescrizioni di cui all'art. 2 dell'Accordo.

Tali linee guida impongono ai Direttori Generali delle Aziende di definire, con apposito regolamento, le modalità organizzative dell'attività libero - professionale del personale medico, veterinario e delle altre professionalità della dirigenza del ruolo sanitario, con riferimento alle prestazioni individuali o in equipe, sia in regime ambulatoriale che di ricovero.

In particolare, in applicazione delle stesse, allo scopo di ridurre le liste di attesa, i Direttori Generali delle Aziende possono richiedere ai propri dirigenti, ad integrazione delle attività istituzionali, l'effettuazione di prestazioni ambulatoriali in regime di attività libero professionale intramuraria<sup>13</sup>, concordando i volumi e/o i tempi (espressi in ore) di attività libero-professionale da svolgersi.

A tal fine devono:

- a) programmare e verificare le liste di attesa con l'obiettivo di pervenire a soluzioni organizzative, tecnologiche e strutturali che ne consentano la riduzione;
- b) fissare i criteri e le modalità per assicurare un corretto ed equilibrato rapporto tra l'attività istituzionale e la corrispondente attività libero-professionale, tenendo conto che i volumi di attività libero professionale concordati in sede di budget non possono comportare, per singolo dirigente, un volume di prestazioni o un impegno orario superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali (art. 54 comma 5 e 6 CCNL);
- c) quantificare preventivamente il tempo necessario ad effettuare le prestazioni per garantire il rispetto della norma di cui sopra;
- d) stabilire preventivamente la quota parte di prestazioni da svolgere in regime istituzionale;
- e) effettuare, in applicazione della Legge n. 120/2007, punti d e g del comma 4 - art.1, il monitoraggio continuo dei tempi di attesa delle prestazioni erogate nell'ambito dell'attività istituzionale, per assicurare il rispetto dei tempi medi fissati e per il progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione, in modo che il ricorso a quest'ultima sia conseguenza di libera scelta del cittadino e non di carenza nell'organizzazione dei servizi resi nell'ambito dell'attività istituzionale.

Nel caso di acquisizione di prestazioni libero professionale dai propri dipendenti, i Direttori Generali, devono:

- riportare nel Piano Attuativo Aziendale, di cui al precedente paragrafo, l'analisi dei costi relativi all'acquisto delle prestazioni libero professionali in rapporto a quelli relativi all'eventuale acquisizione di nuovo personale, nell'intesa che, il costo di acquisto delle prestazioni libero professionali, di norma, non può essere superiore al costo da sostenere per l'eventuale assunzione di nuovo personale;
- applicare l'abbattimento proporzionale dell'indennità di risultato spettante e riproporzionare il valore delle prestazioni aggiuntive effettuate con la riconduzione al debito orario istituzionale, nel caso in cui la differenza temporale tra il tempo di attesa per l'erogazione della prestazione

<sup>13</sup> Ai sensi dell'art. 55 comma 2 del CCNL 08-06-2000, si possono considerare prestazioni erogate in regime libero-professionale quelle prestazioni richieste, in via eccezionale e temporanea ad integrazione delle attività istituzionali, dalle Aziende Sanitarie ai propri dirigenti allo scopo di ridurre le liste di attesa o di acquisire prestazioni aggiuntive soprattutto in presenza di carenza di organico ed impossibilità anche momentanea di coprire i relativi posti con personale in possesso dei requisiti di legge.