

A) Assistenza Sanitaria Collettiva in ambienti di vita e di lavoro

Negli ultimi decenni si è avuto un incremento significativo delle malattie cronico-degenerative, da cui un aumento della spesa sanitaria che, nel breve-medio periodo, potrebbe diventare insostenibile. Pertanto si è affermata la necessità di definire specifiche misure di prevenzione attiva, e relativi sistemi di sorveglianza, considerato che tali patologie sono in gran parte prevenibili al pari dell'incidentalità (incidenti domestici, incidenti stradali, infortuni sul lavoro) le cui conseguenze individuali e collettive, in termini di perdita di vite umane, invalidità e assistenza, comportano anch'esse un costo sociale che resta tuttora grave.

Da qui l'impegno istituzionale, nazionale e regionale, (Intesa Stato – Regioni del 23 marzo 2005; Piano della Prevenzione; Programma "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari" ecc.) cui sostanzialmente si riferiscono gli obiettivi di seguito indicati per linea-settore d'intervento.

A1 - Prevenzione attiva del rischio cardiovascolare (prevenzione primaria)

Le attività correlate interessano ormai tutte le ex Aziende Sanitarie Locali che nel corso degli anni 2006-2008 hanno coinvolto i Medici di Medicina Generale (MMG) attraverso corsi di formazione aziendali coordinati dal Dipartimento Salute – Ufficio Politiche della Prevenzione con il supporto dell'Equipe dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

La formazione in parola era finalizzata all'applicazione della Carta del Rischio Cardiovascolare Assoluto ISS e all'input dei dati d'interesse sul software cuore.exe, messo a punto dallo stesso Istituto, cui ciascun Medico accede via internet e tramite password per caricare i dati richiesti in riferimento ai propri assistiti oggetto di screening (screening per rischio cardiovascolare).

Al riguardo, in corso d'opera, è stata rimodulata la classe di età della popolazione target, non più compresa tra i 40 ed i 69 anni, come da prima indicazione del Ministero della Salute – Centro per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie, bensì compresa tra i 35 ed i 69 anni, come da successive indicazioni dell'ISS.

Presso l'Ufficio Politiche della Prevenzione del Dipartimento Salute sono stati "formati" da parte di personale dell'ISS i cosiddetti "medici di medicina generale formatori" per ogni singola ex ASL, i quali hanno provveduto successivamente ad estendere la formazione ai colleghi MMG che hanno aderito all'iniziativa.

In tal modo, sono stato "formati" nel 2007 n. 267 MMG (il 52% del totale di tutti i MMG della Regione), per l'attuazione dello screening per il rischio cardiovascolare ("Applicazione ed uso della carta del rischio") sulla popolazione di 35-69 anni della Basilicata e nel 2008 altri 87 MMG per un totale – anni 2007/2008 - di n. 354 MMG (pari al 69% di tutti i MMG della Regione).

Tanto premesso le Aziende Sanitarie perseguiranno quanto meno i seguenti obiettivi di settore:

- ✓ garantire la partecipazione allo screening di almeno il 30% dei MMG formati;
- ✓ assicurare lo screening (mediante l'uso del software cuore.exe dell'ISS) di almeno il 10% della popolazione target (35-69 anni).

Pertanto obiettivi ed indicatori per le Aziende Sanitarie - anni 2010-2011, relativi alla prevenzione attiva del rischio cardiovascolare, possono essere così proposti:

Obiettivi 2010:

- partecipazione dei MMG "formati" allo studio (input dati nel software cuore.exe);
- screening della popolazione target con invio dei dati alla Regione e all'ISS.

Indicatori di risultato:

Descrizione indicatore	Risultato atteso
Numero MMG partecipanti allo screening/numero MMG "formati" per Azienda Sanitaria - per input dati nel software cuore.exe	$\geq 30\%$
Numero assistiti di 35-69 anni classificati per rischio cardiovascolare/popolazione totale 35-69 anni per Azienda Sanitaria	$\geq 10\%$

A2 – Attivazione e sviluppo dei sistemi di sorveglianza PASSI e OKKIO alla Salute

Tra i determinanti della salute, gli stili di vita sono quelli più rilevanti per la promozione di una buona condizione fisica e per la prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili. Si è imposto perciò nel tempo un processo di monitoraggio e di sensibilizzazione dei cittadini finalizzato a fornire le informazioni utili ad affermare atteggiamenti orientati alla responsabilità e all'autogestione nei confronti del proprio benessere. La Regione Basilicata ha risposto alle determinazioni e alle indicazioni nazionali con l'adesione al programma di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) e OKKIO alla Salute, inerente la sorveglianza nutrizionale dei bambini delle III classi della scuola primaria oltre che con la condivisione del sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni.

Pertanto i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali per gli anni 2010-2011 devono dare continuità e regime ai suddetti sistemi di sorveglianza, resolvendo le criticità riscontrate e valorizzando gli aspetti di comunicazione e specificatamente:

- assicurare la disponibilità di referenti aziendali per le rilevazioni ed eventuale altro personale sanitario/amministrativo, secondo le necessità minime individuate dagli stessi referenti aziendali;
- inserire gli operatori di survey in un progetto incentivante, in misura proporzionale al carico di lavoro e alle risorse umane dedicate alle attività in questione;

- garantire agli stessi operatori di survey un'adeguata dotazione strumentale per le rilevazioni ed ogni altra attività ad esse correlata nonché il supporto di informatici, allorché richiesto;
- realizzare prodotti di comunicazione (opuscoli, manifesti, eventi ecc.) per la promozione dei lavori e la presentazione dei risultati.

A3 - Prevenzione sovrappeso e obesità

Con riferimento alle attività di prevenzione del sovrappeso e dell'obesità i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali sono chiamati a garantire il coinvolgimento degli istituti scolastici di ogni ordine e grado, per gli interventi di educazione alla salute da dedicare alla popolazione scolastica, e l'implementazione degli interventi di promozione dell'allattamento al seno, prevedendo negli anni 2010 - 2011:

- ✓ almeno 20 interventi educativi/anno nelle scuole;
- ✓ almeno una campagna di promozione dell'allattamento al seno con l'attivazione di uno specifico percorso integrato ospedale/territorio.

A4 - Prevenzione incidenti domestici, stradali e sul lavoro

La Regione ha predisposto un apposito progetto approvato nell'ambito del Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 (DGR 2755/2005), ove sono state previste una serie di attività a carico delle ASL.

Al riguardo l'obiettivo dato alle Aziende Sanitarie Locali è la messa a regime dei flussi informativi ospedalieri e conseguentemente i Direttori Generali dovranno garantire — mantenere l'adeguata informatizzazione e codifica degli eventi presso i servizi di pronto soccorso secondo gli obiettivi di settore assegnati negli anni precedenti, vale a dire:

- attivazione della relativa scheda del software di Pronto Soccorso in tutti i PSA delle aziende e DEA di primo e secondo livello;
- attivazione del flusso informativo con percentuale di errori di rilevazione presso i servizi di pronto soccorso < 5%;
- percentuale di schede SDO non collegate alle relative schede di pronto soccorso < 2%.

Inoltre:

- dovranno garantire la realizzazione di almeno una campagna informativa per specifica tematica e cioè:
 1. sui rischi presenti nelle civili abitazioni e sui comportamenti individuali di tutela;
 2. sui comportamenti a rischio a fini di sicurezza stradale oltre alla attivazione/rinnovo delle intese con le istituzioni scolastiche per l'implementazione di specifiche attività di educazione alla salute e al raccordo con le autoscuole per le stesse finalità.

A5 - Prevenzione tabagismo e alcolismo

In relazione ai dati di diffusione del tabagismo e alcolismo sul territorio regionale, la Regione ha ritenuto opportuno invitare ogni ASL ad organizzare sul territorio di competenza un centro antifumo ed una rete integrata per il trattamento degli alcolisti oltre che campagne informative dedicate con particolare riferimento ai giovani.

In merito, già per il biennio l'anno 2008-2009, erano stati assegnati i seguenti obiettivi di settore ai Direttori Generali:

- apertura di un Centro antifumo in ciascuna ASL con predisposizione di almeno una campagna informativa per la riduzione del tabagismo nei soggetti in età giovanile;
- sviluppo di una rete integrata ospedale-territorio per il trattamento di soggetti alcolisti in ciascuna ex ASL e campagna informativa per la riduzione del consumo di alcool in particolari attività e nei soggetti in età giovanile.

Per gli anni 2010-2011 i Direttori Generali dovranno garantire:

1. la messa a regime delle attività dei centri anti-fumo;
2. il rinnovo delle attività informative per la prevenzione del tabagismo e contro l'abuso di alcool, con particolare attenzione agli adolescenti ed in raccordo con le istituzioni scolastiche;
3. lo sviluppo del percorso assistenziale integrato ospedale-territorio per la presa in carico degli alcolisti.

Indicatori:

- ✓ numero di fumatori aderenti al programma di disassuefazione proposto/totale dei fumatori presentatisi al Centro: non inferiore al 10%;
- ✓ n.1 campagna informativa anti-fumo/anno nelle scuole;
- ✓ n. alcolisti aderenti al programma di trattamento/totale degli alcolisti che si sono proposti per il trattamento: non inferiore al 10%;
- ✓ n.1 campagna informativa contro l'abuso di alcool/anno vs tutta la popolazione;
- ✓ n. 1 campagna informativa contro l'abuso di alcool/anno nelle scuole.

A6 - Medicina del Lavoro

Anche gli obiettivi da assegnare per gli anni 2010-2011 alle Aziende Sanitarie Locali in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro non possono prescindere attualmente dalle disposizioni contenute nell'Accordo Stato-Regioni del 1° agosto 2007 "Patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro" reso esecutivo dal D.P.C.M. 17 dicembre 2007.

Pertanto le Aziende Sanitarie, tramite le Unità Operative di Medicina del Lavoro e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro, dovranno garantire lo svolgimento delle seguenti attività:

1. definire un piano – programma relativo agli interventi di vigilanza sulla base delle priorità individuate nei comparti a maggior rischio d'infortunio e malattia professionale sulla base del censimento delle attività produttive presenti sul territorio e rischi correlati ;
2. garantire la partecipazione ai progetti nazionali in materia (tra i quali il progetto nazionale sugli infortuni mortali e gravi con input dei dati sul software ISPESL "Sbagliando s'impara" e il progetto nazionale sulle malattie professionali con input dei dati sul software ISPESL Mal Prof soggetti peraltro a verifica ISPESL – sede Roma in attuazione del D.lgs. 81/2008 – art. 8 a fini d'implementazione del "Sistema informativo nazionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro);
3. garantire la partecipazione degli operatori del settore a corsi di formazione-aggiornamento nazionali e/o regionali;
4. produrre report statistici d'interesse territoriale su infortuni sul lavoro e malattie professionali;
5. produrre report sui controlli effettuati ed irregolarità riscontrate;
6. assicurare la trasmissione puntuale dei flussi informativi nei tempi e nei modi richiesti dalla Regione.

Inoltre, al fine di garantire la necessaria interdisciplinarietà, economicità, efficacia ed efficienza degli interventi di vigilanza, le Direzioni Generali Aziendali dovranno:

- assicurare un'adeguata collaborazione tra le UU.OO. di Medicina del Lavoro e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro e le UU.OO di Prevenzione, Protezione e Impiantistica nei Luoghi di Lavoro;
- stipulare intese con l'ARPAB per i controlli nei luoghi di lavoro finalizzati alla prevenzione e alla protezione dei lavoratori vs agenti fisici e chimici;
- risolvere carenze di risorse umane e strumentali dei servizi, che possano compromettere le attività di adesione a progetti nazionali (con particolare riferimento ai progetti nazionali sugli infortuni mortali e gravi e sulle malattie professionali sopra specificati) e le attività di vigilanza programmate;
- attivare-mantenere le attività di informazione all'utenza interessata alle tematiche inerenti la salute e la sicurezza del lavoro – imprese/lavoratori (sportello dedicato);
- garantire l'utilizzo degli introiti rivenienti dall'applicazione del D.Lgs. 758/1994 per migliorare le condizioni di lavoro dei servizi di vigilanza (per dotazione strumentale; fondo missioni ; corsi di formazione-aggiornamento o altra voce di costo pertinente, anche su eventuale successiva indicazione condivisa con i servizi a livello regionale).

Si riportano di seguito i corrispondenti indicatori di attività ai fini della valutazione dell'espletamento delle azioni previste:

Descrizione Indicatore	Risultato atteso
piano-programma degli interventi di vigilanza (in riferimento ai primi tre comparti a maggior rischio d'infortunio e malattie professionali);	1/anno
numero cantieri controllati/numero notifiche ex art. 11 del D.Lgs. n. 494/1996	=>20% all'anno;
numero unità locali controllate/numero unità locali totali presenti sul territorio	=>5% all'anno;

ASL (esclusi i cantieri) in riferimento al totale delle unità locali corrispondenti ai primi 3 comparti a maggior rischio d'infortunio e malattie professionali:	
numero prescrizioni ottemperate/numero prescrizioni totali:	=>90%;
report statistico su infortuni sul lavoro e malattie professionali:	n.1 all'anno;
report su attività di vigilanza espletate ed irregolarità riscontrate:	n.1 all'anno;
mantenimento sportello informativo dedicato a impresa e lavoratori;	n. 1
campagna informativa/anno sulla prevenzione nei luoghi di lavoro	n. 1
progetto nazionale infortuni mortali e gravi: numero infortuni mortali e gravi inputati/totale infortuni mortali e gravi notificati ai servizi	100%
progetto nazionale malattie professionali: numero malattie professionali inputate/totale malattie professionali notificate ai servizi	100%
protocollo d'intesa con l'ARPAB per i controlli nei luoghi di lavoro finalizzati alla prevenzione e alla protezione dei lavoratori vs agenti fisici e chimici	n. 1
istituzione di capitoli spesa dedicati agli introiti rivenienti dall'applicazione del D.Lgs. 753/1994	Individuazione dei capitoli e trasferimento dei proventi alla Regione ai sensi e per gli effetti dell'art. 13, comma 6 del D.Lgs. n. 81/2008

Relativamente agli interventi relativi ai flussi informativi da garantire e alle operazioni di vigilanza, le Direzioni Generali Aziendali potranno operare variazioni quali-quantitative delle dotazioni organiche al fine di dotarsi delle figure professionali necessarie per far fronte ai maggiori impegni connessi agli obiettivi assegnati.

In caso di dimostrata impossibilità a procedere alle variazioni sopra indicate, le Direzioni Generali Aziendali provvederanno ad indicare alla Regione modalità straordinarie ed eccezionali per fronteggiare l'assunzione, anche temporanea, di risorse.

Restano invariati gli obiettivi previsti nella D.G.R. 1713/2006 per l'Azienda Sanitaria n. 4 di Matera per quanto riguarda la sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex esposti ad amianto e a CVM-PVC e quelli previsti per l'Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza relativamente alla sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex esposti ad amianto.

A7 - Piano Vaccini – Coperture Vaccinali

Gli obiettivi di copertura vaccinale dati ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali per gli anni 2010-2011 sono i seguenti:

PIANO VACCINI - COPERTURE VACCINALI

<i>Indicatore</i>	<i>Range di accettabilità</i>
1. Copertura vaccinale anti Difta Tetano Pertosse (DTP3) nel bambino a 24 mesi	>=90%
2. Copertura vaccinale anti Polio (POL3) nel bambino a 24 mesi	>=90%
3 Copertura vaccinale anti Epatite B (EB3) nel bambino a 24 mesi:	>=90%
4 Copertura vaccinale anti Haemophilus I.di tipo B (Hib3) nel bambino a 24 mesi	>=90%
5. Copertura vaccinale anti Morbillo; Parotite; Rosolia (MPR) nel bambino a 24 mesi	>=90%
6 Copertura vaccinale anti rosolia nelle donne sieronegative in gravidanza	>=60%
7. Copertura vaccinale anti Malattia Invasiva da Pneumococco nel bambino a 24 mesi	>=80%
8. Copertura vaccinale anti Meningococco nel bambino a 24 mesi	>=70%
9. Copertura vaccinale anti varicella nel soggetto di 12 anni suscettibile	>=50%
10.Copertura vaccinale anti Influenzale (popolazione 65+anni)	>=75%
11.Copertura vaccinale anti-Malattia Inv.da Pneumococco (popolazione 65+ anni)	>=50%
12.Copertura vaccinale HPV nei soggetti di 12 anni:	>=85%
13.Copertura vaccinale HPV nei soggetti di 15-18 anni	>=70%
14.Copertura vaccinale HPV nei soggetti di 25 anni	>=45%

Obiettivi specifici:**Anagrafe Vaccinale Informatizzata (A.V.I.) in ogni ASL:**

- Funzionalità ed operatività di tutti i PC in dotazione all'A.V.I., con informatizzazione dei dati di tutte le vaccinazioni.

Categorie a rischio

- Intesa ASL/MMG – PLS per la rilevazione nominativa e numerica dei soggetti a rischio, di età inferiore ai 65 anni, da parte dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta in riferimento alla popolazione assistita;
- organizzazione aziendale della banca dati – categorie a rischio di età inferiore ai 65 anni presso le UU.OO. di Igiene e Sanità Pubblica, per l'utilizzo a fini di prevenzione attiva delle malattie infettive prevenibili con vaccino e per la rilevazione dei dati di copertura vaccinale delle stesse categorie.

A3 - Igiene degli alimenti**Obiettivi dei Direttori Generali per il 2010**

Gli obiettivi generali delle Aziende Sanitarie da garantire per il 2010 sono legati all'applicazione dei regolamenti del così detto "Pacchetto Igiene", sia in relazione alla verifica dei requisiti igienico-sanitari che ad una attenta attività di vigilanza/ispezione/audit:

In particolare i Direttori Generali devono perseguire i seguenti obiettivi:

Stabilimenti:

1. Anagrafe – Censimento dei produttori del settore alimenti destinati all'uomo (alimenti di origine vegetale e/o misti) presenti sul proprio territorio;
2. Categorizzazione del rischio - Applicazione di tale procedura nell'attività di vigilanza/ispezione negli opifici presenti nel territorio;
3. Audit - Applicazione negli opifici presenti nel territorio.

Flussi informativi:

Rispetto delle scadenze di cui alla tabella allegata alla DGR 644/09 (per le informazioni richieste in modo estemporaneo max giorni 15, salvo tempi maggiori per motivate esigenze);

A9 - Veterinaria

Di seguito vengo riportati gli obiettivi assegnati per il biennio 2010-2011 alle UU.OO. dell'Area A, B e C, così come definite dalla Legge Regionale 3/99.

- VETERINARIA - Area A

Obiettivi generali delle Aziende Sanitarie da garantire per il 2010:

- profilassi, prevenzione, controllo ed eradicazione delle malattie infettive e diffusive degli animali;
- tutela della sanità del bestiame negli allevamenti;
- prevenzione delle malattie trasmissibili dagli animali all'uomo (zoonosi);
- tutela della salute pubblica.
- In particolare i Direttori Generali devono perseguire i seguenti obiettivi:

Obiettivo A1: Risanamento della tubercolosi bovina/bufalina, Leucosi bovina enzootica e Brucellosi bovina/bufalina ed ovicaprina.

L'eradicazione della tubercolosi bovina/bufalina, brucellosi bovina/bufalina ed ovicaprina e leucosi bovina enzootica deve rappresentare l'obiettivo prioritario dei Servizi Veterinari delle ASL, che devono sottoporre a controllo tutte le aziende bovine ed ovicaprine ricadenti nel territorio di propria competenza, nonché tutti gli animali secondo le indicazioni proprie di ciascun provvedimento normativo.

OBIETTIVO A2: Malattia Vescicolare del suino.

Considerato che la Regione Basilicata risulta essere accreditata per malattia Vescicolare del suino, con conseguente riconoscimento a livello comunitario, è obiettivo di ciascuna ASL mantenere sia lo status di accreditamento procedendo al controllo degli allevamenti suini secondo le tempistiche proprie della normativa vigente che verificare le misure di biosicurezza, applicate nelle diverse tipologie di strutture detentrici di suini.

OBIETTIVO A3: Genotipizzazione

Attività di verifica sugli allevamenti

OBIETTIVO A4: Banca Dati – Anagrafe regionale informatizzata animali**Obiettivi per l'anno 2010**

- Costituzione, presso ciascuna ASL, di una struttura deputata alla gestione delle anagrafiche.
- Implementazione e censimento delle anagrafi animali (Bovina, Ovicaprina, Suina, Avicola, Equina, Canina, dei gatti e dei furetti) attivate presso il nodo regionale, nel rispetto delle normative di settore e delle tempistiche previste dai relativi manuali operativi.
- Georeferenziazione: indicazione delle coordinate geografiche:
 - nel 100% degli allevamenti bovini e suini e
 - nell'80% degli allevamenti ovicaprina
- Procedere negli allevamenti suini ed ovicaprini alla verifica delle consistenze animali mediante il censimento;
- Indicazione stato sanitario in tutti gli allevamenti (bovini, ovicaprini, suini ed equini):

OBIETTIVO A5

Flussi informativi: Rispetto delle scadenze di cui alla tabella allegata alla DGR 644/09 (per le informazioni richieste in modo estemporaneo max giorni 15, salvo tempi maggiori per motivate esigenze);

VETERINARIA - Area B

Gli obiettivi generali delle Aziende Sanitarie da garantire per il 2010 sono legati all'applicazione dei regolamenti del così detto "Pacchetto Igiene", sia in relazione alla verifica dei requisiti igienico-sanitari che ad una attenta attività di vigilanza/ispezione/audit:

In particolare i Direttori Generali devono perseguire i seguenti obiettivi:

OBIETTIVO B1: Banca Dati – Anagrafe stabilimenti.

- A. Anagrafe – Censimento e registrazione dei produttori del settore alimenti destinati all'uomo presenti sul proprio territorio;
- B. Categorizzazione del rischio - Applicazione di tale procedura nell'attività di vigilanza/ispezione negli opifici presenti nel territorio;
- C. Audit - Applicazione negli opifici presenti nel territorio.

OBIETTIVO B2 - 2. Flussi informativi:

Rispetto delle scadenze di cui alla tabella allegata alla DGR 644/09 e Allegato n.3 del presente documento (per le informazioni richieste in modo estemporaneo max giorni 15, salvo tempi maggiori per motivate esigenze);

VETERINARIA - Area C

Gli obiettivi generali di questo Servizio per l'anno 2010 sono di seguito elencate:

- Benessere animale durante il trasporto ed in allevamento;
- Controllo della produzione del latte in allevamento;
- Farmaco-sorveglianza veterinaria;
- Controllo dell'alimentazione animale;
- Gestione dell'anagrafe canina e felina.

In particolare i Direttori Generali devono perseguire i seguenti obiettivi:

OBIETTIVO C1

Randagismo - Attività di informazione presso tutti i Comuni ricadenti nel territorio di competenza della ASL.

OBIETTIVO C2

Anagrafe: Implementazione delle anagrafi di cani, dei gatti e dei furetti attivate presso il nodo regionale

OBIETTIVO C3

Flussi informativi: Rispetto delle scadenze di cui alla tabella allegata alla DGR 644/09 (per le informazioni richieste in modo estemporaneo max giorni 15, salvo tempi maggiori per motivate esigenze).

B) Assistenza Territoriale

B1 — Riorganizzazione delle attività distrettuali

Il documento di pianificazione approvato dalla Giunta Regionale con la D.G.R. n.1645/2009, delinea il "Macrolivello territoriale", relativo alla riorganizzazione della rete integrata dei servizi sanitari e sociosanitari e parte integrante, sia pure parziale, delle linee programmatiche del Piano Regionale della Salute e dei Servizi, già adottate con provvedimento deliberativo D.G.R. n.251/2009.

Lo sviluppo del processo organizzativo del Sistema Sanitario Regionale ridefinito dalla legge di riforma, secondo un'articolazione su base provinciale delle Aziende Sanitarie Locali ha richiesto, un necessario approfondimento sul versante territoriale della rete distrettuale, al fine di garantirne la piena operatività nel quadro programmatico complessivo.

La prima azione strategica, effettuata dalla regione con le leggi L.R. 12/08 e L.R. 4/07 ha definito ambiti territoriali ampi, garantendo la coincidenza tra l'ambito territoriale distrettuale e l'ambito territoriale sociale.

L'altra importante azione strategica ha inciso sullo sviluppo del Distretto, nella logica della piena integrazione sociosanitaria e di incremento della progettualità relativa alla tutela del benessere complessivo, attraverso la presa in carico della persona e dei suoi bisogni, con il passaggio da una medicina d'attesa ad una medicina d'iniziativa che valorizza la prevenzione e non solo la cura.

Questi passaggi richiedono non solo una ridefinizione degli assetti organizzativi, ma anche una partecipazione attiva da parte di tutti gli operatori del sistema, pertanto le indicazioni che si sono esplicitate nella parte territoriale del Piano costituiscono gli indirizzi generali per questo nuovo processo, che non potrà che essere "a costruzione progressiva" e come tale richiederà necessariamente ulteriori dettagli, da definire con successivi atti regionali, sulla base delle stesse esperienze e best practices che saranno costruite sul territorio.

L'idea che sottende la riorganizzazione del sistema dei servizi territoriali è la costruzione di un Distretto "forte" (Distretto della salute) che assuma in sé sia le funzioni di produzione che di tutela/committenza, con una particolare attenzione a queste ultime, e che sappia essere realmente il luogo "naturale" dell'integrazione sociosanitaria

Il risultato atteso è un modello del servizio sanitario regionale "a rete", che comprenda e integri anche la rete ospedaliera regionale e le reti infra e interaziendali, al fine di perseguire l'obiettivo della continuità dell'assistenza e dell'integrazione tra ospedale e territorio.

In particolare L'area distrettuale costituisce il livello ottimale di programmazione "dal basso" su cui costruire un rapporto integrato tra servizi sanitari e servizi sociali e alla persona, lavorando in sede di programmazione di zona all'analisi dei bisogni, all'offerta dei servizi, alla individuazione di obiettivi di crescita del benessere territoriale. Il Distretto della Salute garantisce l'assistenza sanitaria, sociosanitaria e di integrazione sociale.

Il documento del "Macrolivello territoriale" si configura a tal fine come direttiva vincolante per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali di Potenza (ASP) e di Matera (ASM), finalizzata alla riconfigurazione dei Distretti socio-sanitari di base e al modello organizzativo di riferimento.

Nell'ambito di questa direttiva, già vincolante, si ritiene comunque di evidenziare i seguenti obiettivi da conseguire nel biennio 2010-2011:

Nomina del Direttore di Distretto, con atto deliberativo del Direttore Generale dell'Azienda
Attivazione dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, già individuato negli atti aziendali
<p>Adottare, di concerto con il Direttore di Distretto, tutte le procedure per la realizzazione del modello distrettuale delineato nella direttiva, perseguendo gli obiettivi specifici di seguito elencati:</p> <ul style="list-style-type: none">- definire il regolamento e le modalità di funzionamento del distretto della salute- garantire il raccordo con l'Ambito socio-territoriale perché sia istituito, presso il Distretto, l'Ufficio di Piano- assicurare la concertazione a livello locale, ai fini della stesura del Piano attuativo distrettuale (PAD) e del Piano intercomunale dei servizi sociali e socio-sanitari, di cui il PAD è parte integrante <ul style="list-style-type: none">- attivare le USIB- attivare lo Sportello Unico di Accesso o PUA in ogni distretto- potenziare le funzioni delle UVM – Unità di Valutazione Multidimensionale, come modalità unica di valutazione ed eleggibilità ai vari setting assistenziali- garantire la continuità dell'assistenza, attivando procedure di dimissione protetta- coordinare le funzioni territoriali, con l'istituzione del Comitato Tecnico Aziendale delle Attività distrettuali e l'attivazione delle UCAD – Unità di Coordinamento delle Attività Distrettuali

32- Farmaceutica convenzionata esterna

A decorrere dall'anno 2010 la spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale, erogata sulla base della disciplina convenzionale, della distribuzione diretta, della distribuzione in nome e per conto e della distribuzione in dimissione ospedaliera, non può superare, a livello nazionale e regionale il tetto del 13,3%.

I Direttori Generali sono impegnati al puntuale rispetto del tetto previsto dal momento che la spesa media pro-capite aziendale non deve eccedere la media nazionale.

In particolare le Aziende sono tenute alla verifica di tutte le disposizioni già definite dalla D.G.R. 939/2006 che estende l'uso del ricettario SSR ai medici specialisti operanti all'interno delle Aziende.

La stessa delibera specifica le modalità operative connesse all'uso del ricettario da parte degli specialisti e ribadisce tutte le modalità prescrittive già definite con la D.G.R. 860/2005 che rimangono valide anche per i MMG e i PLS.

Pertanto i Direttori Generali sono chiamati a verificare sia per i MMG e PLS oltre che per i medici specialisti:

1. il rispetto nelle prescrizioni delle limitazioni di cui alle note AIFA, il ricorso all'uso dei farmaci e delle relative confezioni economicamente più convenienti per i Sistema Sanitario Regionale, prescrizioni dei farmaci equivalenti;
2. il rispetto della congruità del numero dei pezzi per ricetta rispetto alla copertura terapeutica;

I Direttori Generali delle ASP e ASM sono tenuti alla verifica di tale disposizione normativa e all'applicazione delle eventuali sanzioni per inosservanza a mezzo di indagini anche a campione.

In ogni caso a livello distrettuale dovranno essere poste in essere iniziative volte ad una corretta politica del farmaco anche attraverso gli appositi organismi previsti dagli accordi regionali sulla medicina generale, la pediatria di base e la specialistica ambulatoriale con il coinvolgimento della componente ospedaliera.

Dovranno essere previsti incontri periodici (di norma mensili) con i medici di medicina generale, con i pediatri di libera scelta e con gli altri specialisti per valutare a livello distrettuale l'andamento della spesa farmaceutica relativa alle farmacie operanti nel distretto ed adottare eventuali misure correttive dei comportamenti prescrittivi.

Le ASL in tema di sicurezza del farmaco promuovono, a livello territoriale, azioni mirate perché il MMG e PLS, nella presa in carico dei pazienti segnalino in modo tempestivo gli eventi avversi occorsi.

I Direttori generali devono porre in essere tutte le misure necessarie per la corretta attuazione delle disposizioni contenute nella legge 244/2007 – Finanziaria 2008 – in materia di disposizioni sulla spesa e sull'uso dei farmaci, e particolarmente:

- il disposto dell'art. 1, comma 348 - laddove fa divieto al medico curante, per il trattamento di una determinata patologia, di prescrivere un medicinale di cui non è autorizzato il commercio, quando sullo stesso non siano disponibili almeno dati favorevoli di sperimentazioni cliniche di fase seconda"
- Parimenti è fatto divieto al medico curante di impiegare, ai sensi del art. 3, comma 2 del D.L. 17 febbraio 1998, n. 23, convertito dalla L. 94 /98 un medicinale industriale per una indicazione terapeutica diversa da quella autorizzata , o riconosciuta ai sensi della L. 648/1996, qualora per tale indicazione non siano disponibili almeno dati favorevoli di sperimentazione clinica di fase seconda.

Le valutazioni infatti dei dati degli studi sono affidate a norma del comma 349 alla CTS dell'AIFA.

Il disposto dell'art. 1, del comma 350 che detta norme, per i pazienti in ADI o RSA, affinché le Aziende sanitarie, nelle condizioni contemplate, provvedano al recupero, delle confezioni di medicinali, in corso di validità, ancora integre e correttamente conservate, allo scopo di riutilizzarle negli stessi ambiti, secondo le modalità di presa in carico, raccolta e conservazione di cui al successivo comma 352.

Particolare attenzione deve essere posta agli eventi avversi occorsi durante il trattamento con i farmaci sottoposti a monitoraggio intensivo dall'AIFA e periodicamente comunicati dall'Ufficio Regionale alle Aziende medesime.

Gli obiettivi che l'ASP e ASM devono perseguire per l'anno 2010 sono:

1. rispetto del tetto di spesa stabilito per la territoriale sul valore del 13,3% del FSR trasferito;

2. distribuzione in per nome e per conto delle specialità di cui al PHT regionale al 100%, nel rispetto dell'accordo;
3. impiego dei farmaci equivalenti, di cui alla lista di trasparenza dell'AIFA, non inferiore al 50 %;
4. corretta attuazione delle disposizioni contenute nella legge 244/2007 – Finanziaria 2008 – in materia di disposizioni sulla spesa e sull'uso dei farmaci;
5. raggiungimento del numero di segnalazioni di reazioni avverse da farmaci secondo il Gold Standard, fissato dall'OMS, in 300 segnalazioni per milioni di abitanti. Tale standard fisserebbe il numero di segnalazioni attese per la Basilicata a 180 per anno.

Inoltre, considerando i dati di consumo e di spesa del 2009, appare urgente definire alcuni prioritari obiettivi di contenimento dei consumi farmaceutici e di miglioramento qualitativo delle prescrizioni, principalmente in ragione della loro appropriatezza, richiamando sui medesimi l'impegno dei Direttori Generali delle ASL, come sotto riportato:

Inibitori della pompa protonica (IPP)

I Direttori Generali sono chiamati a garantire che nei propri ambiti territoriali i medici prescrittori rispettino nelle prescrizioni le limitazioni di cui alle note AIFA 1-48.

Per l'anno 2010 viene fissato il limite delle prescrizioni in 90 confezioni ogni 100 abitanti, di cui l'80% deve essere costituito da farmaci equivalenti, di cui alla lista di trasparenza dell'AIFA.

Sostanze ad azione sul sistema renina angiotensina (C09)

Relativamente alle sostanze ad azione sul sistema renina angiotensina (cod.ATC C09) le ASL verificheranno che i prescrittori conformino le loro decisioni terapeutiche alle linee guida delle Società Scientifiche e comunque alla medicina basata sull'evidenza (EBM)

- la prescrizione dei farmaci appartenenti all'ATC C09, viene fissata in 200 confezioni/abitanti.
- la prescrizione dei sartani (associati e non C09C e C09D) non deve rappresentare più del 20% delle prescrizioni correlate alle sostanze ad azione sul sistema renina angiotensina.
- la prescrizione dei sartani deve fare riferimento alla lista di trasparenza dell'AIFA, nella percentuale definita del 50%.

Inibitori della HGM CoA reduttasi

All'interno della categoria degli inibitori dell'HGM coa reduttasi si rileva una forte differenza di prezzo tra le molecole coperte da brevetto e molecole che hanno perduto la copertura brevettuale; a livello regionale si rileva ancora un alto numero di pazienti che assumono soltanto 1 o 2 confezioni all'anno di farmaci a base di inibitori della HGM coa reduttasi a rischio di inefficacia terapeutica.

Per l'anno 2010 viene fissato quale obiettivo un incremento della appropriatezza prescrittiva su tale categoria attraverso :

- rispetto delle indicazioni derivanti dalle Carte di Rischio Cardiovascolare dell'ISS, le linee guida della società italiana dell'aterosclerosi relative alla identificazione e al trattamento delle dislipidemie nella prevenzione delle malattie cardiovascolari
- rispetto dei criteri applicativi della nota AIFA 13
- prescrizione nel trattamento in prevenzione primaria con simvastatina, in presenza di potenziale interazione con altri farmaci o intolleranza all'uso della simvastatina fino a 40 mg., può essere scelta una dose inferiore o un prodotto alternativo equivalente.
- Prescrizione nel trattamento in prevenzione secondaria con simvastatina 40 mg./die (eccezionalmente 80 mg/die), in presenza di potenziale interazione con altri farmaci o intolleranza all'uso della simvastatina 40 mg., può essere scelta una dose inferiore o un prodotto alternativo equivalente.
- la quota prescrittiva di statine presenti nella lista di trasparenza dell'AIFA, deve essere del 50%
- il numero di pazienti che assumono meno di tre confezioni all'anno dei farmaci a base di inibitori della HMG coA redattasi (cod.ATC C10AA) non dovrà superare in tutti gli ambiti aziendali l'8% del totale dei pazienti che assumono tali farmaci.

Antibatterici (J01)

Per l'anno 2010 la prescrizione, di tali farmaci, viene fissata in 170/100 abitanti.

33 - Tempi di attesa delle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali

Il crescente sviluppo e l'introduzione sempre più rilevante di nuove e complesse tecnologie nella gestione dei percorsi diagnostici e terapeutici di numerose patologie di frequente riscontro nella popolazione, ha determinato, già da diversi anni, problemi connessi alla accessibilità ai servizi sanitari. Una delle evidenze di questa ridotta accessibilità sono i lunghi tempi di attesa necessari per effettuare prestazioni in regime ambulatoriale, soprattutto per quelle prestazioni a maggior contenuto tecnologico.

Il problema della eccessiva lunghezza dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche è diventato, pertanto, uno dei temi prioritari dei servizi sanitari di tutto il mondo industriale, in quanto determina ricadute negative non solo sulle strutture sanitarie erogatrici, ma anche sul lavoro dei medici prescrittori (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, specialisti ospedalieri e territoriali) e sui pazienti.

Infatti, la ridotta accessibilità alle prestazioni da una parte ha pesanti interferenze con il processo decisionale dei medici ed è spesso causa di incomprensioni con i pazienti, con gli specialisti e con gli addetti al servizio di prenotazione, d'altra parte lede il diritto dei pazienti di accessibilità alle cure.

Con l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 28 Marzo 2006 si definiva il Piano Nazionale di Contenimento dei Tempi di Attesa per il triennio 2006 – 2008, di cui all'art. 1 comma 280 della Legge 23 Dicembre 2005, n.266;

La suddetta Intesa stabiliva che le Regioni, entro novanta giorni dall'adozione del Piano Nazionale per il Contenimento dei Tempi di Attesa, dovevano adottare uno specifico Piano Attuativo regionale. La Regione Basilicata con la D.G.R. n.907 del 19.06.2006 ad oggetto "Piano attuativo per il contenimento dei Tempi di Attesa relativo al triennio 2006 – 2008", ha

definito gli obiettivi ed i risultati attesi in materia di contenimento delle Liste di attesa da realizzarsi attraverso i Piani Aziendali che sono stati predisposti da ciascuna Azienda Sanitaria ed approvati con la D.G.R. 1092 del 8 agosto 2007.

In considerazione dei risultati ottenuti o di eventuali criticità insorte nei due anni di valenza dei Piani aziendali, si ritiene di dover procedere ad una revisione degli stessi ed in particolare alla riprogrammazione delle azioni da perseguire nel biennio 2010-2011 al fine del contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni definite critiche.

A tal fine i Direttori Generali dell'ASP e dell'ASM, dell'Azienda Ospedaliera San Carlo e dell'IRCCS CROB di Rionero dovranno procedere entro il mese di Giugno 2010 alla predisposizione del nuovo Piano Aziendale per il contenimento dei tempi di attesa - biennio 2010-2011.

In particolare il Piano dovrà definire in maniera puntuale e dettagliata le azioni finalizzate:

1. al governo della domanda di prestazioni tramite l'attivazione di processi sui comportamenti prescrittivi concordati con i prescrittori (Medici di assistenza primaria, medici specialisti ospedalieri e territoriali e specialisti convenzionati interni – Sumai);
2. al potenziamento dell'offerta di prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali individuate come critiche;
3. all'implementazione, per le prestazioni critiche, dei criteri di accesso differenziati per gravità secondo quanto riportato nel manuale delle Classi di priorità approvato con la D.G.R. n. 1896 del 28 dicembre 2007 avente ad oggetto "Piano attuativo regionale per il contenimento delle liste di attesa per il triennio 2006 – 2008: approvazione del documento "Manuale classi di priorità";
4. all'attuazione dei contenuti del disciplinare CUP per la regolamentazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali di cui alla DGR 1961/2006.

Relativamente ai tempi di attesa i Direttori Generali dell'ASP, dell'ASM, dell'Azienda Ospedaliera San Carlo e dell'IRCCS CROB di Rionero dovranno perseguire i seguenti obiettivi:

1. revisione, entro il 30 Giugno 2010, del Piano Aziendale per il contenimento dei tempi di attesa biennio 2010-2011;
2. attuazione, entro il 31-12-2010, dei contenuti del Piano relativamente alle attività previste per l'anno 2010;
3. attivazione delle Classi di Priorità per le prestazioni specialistiche e e prestazioni strumentali ambulatoriali definite critiche;

La Regione, attraverso il Gruppo Regionale sui Tempi di Attesa, provvederà ad un monitoraggio continuo delle prestazioni ambulatoriali indicate come critiche dall'azienda con gli strumenti software già presenti sul sito istituzionale regionale.

34 - Attivazione Day Service

Il Day Service (DS) è una modalità assistenziale ambulatoriale rivolta al trattamento, in alternativa al ricovero ordinario ed in day hospital, d'utenti che presentano problemi sanitari complessi e di norma non necessitano di sorveglianza medico-infermieristica prolungata.