

## G) Area della Qualità

### G1. Accreditamento istituzionale

Con la D.G.R. n. 2753 del 30 Dicembre 2005 "Approvazione manuale per l'accreditamento istituzione delle strutture pubbliche e private previsto dall'art. 8 quater del D.L.vo 502/92 e s.m.i." la Regione Basilicata ha approvato il manuale per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie pubbliche e private ricadenti nel territorio regionale ed ha disciplinato il relativo procedimento amministrativo con D.G.R. 1228/06.

Le Aziende Sanitarie, l'Azienda Ospedaliera San Carlo e il CROB di Rionero devono garantire, relazionando in merito in un'apposita sezione della relazione semestrale, rispetto degli adempimenti previsti dalla citata deliberazione in ordine al procedimento di autorizzazione-accreditamento istituzionale per le strutture pubbliche, ponendo in essere le attività necessarie alla definizione del processo di adeguamento delle stesse strutture sanitarie ai requisiti prescritti dalla vigente normativa.

Nelle more del completamento della disciplina del sistema autorizzazione /accreditamento per le strutture pubbliche, si ritiene opportuno che le predette aziende siano impegnate similmente a quanto previsto per le strutture sanitarie private, nelle verifiche dei requisiti di accreditamento secondo le macroaree individuate nel manuale regionale di accreditamento.

Relativamente a tali verifiche, che assumeranno valore sperimentale, configurandosi quali pre-audit rispetto ai sopralluoghi definitivi da effettuarsi nei tempi previsti dal procedimento approvato con DGR 1598/06, le Aziende devono perseguire i seguenti obiettivi:

1. Implementare il manuale di gestione sistema qualità aziendale reso coerente con l'assetto delineato dalla L.R. 12/08;
2. Attuare la visita sperimentale proposta per il 2009;
3. contestualizzare e mettere a sistema nella realtà aziendale la checklist ministeriale per la sicurezza in sala operatoria, armonizzandola anche ai contenuti della macroarea – percorso paziente chirurgico –definito nel manuale regionale per l'accreditamento istituzionale;
4. definire ed implementare una proposta di pre-audit in ogni Azienda Sanitaria, nell'Azienda Ospedaliera San Carlo ed IRCCS CROB sul percorso " paziente chirurgico " comprensivo anche delle macroaree diritti del paziente e servizi di supporto. Tale obiettivo sarà valutato sul biennio 2010/2011

Le singole Aziende Sanitarie, l'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo e L'IRCCS CROB di Rionero consentono al proprio personale, quale già individuato nell'elenco dei valutatori e facilitatori dei sistemi di qualità in sanità con la DGR n. 1761 del 30.08.2005, nonché agli specialisti medici nominati in ciascun gruppo di verifica di partecipare inderogabilmente all'attività di verifica dei requisiti di accreditamento delle strutture sanitarie private nel rispetto della programmazione degli audit stabilita a livello regionale e nel rispetto di esigenze aziendali.

Le singole Aziende Sanitarie, l'Azienda Ospedaliera San Carlo e l'IRCCS di Rionero devono predisporre la Carta dei Servizi comprensiva di standard per la qualità, misurabili e monitorabili, sia dall'interno delle strutture sanitarie che dall'esterno, attraverso la valutazione della percezione degli utenti-pazienti. La carta dei servizi deve essere disposta in coerenza con l'assetto delineato dalla L.R. 12/08, nel rispetto delle specificità presenti in ciascuna delle ex Aziende Sanitarie e con l'apporto delle best practices, ove presenti, che arricchiscono senza nulla togliere alla unitarietà dei nuovi organismi aziendali di cui alla L.R. 12/08. Le carte dei servizi rappresentano documentazione da valutare ai fini delle verifiche del possesso dei requisiti previsti nel manuale regionale di accreditamento delle strutture pubbliche e private.

## G2. Formazione del personale

Le Aziende Sanitarie devono ottemperare per la loro specifica competenza a quanto previsto dalla D.G.R. n. 100 del 28-01-2008.

In particolare devono collaborare attivamente con il Dipartimento Salute per la piena realizzazione del sistema S.E.R.B.

Nello specifico i Direttori Generali devono garantire i seguenti obiettivi secondo la tempistica per ciascuno indicato:

**Obiettivo 1: *Definizione degli obiettivi formativi strategici aziendali per modificare la performance delle prestazioni sanitarie erogate all'utenza***

Modalità: Trasmissione degli obiettivi formativi strategici per i tre livelli essenziali di assistenza (Prevenzione, Territoriale e Ospedaliera), in delibera definiti come Area Aziendale, corredati dei rispettivi indicatori di risultato:

Primo Indicatore: Invio della documentazione richiesta

Termine: Entro Giugno 2010

Secondo Indicatore: Predisposizione del Piano Formativo Aziendale Annuale ECM, in riferimento agli obiettivi formativi aziendali (almeno il 30% e fino ad un massimo del 50% delle attività formative ECM) ed agli obiettivi formativi nazionali.

Modalità: Trasmissione del Piano Formativo Aziendale Annuale ECM 2010

Termine: Entro Giugno 2010

Terzo Indicatore: Realizzazione delle attività formative ECM riferite agli obiettivi formativi strategici aziendali comunicati, con il raggiungimento pieno di almeno un obiettivo formativo strategico per singola Area: Prevenzione, Territoriale ed Ospedaliera.

Modalità: Trasmissione della Relazione ECM annuale contenente l'esito di raggiungimento di tutti gli obiettivi formativi strategici programmati per l'anno 2010.

Termine: Entro Giugno 2011

**Obiettivo 2: *Individuare per ogni Area (Prevenzione, Ospedaliera, Territoriale) almeno due percorsi formativi di eccellenza da trasferire al Servizio Sanitario Regionale***

Modalità: Trasmissione della documentazione inerente i percorsi formativi individuati utilizzando i parametri richiesti dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua per l'impianto nazionale di Educazione Continua in Medicina

**Indicatore:** Invio della documentazione richiesta

**Termine:** Entro Giugno 2010

**Obiettivo 3: Creazione del dossier formativo ECM di ogni operatore della sanità dipendente e/o convenzionato e monitoraggio del debito formativo ECM aziendale, di Area, di Unità Operativa.**

**Modalità:** Trasmissione della relazione ECM sul debito formativo ECM aziendale rispetto al periodo 2002/2007, così come concordato con il Gruppo tecnico dei referenti aziendali è traslata la data di adempimento al termine temporale di seguito indicato.

**Indicatore:** Invio della documentazione richiesta

**Termine:** Entro Giugno 2010

**Modalità:** Relazione ECM contenente la verifica ed il monitoraggio del debito formativo aziendale ECM

**Secondo indicatore:** Adempimento al debito formativo ECM aziendale annuale

**Termine:** Entro Gennaio 2011

**Modalità:** Verifica del debito formativo annuale delle strutture sanitarie private e dei convenzionati

**Terzo Indicatore:** Trasmissione della relazione ECM sul debito formativo ECM annuale

**Termine:** Entro il 30 Giugno 2011

### G3. Governo clinico

Con il termine "governo clinico" (o "clinical governance") si intende "il contesto in cui i servizi sanitari si rendono corresponsabili del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e mantengono elevati livelli di prestazioni creando un ambiente che favorisce l'espressione dell'eccellenza clinica nel limite delle risorse disponibili" (NHS White Paper, 1999). In sostanza, si parla di governance quando si crea una struttura che fa funzionare i processi decisionali, in virtù dell'interazione di una molteplicità di attori e al fine di promuovere il miglioramento continuo delle prestazioni. Il significato concettuale di "clinical governance" è quindi l'utilizzo di un nuovo modello di intervento e di gestione in ambiente sanitario basato su tre aspetti fondamentali: il coinvolgimento e la partecipazione, la responsabilità, la trasparenza.

Nell'attuale organizzazione sanitaria, tali modelli gestionali appaiono inadeguati a soddisfare le ricorrenti lamentele provenienti dalla classe medica, secondo la quale vi sarebbe un eccessivo potere del management rispetto alla componente sanitaria, che configurerebbe l'ospedale come azienda.

Nella configurazione dei futuri assetti organizzativi interni delle aziende, sarà conseguentemente necessario interpretare questo ruolo in modo preciso e specifico, tenendo presente che la gerarchia dell'organizzazione sanitaria nel suo complesso è improntata principalmente sulla figura dei medici, del personale del ruolo sanitario e delle professioni sanitarie. Se, quindi, il ruolo del medico non è solo quello di curatore, ma anche di motore del processo assistenziale e organizzativo, il medico stesso deve essere capace e messo nelle condizioni di espletare le funzioni del suo ruolo di dirigente.

In sostanza, si tratta di riequilibrare l'asse del management sanitario dall'area amministrativa verso quella clinica, sollecitando proprio questa componente, che è il core dell'assistenza sanitaria, a coniugare le tradizionali competenze professionali con nuove competenze manageriali e gestionali, finalizzate alla promozione dell'economicità del sistema, al controllo degli sprechi, all'attenzione all'efficienza organizzativa, alla razionalizzazione del lavoro.

Elemento essenziale del governo clinico è, di conseguenza, una maggiore partecipazione dei medici, del personale del ruolo sanitario e delle professioni sanitarie alle attività di programmazione e decisionali, al fine di consentire e promuovere una maggiore condivisione e consapevolezza delle strategie aziendali.

Tale strategia di promozione della partecipazione deve essere implementata a partire da una più matura visione del riparto di responsabilità tra i clinici e l'organizzazione sanitaria.

In sostanza, quattro sono i fondamentali ambiti cui, in una pratica di buon governo clinico, deve essere rivolta la responsabilità sia dei professionisti che dell'organizzazione sanitaria:

- la responsabilità nei confronti del paziente, finalizzata alla garanzia della qualità delle cure;
- la responsabilità nei confronti dei colleghi, destinata a manifestarsi come auto-disciplina;
- la responsabilità nei confronti degli amministratori ai fini dell'uso appropriato delle risorse all'interno del necessario equilibrio aziendale;
- la responsabilità nei confronti della comunità, destinata a manifestarsi come efficienza allocativa/equità.

Accanto al principio della partecipazione e della responsabilizzazione, un ultimo aspetto che dovrebbe caratterizzare il buon governo clinico è quello della condivisione multidisciplinare. In questo senso, è importante che le capacità tecnico-cliniche dei singoli professionisti siano adeguatamente integrate e coordinate in un ambiente organizzativo e amministrativo funzionale allo scambio ed al confronto reciproco, nonché alla condivisione dei risultati.

Per garantire piena implementazione a questi tre aspetti operativi (la partecipazione, la responsabilizzazione, la condivisione multidisciplinare), è necessario che la pratica del buon governo clinico integri e coordini tutti quegli elementi che sono positivamente correlati al manifestarsi di un livello elevato di qualità, tra cui

- il monitoraggio della performance clinica,
- la gestione del rischio sanitario,
- l'utilizzo efficiente delle risorse,
- la diffusione delle best practices,

- lo sviluppo professionale, ottenibile anche mediante un corretto esercizio della leadership,
- la ricerca e lo sviluppo
- la customer satisfaction.

In questo senso, si può affermare che l'elemento veramente innovativo del governo clinico è insito nel fatto che non si tratta di un'ennesima invenzione nell'ambito del controllo della qualità, ma di una vera e propria strategia, o meglio di una nuova cultura dell'organizzazione, atta ad utilizzare al meglio tutte le metodologie e gli strumenti già in uso. Non il "governo sui clinici", quindi, né il "governo dei clinici", ma piuttosto il "governo con i clinici".

In questa prospettiva, è importante tenere presente che il primo, fondamentale, strumento di promozione del governo clinico che dovrà essere implementato nelle strutture sanitarie è il coinvolgimento dei dirigenti medici nei processi decisionali che incidono sulla vita e sulle performance delle aziende.

La normativa attuale (art. 3, comma 12 del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502) stabilisce che il consiglio dei sanitari fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale per le attività tecnicoo-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo, e per gli investimenti ad esse attinenti. Il Consiglio dei sanitari si esprime inoltre sulle attività di assistenza sanitaria.

Si ritiene pertanto che, nell'ambito degli obiettivi e dei metodi del governo clinico, una delle soluzioni chiave per promuovere nuovi spazi collegiali di confronto/verifica dell'operato del Direttore Generale passi attraverso il coinvolgimento diretto e la valorizzazione delle procedure informative, partecipative, consultive e propositive in seno al Consiglio dei sanitari.

A tal fine, è opportuno che nelle aziende sia promossa la massima collaborazione – anche a livello informativo - tra Direttore Generale, Collegio di direzione e Consiglio dei sanitari affinché quest'ultimo possa esprimere tempestivamente pareri, osservazioni e proposte al Direttore Generale sia sull'attività tecnica-sanitaria che su quella più propriamente gestionale e manageriale.

In un'ottica di sistema, si ritiene inoltre opportuno che nelle aziende sanitarie il Consiglio dei sanitari mantenga un proprio ruolo di rappresentanza e consulenza anche nelle procedure e nelle decisioni che incidono sullo status del personale.

Il miglioramento della qualità dell'assistenza si realizza, infatti, anche attraverso un adeguato monitoraggio delle performance, realizzato mediante l'attivazione di strumenti che consentano la disponibilità di accurate informazioni non solo sui volumi di attività, ma anche sulla qualità ed i risultati dei servizi sanitari. La qualità, in particolare, deve essere definita dall'analisi di indicatori che valutano l'accessibilità, l'efficacia, l'efficienza, l'appropriatezza clinica ed organizzativa, nonché la sicurezza. Grazie alla rilevazione di tali indicatori, la valutazione delle performance può essere costruita come confronto finale tra le informazioni acquisite per mezzo di data-base clinici ed amministrativi, e gli standard ritenuti accettabili. In una logica di governo clinico, è conseguentemente importante che tali processi di valutazione delle performance siano non solo promossi ed implementati, ma anche compiutamente impiegati ai fini delle progressioni di carriera e della organizzazione interna del lavoro.

L'introduzione del governo clinico dovrà essere realizzata attraverso una modifica organizzativa e strutturale graduale e progressiva, rispondente ad un approccio culturale del tipo bottom-up. E' infatti solo attraverso il coinvolgimento della classe medica nello stesso processo di cambiamento che il governo clinico potrà entrare a fare parte del core del sistema organizzativo, condizionando il concreto esercizio delle attività quotidiane del personale sanitario e affermandosi quale riferimento obbligatorio per ogni organo direzionale, per i manager e per i clinici.

#### G4. Gestione Rischio Clinico

La sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico sono punti critici per tutti i sistemi sanitari, infatti la complessità delle organizzazioni, l'elevato livello tecnologico, l'elevato numero delle prestazioni erogate costituiscono fattori intrinseci del sistema che possono favorire il verificarsi di eventi avversi per i pazienti nel momento in cui sulle condizioni latenti di insicurezza si collocano azioni/omissioni umane

Il quadro normativo nazionale dal D.P.R. 14.01.97 di "approvazione dei requisiti minimi organizzativi che devono essere posseduti dalle strutture sanitarie", al PSN 2006 – 2008 che " promuove il governo clinico ed individua il tema del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti quale componente del suddetto obiettivo" all'intesa approvata in Conferenza Stato Regioni, nella seduta del 20 marzo 2008, che tra l'altro, prevede che nelle Aziende sanitarie venga individuata una unzione dedicata al rischio clinico vanno nella direzione della integrazione delle politiche del sistema sanitario in tema di governo clinico – qualità ed accreditamento- gestione degli aspetti amministrativi e legali del rischio – rapporti e relazioni con i cittadini.

Nel mese di novembre 2009, inoltre, il Ministero della Salute ha reso disponibile il manuale per la sicurezza in sala operatoria: raccomandazioni e checklist - che ha adattato alla realtà italiana, anche con la collaborazione delle società scientifiche e della federazione degli ordini dei medici, i contenuti del programma " Safe Surgery Lives dell'OMS nell'intesa che le Regioni adottino specifici programmi di implementazione del suo uso e il relativo monitoraggio.

In considerazione di quanto sopraesposto e della constatazione, dai dati riportati dalla letteratura, che "per ogni errore importante ve ne sono 30 minori e 300 di quasi errori" si definiscono per le Aziende Sanitarie, l'Azienda San Carlo e l'IRCCS CROB nell'anno 2010 /2011 ed in continuità con la precedente D.G.R. 644/08, relativamente al punto in cui si chiedeva di candidare almeno una macroarea comprensiva di un percorso paziente ad una vista sperimentale, i sottoriporti obiettivi generali e specifici

##### Obiettivi generali:

- predisporre il programma aziendale per la gestione del rischio
- creare le condizioni che rendono possibile l'interazione e la collaborazione dei vari sottosistemi aziendali interessati alla sicurezza dei pazienti e degli operatori nell'ottica della patient safety;
- identificare gli strumenti efficaci di contenimento del rischio;
- presidiare le attività di prevenzione protezione, individuazione, analisi e trattamento del rischio;
- favorire l'acquisizione di specifiche competenze;

##### Obiettivi specifici

- realizzare specifiche attività formative interprofessionali rivolte alle equipe
- inserire nella cartella del paziente chirurgico la checklist
- messa in atto, coerentemente con il PNP , delle attività finalizzate alla riduzione delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali con particolare riguardo a quelle determinate da pratiche assistenziali condotte in modo scorretto (profilassi

perioperatoria, cateterizzazione) di cui si valuteranno l'effettiva applicazione e le ricadute epidemiologiche mediante specifici programmi di sorveglianza

Indicatori di risultato per il 2010:

- alimentazione del flusso informativo SIMES – sistema di monitoraggio degli errori in sanità – secondo la modalità e la tempistica di cui al D.M. 11 dicembre 2009 – G.U. n. 8 del 12 gennaio 2010 -
- n. di operatori formati / totale operatori sulle tematiche connesse alla sicurezza del paziente
- realizzazione di almeno uno studio di sorveglianza di infezioni in chirurgia

## G5. Customer Satisfaction

La qualità delle prestazioni costituisce una componente critica delle politiche delle aziende sanitarie che coinvolge l'intero processo di produzione ed erogazione e la totalità del sistema organizzativo. Nelle aziende sanitarie la gestione della qualità assume particolari connotazioni per l'accentuata personalizzazione delle prestazioni, per la rilevanza dell'umanizzazione del contesto organizzativo e relazionale e per il forte riconoscimento della tutela della salute, dei diritti di cura e di informazione dei cittadini.

Nel biennio precedente (cfr DGR 1713/2006), le Aziende Sanitarie erano impegnate a predisporre un Piano di Qualità Aziendale finalizzato alla rilevazione della Customer satisfaction e alla sua prima attuazione.

Fermo restando gli impegni e le modalità di costruzione dei piani già indicati nella D.G.R. 1713/2006, al fine di consentire la valutazione dei piani aziendali e nello stesso tempo condividere l'esperienza già consolidata nelle aziende su tale tematica e sviluppare azioni comuni, è stato costituito un gruppo di lavoro regionale con la partecipazione di referenti aziendali che si è insediato nel mese di dicembre 2007.

Il gruppo di lavoro, sulla base dei risultati delle misure di qualità erogata e di qualità percepita in relazione alle attese, effettuerà una analisi di posizionamento, al fine di individuare l'Azienda "migliore", ovvero il soggetto che, in analogia di funzioni istituzionali svolte o di caratteristiche legate a variabili demografiche dell'utenza o di altri fattori, realizza il miglior risultato dal punto di vista del soddisfacimento delle attese degli utenti.

Le valutazioni di cui al punto precedente sono effettuate secondo metodologie condivise rispettivamente in ambito regionale, in relazione alle caratteristiche dei servizi e dei soggetti erogatori.

Le informazioni di riepilogo sul posizionamento delle singole Amministrazioni, consentiranno alla Regione di individuare e di catalogare le buone pratiche, nonché di promuoverne l'adozione da parte delle altre Aziende potenzialmente interessate.

Obiettivo, pertanto, del biennio 2010-2011 è la revisione del Piano aziendale in funzione della riorganizzazione del sistema sanitario regionale sancita dalla L.R. n.12/2008 e l'esecuzione di almeno due indagini, relative alla soddisfazione dell'utenza di cui, di norma, una sui servizi ospedalieri ed una su quelli territoriali.

### C6. Partecipazione istituzionale e sociale

Proposta di legge di cui all'art. 1, comma 6, della legge 12 febbraio 2007, n. 10, sulla riforma del servizio sanitario regionale

**Le Aziende Sanitarie Locali regionali devono attivare nel 2010 i Comitati Consultivi Misti aziendali e di distretto ai sensi della L.n° 1 del 30 gennaio 2007 (Finanziaria Regionale 2007) secondo le modalità previste al comma 3,4,5 dell'art. 17.**

**La Giunta Regionale ai sensi del comma 6 dell'art. 17 della suddetta legge istituisce presso il Dipartimento competente l'Osservatorio per la Tutela dei Diritti degli utenti del servizio Sanitario Regionale approvandone il relativo regolamento di funzionamento, il modello organizzativo e avvalendosi di specifiche professionalità legali per la funzionalità dello stesso.**

## H) Programmazione Economica-Finanziaria

### III - Obiettivi della gestione economico-finanziaria

In attuazione degli articoli 3, 5 e 9 dell'Allegato alla DGR n. 2563 del 12.12.2005, concernente "Approvazione del nuovo schema di contratto dei direttori generali delle Aziende Sanitarie regionali" come integrata con DGR n.1887 del 21.11.2008, degli art. 5 e 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23.03.2005 e degli altri strumenti vincolanti per la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica, i Direttori Generali sono impegnati a:

#### a) gestione corrente

a.1) aziende sanitarie in equilibrio economico (cioè con Bilancio di previsione dell'esercizio corrente in pareggio/utile e CE trimestrale in pareggio/utile):

quale specificazione per l'attuazione dell'art. 5 dell'Intesa Stato-Regioni del 23.03.2005 e s.m.i., contenere il valore del Costo della Produzione (voce (B) cod.B99999 del modello CE) entro le risorse assegnate in modo da garantire l'equilibrio economico;

per il costo del personale comunque si applicano anche i limiti ed i vincoli previsti dalla vigente regolazione nazionale e regionale in materia;

costi e ricavi per la mobilità (intraregionale ed interregionale) vanno dimensionati in conformità agli obiettivi specifici contenuti nella presente direttiva;

a.2) Per le aziende sanitarie in disequilibrio economico (cioè con Bilancio di previsione dell'esercizio corrente in perdita o CE trimestrale in perdita):

- Presentare alla Regione, entro 30 giorni dalla rilevazione dello squilibrio, una proposta di piano straordinario di riequilibrio e rientro della perdita, entro uno periodo di norma non superiore al triennio, esponendo, a parità del contributo regionale, le azioni da realizzare per assicurare la sostenibilità e l'equilibrio nel periodo di tempo indicato ed i relativi impatti sui fattori di costo;
- Contenere i costi entro le risorse assegnate, quale specificazione per l'attuazione dell'art. 5 dell'Intesa Stato-Regioni del 23.03.2005 e s.m.i.;

a.3) Per le aziende sanitarie in disequilibrio economico con Piano di riequilibrio approvato dalla Regione:

- Realizzare le azioni e gli obiettivi nei tempi e nelle modalità riportate nei Piani approvati dalla Giunta Regionale;
- Contenere i costi entro i limiti determinati dai Piani approvati dalla Giunta Regionale;
- Verificare trimestralmente l'attuazione del Piano e trasmettere alla Regione una relazione esplicativa in allegato alle certificazioni di accompagnamento al modello CE;

**b) attuazione dei programmi di investimento**

I Direttori Generali sono impegnati a:

- trasmettere al Dipartimento regionale, entro 30 giorni dalla presente e successivamente in allegato al bilancio economico di previsione di ciascun anno, un prospetto riepilogativo delle previsioni triennali di avanzamento degli investimenti programmati con specifico riferimento ai diversi strumenti programmatici regionali e statali di cui l'Azienda è beneficiaria;
- rispettare il cronoprogramma degli investimenti programmati ed evitare il disimpegno di risorse assegnate a valere sui diversi programmi di investimento;
- collaborare, per quanto di competenza, nelle attività di programmazione, monitoraggio e rendicontazione degli investimenti con le modalità e nei termini previsti.

## H2 - Direttive della gestione economico-finanziaria

In attuazione degli articoli 3, 5 e 9 dell'Allegato alla DGR n. 2563 del 12.12.2005, concernente "Approvazione del nuovo schema di contratto dei direttori generali delle Aziende Sanitarie regionali" come integrata con DGR n.1887 del 21.11.2008, degli art. 5 e 6 dell'intesa Stato-Regioni del 23.03.2005 e degli altri strumenti vincolanti per la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica, i Direttori Generali sono impegnati a:

1. Presentare alla Regione il Bilancio Economico-Preventivo di cui all'art. 14 della L. R. n. 34/1995 entro 30 giorni dal termine massimo previsto per la deliberazione, riservandosi di presentare successivamente l'eventuale documentazione mancante;
2. presentare, in caso di esposizione di una perdita nel Bilancio Economico-Preventivo o nel modello CE trimestrale (I, II, III, IV trimestre) e relativa Certificazione ai fini del patto di stabilità, un contestuale piano di rientro dalla perdita annuale o periodale, al fine di creare le condizioni per l'applicazione di quanto previsto dall'art.31 della LR.n.34/1995;
3. contenere i pagamenti della gestione corrente, nel periodo intercorrente tra la presentazione del Bilancio Preventivo e la sua approvazione da parte della Giunta Regionale, in ragione di 1/12 per mese rispetto alle risorse assegnate con l'ultima ripartizione definitiva approvata o con l'ultima ripartizione provvisoria deliberata;
4. presentare alla Regione il Bilancio d'esercizio di cui all'art. 25 della L. R. n. 34/1995 entro 30 giorni dal termine massimo previsto per la deliberazione, riservandosi di presentare successivamente l'eventuale documentazione mancante;
5. fornire, con apposita Deliberazione, i chiarimenti e gli elementi integrativi richiesti ai fini del controllo sugli atti in base all'art.44 della LR.n.39/2001 entro 30 giorni dalla comunicazione della richiesta stessa, riservandosi di presentare successivamente l'eventuale documentazione mancante;
6. inoltrare alla Regione Basilicata il budget annuale e il rapporto del controllo di gestione a cadenza trimestrale, omogenea con le scadenze trimestrali di presentazione del modello CE ai fini del monitoraggio del rispetto del Patto di stabilità tra Stato, Regioni e Province Autonome, ai sensi del Titolo II della L. R. 27 marzo 1995 n. 34; il budget dovrà essere inviato al massimo contestualmente al rapporto del primo trimestre;
7. utilizzare lo schema standard di nota integrativa per la redazione del bilancio di esercizio in attuazione della DGR n. 2044/2008 ed eventuali successive integrazioni e

modificazioni ed applicare i Principi Contabili di cui alla DGR n.2018/2009 ed alla relativa casistica approvata;

8. predisporre ed inoltrare al NSIS ed alla Regione Basilicata, nel rispetto delle modalità e delle scadenze previste, i flussi informativi economico-patrimoniali modelli CE, SP, LA, CP previsti dall'Intesa 23.03.2005 e s.m.i. e dal DM 13.11.2007 (GURI 13.12.2007) e comunque dalle disposizioni di attuazione del patto di stabilità in materia sanitaria;
9. inoltrare al Tavolo di cui all'art.12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23.3.2005 ed alla Regione Basilicata la certificazione di accompagnamento al modello CE con annessa relazione esplicativa, debitamente sottoscritta dal Direttore Generale con espressa dichiarazione della coerenza delle risultanze economiche trimestrali con i valori contenuti nel Bilancio Preventivo, secondo lo schema standard previsto e le modalità come indicati dal Dipartimento regionale.

### **H3 - Centralizzazione di lavori ed acquisizioni di beni e servizi**

---

Al fine di contenere i costi di approvvigionamento di beni e servizi ed omogeneizzare le condizioni di efficienza delle forniture, nel rispetto delle norme nazionali e regionali in materia di acquisto di beni e servizi, i Direttori Generali sono impegnati, nell'ambito dell'attuazione della D.G.R. n.1881/2008 sulla rete regionale degli acquisti e dei relativi atti attuativi, finalizzati a:

- dare completa attuazione al modello di Rete Regionale degli Acquisti approvata con DGR n. 139/2010;
- utilizzare le convenzioni della Consip SpA ai sensi di legge, in tutti i casi in cui i parametri di qualità e prezzo risultino convenienti in relazione alle caratteristiche dei fabbisogni e delle forniture ai sensi dell'art.14 della LR.n.10/2002; per la decisione di mancato utilizzo di convenzioni esistenti dovrà essere seguita la procedura prevista dal comma 3 del citato art.14;
- promuovere ed eseguire procedure unificate d'acquisto (unioni regionali d'acquisto interaziendali o "URA") di beni e servizi o partecipare a quelle da chiunque promosse, in modo che siano effettuati tramite URA almeno il 35% delle procedure ed il 50% del valore degli approvvigionamenti per ciascun anno; in particolare, i Direttori Generali sono impegnati ad attuare le unioni d'acquisto interaziendali individuate nell'incontro del 13.9.2007 e riportate nella tabella dell'allegato 4;
- consentire l'armonizzazione delle scadenze delle forniture di beni e servizi per la realizzazione della più ampia partecipazione alle procedure unificate di acquisto attivate in conseguenza degli strumenti in attuazione dell'art. 26 comma 1 della L.R. n° 28/2007, anche adottando come termine massimo di validità dei contratti la cui procedura sarà iniziata successivamente al presente provvedimento la data del 31.12.2010, salvo diversa motivata esigenza per evidenti ragioni di economicità ovvero di continuità e sicurezza dei servizi;
- attuare le previsioni in merito alle funzioni di centrale di committenza ai sensi dell'art.33 del D.Lgs. 12 aprile 2006 n.163, secondo modalità, termini e limiti della delega stessa stabiliti con direttiva regionale nell'ambito dell'attuazione della Rete regionale degli acquisti del SSR conseguente all' Accordo con Consip e MEF approvato con DGR n. 1881 del 21.11.2008 e sottoscritto il 19.12.2008;

- richiedere l'autorizzazione prevista dalla LR.n.27/2009 art.22 c.4 secondo le modalità prescritte con provvedimento regionale, ad informare il Dipartimenti in ordine al recepimento o meno delle relative osservazioni eventualmente formulate dall'Osservatorio regionale dei prezzi dei servizi e delle tecnologie del settore sanitario (OPT), esponendo i motivi dell'eventuale mancato recepimento, ed a collaborare alle attività di monitoraggio della spesa sanitaria in materia di acquisizione di beni e servizi e degli eventi di acquisti.

Inoltre, ai fini dell'attivazione di Unioni di Acquisto o di funzioni di Centralizzazione di Committenza, le Aziende dovranno collaborare nella realizzazione di banche dati di merceologie, ivi compresi i dispositivi medici con sistema di classificazione CND.

#### **H4 - Flussi informativi del patto di stabilità e diffusione della sanità elettronica**

Le Aziende Sanitarie Regionali sono impegnate a collaborare alla sicurezza, affidabilità e tempestività del Sistema Informativo Sanitario Risulta, garantendo flussi informativi tempestivi e certificati verso la Regione e le competenti Amministrazioni Centrali, ai fini del monitoraggio e della conoscenza dei fenomeni e, conseguentemente, ai fini di una migliore programmazione dei servizi sul territorio.

Conseguentemente, le Aziende Sanitarie Regionali sono tenute a fornire, nei tempi e con le modalità di volta in volta indicate, le informazioni ed i dati richiesti dal Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà, Servizi alla Persona ed alla Comunità, nonché quelli previsti dagli Accordi e dalle Intese attuativi del Patto di stabilità in materia sanitaria nei confronti del Dipartimento Regionale, del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e delle Finanze, ivi compresa la certificazione di accompagnamento ai conti economici CE con le forme e modalità e nei tempi stabiliti.

Tutte le Aziende sono tenute ai seguenti adempimenti:

- trasmissione dei flussi di dati previsti dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della Salute e, in particolare:
  - Applicazione DM 17/12/2008 relativo a debito informativo verso il NSIS per prestazioni residenziali e semiresidenziali (complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e socio-sanitarie erogate a persone non autosufficienti e non assistibili a domicilio all'interno di idonee unità d'offerta accreditate) per finalità riconducibili al monitoraggio dell'attività dei servizi, con analisi del volume di prestazioni, e valutazioni sulle caratteristiche dell'utenza e sui pattern di trattamento;
  - Applicazione art. 4 dell'allegato B della DGR 234/2007 relativo a debito informativo verso la Regione dei dati relativi alle prestazioni sanitarie di riabilitazione erogate dai centri convenzionati ai sensi dell'art. 26 della legge 833/78. Il mancato o incompleto adempimento comporta l'automatica sospensione dei pagamenti da parte dell'Azienda Sanitaria di riferimento per inadempimento contrattuale;
  - Applicazione DGR 676 del 8/5/2006 relativo a debito informativo verso la Regione dei dati di attività del Centro residenziale per la cura dei disturbi del comportamento alimentare (scheda SDCDA);
  - Applicazione DGR 1847 del 5/12/2006 relativo a debito informativo verso la Regione dei dati di attività di riabilitazione alcoologica residenziale e semiresidenziale (scheda SDCA);

- Applicazione D. Lgs. 30/12/92, n. 502, art. 18, comma 7, e dell'art. 1, comma 796 della legge 27 dicembre 2006 n.296 relativo alla completa e puntuale rilevazione dei dati inerenti le prestazioni erogate a cittadini stranieri tramite i software ASPE e TECAS del NSIS (a far data dal 1/1/2008 i saldi negativi derivanti dalla compensazione della mobilità sanitaria internazionale, vengono considerati in caso di attribuzione della quota parte del F.S.N. alle Regioni)
- collaborare agli adempimenti previsti dal sistema Tessera Sanitaria;
- collaborare all'implementazione del Fascicolo di Sanità Elettronica (sistema LUMIR ed altre applicazioni indicate dalla Regione), secondo le modalità ed i termini previsti ed indicati dal Dipartimento;
- attuare i progetti di sviluppo del Sistema Informativo Socio-Sanitario Regionale secondo le indicazioni del Tavolo Regionale di Sanità Elettronica E-Health di cui alla DGR n.795/2009;
- trasmissione al Dipartimento delle informazioni e dei dati occorrenti per il monitoraggio e la rendicontazione degli investimenti a valere sulle diverse fonti finanziarie attivate dalla Regione, anche con utilizzo di NSIS e dell'Applicativo Intese dell'APQ secondo le indicazioni regionali;
- fornire al Dipartimento regionale, nel rispetto dei tempi e delle modalità indicate nella nota di richiesta, i dati necessari per le attività di programmazione e controllo.

Per quanto riguarda gli adempimenti del sistema Tessera Sanitaria, le Aziende sono tenute ad assicurare la trasmissione, secondo la tempistica e le modalità indicate dal Dipartimento, dei dati relativi all'assistenza specialistica da parte di tutti i prescrittori dipendenti dall'Azienda stessa e ad attuare quanto necessario per l'inoltro da parte di tutti i soggetti convenzionati tenuti alla trasmissioni secondo le modalità definiti negli specifici strumenti contrattuali.

Considerate le potenziali ripercussione negative della mancata osservanza degli obblighi di cui al presente capo circa il livello di finanziamento della spesa corrente e per investimenti, ai sensi dell'art.14 comma 6 della L.R. n.10/2002 l'adempimento mancato, o ritardato per oltre 15 giorni dal termine previsto ovvero dalla data di ricezione della richiesta, non consente l'erogazione al Direttore Generale del compenso aggiuntivo per l'anno previsto dall'art. 10 comma 8 della legge regionale 31.10.2001 n. 39; in caso di adempimento ritardato ma comunque non superiore a 15 giorni dal termine previsto ovvero dalla data di ricezione della richiesta è operata una riduzione del 25% dell'ammontare del compenso aggiuntivo annuo rispetto a quello eventualmente determinato a seguito della valutazione positiva dei risultati raggiunti, di cui all'art. 10 comma 8 della succitata legge regionale 31.10.2001 n. 39.

In caso di comportamenti recidivi laddove il mancato adempimento pregiudichi il monitoraggio della spesa sanitaria e le altre attività di programmazione e verifica, la Giunta Regionale valuterà l'avvio delle procedure di decadenza dall'incarico del Direttore Generale conformemente a quanto previsto dalla DGR n.2563/2005.

Le Aziende Sanitarie della Regione Basilicata, oltre all'invio secondo il calendario prestabilito dei flussi ministeriali, dovranno consentire al sistema informativo regionale il monitoraggio delle seguenti prestazioni:

- Ospedaliere: prestazioni ricovero e di pronto soccorso attraverso la procedura AIRO;
- Specialistiche e strumentali ambulatoriali pubbliche e private accreditate attraverso la procedura CUP e CEA;
- Prestazioni di Riabilitazione;

- Prestazioni di Hospice;
- Farmaceutiche: attraverso la procedura in uso;
- Certificati di assistenza al parto (CEDAP);
- Assistenza medica di base/anagrafe assistiti;
- Ruoli del Personale dipendente e convenzionato;
- Farmaci e presidi ospedalieri attraverso al procedura di magazzino;
- Prestazione di Cure termali;
- Altre prestazioni previste quale debiti informativo per NSIS o comunque occorrenti alle finalità di programmazione e controllo regionale.

Per garantire il monitoraggio e flusso delle prestazioni sopra indicate secondo le modalità e i tempi stabiliti a livello centrale nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario le aziende sanitarie sono tenute a rispettare i tempi e le modalità di caricamento e trasferimento dei dati secondo le direttive regionali vigenti.

Le Aziende sono impegnate ad attuare la regolazione, gli indirizzi e gli orientamenti espressi in materia di protezione dei dati personali – D.Lgs 30-6-2003 n. 196 - (con particolare riferimento a cosiddetti dati "sensibili" che hanno grande rilevanza nei Sistemi Informativi Sanitari) e quella relativa al Codice delle Amministrazioni Digitali – D.Lgs 4-4-2006 n. 159 - (con particolare riferimento a quanto previsto dagli articoli di cui al CAPO IV e V dello stesso).

Tutto ciò comporta la necessità, da parte delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere regionali di dotarsi, oltre che del necessario software di cui gran parte fornito direttamente dalla Regione, di una struttura informatica interna dimensionata opportunamente per la gestione dei sistemi e per adempire responsabilmente a tutti gli adempimenti previsti.

Nella tabella dell'allegato 5 sono riportati i flussi informativi relativi ai seguenti progetti:

- Tessera sanitaria
- Flusso informativo delle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta o per conto

In particolare, in merito al collegamento telematico in rete dei medici per il progetto Tessera Sanitaria ai sensi del DPCM 26/3/2008, attuativo del D.L. 296/2006 art 1 comma 810 lettera C, si precisa che è necessario assicurare la trasmissione telematica dei dati delle ricette al Ministero dell'economia e delle finanze e delle certificazioni di malattia all'INPS da parte dei singoli medici del SSN di cui al comma 2. Il progetto si colloca nel contesto del sistema di monitoraggio della spesa sanitaria, come disciplinato dall'art. 50 della legge 24 novembre 2003, n. 326, e definisce un'infrastruttura di servizi applicativi per il collegamento in rete dei medici e per la trasmissione telematica dei dati delle ricette del Servizio Sanitario Nazionale. Tale infrastruttura, definita SAC, consiste in un sistema di accoglienza centrale per la raccolta dei dati relativi alle prescrizioni mediche inviati in modalità di cooperazione. Il SAC è raggiungibile attraverso il SPC e la rete Internet. Il MEF mette a disposizione la propria infrastruttura di rete per consentire la connessione gratuita al SAC (Entratel). Il DM 11 giugno 2009 illustra i criteri per il contributo ai medici convenzionati prescrittori: l'ammontare dei fondi destinati al contributo, verrà suddiviso in due parti uguali ognuna ripartita per ogni Regione. Il contributo della prima parte servirà per essere erogato ai medici che avvieranno la sperimentazione, facenti parte di una lista da presentare alla Ragioneria Generale dello Stato (RGS), il rimanente contributo verrà erogato alla restante parte di medici che avvieranno la sperimentazione in un secondo momento. La fase di sperimentazione riguarderà solo le

ricette ambulatoriali, mentre le domiciliari e i certificati di malattia saranno oggetto di appositi decreti. Ciò premesso, per l'anno 2010 i Direttori Generali dovranno garantire l'espletamento delle seguenti attività, in raccordo con gli altri obiettivi del presente documento:

- Individuazione dei medici che parteciperanno alla prima fase della sperimentazione, secondo quanto specificato nella sezione E.2 e in Allegato 7;
- Prima fase di sperimentazione: formazione con MMG e PLS su ritiro credenziali, modalità di trasmissione dati, utilizzo di servizi offerti dal SAC (attività con Sogei);
- Prima fase di sperimentazione: distribuzione delle credenziali ai medici;
- Prima fase di sperimentazione: trasmissione dati delle prescrizioni da parte dei medici;
- Estensione della sperimentazione: formazione con MMG, PLS e Specialisti del SSN, su ritiro credenziali, modalità di trasmissione dati, utilizzo di servizi offerti dal SAC (attività con Sogei);
- Estensione della sperimentazione: distribuzione delle credenziali ai medici;
- Estensione della sperimentazione: trasmissione dati delle prescrizioni da parte dei medici.

Infine, per favorire la realizzazione degli obiettivi di massima diffusione delle tecnologie telematiche nelle comunicazioni, della trasparenza delle stesse e di dematerializzazione della documentazione amministrativa, previsti dal codice dell'amministrazione digitale, di cui al decreto legislativo 7 marzo 2005 n. 82 e per quanto previsto dalla legge n.2 2009, tutte le aziende sono tenute a dotare le direzioni generali e tutti i livelli amministrativi, tecnici e medici di prima e seconda fascia di caselle di posta elettronica certificata. L'utilizzo della posta elettronica certificata avviene ai sensi degli articoli 6 e 48 del citato codice di cui al decreto legislativo n. 82 del 2005, con effetto equivalente, ove necessario, alla notificazione per mezzo della posta. Le comunicazioni che transitano per la predetta casella di posta elettronica certificata sono senza oneri. Tutte le aziende sono obbligate alla pubblicazione dell'elenco delle caselle di posta certificata come indicato all'art 54 del D.L. 7 marzo 2005 n.82."

## I) Obiettivi di miglioramento e sviluppo organizzativo

Al fine di consolidare i progressi culturali conseguiti nell'ambito della realizzazione del processo di aziendalizzazione, elevare il grado di partecipazione ed adesione ai valori manageriali degli interi apparati organizzativi e di potenziare e diffondere le capacità di programmazione, innovazione e controllo, sono individuati altresì obiettivi di miglioramento e sviluppo organizzativo suscettibili di comportare significative e diffuse ricadute manageriali e di sviluppare ulteriormente la propensione innovativa dei centri di responsabilità, anche in una prospettiva di qualità certificabile e della migliore valorizzazione dell'ambiente interno.

I comportamenti e le capacità manageriali assunte come rilevanti e significative per il miglioramento e sviluppo organizzativo e quindi oggetto di valutazione sono di seguito riportati.

### II - Miglioramento della qualità della programmazione

Gli elementi di valutazione sono i seguenti:

#### UTILIZZO SISTEMATICO DELLA PROGRAMMAZIONE

Predisporre e presentare alla Regione nei tempi previsti degli strumenti della programmazione a livello aziendale e distrettuale.

#### SELETTIVITA' E PRIORITA' DEGLI OBIETTIVI

Identificare le priorità in coerenza con gli indirizzi regionali, programmare azioni coerentemente strutturate e predisporre i relativi sistemi di controllo.

Identificare e definire gli accorgimenti per il governo delle variabili gestionali.

Decentrare e delegare ambiti di attività e responsabilità in base alle competenze presenti.

#### MOTIVAZIONE E COINVOLGIMENTO DEL PERSONALE

Effettuare azioni di coinvolgimento e motivazione del personale.

Effettuare almeno 4 riunioni nell'anno del Collegio di Direzione.

Richiedere almeno 3 pareri nell'anno al Consiglio dei Sanitari.

#### FORMAZIONE E RICERCA IN CAMPO SANITARIO

Collaborare fattivamente alla realizzazione delle iniziative regionali in materia di formazione e ricerca in campo sanitario.