

# CAMERA DEI DEPUTATI

---

Doc. CCI  
n. 37

## RELAZIONE

CONCERNENTE L'ATTUAZIONE DEGLI ADEMPIMENTI  
PREVISTI DALL'ACCORDO DEL 14 FEBBRAIO 2002 TRA  
LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI  
TRENTO E DI BOLZANO, IN MATERIA DI ACCESSO ALLE  
PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE E DI  
INDIRIZZI APPLICATIVI SULLE LISTE DI ATTESA

(Anno 2011)

*(Articolo 52, comma 4, lettera c), della legge 27 dicembre 2002, n. 289)*

**PREDISPOSTA DALLA REGIONE BASILICATA**

*Presentata dalla Presidenza del Consiglio dei ministri*

---

*Trasmessa alla Presidenza il 24 aprile 2012*

---

**PAGINA BIANCA**



DIPARTIMENTO SALUTE,  
SICUREZZA E SOLIDARIETÀ SOCIALE,  
SERVIZI ALLA PERSONA E ALLA COMUNITÀ

Viale V. Verriastro 6 - 35100 Padova  
Tel. 091 668023 - Fax 091 668600

Protocollo:

Potenza, — 3 APR. 2012

60984/4202

**Alla presidenza del consiglio  
dei Ministri  
Segreteria della Conferenza  
permanente per i rapporti tra  
lo Stato, le Regioni e le  
Province Autonome "servizio  
Sanità e Politiche sociali"**  
Via della Stamperia, 8  
00187 Roma

E p.c. **Al Ministero della Salute  
Dipartimento della  
Programmazione  
Ufficio III**  
Via Giorgio Ribotta, 5  
00144 Roma

**Oggetto: Relazione annuale della Regione Basilicata in merito agli adempimenti di cui  
all'art. 52, comma 4, lettera c della L.289/2002 – Anno 2011-**

Si trasmette in allegato la relazione annuale specificata in oggetto, anche ai fini del  
successivo inoltro al Parlamento, ai sensi dell'Intesa Sato regioni del 23/03/2005.

Distinti saluti

IL DIRIGENTE GENERALE  
(dott. Domenico Tripaldi)  
*Domenico Tripaldi*

**PAGINA BIANCA**

**RELAZIONE ANNUALE  
DELLA REGIONE BASILICATA IN MERITO AGLI  
ADEMPIMENTI DI CUI ALL'ART. 52, COMMA 4, LETTERA C DELLA L.289/2002  
PER L'ANNO 2011**

Si riassumono di seguito le principali iniziative intraprese per l'anno 2011 dalla Regione Basilicata per il contenimento delle liste d'attesa delle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali.

La Giunta Regionale della Basilicata, nella convinzione che la questione dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali possa determinare ricadute negative sui pazienti, ledendone il diritto di acceso alle cure, sulle strutture sanitarie erogatrici e sul lavoro dei medici prescrittori (MMG, PLS e medici specialisti ospedalieri e territoriali), che, a causa della ridotta accessibilità alle prestazioni, risentono di pesanti interferenze nei loro processi decisionali, ha inserito la problematica tra gli obiettivi dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere Regionali, per gli anni 2010 e 2011, fissati con la DGR n. 606/2010, indicando le azioni da porre in essere e gli indicatori per il monitoraggio.

Nel corso del 2011, La Regione ha revisionato il precedente Piano Attuativo per il contenimento dei tempi di attesa, ex DGR n. 907/2006, adottando, in recepimento dell'Intesa relativa al Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2010-2012 di cui al rep. n. 189/CSR del 28/10/2010, con la DGR n. 1189 del 8/08/2011 il nuovo Piano Attuativo regionale.

Tale Piano, nell'ottica di un approccio strategico al problema, fissa i tempi massimi per l'erogazione delle prestazioni, individua le modalità per il governo della erogazione delle prestazioni con misure finalizzate al miglioramento della appropriatezza prescrittiva, anche con la previsione dell'utilizzo sistematico delle classi di priorità, con il potenziamento dell'offerta prevedendo anche la possibilità dell'acquisto, da parte delle Azienda, di prestazioni in ALPI per situazioni con tempi critici.

La regione ha ulteriormente potenziato il sistema CUP regionale, istituito con la DGR n. 2268/1998, in linea con la DGR n. 2266 del 29/12/2010 di recepimento delle linee guida nazionali in materia di Sistemi Cup, prevedendo l'inserimento delle strutture private autorizzate ed accreditate e delle funzionalità che consentano il monitoraggio continuo delle attività e degli specifici flussi informativi. Gli strumenti di information e communication-technologys vengono inoltre potenziati ed integrati con i sistemi esistenti, quali i servizi sanitari per la prescrizione, per la prenotazione, per la refertazione digitale e del relativo accesso informatizzato tramite Fascicolo Sanitario Elettronico.

Per il raggiungimento degli obiettivi di cui alla DGR n. 1189/2011 sopracitata, la Giunta Regionale ha adottato, in sostituzione della DGR n. 1961/2006, la DGR n. 15 del 16/01/2012, di approvazione del nuovo disciplinare tecnico di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali da applicarsi nelle strutture regionali pubbliche e private accreditate. Tale deliberazione è stata adottata in linea con l'Intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni del 29/04/2010 relativa al documento "Sistema Cup — Linee Guida Nazionali", l'Intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni del 28/10/2010 relativa al nuovo Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, le Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa e della DGR n. 1189/2011.

Ad integrazione della DGR n. 1986/2007, la Regione ha adottato la DGR n. 140 del 14/02/2012 di approvazione del nuovo documento "Manuale Classi di priorità" che definisce, in accordo con gli specialisti e per nuove prestazioni specialistiche ambulatoriali, il primo accesso in base al bisogno clinico dell'utente, utilizzando i seguenti raggruppamenti di attesa omogenei (RAO):

- U: urgente - prestazione da eseguirsi entro 72 ore in PSA o DEA;
- B: breve, - prestazione la cui tempestiva erogazione condiziona in un arco di tempo breve influenza la prognosi a breve del paziente, il dolore o la disabilità; deve essere eseguita nell'arco temporale di 10 giorni;
- D: differibile - prestazione la cui tempestiva erogazione non influenza significativamente la prognosi a breve del paziente, ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o disabilità; deve essere eseguita nell'arco temporale di 30 giorni se visita ambulatoriale e 60 giorni se prestazione strumentale;
- P: programmabile - prestazione che può essere eseguita in un arco di tempo maggiore in quanto non influenza la diagnosi, il dolore, la disabilità, oltre che prestazioni di follow-up dopo ricovero da effettuarsi oltre 30 giorni dalla dimissione.

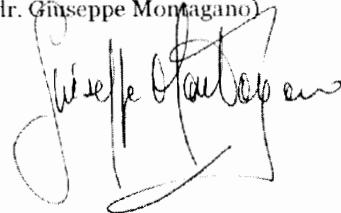
Per le prestazioni per le quali sono state definite le classi di priorità per l'accesso, i medici prescrittori devono obbligatoriamente riportare sulla impegnativa la lettera corrispondente alla classe di priorità attribuita, specificandone il sospetto clinico/diagnostico.

Relativamente alla attività di controllo la Regione monitora il fenomeno attraverso le relazioni periodiche finalizzate alla valutazione dei direttori generali delle aziende sanitarie, dal momento che la realizzazione delle attività sopradette costituisce obiettivo ai fini della attribuzione della remunerazione accessoria ex l'art. 1, comma 5, del DPCM n.502 del 19/07/1995, così come modificato dal DPCM n. 319 del 31/05/2001. Inoltre, tale monitoraggio si realizza anche mediante l'applicazione regionale web "Mappa Tempi di attesa" che riflette graficamente i tempi medi rilevati illustrando, per ciascuna prestazione, il tempo medio di attesa per ogni struttura pubblica regionale e unità operativa eseguente e gli eventuali scostamenti rispetto ai tempi massimi previsti.

La Regione Basilicata assolve agli obblighi informativi di cui al PNGLA 2010-2012, come definito nelle specifiche linee guida sulla modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa di cui al documento ministeriale prot. n. DGPROG 0042754-P-30/12/2010.

Nel corso del 2011, si sono verificate interruzioni di servizio (codificate con codice 2, 3 e 4 e di durata massima pari a due giorni), comunicate al Ministero della Salute con ns. note dipartimentali protocollo n. 133650/7202 del 4/08/2011 e n.17172/7202 del 31/01/2012, nell'ambito delle rilevazioni ministeriali delle sospensioni delle attività di erogazione da parte delle Aziende Sanitarie ed ospedaliere regionali.

IL DIRIGENTE DELL'UFFICIO  
PIANIFICAZIONE SANITARIA E VERIFICA DEGLI OBIETTIVI  
(dr. Giuseppe Montagano)



Allegati n. 4



REGIONE BASILICATA

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° 140

SEDUTA DEL 14 FEB. 2012

UFFICIO PIANIFICAZIONE SANITARIA E  
VERIFICA DEGLI OBIETTIVI - 72AB

DIPARTIMENTO

**OGGETTO** APPROVAZIONE DEL DOCUMENTO "MANUALE CLASSI DI PRIORITA'": MODIFICA ED  
INTEGRAZIONE DELLA DGR N. 1896 DEL 28/12/2007.

Relatore ASSESSORE DIPT. SALUTE, SICUREZZA E SOLIDARIETÀ  
SOCIALE, SERVIZI ALLA PERSONA E ALLA COMUNITÀ

La Giunta, riunitasi il giorno 14 FEB. 2012 alle ore 15,00 nella sede dell'Ente,

Presente Assente

1. Vito DE FILIPPO	Presidente	X	
2. Agatino Lino MANCUSI	Vice Presidente	X	
3. Attilio MARTORANO	Componente	X	
4. Rosa MASTROSIMONE	Componente	X	
5. Vilma MAZZOCCO	Componente	X	
6. Maurizio Marcello PITTELLA	Componente	X	
7. Vincenzo Edoardo VITI	Componente	X	

Segretario: dr. Arturo AGOSTINO

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

L'atto si compone di N° 4 pagine compreso il frontespizio  
e di N° 1 allegati

## UFFICIO RAGIONERIA GENERALE

Prenotazione di impegno N° UPB Cap. per €

Assunto impegno contabile N° UPB Cap.

Esercizio per €

IL DIRIGENTE

<b>VISTE</b>	la Legge n. 833 del 23/12/1978 di Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale; il DLgs n. 502 del 30/12/1992 e s.m.i. concernente il “ <i>Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421</i> ”;
<b>VISTE</b>	il DLgs n. 56 del 18/2/2001 concernente “ <i>Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'articolo 10 della L. 13 maggio 1999, n. 133</i> ”;
<b>VISTE</b>	la LR n. 39 del 31/10/2001 e s.m.i. concernente il “ <i>Riordino e razionalizzazione del servizio sanitario regionale</i> ”;
	la LR n. 12/2008 e s.m.i. concernente il “ <i>Riassetto organizzativo e territoriale del servizio sanitario regionale</i> ”;
	la LR n. 17 del 4/08/2011 concernente l’“ <i>Assestamento del bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2011 e del bilancio pluriennale per il triennio 2011-2013</i> ”;
	la LR n. 26 del 30/12/2011 concernente “ <i>Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione annuale e pluriennale della Regione Basilicata. Legge finanziaria 2012</i> ”;
<b>VISTE</b>	la LR n. 12/96 e s.m.i. concernente la Riforma dell’Organizzazione Regionale;
	la DGR n. 11/98 con cui sono stati individuati atti rientranti in via generale nelle competenze della Giunta Regionale;
	la DGR n. 2903/04, la DGR n. 1148/05 e la DGR n. 1380/05 relative alla denominazione e configurazione dei dipartimenti regionali;
	la DGR n. 2017/05 e s.m.i. con cui sono state individuate le strutture dirigenziali ed è stata stabilita la declaratoria dei compiti alle medesime assegnate;
	la DGR n. 637 del 3/05/2006 concernente la “modifica della DGR n. 2903 del 13/12/2004 - disciplina dell’iter procedurale delle proposte di deliberazione della Giunta Regionale e dei provvedimenti di impegno e liquidazione della spesa”;
<b>RICHIAMATI</b>	il DPCM del 29/11/2001 di Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza da garantire a tutti gli assistiti del SSN e s.m.i.;
	l’Accordo sancito dalla conferenza Stato-Regioni nella seduta del 14/02/2002, con il quale il Governo e le Regioni hanno convenuto sui criteri di priorità per l’accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui rispettivi tempi massimi di attesa, ad integrazione dei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria già definiti nel DPCM del 29/11/2001 e nelle Linee guida sui criteri di priorità per l’accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa, adottate con il DPCM del 16/04/2002;
	l’Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta dell’11/07/2002, con il quale il Governo e le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano hanno condiviso il documento relativo alle modalità attuative dell’Accordo del 14/02/2002, sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sugli indirizzi applicativi sulle liste di attesa;
	l’Intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni del 28/10/2010 relativa al nuovo Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, di cui all’art. 1, comma 280 della Legge 23/12/2005;
	l’Intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni del 29/04/2010 che definisce le linee guida nazionali del Sistema Cup;
<b>RICHIAMATE</b>	la DGR n. 1896 del 28/12/2007 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””;
	la determinazione dirigenziale DD7202.2010/D.00961 del 16/12/2010 di modifica dei componenti del tavolo regionale sui tempi di attesa di cui alla DD 7202.2006/D.344 del 9/3/2006 di costituzione di un tavolo regionale sui tempi di

attesa composto da dirigenti regionali, dai referenti individuati dalle aziende sanitarie, nell'ambito dei gruppi aziendali Ospedale — Territorio, e da rappresentanti delle società scientifiche;

la DGR n. 1189 del 8/8/2011 con cui è stato approvato il Piano Attuativo regionale per il contenimento delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, piano che aggiorna la DGR n. 907/2006 di integrazione e sostituzione della Direttiva vincolante di cui alla DGR n. 10/2005;

la DGR n. 15 del 16/01/2012 di approvazione del disciplinare tecnico di accesso alle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali — sostituzione della DGR n. 1961 del 19/12/20006;

**TENUTO CONTO**

che il Piano di cui alla DGR n. 1189/2011, relativamente al governo della domanda, stabilisce che le Aziende Sanitarie garantiscano modalità di accesso alle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali secondo priorità cliniche, nel rispetto dell'Accordo Stato Regioni dell'11/07/2002, al fine di uniformare l'accesso ai servizi erogati dalle strutture sanitarie presenti sul territorio regionale;

**PRESO ATTO**

che il Tavolo regionale dei tempi di attesa, di cui alla DD7202.2010/D.00961 del 16/12/2010, nel corso della riunione del 24/01/2012, ha esaminato i documenti prodotti dalle singole aziende in materia di Classi di Priorità ed ha approvato il documento conclusivo, unico a valenza regionale, che modifica ed integra il precedente Manuale classi di priorità, di cui alla DGR n. 1896/2007,

che il documento succitato aggiorna l'elenco delle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali per le quali devono essere attivate le Classi di priorità e ne individua le condizioni cliniche che danno diritto all'accesso;

**RITENUTO**

pertanto, di dover approvare il documento "Manuale Classi di Priorità" parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che modifica ed integra il Manuale di cui alla DGR 1896/2007.

Su proposta dell'Assessore al ramo

Ad unanimità di voti

**D E L I B E R A**

per i motivi espressi in narrativa che qui si intendono integralmente riportati:

1. di approvare il documento "Manuale Classi di Priorità" parte integrante e sostanziale del presente provvedimento (Allegato A);
2. di modificare ed integrare il Manuale di cui alla DGR 1896/2007 con il documento di cui al punto precedente;
3. di stabilire che le attività previste dal documento dovranno essere avviate a partire dal 1/03/2012;
4. di stabilire che l'attivazione delle classi di priorità per le prestazioni riportate nel manuale ed il relativo monitoraggio rappresentano direttiva vincolante per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e dell'Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza e dell'IRCSS Crob di Rionero in Vulture;
5. di notificare il presente provvedimento ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere Regionali per gli atti di competenza.

L'ISTRUTTORE

IL RESPONSABILE P.O.

IL DIRIGENTE

  
(dr. Giuseppe Montagano)

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

## ALLEGATO A

### MANUALE CLASSI DI PRIORITÀ

Il presente documento, in attuazione della DGR n. 1189 del 8/8/2011, modifica ed integra il Manuale classi di priorità di cui alla DGR 1896 del 28/12/2007, definendo, in accordo con gli specialisti, l'accesso per alcune prestazioni specialistiche ambulatoriali in base al bisogno clinico dell'utente. A tale fine, per singola prestazione specialistica sono stati individuati raggruppamenti di attesa omogenei (RAO).

Sulla base della normativa vigente, le classi di priorità, precedentemente identificate con i codici U, A, B, C sono rispettivamente:

- classe U (Urgente): prestazioni da eseguirsi entro 72 ore presso i PSA e/o DEA;
- classe B (Breve): prestazioni la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità, da eseguirsi entro 10 giorni;
- classe D (Differibile): prestazioni la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve del paziente, ma è richiesta sulla base della presenza di dolore, disfunzione o disabilità, da eseguirsi entro 30 giorni per le visite e 60 giorni per le prestazioni strumentali;
- classe P (Programmabile): prestazioni che possono essere programmate in un maggior arco di tempo in quanto non influenzano la prognosi, il dolore, la disfunzione o la disabilità e prestazioni di follow-up da effettuarsi oltre i 30 giorni dalla dimissione<sup>1</sup>.

I medici prescrittori (MMG, PLS, specialisti, medici di continuità assistenziale etc.) devono obbligatoriamente riportare sull'impegnativa, per le prestazioni di primo accesso, la classe di priorità (U-B-D-P) e devono specificare l'indicazione clinica/sospetto diagnostico per l'accesso alla classe di prescelta anche al fine di poterne verificare l'appropriatezza prescrittiva. Il prescrittore che per una prestazione inserisce la classe di priorità P (programmabile) deve obbligatoriamente specificare il tempo massimo entro cui la stessa deve essere eseguita.

Gli specialisti ambulatoriali, qualora ritengano necessarie altre prestazioni clinico-strumentali per la definizione diagnostica e per i percorsi di follow up, sono tenuti alla prescrizione su ricettario regionale (LR n. 17/2011).

Si riportano le classi di priorità delle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali previste nel Piano Attuativo Regionale di cui alla DGR n. 1189 del 8/8/2011 di seguito elencate:

1. Visita cardiologica
2. Visita chirurgia vascolare
3. Visita endocrinologica
4. Visita neurologica
5. Visita oculistica
6. Visita ortopedica
7. Visita ginecologica
8. Visita otorinolaringo-earistica
9. Visita dermatologica
10. Visita oncologica
11. TC Bacino senza e con contrasto
12. RMN Pelvi, prostata e vescica
13. RMN Muscoloscheletrica
14. RMN Colonna vertebrale
15. Ecografia Capo e collo
16. Ecografia Addome
17. Ecografia Ostetrica – Ginecologica
18. Colonoscopia

<sup>1</sup> I follow-up da effettuarsi nei trenta giorni successivi alla dimissione rientrano nell'attività di ricovero, pertanto sarà cura del medico dimettente programmarne la data di esecuzione.

19. Elettrocardiogramma
20. Elettrocardiogramma dinamico (Holter)
21. Elettrocardiogramma da sforzo
22. Audiometria
23. Spirometria
24. Fondo Oculare
25. Elettromiografia

## ELENCO PRESTAZIONI E MODALITÀ DI ACCESSO PER PRIORITÀ CLINICA

### 1. VISITA CARDIOLOGICA

#### **Classe di priorità: U**

**Attesa massima da garantire:** Accesso al PSA e/o DEA

#### **Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico:**

- Soffio in neonato a rischio;
- Aritmie nel lattante;
- Turbe del ritmo di nuova insorgenza ipocinetiche o ipercinetiche in assenza di sintomi;
- Dolore toracico tipico (angina da sforzo o angina da cardiopatia ischemica già in trattamento);
- Sincope;
- Dispnea ingravescente;
- Severe crisi ipertensive.

#### **Classe di priorità: B**

**Attesa massima da garantire:** 10 gg.

#### **Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

Soffi cardiaci: primo riscontro in assenza di sintomi nel neonato.

Dolore toracico atipico (dolore di non pertinenza cardiologica).

Turbe del ritmo che non comportino una compromissione dell'emodinamica del paziente.

Dispnea da sforzo e/o edemi di recente insorgenza di sospetta natura cardiologica.

Neoplasie in trattamento chemioterapico.

#### **Classe di priorità: D**

**Attesa massima da garantire:** 30 gg.

#### **Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

Soffi cardiaci: primo riscontro in assenza di sintomi (escluso il neonato).

Sospetta cardiopatia (Valvolare, Ischemica, Polmonare, Aritmica, Cardiomiopatia).

#### **Classe di priorità: P**

#### **Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

Situazioni non previste nelle precedenti classi, inclusi i follow-up.

### 2. VISITA CHIRURGIA VASCOLARE

#### **Classe di priorità: B**

**Attesa massima da garantire:** 10 gg.

#### **Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

Tromboflebite acuta.

Ischemia critica arti inferiori.

Ulcere vascolari.

**Classe di priorità: D****Attesa massima da garantire: 30 gg.****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Recidiva di tromboflebite.
- Claudicatio < 100 metri.
- Sindrome post-flebitica.

**Classe di priorità: P****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Situazioni non previste nelle precedenti classi, inclusi i follow-up.

**3. VISITA ENDOCRINOLOGICA****Classe di priorità: B****Attesa massima da garantire: 10 gg.****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Insorgenza improvvisa di tumefazione della regione anteriore o laterale del collo con o senza dolore ovvero dolore acuto in loggia tiroidea anche senza tumefazione evidente.
- Segni clinici di tireotossicosi con o senza oftalmopatia (dimagrimento eccessivo, tachicardia, sudorazione, intolleranza al caldo, tremori, ansia, diarrea, insonnia).
- Segni clinici sospetti di ipocalcemia (sensazione di intorpidimento o formicolio attorno alla bocca, pizzicore e torpore delle dita; eventualmente crampi tetanici con mano da ostetrico, segno di Trousseau, fino alle convulsioni).
- Poliuria e polidipsia con urine dal basso peso specifico e alterazioni elettrolitiche.
- Segni clinici sospetti di ipocorticosurrenalismo (astenia estrema con ipotensione, alterazioni elettrolitiche e eventuale melanodermia).
- Segni clinici sospetti di feocromocitoma (crisi ipertensiva con fenomeni vasomotori e con catecolamine e metanefrine elevate).
- Ipotiroidismo grave con TSH superiore a 100 mU/ml.
- Tutte le endocrinopatie in gravidanza.
- Ipercalcemie (Ca > 11 mmg/dl ; per valori più alti accesso in PS).

**Classe di priorità: D****Attesa massima da garantire: 30 gg.****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Ipotiroidismo con TSH superiore a 50 mU/ml.
- Ipertiroidismo senza tireotossicosi.
- Incidentaloma surrenalico.
- Incidentaloma ipofisario.

**Classe di priorità: P****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Situazioni non previste nelle precedenti classi, inclusi i follow-up.

**4. VISITA NEUROLOGICA****Classe di priorità: U****Attesa massima da garantire: Accesso al PSA e/o DEA****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico:**

- Segni e/o sintomi di nuova insorgenza o ingravescenti di interessamento acuto (ore o pochi giorni) del Sistema Nervoso.

**Classe di priorità: B****Attesa massima da garantire: 10 gg.**

**Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Recente insorgenza di segni e/o sintomi che modificano le condizioni neurologiche preesistenti, che alterano:
  - lo stato di coscienza (episodi critici ripetuti di recente insorgenza, perdita di coscienza probabilmente non sincopale);
  - le capacità cognitive (rapido deterioramento mentale);
  - le capacità senso motorie (deficit sensitivi e/o motori di un emisoma o degli arti o dei nervi cranici con diplopia, disfagia, disfonia).
- I pazienti con sospetto diagnostico di neoplasia a carico del SNC, come di seguito specificato:
- Paziente con pregressa diagnosi di malattia neoplastica e con :
  - vertigini di recente insorgenza
  - deficit neurologico progressivo
  - cefalea persistente
  - recenti alterazioni cognitive o comportamentali
  - recenti sintomi neurologici
  - deficit neurologico progressivo
  - vertigini di recente insorgenza
  - cefalea
  - alterazioni mentali
  - paralisi dei nervi cranici
  - cecità neurosensoriale monolaterale
- Pazienti con cefalea di recente insorgenza CON sintomi neurologici focali o non focali (alterazioni della memoria o della personalità) E/O sintomi suggestivi per ipertensione endocranica:
  - vomito
  - drowsiness
  - cefalea da postura
  - tinnitus pulsato
- Pazienti con cefalea di recente insorgenza, qualitativamente differente e progressivamente severa
- Pazienti con rapida progressione di:
  - deficit neurologico subacuto
  - inspiegabile compromissione cognitiva e/o disturbo comportamentale
  - variazioni della personalità inspiegabili, anche in assenza di altri segni e sintomi di neoplasia cerebrale

**Classe di priorità: D****Attesa massima da garantire: 30 gg.****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Modificazione significativa del quadro neurologico in pazienti con patologie neurologiche croniche già note
- I pazienti con sospetto diagnostico di neoplasia a carico del SNC, come di seguito specificato:
  - pazienti con cefalea inspiegabile di recente insorgenza, della durata di almeno 1 mese, NON accompagnata a segni di ipertensione endocranica

**Classe di priorità: P****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Situazioni non previste nelle precedenti classi, inclusi i follow-up.

**5. VISITA OCULISTICA****Classe di priorità: U****Attesa massima da garantire: Accesso al PSA e/o DEA****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico:**

- Traumi - Corpi estranei.
- Dolore acuto oculare.
- Improvvisi cali visivi o improvvise amaurosi.
- Oculocefalalgie (non diagnosticate).
- Leucocoria, riflesso rosso assente.
- Occhio rosso monolaterale non traumatico con fotofobia senza calo visus e/o dolore.
- Occhio rosso bilaterale non traumatico persistente o che peggiora dopo trattamento.

**Classe di priorità: B****Attesa massima da garantire: 10 gg.****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Congiuntiviti acute.
- Calazio.
- Flemmone del sacco.
- Visione di mosche volanti con fosfeni.
- Neonato con infezioni connatali.
- Cataratta nel bambino.
- Controllo ROP.
- Disturbi oculari in patologie sistemiche.
- Patologie oculari.
- Sospetti glaucomi.

**Classe di priorità: D****Attesa massima da garantire: 30 gg.****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Cefalea da sospetto disturbo visivo.
- Ambliopia.
- Follow up per ex-pretermimi, neonati con infezioni connatali, con storia di sofferenza neonatale.
- Fundus per diabetici.

**Classe di priorità: P****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Situazioni non previste nelle precedenti classi, inclusi i follow-up.

**6. VISITA ORTOPEDICA****Classe di priorità: B****Attesa massima da garantire: 10 gg.****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Blocco meccanico grosse articolazioni (spalla, gomito, anca, ginocchio) con impossibilità di movimento;
- Lombosciatalgie acute con insufficienza rachide + laseguè vivace + valsalva positiva;
- Cervicalgie acute con blocco vertebrale;
- Patologie acute di media gravità poco rispondenti al trattamento antalgico (es. epicondiliti, periartriti, patologie reumatiche del polso e della mano);
- Patologia tumorale o sospetta tumorale non inquadrata (es. osteolisi di ndd);
- Versamenti endoarticolari non cronici.

**Classe di priorità: D****Attesa massima da garantire: 30 gg.****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Tutte le sindromi canalicolari (es. dito a scatto, tunnel carpale);
- Patologia subacuta.

**Classe di priorità: P**

**Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Situazioni non previste nelle precedenti classi, inclusi i follow-up.

**7. VISITA GINECOLOGICA****Classe di priorità: B****Attesa massima da garantire: 10 gg.****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Vaginiti.
- Dolore pelvico.
- Perdite ematiche atipiche (soprattutto dopo la menopausa).  
Pap test patologico.
- Ascite da verosimile patologia ginecologica.
- massa pelvica clinicamente riscontrabile ( di natura da determinare)

**Classe di priorità: D****Attesa massima da garantire: 30 gg.****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Massa pelvica.( Fibromi uterini ).
- Polipi endometriali o del canale cervicale
- PAP test "positivo".

**Classe di priorità: P****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Situazioni non previste nelle precedenti classi, inclusi i follow-up.

**8. VISITA OTORINOLARINGOIATRICA****Classe di priorità: U****Attesa massima da garantire: Accesso al PSA e/o DEA****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico:**

- Dispnea acuta (alte vie)
- Epistassi incoercibili

**Classe di priorità: B****Attesa massima da garantire: 10 gg.****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Perdita repentina di udito monolaterale.
- Ostruzione nasale ingravescente, specie se monolaterale, con o senza essudato.
- Sospetta mastoidite.
- Sospetta sinusite mascellare odontogena.
- Sospetto diagnostico di neoplasia a carico della regione testa-collo.
- In particolare, rientrano in questa ultima tipologia i pazienti con:
  - tumefazione del collo inspiegata di recente insorgenza o pregressa ma con variazioni nelle ultime 3-6 settimane;
  - aumento di volume inspiegato della parotide o della ghiandola sottomandibolare;
  - persistente e inspiegata gola infiammata o dolorante;
  - dolore unilaterale inspiegato dell'area della testa e del collo per oltre 4 settimane, associato a otalgia con otoscopia normale;
  - ulcerazione o lesione espansiva inspiegabili della mucosa orale persistente da oltre 3 settimane;
  - inspiegata placche bianche e rosse della mucosa orale (compreso il sospetto di lichen planus) che sono dolorose, edematose o sanguinanti;
  - segni e sintomi della cavità orale persistenti e monitorati per 6 settimane, in cui non è stato possibile porre una diagnosi di patologia benigna.

**Classe di priorità: D****Attesa massima da garantire: 30 gg.****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Valutazione sindrome vertiginosa;
- Paziente con placche bianche e rosse della mucosa orale che non sono dolorose, edematose o sanguinanti (compreso il sospetto di lichen planus)

**Classe di priorità: P****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Situazioni non previste nelle precedenti classi, inclusi i follow-up.

**9. VISITA DERMATOLOGICA****Classe di priorità: U****Attesa massima da garantire: Accesso al PSA e/o DEA****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico:**

- Ustioni: tutte in sede critica (volto, mani, piedi, genitali) e per le altre sedi con estensione > 5%.
- Angioedema acuto (volto/fauci).
- Reazione generalizzata allergica da puntura di insetto.
- Reazione generalizzata allergica da farmaci.
- Affezioni batteriche acute febbrili (erisipela, cellulite, flemmoni, fasciti).
- Affezioni virali acute da herpes zoster.

**Classe di priorità: B****Attesa massima da garantire: 10 gg.****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Patologie infettive acute (es. impetigine, flemmone);
- Neoformazioni sanguinanti e/o suppiurate (es. melanoma, carcinoma spinocellulare, cisti suppurata, granuloma piogenico).

**Classe di priorità: D****Attesa massima da garantire: 30 gg.****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Patologie eruttive a rapida comparsa (es. psoriasi eruttiva, eczema acuto, pitiriasi rosea).
- Patologie dolenti infette e non (es. ulcera varicosa grave, unghia incarnita complicata).
- Altre patologie non acute (es. psoriasi, eczema, micosi, acne, verruche virali, etc.).
- Patologia vascolare cronica (es. ulcera).

**Classe di priorità: P****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Situazioni non previste nelle precedenti classi, inclusi i follow-up.

**10. VISITA ONCOLOGICA****Classe di priorità: B****Attesa massima da garantire: 10 gg.****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Pazienti con esami strumentali e laboratoristici (innalzamento significativo dei markers neoplastici) con evidenza di forte sospetto di patologia neoplastica;
- Pazienti che, pur già seguiti presso l'Ambulatorio di follow-up, presentano esami strumentali e di laboratorio con forte sospetto di recidiva di malattia neoplastica.
- Pazienti operati presso altro Centro affetti da patologia neoplastica per cui può essere indicato l'effettuazione di un trattamento chemioterapico adiuvante.

**Classe di priorità: D****Attesa massima da garantire: 30 gg.****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Pazienti che presentano aspetti dubbi o di incerta interpretazione rispetto a quanto riportato nei criteri previsti per l'accesso in classe B.

**Classe di priorità: P****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Situazioni non previste nelle precedenti classi, inclusi i follow-up.

**11. TAC BACINO SENZA E CON CONTRASTO****Classe di priorità: B****Attesa massima da garantire: 10 gg.****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Neoplasie primitive e secondarie
- Fratture primitive o secondarie

**Classe di priorità: D****Attesa massima da garantire: 60 gg.****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Patologia tumorale benigna
- Follow-up patologia neoplastica nota
- Controlli post – interventi ortopedici.

**Classe di priorità: P****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Situazioni non previste nelle precedenti classi, inclusi i follow-up.

**12. RMN PELVI, PROSTATA E VESICA****Classe di priorità: U****Attesa massima da garantire: Accesso al PSA e/o DEA****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico:**

- l'addome acuto deve essere gestito in Regime ospedaliero

**Classe di priorità: B****Attesa massima da garantire: 10 gg.****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- paziente con sospetta neoplasia che abbia già eseguito esami di primo e secondo livello (eco e tac).

**Classe di priorità: D****Attesa massima da garantire: 60 gg.****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- formazione di organi addomino pelvici con segni di benignità ad esami di primo e secondo livello (eco e tac), da tipizzare;
- sospetta patologia retro peritoneale solo dopo aver eseguito esami di primo e secondo livello (eco e tac);
- patologie delle vie biliari non diagnosticate con le metodiche di primo livello

**Classe di priorità: P****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Situazioni non previste nelle precedenti classi, inclusi i follow-up.

### 13. RMN MUSCOLOSCHELETTRICA

**Classe di priorità: U**

**Attesa massima da garantire:** Accesso al PSA e/o DEA

**Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico:**

- tutte le patologie acute devono essere trattate in regime di ricovero, o in seno a percorsi clinico assistenziali identificati (day service)

**Classe di priorità: B**

**Attesa massima da garantire:** 10 gg.

**Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- limitazione funzionale con compromissione grave dell' articolarietà dopo aver eseguito esami di prima istanza (eco - tac);
- sospetta neoplasia agli esami di primo e secondo livello;
- lesione tendinea acuta (tendine di achille, tendine rotuleo) da trattare chirurgicamente solo dopo aver eseguito l'ecografia

**Classe di priorità: D**

**Attesa massima da garantire:** 60 gg.

**Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- patologia cronica riacutizzata solo dopo visita specialistica ed esecuzione degli esami di primo livello;
- lussazione di spalla inveterata da trattare chirurgicamente

**Classe di priorità: P**

**Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Situazioni non previste nelle precedenti classi, inclusi i follow-up.

### 14. RMN COLONNA VERTEBRALE

**Classe di priorità: U**

**Attesa massima da garantire:** Accesso al PSA e/o DEA

**Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico:**

- Valutazione di pronto soccorso in evidenza clinica di patologia midollare

**Classe di priorità: B**

**Attesa massima da garantire:** 10 gg.

**Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Mielopatia da sospetto tumore, infiammazione.
- Lombalgia acuta o cronica riacutizzata in paziente con grave e persistente sintomatologia radicolare (dolore acuto e/o deficit motorio e/o sensitivo clinicamente documentato) in paziente operato di ernia discale.
- Lombalgia acuta o cronica riacutizzata in paziente con grave e persistente sintomatologia radicolare (dolore acuto e/o deficit motorio e/o sensitivo clinicamente documentato) dopo 3 settimane di riposo e/o terapia medica senza risultati.

**Classe di priorità: D**

**Attesa massima da garantire:** 60 gg.

**Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Dolori cervicali, rachialgie, alterazioni degenerative con evidenza di sofferenza radicolare (RMN cervicale).
- Lombalgia acuta o subacuta o cronica o recidivante con sintomatologia radicolare modesta (dolore non persistente senza deficit motorio).
- Lombalgia acuta o subacuta o cronica o recidivante isolata.

**Classe di priorità: P**

**Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Situazioni non previste nelle precedenti classi, inclusi i follow-up.

**15. ECOGRAFIA CAPO E COLLO****Classe di priorità: B****Attesa massima da garantire: 10 gg.****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Nodulo tiroideo di recente insorgenza clinicamente palpabile
- Linfoadenopatia di sospetta natura neoplastica, di recente insorgenza
- Masse espansive, non adenopatiche, delle logge latero-cervicali, di recente insorgenza
- Colica salivare con tumefazione dolorosa
- Patologia di sospetta natura neoplastica delle ghiandole salivari

**Classe di priorità: D****Attesa massima da garantire: 60 gg.****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Sospetta patologia infiammatoria tiroidea, patologia disfunzionale (ipo/iperiodismo), struma (I diagnosi)
- Valutazione di linfoadenopatia flogistica

**Classe di priorità: P****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Situazioni non previste nelle precedenti classi, inclusi i follow-up.

**16. ECOGRAFIA ADDOME****Classe di priorità: B****Attesa massima da garantire: 10 gg.****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Sospetta neoplasia primitiva o secondaria dell'addome
- Infezioni acute urinarie resistenti alla terapia antibiotica e forme ricorrenti
- Coliche renali
- Coliche biliari
- Sospetto aneurisma dell'Aorta addominale asintomatico
- Masse addominali obiettivamente rilevate di recente insorgenza
- Sospetto versamento peritoneale
- Metrorragia di n.d.d.
- Sospetta patologia neoplastica pelvica

**Classe di priorità: D****Attesa massima da garantire: 60 gg.****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Dolori addominali subacuti ricorrenti, qualora si siano escluse patologie gastriche o intestinali;
- 1° riscontro di alterazione dei test di funzionalità epatica e/o renale;
- Sindromi dispeptiche di n.d.d.
- Sospetta litiasi vie biliari (I diagnosi)
- Sospetta nefrolitiasi (I diagnosi)
- Cistiti e cistopieliti recidivanti
- Follow up colecistiti acute.

**Classe di priorità: P****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Situazioni non previste nelle precedenti classi, inclusi i follow-up.

## 17. ECOGRAFIA OSTETRICA - GINECOLOGICA

**Classe di priorità: U**

**Attesa massima da garantire:** Accesso al PSA e/o DEA

**Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico:**

- Valutazione di pronto soccorso in evidenza clinica di patologia midollare

**Classe di priorità: B**

**Attesa massima da garantire:** 10 gg.

**Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- OSTETRICA : sospetto aborto ritenuto, minaccia di parto prematuro per misurazione collo, sospetta malformazione fetale, dubbio presentazione a termine, per interruzione volontaria di gravidanza, aritmia fetale con scompenso cardiaco, sospetta gravidanza extrauterina, sanguinamenti atipici in gravidanza, IUGR severo con flussi patologici;
- GINECOLOGICA : masse endopelviche sintomatiche, metrorragia, dolore pelvico di sospetta origine ginecologica, pelviperitonite, stadiazione se paziente sintomatica;
- OSTETRICA : sospetto ritardo di crescita fetale, sospetta macrosomia, controllo per minaccia di aborto, sospetto gravidanza gemellare, per ridatazione della gravidanza, ecografia di secondo livello (in ogni caso differenziare l'urgenza; ci sono situazioni in cui l'eco di 2° livello si può programmare per tempo: es. assunzione di farmaci presunti pericolosi);
- GINECOLOGICA : sanguinamenti in menopausa, localizzazione di IUD;

**Classe di priorità: D**

**Attesa massima da garantire:** 60 gg.

**Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- OSTETRICA : ecografia di primo livello secondo protocollo ministeriale;
- GINECOLOGICA : controllo per endometriosi, controlli postintervento, dolore pelvico cronico, sanguinamenti irregolari intermestruali, masse endopelviche asintomatiche

**Classe di priorità: P**

**Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Situazioni non previste nelle precedenti classi, inclusi i follow-up.

## 18. COLONSCOPIA

**Classe di priorità: U**

**Attesa massima da garantire:** Accesso al PSA e/o DEA

**Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico:**

- emorragia in atto (melena, enterorragia massiva) (E-C);

**Classe di priorità: B**

**Attesa massima da garantire:** 10 gg.

**Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- sanguinamento non compendiato come "tipo urgente" : rettorragia non grave, diarrea muco-sanguinolenta non infettiva (E-C);
- anemia sideropenica di primo riscontro con Hb < 10 g/dl (E-C);
- presenza di sintomi di allarme: calo di peso importante (di almeno il 10% negli ultimi mesi), massa addominale (E-C);
- sospette patologie neoplastiche rilevate radiologicamente (E-C);

**Classe di priorità: D**

**Attesa massima da garantire:** 60 gg.

**Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- anemia sideropenica cronica, perdite ematiche minori (tracce ematiche nel pulirsi) (E-C);
- diarrea cronica, stipsi recente o eventi sub-occlusivi;
- riscontro radiologico di polipi ( C );

**Classe di priorità: P**

**Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Situazioni non previste nelle precedenti classi, inclusi i follow-up.

## **19. ELETROCARDIOGRAMMA**

**Classe di priorità: U**

**Attesa massima da garantire:** Accesso al PSA e/o DEA

**Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico:**

- Soffio in neonato a rischio.
- Aritmie nel lattante.
- Turbe del ritmo di nuova insorgenza ipocinetiche o ipercinetiche in assenza di sintomi.
- Dolore toracico tipico (angina da sforzo o angina da cardiopatia ischemica già in trattamento).
- Sincope.
- Dispnea ingravescente.
- Severe crisi ipertensive.

**Classe di priorità: B**

**Attesa massima da garantire:** 10 gg.

**Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Soffi cardiaci: primo riscontro in assenza di sintomi nel neonato.
- Dolore toracico atipico (dolore di non pertinenza cardiologica).
- Turbe del ritmo che non comportino una compromissione dell'emodinamica del paziente.
- Dispnea da sforzo e/o edemi di recente insorgenza di sospetta natura cardiologica.
- Neoplasie in trattamento chemioterapico.

**Classe di priorità: D**

**Attesa massima da garantire:** 60 gg.

**Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Soffi cardiaci: primo riscontro in assenza di sintomi (escluso il neonato).
- Sospetta cardiopatia (Valvolare, Ischemica, Polmonare, Aritmica, Cardiomiopatia ).

**Classe di priorità: P**

**Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Situazioni non previste nelle precedenti classi, inclusi i follow-up.

## **20. ELETROCARDIOGRAMMA DINAMICO (HOLTER)**

**Classe di priorità: B**

**Attesa massima da garantire:** 10 gg.

**Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Aritmia ipocinetica o ipercinetica in cardiopatia organica ad incidenza frequente;
- BAV superiore al I grado
- Sospetta angina di Printzmetal
- Aritmia sintomatica associata a lipotimia
- Lipotimia in cardiopatico noto

**Classe di priorità: D**

**Attesa massima da garantire:** 60 gg.

**Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Cardiopalmo in cardiopatia organica

- Extrasistoli frequenti in cardiopatico noto

**Classe di priorità: P**

**Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Situazioni non previste nelle precedenti classi, inclusi i follow-up.

## 21. ELETROCARDIOGRAMMA DA SFORZO

**Classe di priorità: B**

**Attesa massima da garantire: 10 gg.**

**Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Dolore toracico tipico di recente insorgenza (<1 mese

**Classe di priorità: D**

**Attesa massima da garantire: 60 gg.**

**Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- controllo terapeutico in presenza di cardiopatia ischemica nota

**Classe di priorità: P**

**Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Situazioni non previste nelle precedenti classi, inclusi i follow-up.

## 22. AUDIOMETRIA

**Classe di priorità: B**

**Attesa massima da garantire: 10 gg.**

**Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Sordità improvvisa

**Classe di priorità: D**

**Attesa massima da garantire: 60 gg.**

**Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Ipoacusie ingravescenti, specie se monolaterali

**Classe di priorità: P**

**Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Situazioni non previste nelle precedenti classi, inclusi i follow-up.

## 23. SPIROMETRIA

**Classe di priorità: B**

**Attesa massima da garantire: 10 gg.**

**Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Insufficienza respiratoria
- Dispnea di recente insorgenza o ingravescente

**Classe di priorità: D**

**Attesa massima da garantire: 60 gg.**

**Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Dispnea da sforzo
- Valutazione riabilitativa
- BPCO, Asma, Interstiziopatia polmonare, Disturbo neuromuscolare

**Classe di priorità: P****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Situazioni non previste nelle precedenti classi, inclusi i follow-up.

**24. FONDO OCULARE****Classe di priorità: U****Attesa massima da garantire:** Accesso al PSA e/o DEA**Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico:**

- Traumi - Corpi estranei.
- Dolore acuto oculare.
- Improvvisi cali visivi o improvvise amaurosi.
- Oculocefalalgie (non diagnosticate).
- Leucocoria, riflesso rosso assente.
- Occhio rosso monolaterale non traumatico con fotofobia senza calo visus e/o dolore.
- Occhio rosso bilaterale non traumatico persistente o che peggiora dopo trattamento.

**Classe di priorità: B****Attesa massima da garantire:** 10 gg.**Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Congiuntiviti acute.
- Calazio.
- Flemmone del sacco.
- Visione di mosche volanti con fosfeni.
- Neonato con infezioni connatali.
- Cataratta nel bambino.
- Controllo ROP.
- Disturbi oculari in patologie sistemiche.
- Patologie oculari.
- Sospetti glaucomi.

**Classe di priorità: D****Attesa massima da garantire:** 30 gg.**Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Cefalea da sospetto disturbo visivo.
- Ambliopia.
- Follow up per ex-pretermimi, neonati con infezioni connatali, con storia di sofferenza neonatale.
- Fundus per diabetici.

**Classe di priorità: P****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Situazioni non previste nelle precedenti classi, inclusi i follow-up.

**25. ELETTROMIOGRAFIA****Classe di priorità: B****Attesa massima da garantire:** 10 gg.**Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Dolore irradiato all'arto superiore o inferiore con deficit motorio oggettivo, focale, insorto da non meno di 15 e da non più di 30 giorni
- Lesioni post-traumatiche, dopo almeno 20 giorni dal trauma

N.B. L'indicazione alla esecuzione della elettromiografia in pazienti con i sintomi descritti è posta dal medico specialista neurologo, con l'attivazione di un percorso assistenziale tipo Day Service

**Classe di priorità: D****Attesa massima da garantire: 60 gg.****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Radicolopatie acute/subacute da ernie discali, recentemente documentate con TAC e/o RMN, prima dell'intervento chirurgico
- Patologie neuromuscolari complesse (Miopatie, Miastenia, Sclerosi Laterale Amiotrofica)
- Neuropatie subacute,pressive, traumatiche

**Classe di priorità: P****Indicazioni cliniche/sospetto diagnostico**

- Situazioni non previste nelle precedenti classi, inclusi i follow-up.

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

IL SEGRETARIO

IL PRESIDENTE

Si attesta che copia conforme della presente deliberazione è stata trasmessa in data 16 - 2 - 12  
al Dipartimento interessato  al Consiglio regionale

L'IMPIEGATO ADDETTO

F. ...



## REGIONE BASILICATA

## LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° 15

SEDUTA DEL 16 GEN. 2012

UFFICIO PIANIFICAZIONE SANITARIA E  
VERIFICA DEGLI OBIETTIVI - 72AB

DIPARTIMENTO

**Oggetto** APPROVAZIONE DEL DISCIPLINARE TECNICO SULLE MODALITÀ DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E STRUMENTALI AMBULATORIALI - SOSTITUZIONE DELLA DGR N. 1961 DEL 19/12/2006.

Relatore ASSESSORE DIP.TO SALUTE, SICUREZZA E SOLIDARIETÀ SOCIALE, SERVIZI ALLA PERSONA E ALLA COMUNITÀ

La Giunta, riunitasi il giorno alle ore 14,00 nella sede dell'Ente,

16 GEN. 2012

Presente Assente

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

Segretario: dr. Arturo AGOSTINO

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

L'atto si compone di N° 15 pagine compreso il frontespizio  
e di N° allegati

## UFFICIO RAGIONERIA GENERALE

Prenotazione di impegno N° UPB Cap. per €

Assunto impegno contabile N° UPB Cap.

Esercizio per €

IL DIRIGENTE

- VISTE** la Legge n. 833 del 23/12/1978 di Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale; il DLgs n. 502 del 30/12/1992 e s.m.i. concernente il “*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421*”; il DLgs n. 56 del 18/2/2001 concernente “*Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'articolo 10 della L. 13 maggio 1999, n. 133*”;
- VISTE** la LR n. 39 del 31/10/2001 e s.m.i. concernente il “*Riordino e razionalizzazione del servizio sanitario regionale*”; la LR n. 12/2008 e s.m.i concernente il “*Riassetto organizzativo e territoriale del servizio sanitario regionale*”;
- VISTE** la LR n. 33 del 30/12/2010, concernente “*Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione annuale e pluriennale della Regione Basilicata. Legge finanziaria 2011*”; la LR n. 34 del 30/12/2010 di approvazione del Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2011 ed il Bilancio pluriennale per il triennio 2011-2013; la DGR n. 1 del 05/01/2011 che ha approvato la ripartizione finanziaria in capitoli delle unità previsionali di base del bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2011 e del bilancio pluriennale per il triennio 2011-2013; la LR n. 17 del 4/08/2011 di Assestamento del bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2011 e del bilancio pluriennale per il triennio 2011-2013; la Legge n. 183 del 12/11/2011 concernente Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2012);
- VISTE** la LR n. 12/96 e s.m.i. concernente la Riforma dell'Organizzazione Regionale; la DGR n. 11/98 con cui sono stati individuati atti rientranti in via generale nelle competenze della Giunta Regionale; la DGR n. 2903/04, la DGR n. 1148/05 e la DGR n. 1380/05 relative alla denominazione e configurazione dei dipartimenti regionali; la DGR n. 2017/05 e s.m.i. con cui sono state individuate le strutture dirigenziali ed è stata stabilita la declaratoria dei compiti alle medesime assegnate; la DGR n. 637 del 3/05/2006 concernente la “modifica della DGR n. 2903 del 13/12/2004 - disciplina dell'iter procedurale delle proposte di deliberazione della Giunta Regionale e dei provvedimenti di impegno e liquidazione della spesa”;
- VISTI** il DPCM del 29/11/2001 concernente la “Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza” e s.m.i.; l'Intesa tra il Governo e le Regioni siglata il 3 dicembre 2009 relativa al nuovo “Patto per la Salute” di valenza triennale (2010-2012); l'Intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni del 29/04/2010 relativa al documento “Sistema Cup – Linee Guida Nazionali”; l'Intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni del 28/10/2010 relativa al nuovo Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012; le Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa;
- VISTO** il Decreto del Ministero della Sanità del 22/07/1996 concernente le “Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario nazionale e relative tariffe” e s.m.i.;

**CONSIDERATO** che con DGR n. 2268 del 22/07/1998 la Regione Basilicata ha istituito il Centro Unico regionale di prenotazione (CUP) delle prestazioni specialistiche ambulatoriali;

che con DGR n. 2502 del 22/12/2003 la Regione Basilicata ha costituito un Centro Servizi e Supporto dei sistemi informativi dell'amministrazione regionale;

**TENUTO CONTO** che con DGR n. 1961 del 19/12/2006 la Giunta ha approvato il documento "Disciplinare Tecnico sulle Modalità di Accesso alle Prestazioni Specialistiche e Strumentali Ambulatoriali";

che con DGR n. 1189 del 8/8/2011 la Giunta Regionale ha approvato il Piano Attuativo regionale per il contenimento delle liste di attesa per il triennio 2010-2012;

**TENUTO CONTO** della necessità di sostituire il Disciplinare di cui alla DGR 1961/2006 con il documento parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, sulla base dell'intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni del 29/04/2010 relativa al documento "Sistema Cup - Linee Guida Nazionali", dell'intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni del 28/10/2010 relativa al nuovo Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, delle Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa e della DGR n.1189/2011;

**RITENUTO** di dover approvare e sostituire il Disciplinare di cui alla DGR 1961/2006 con il documento condiviso con i Direttori generali delle Aziende regionali e con il gruppo tecnico regionale (cfr. Allegato A);

Su proposta dell'Assessore al ramo

Ad unanimità di voti

#### D E L I B E R A

per i motivi espressi in narrativa che qui si intendono integralmente riportati:

1. di approvare il documento "Disciplinare Tecnico sulle modalità di accesso alle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali" (Allegato A), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di sostituire il Disciplinare Tecnico di cui alla DGR 1961/2006 con il documento di cui al punto precedente;
3. di notificare ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere Regionali ed agli Uffici dipartimentali la presente deliberazione per gli atti di competenza.

L'ISTRUTTORE

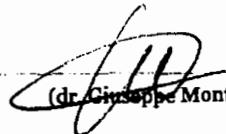
IL RESPONSABILE P.O.

(dott.ssa Giovanna Sabino)



IL DIRIGENTE

(dr. Giuseppe Montagano)



**PAGINA BIANCA**

## **ALLEGATO A**

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

**PAGINA BIANCA**

## PREMESSA

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

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

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

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

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

### 1. CENTRO UNIFICATO DI PRENOTAZIONE (CUP)

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

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

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

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

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

3. di effettuare il pagamento presso qualsiasi sportello CUP delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie regionali, definendo criteri di compensazione tra le Aziende che permettano all'utente di pagare in un'unica soluzione anche prestazioni erogate da aziende differenti<sup>1</sup>;
4. di convogliare i dati statistici di attività ambulatoriale delle singole Aziende sanitarie su un unico server regionale, attraverso la rete geografica regionale;
5. di garantire a livello regionale la gestione delle attività ambulatoriali, dei tempi di attesa, delle procedure di finanziamento nonché dell'organizzazione delle attività per l'integrazione delle strutture erogatrici;
6. di effettuare analisi statistiche, mediante specifici indicatori, al fine di governare l'accesso alle prestazioni ambulatoriali;
7. di consentire il costante monitoraggio dei tempi di attesa;
8. di gestire l'attività di overbooking sulle agende di prenotazione e di effettuare la pulizia delle stesse in maniera centralizzata con particolare riferimento alle prestazioni ad alta complessità/costo;
9. di gestire la disdetta, la modifica della data di prenotazione al fine di ottimizzare l'utilizzo delle agende;
10. di consentire la prenotazione differenziata per Classi di Priorità/Percorso Diagnostico Terapeutico in rapporto alla gravità clinica del paziente.

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

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

## 2. MODALITÀ DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

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

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

Libera Scelta, strutture private accreditate<sup>2</sup>) si definiscono i criteri di accesso alle prenotazioni delle prestazioni e le regole a cui le Aziende Sanitarie ed ospedaliere si devono attenere nell'erogazione delle stesse.

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

- a) per accedere alla prenotazione delle prestazioni ambulatoriali erogate dalle strutture sanitarie regionali, l'utente deve essere in possesso della richiesta di prescrizione esclusivamente sul *ricettario regionale (ricetta rossa)*, rilasciata dal Medico di Medicina Generale, dal Pediatra di libera scelta, da uno specialista ospedaliero o convenzionato interno (SUMAI) e dovrà obbligatoriamente fornire agli operatori il numero della ricetta;
- b) l'utente può accedere alle prenotazioni (telefoniche e presso gli sportelli CUP) anche senza ricetta regionale esclusivamente per le *prestazioni ad accesso diretto* (art. 24, comma 2 del DPR n. 314/90 ed art. 51, comma 6 dell'Accordo Collettivo generale dei Medici di Medicina Generale ACN del 20/01/2005) erogabili presso le strutture sanitarie regionali relativamente alle branche specialistiche di seguito indicate:
  - Ostetricia e Ginecologia;
  - Pediatria, limitatamente agli assistiti che non hanno scelto l'assistenza pediatrica di base;
  - Oculistica, limitatamente all'esame del visus;
  - Odontoiatria;
  - Psichiatria e Neuropsichiatria Infantile;
- c) il medico che *eroga la prestazione ad accesso diretto è tenuto alla prescrizione su ricettario regionale* della prestazione prenotata ai fini del pagamento della quota di compartecipazione alla spesa (es. Dialisi etc.);
- d) il medico proscrivitore deve indicare sulla ricetta il quesito diagnostico secondo la classificazione ICD9-CM<sup>3</sup>;
- e) per inserire la richiesta di prenotazione nelle liste di attesa dedicate alle classi di priorità, l'utente deve comunicare all'operatore CUP la classe di priorità relativa alla prestazione, se indicata sulla ricetta, come disciplinato nel "Manuale Classi di Priorità" approvato con DGR n. 1896 del 28/12/2007 e s.m.i.;
- f) all'atto della prenotazione, gli operatori CUP devono comunicare all'utente, in prima istanza, il primo posto libero estrapolato dall'intera offerta disponibile nell'ambito territoriale regionale, secondo i criteri di scorimento temporale senza discontinuità e, qualora l'utente ne faccia richiesta, le ulteriori disponibilità, lasciando allo stesso utente la possibilità di scegliere la

<sup>2</sup> Per le strutture private accreditate il servizio di prenotazione e cassa è possibile per le prestazioni autorizzate e contrattualizzate.

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

struttura dove eseguire la prestazione<sup>4</sup>; al fine di successive verifiche, il sistema CUP deve tenere traccia della scelta operata dall'utente, anche attraverso un confronto con la prima offerta prospettata;

- g) all'atto della prenotazione, gli operatori CUP devono gestire la richiesta di prestazioni multiple<sup>5</sup> nell'interesse dell'utente;
- h) qualsiasi struttura sanitaria regionale *deve necessariamente rilevare*, anche tramite la Tessera Sanitaria, il codice fiscale per tutti gli utenti, inoltre, per i residenti fuori regione, deve allegare alla ricetta la fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità attestante la residenza del paziente;
- i) le certificazioni e le refertazioni rilasciate dalle strutture sanitarie regionali pubbliche e private accreditate sono equiparate;
- j) in caso di presenza, sulla stessa impegnativa, di prestazioni esenti e non esenti<sup>6</sup>, di prestazioni appartenenti a branche specialistiche diverse<sup>7</sup>, di più di otto prestazioni appartenenti alla stessa branca, escluso i prelievi<sup>8</sup>, la struttura prenotante rilevata l'incongruenza, deve procedere comunque alla prenotazione delle prestazioni. L'operatore non dovrà procedere all'incasso delle stesse ed inviterà l'utente a presentarsi, prima dell'erogazione/ritiro referto delle prestazioni prenotate/erogate, con le impegnative riportanti le prestazioni correttamente distribuite e riformulate dai MMG/PLS. Per regolarizzare la registrazione, l'operatore dovrà richiamare la ricetta prenotata (ricetta non corretta) che l'utente dovrà allegare alle impegnative riformulate. A tale riguardo, il DM del 18/03/2008, in materia di trasmissione telematica dei dati delle ricette, per non scartare le ricette con codice identico, ha previsto la possibilità di avvalorare il campo "ALTRO", con il valore "V" (ricetta virtuale), tale campo consentirà la gestione dei casi sopra citati;
- k) nel caso di prestazioni ambulatoriali non cicliche, ad eccezione delle prestazioni di fisioterapia e rieducazione funzionale, si suggerisce di prescrivere su un'unica ricetta un numero di prestazioni il cui importo totale non superi la quota di partecipazione eventualmente dovuta dall'utente, al netto delle eventuali quote fisse dovute. Ad esempio, è possibile prescrivere in una ricetta:
  - al massimo otto medicazioni (con codice ministeriale 96.59 e costo € 3,87) per un costo totale (ticket) di € 30,96;
  - una unica infiltrazione (con codice ministeriale 81.92 e costo € 27,89);

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

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

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

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

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

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

In ogni caso, le strutture erogatrici sono invitate a trovare soluzioni *univoche e valide* per tutto il territorio regionale, atte a favorire l'erogazione della prestazione tali da minimizzare i disagi dell'assistito, nel rispetto di quanto sopra e di quanto previsto dall'art. 16 della Legge Regionale n. 20 del 6/08/2008<sup>9</sup> e dalla normativa nazionale.

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

Per quanto concerne la corretta individuazione delle prestazioni ambulatoriali richieste dall'utente è necessario esplicitare quanto segue<sup>10</sup>:

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

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

- I) **prima visita e visita successiva<sup>11</sup>:** la prima visita è quella in cui il problema del paziente viene affrontato per la prima volta ed in cui viene predisposta una documentazione scritta (cartella clinica o scheda paziente); analogamente sono considerate prime visite quelle effettuate nei confronti dei pazienti noti, affetti da malattie croniche, che presentino una fase di riacutizzazione tale da rendere necessaria una rivalutazione diagnostica terapeutica complessiva. La visita successiva o di controllo rappresenta la visita in cui un problema, già noto, viene rivalutato e la documentazione scritta esistente viene aggiornata o modificata, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto alla prima visita. Nell'ipotesi che il paziente si presenti nell'ambulatorio di una struttura sanitaria per la prima visita e nell'ambulatorio di un'altra struttura per il controllo, queste visite sono entrambe prime visite, anche se riguardano lo stesso problema, a meno che la visita venga effettuata dallo stesso specialista, in tal caso si tratta di visita di controllo. Viceversa, se, nell'ambito della stessa struttura sanitaria, un paziente viene visitato per lo stesso problema da due medici diversi in tempi diversi, non si possono considerare due prime visite (la cartella clinica/scheda paziente è già presente);
- II) **prima prestazione strumentale e prestazione strumentale di controllo:** la prima prestazione strumentale è quella in cui il problema del paziente viene affrontato per la prima volta ed in cui viene predisposta una documentazione scritta (cartella clinica o scheda paziente); analogamente sono considerate prime prestazioni quelle effettuate nei confronti dei pazienti noti, affetti da malattie croniche, che presentino una fase di riacutizzazione tale da rendere necessaria una rivalutazione complessiva. La prestazione strumentale successiva o di controllo si prefigura nei casi in cui un problema, già noto, viene rivalutato e la documentazione scritta esistente viene aggiornata o modificata, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto al primo esame. Nell'ipotesi che il paziente si presenti nell'ambulatorio di una struttura sanitaria per il primo esame e nell'ambulatorio di un'altra struttura per il controllo, questi esami sono da considerarsi entrambi primo esame, anche se riguardano lo stesso problema, ad eccezione delle prestazioni i cui referti sono visibili a livello regionale tramite la procedura RIS-PACS e del caso in cui la prestazione venga effettuata dallo stesso specialista. Viceversa, se, nell'ambito della stessa struttura sanitaria, un paziente viene visitato per lo stesso problema da due medici diversi in tempi diversi, non si possono considerare due primi esami;
- III) il medico specialista della struttura sanitaria pubblica erogante, ove ritenga necessarie ulteriori indagini diagnostiche o controlli per poter fornire adeguata risposta al quesito diagnostico formulato dal medico curante, deve compilare le relative richieste sul ricettario regionale;
- IV) nel caso in cui, all'atto della dimissione, si ritenga utile prescrivere ulteriori indagini diagnostiche o controlli, le prescrizioni delle prestazioni che non rientrano nella post-ospedalizzazione devono essere formulate su ricettario regionale;

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

- V) ai fini della prenotazione delle prestazioni ambulatoriali, le ricette regionali non hanno scadenza temporale ma hanno validità fino all'effettuazione delle stesse;
- VI) ai fini dell'esenzione dal pagamento della quota di compartecipazione alla spesa<sup>12</sup>, le autocertificazioni, stampate dal sistema CUP oppure, nel caso di accesso diretto fornite dall'ambulatorio, devono essere firmate dall'utente che deve allegare copia fronte-retro di un documento di riconoscimento in corso di validità.

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

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

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

- a) per UO si definisce l'aggregazione omogenea di prestazioni ambulatoriali che possono essere prenotate attraverso una agenda<sup>13</sup> di date ad essa associata;
- b) le strutture sanitarie regionali eroganti devono rendere disponibile, per ogni UO<sup>14</sup> attivata nel sistema CUP, un calendario di date utili per la prenotazione delle relative prestazioni;
- c) le Aziende Sanitarie regionali, ai sensi della normativa vigente, non possono avere UU.OO. prive di agende ("Agende Chiuse") ovvero prive di date utili per la prenotazione delle prestazioni;
- d) la prenotazione delle prestazioni ambulatoriali in agende in fase di definizione deve essere possibile solo a partire dalla data di attivazione;
- e) per le UO in cui le disponibilità vengono definite con cadenza periodica (almeno mensile), come nei casi di alcune attività distrettuali o di ambulatori garantiti da specialisti convenzionati provenienti da altre Aziende, si deve prevedere una lista di attesa, che comprende i nominativi delle persone che, in ordine di chiamata, hanno fatto richiesta della prestazione ed ai quali non è stato possibile assegnare una data di prenotazione per indisponibilità dei calendari;
- f) le agende delle UO che si dismettono a seguito della creazione di nuove, restano aperte/visibili sino ad esaurimento delle prenotazioni esistenti, al fine di consentire il pagamento della quota di partecipazione dovuta da parte degli utenti prenotati;
- g) l'inserimento di prestazioni aggiuntive in agende che non presentano più disponibilità (forzatura) deve essere autorizzato, su apposito modello, *solo dai medici a cui afferisce l'UO*

<sup>12</sup> Sono escluse le autocertificazioni relative alle esenzioni per reddito (Eo1, Eo2, Eo3, Eo4) di cui al DM del 11/12/2009.

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

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

- contenente la prestazione richiesta;
- h) il medico specialista della struttura pubblica erogante deve prescrivere le prestazioni di controllo (visite/prestazioni strumentali) utilizzando esclusivamente il ricettario regionale, indicando la data di erogazione ed effettuando la prenotazione tramite lo sportello CUP<sup>15</sup>; solo in mancanza di date disponibili, l'operatore CUP deve forzare la procedura anche senza l'apposito modello di cui al punto precedente;
  - i) per le prestazioni ambulatoriali per le quali non è possibile garantire l'accesso esterno alle prenotazioni, si devono attivare, per alcuni operatori o gruppi di essi, "classi di abilitazioni alla prenotazione", dandone evidenza al Call Center regionale;
  - j) la sospensione temporanea delle agende di prenotazione delle UO è possibile solo per gravi e/o eccezionali motivi (guasto macchina, eccezionale indisponibilità del personale, etc.) e non per i lunghi tempi di attesa; in tal caso l'attività di prenotazione non deve tuttavia essere impedita, anche quando non sia noto il momento esatto di erogabilità della prestazione richiesta. Le Direzioni Generali aziendali, di concerto con le rispettive Direzioni Sanitarie e previa consultazione con le associazioni interessate, predispongono ed adottano, entro 60 giorni dall'approvazione del presente disciplinare, un regolamento aziendale che disciplina tali sospensioni e che deve essere sottoposto all'approvazione regionale. Il regolamento deve anche prevedere una procedura temporanea e trasparente per la gestione delle priorità di accesso e dell'inserimento delle richieste nel sistema, comunicando all'utente gli estremi di riferimento (la prestazione richiesta, la data e l'ora di richiesta, il codice progressivo di inserimento, etc.);
  - k) i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere regionali devono disporre la verifica sistematica delle agende di prenotazione che presentano tempi di attesa superiori a 30 giorni per le visite e 60 giorni per le prestazioni strumentali, documentando l'effettiva disponibilità dei pazienti ad effettuare la prestazione alla data di prenotazione. In caso di rinuncia da parte del paziente, l'operatore preposto deve assegnare la data resasi disponibile al paziente prenotato al 31<sup>o</sup> giorno del calendario, per le visite specialistiche, ed al 61<sup>o</sup> giorno, per le prestazioni strumentali;
  - l) le Aziende devono verificare per ciascuna agenda il "tasso di non presentazione" per riprogrammare, eventualmente, l'offerta, definendo le modalità di reclutamento dei pazienti (overbooking a chiamata/strutturata) da destinare ai posti resisi vacanti, attingendo da apposite liste di attesa oppure aumentando la disponibilità di prenotazione delle agende; il Sistema CUP deve pertanto attivare meccanismi di notifica all'utente (gestione dell'attività di recall, sms e/o e-mail);
  - m) le strutture eroganti devono registrare gli accessi (operatori addetti all'ambulatorio e/o operatori di cassa) tramite la procedura CUP e/o altri sistemi informativi utilizzati; in caso di mancata erogazione della prestazione, devono altresì valorizzare il campo note inserendo la causa, dovuta all'utente (mancata presentazione, etc.) o alla struttura (medico assente, guasto attrezzatura, etc.);
  - n) l'utente che non può effettuare la prestazione prenotata deve disdirla almeno 24 ore prima, per consentire il recupero del posto, tramite uno dei seguenti servizi messi a disposizione dall'Azienda/Regione:
    - Call Center, con ampie fasce di orario;
    - disdetta on-line su portale Aziendale/regionale o tramite e-mail;

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

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

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

L'operatore, al momento della prenotazione, deve informare l'utente che, nel caso di mancata disdetta della prestazione prenotata e di mancato ritiro del referto, gli verrà applicata una sanzione, ai sensi del DPCM del 19/5/1995 e dell'art. 1 comma 796, lettera r della Legge n. 296 del 27/12/2006<sup>16</sup>. L'applicazione di tali sanzioni e le relative modalità operative saranno approvate, in seguito, con atto deliberativo;

- o) l'utente, esente e non, al momento della prenotazione o prima dell'erogazione della prestazione, deve necessariamente presentarsi allo sportello CUP (Casse, sportelli dedicati per gli esenti<sup>17</sup>, back office, ambulatori, etc.) rilasciare il relativo consenso al trattamento dei dati personali nel rispetto di quanto previsto nel DLgs 196/2003 e ricevere una serie di note informative. L'acquisizione del consenso viene annotata sulla procedura CUP per tenere memoria per gli accessi successivi per finalità analoghe e, una volta rilevato, ha valore e validità a livello aziendale/regionale (Anagrafe Unica Regionale).

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

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

#### 4. SISTEMI DI VERIFICA E CONTROLLO

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

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

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

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

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

## 5. AMBITO DI APPLICAZIONE ED OBBLIGHI INFORMATIVI

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

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

## 6. RISORSE FINANZIARIE

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

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

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

IL SEGRETARIO

IL PRESIDENTE

Si attesta che copia conforme della presente deliberazione è stata trasmessa in data 18.1.12  
al Dipartimento interessato  al Consiglio regionale

L'IMPIEGATO ADDETTO

F. *luong*



## REGIONE BASILICATA

## LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° *1189*SEDUTA DEL *- 8 AGO. 2011*

UFFICIO PIANIFICAZIONE SANITARIA E  
VERIFICA DEGLI OBIETTIVI  
72AB  
DIPARTIMENTO

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

Relatore ASSESSORE DI PROTEZIONE SOCIALE, SALUTE, SICUREZZA E SOLIDARIETÀ SOCIALE, SERVIZI ALLA PERSONA E ALLA COMUNITÀ

La Giunta, riunitasi il giorno *8 AGO. 2011* alle ore *15,00* nella sede dell'Ente,

*- 8 AGO. 2011*

Presente Assente

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

Segretario: dr. Arturo AGOSTINO

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

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

## UFFICIO RAGIONERIA GENERALE

Prenotazione di impegno N° \_\_\_\_\_ UPB \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_

Assunto impegno contabile N° \_\_\_\_\_ UPB \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_ per € \_\_\_\_\_

Esercizio \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE

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

VISTO DI REGOLARITÀ  
CONTABILE

*29/7/2011*

Atto soggetto a pubblicazione  integrale  per estratto

- VISTE**
- la LR n. 12/96 e s.m.i. concernente la *“Riforma dell’Organizzazione Regionale”*;
- la LR n. 39 del 31/10/2001 e s.m.i. concernente il *“Riordino e razionalizzazione del servizio sanitario regionale”*;
- la LR n. 12/2008 e s.m.i. concernente il *“Riaspetto organizzativo e territoriale del servizio sanitario regionale”*;
- la DGR n. 11/98 con cui sono stati individuati atti rientranti in via generale nelle competenze della Giunta Regionale;
- la DGR n. 2903/04, la DGR n. 1148/05 e la DGR n. 138/05 relative alla denominazione e configurazione dei dipartimenti regionali;
- la DGR n. 2017/05 e s.m.i. con cui sono state individuate le strutture dirigenziali ed è stata stabilita la declaratoria dei compiti alle medesime assegnate;
- la DGR n. 637 del 3/05/2006 concernente la *“modifica della DGR n. 2903 del 13/12/2004 - disciplina dell’iter procedurale delle proposte di deliberazione della Giunta Regionale e dei provvedimenti di impegno e liquidazione della spesa”*;
- VISTE**
- la L n. 220 del 13/12/2010 concernente Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2011);
- la LR n. 33 del 30/12/2010 concernente *“Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione annuale e pluriennale della Regione Basilicata. Legge finanziaria 2011”*;
- la LR n. 34 del 30/12/2010 di approvazione del Bilancio di previsione per l’esercizio finanziario 2011 ed il Bilancio pluriennale per il triennio 2011-2013;
- VISTA**
- la DGR n. 1 del 5/01/2011 concernente la *“approvazione della ripartizione finanziaria in capitoli delle Unità previsionali di base del Bilancio di previsione per l’esercizio finanziario 2011 ed il Bilancio pluriennale per il triennio 2011-2013”*;
- RICHIAMATI**
- l’art. 10 del DLvo n. 124 del 29/04/1998 che ha assegnato alle Regioni il compito di disciplinare i criteri con i quali, i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie regionali, dovevano determinare il tempo massimo che intercorreva tra la data della richiesta della prestazione e la sua effettuazione;
- l’Accordo sancito dalla conferenza Stato-Regioni nella seduta del 14/02/2002, con il quale il Governo e le Regioni hanno convenuto sui criteri di priorità per l’accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui rispettivi tempi massimi di attesa, ad integrazione dei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria già definiti nel DPCM del 29/11/2001 e nelle Linee guida sui criteri di priorità per l’accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa, adottate con il DPCM del 16/04/2002.
- l’Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta dell’11/07/2002, con il quale il Governo e le Regioni hanno condiviso il documento relativo alle modalità attuative dell’Accordo del 14/02/2002, sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sugli indirizzi applicativi sulle liste di attesa;
- lo Schema di Intesa del 28/3/2006 con il quale il Governo e le Regioni e le Province autonome hanno definito il Piano Nazionale di contenimento delle liste di attesa per triennio 2006-2008, di cui all’art. 1 comma 280 della Legge del 23/12/2005;
- VISTE**
- la DGR 1019 del 4/05/1999 concernente il *“Programma regionale collegato agli obiettivi di carattere prioritario e di rilevanza nazionale a norma dell’art. 1, comma 34 della legge 662/96 e comma 34 bis del medesimo articolo, introdotto dall’art. 33 della Legge 27 Dicembre 1997 n. 449”* con la quale la Giunta Regionale ha definito le prime indicazioni di tipo generale sulla problematica delle liste di attesa per le

prestazioni specialistiche e strumentali, definendo azioni finalizzate alla razionalizzazione della domanda e dell'offerta, finanziando specifici progetti presentati dalle aziende Sanitarie regionali;

la DGR 2525 del 30/12/2002 concernente il *"DPCM 16 Aprile 2002 – Linee guida sui criteri di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa – direttiva vincolante per le aziende sanitarie ed ospedaliere"* con la quale la Giunta Regionale ha recepito gli indirizzi di cui al punto a) dell'accordo Stato-Regioni del 14 Febbraio 2002 sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa;

la DGR n. 10 del 5/01/2005 concernente la *"Direttiva vincolante per i Direttori generali delle Aziende Sanitarie della Regione Basilicata in materia di accesso alle prestazioni specialistiche e strumentali finalizzata alla riduzione dei tempi massimi di attesa"* con la quale la Giunta Regionale ha individuato azioni specifiche finalizzate al governo della domanda, all'ottimizzazione dell'offerta di prestazioni attraverso la corretta gestione dei processi organizzativi aziendali e all'informazione e comunicazione al cittadino;

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

**RICHIAMATA**

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

**PRESO ATTO**

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

**CONSIDERATO**

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

che la complessità del problema richiede un impegno comune per trovare le soluzioni più efficaci per il governo delle liste di attesa, con la consapevolezza che non esistono soluzioni semplici e univoche, ma vanno poste in essere azioni complesse ed articolate, promuovendo la capacità del SSN di intercettare il reale bisogno di salute, riducendo l'inappropriatezza e rendendo compatibile la domanda nel rispetto dei LEA;

**CONSIDERATO**

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

**RITENUTO**

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

**STABILITO**

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

**CONSIDERATO**

che, il sopraccitato Piano si propone di condividere un percorso per il governo delle liste di attesa finalizzato a garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari, percorso che si realizza con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, del rispetto delle classi di priorità delle prestazioni e che garantisca la trasparenza del sistema a tutti i livelli, con l'obiettivo di realizzare sinergie di intervento tra i livelli istituzionali deputati a contrastare il fenomeno;

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

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

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

**ESAMINATO**

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

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

**DATO ATTO**

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

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

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

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

**RITENUTO**

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

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

Su proposta dell'Assessore al ramo

Ad unanimità di voti

**DELIBERA**

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

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

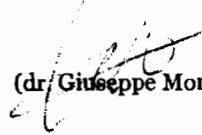
5. di inviare, in accordo a quanto previsto nell'Intesa tra il Governo e le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 28/10/2010, il Piano Attuativo Regionale di contenimento delle liste di attesa di cui al precedente punto 1 al Ministero della Salute ed al Comitato LEA;

L'ISTRUTTORE

IL RESPONSABILE P.O.

IL DIRIGENTE

(dr Giuseppe Montagano)





*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI  
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME  
DI TRENTO E BOLZANO

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266.

Rep. n. 189/252 del 28 ottobre 2010

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO

Nell'odierna seduta del 28 ottobre 2010:

VISTO l'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 n. 131, il quale prevede, tra l'altro, che il Governo può promuovere la stipula di intese in sede di Conferenza Stato-Regioni, dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni;

VISTO l'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, che prevede la realizzazione da parte delle regioni degli interventi previsti dal Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa;

VISTO l'articolo 1, comma 282, della suddetta legge n. 266/2005, che nel quadro degli interventi per il governo dei tempi di attesa a garanzia della tutela della salute dei cittadini ha stabilito il divieto di sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni disponendo che le regioni sono tenute ad adottare misure per regolamentare i casi in cui la sospensione dell'erogazione sia legata a motivi tecnici dandone informazione semestrale al Ministero della salute;

VISTA l'intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 28 marzo 2006 (Rep. atti n. 2555) concernente il Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008;

VISTA la nota in data 2 febbraio 2010, con la quale la Regione Toscana, Coordinatrice interregionale pro-tempore in sanità, ha inviato un documento concernente la proposta delle Regioni e Province autonome ai fini del perfezionamento di un'intesa che costituisca l'aggiornamento della predetta Intesa di questa Conferenza del 28 marzo 2006;

VISTA la lettera in data 4 febbraio 2010, con la quale il predetto documento è stato diramato alle Amministrazioni centrali interessate;



**RILEVATO** che, nel corso della riunione tecnica svolta il 9 febbraio 2010, i rappresentanti del Ministero della salute hanno assunto l'impegno di predisporre una nuova versione del documento in parola alla luce degli approfondimenti condotti nel corso della riunione medesima;

**VISTA** la lettera in data 1 aprile 2010, con la quale l'anzidetto Ministero ha inviato una nuova versione del documento che interessa, che è stata diramata alle Regioni e Province autonome in data 9 aprile 2010;

**VISTA** la nota in data 21 maggio 2010, con la quale la Regione Toscana, Coordinatrice interregionale pro-tempore in sanità, ha inviato le osservazioni delle Regioni e delle Province autonome sullo schema di provvedimento trasmesso dal Ministero della salute;

**VISTA** la lettera in data 4 giugno 2010, con la quale le predette osservazioni delle Regioni e Province autonome sono state inviate alle Amministrazioni centrali interessate;

**VISTA** la nota in data 21 giugno 2010, con la quale il Ministero della salute ha chiesto il rinvio della riunione tecnica convocata per il 1° luglio 2010;

**VISTA** la nota in data 16 luglio 2010, con la quale la Regione Veneto, Coordinatrice interregionale in sanità, ha chiesto l'ulteriore rinvio dell'incontro tecnico convocato per il 20 luglio 2010;

**VISTA** la lettera in data 28 settembre 2010, con il quale il Ministero della salute ha trasmesso le nuove versioni sia dello schema di intesa in oggetto, sia del documento ad esso allegato denominato "Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012";

**VISTA** la nota in data 1 ottobre 2010, con la quale tali nuove versioni sono state diramate alle Regioni e Province autonome;

**CONSIDERATO** che, nel corso della riunione tecnica 18 ottobre 2010, le Regioni e le Province autonome hanno formulato alcune richieste di modifica;

**VISTA** la lettera in data 19 ottobre 2010, con la quale il Ministero della salute ha inviato la definitiva versione dello schema di intesa in oggetto che recepisce le richieste emendative formulate nel corso del predetto incontro;

**VISTA** la nota in data 20 ottobre 2010, con la quale tale definitiva versione è stata diramata alle Regioni e Province autonome;



**ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo e delle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano;**

**SANCISCE INTESA**

**tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nei termini di seguito riportati:**

**premesso che:**

- il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, pubblicato sul S.O. n. 26 alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002 che definisce i livelli essenziali di assistenza da garantire a tutti gli assistiti del Servizio sanitario nazionale;
- gli articoli 34 e 34-bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662, "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica" e successive modificazioni, prevedono il finanziamento, con quote vincolate delle risorse destinate al Servizio sanitario nazionale, di progetti regionali per il perseguitamento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano sanitario nazionale;
- l'accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 14 febbraio 2002 (Rep. atti n. 1387) definisce i criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa;
- l'articolo 52, comma 4, lettera c della Legge 289/2002 dispone che, tra gli adempimenti a cui sono tenute, le regioni provvedano all'attuazione nel proprio territorio, nella prospettiva dell'eliminazione o del significativo contenimento delle liste di attesa, di adeguate iniziative, senza maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato;
- il comma 5 dell'art. 50 del decreto legge 30 settembre 2003 n. 269, convertito in legge n. 326 del 2003 e successivi provvedimenti dirigenziali del Ministero dell'economia e delle finanze, tra cui il decreto del Ragioniere Generale dello Stato del 18 marzo 2008, che hanno introdotto la raccolta delle informazioni relative al monitoraggio dei tempi di attesa;
- l'articolo 1, comma 172, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, che prevede la verifica del Ministero della salute sull'effettiva erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza compresa la verifica dei relativi tempi d'attesa;
- il decreto ministeriale 8 luglio 2010 n. 135 sul "Regolamento recante integrazione delle informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera, regolata dal decreto ministeriale 27



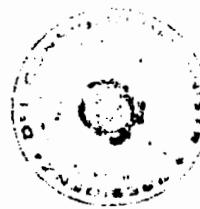
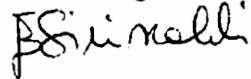
ottobre 2000, n. 380" che all'art. 1, comma 2, lett. b) prevede l'inserimento della data di prenotazione e della classe di priorità;

- l'Intesa siglata dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 29 aprile 2010 (Rep. atti n. 52/CSR) definisce le Linee guida nazionali del sistema CUP;
- la legge n.120 del 3 agosto 2007 detta "Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria";

**SI CONVIENE**

sul Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, Allegato A, parte integrante del presente atto.

IL SEGRETARIO  
Cons. Ermenegilda Siniscalchi



IL PRESIDENTE  
On. Dott. Raffaele Fitto



**ALLEGATO A****PIANO NAZIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA PER IL TRIENNIO 2010-2012****1. INTRODUZIONE**

Il fenomeno delle liste di attesa è presente in tutti gli Stati dove insiste un sistema sanitario universalistico e che offre un livello di assistenza avanzato. Per il peculiare impatto che riveste sia sull'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale che sul diritto dei cittadini all'erogazione delle prestazioni definite nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza, la realizzazione di un Piano Nazionale di governo delle liste d'attesa costituisce un impegno comune del Governo e delle Regioni, con la consapevolezza che non esistono soluzioni semplici e univoche, ma vanno poste in essere azioni complesse ed articolate, considerando in particolare la promozione del principio di appropriatezza nelle sue due dimensioni clinica ed organizzativa.

La gestione delle liste di attesa può trovare più facile soluzione se si individuano strumenti e modi di collaborazione di tutti gli attori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo sia quelli di tutela del cittadino per una concreta presa in carico dei pazienti fin dal processo di definizione o approfondimento diagnostico da parte degli specialisti e delle strutture, prevedendo anche modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie (Chronic Care Model), attraverso l'attuazione e gestione programmata dei protocolli diagnostici.

L'obiettivo deve essere quello di promuovere la capacità del SSN di intercettare il reale bisogno di salute, di ridurre l'inappropriatezza e di rendere compatibile la domanda con la garanzia dei LEA.

La soluzione del problema non può essere meramente quantitativa sul versante dell'organizzazione dell'offerta e dei volumi della produzione, ma deve coniugare il bisogno espresso con adeguate strategie di governo della domanda che tenga conto della applicazione di rigorosi criteri sia di appropriatezza che di priorità delle prestazioni.

A tal fine, si conviene sulla necessità di individuare strumenti di governo clinico, ai diversi livelli del sistema, che coinvolgano direttamente tutti i professionisti prescrittori, ad integrazione degli interventi già previsti nei provvedimenti adottati a seguito del Piano Nazionale di contenimento dei tempi d'attesa 2006-2008.

Il governo delle liste d'attesa è, altresì, fortemente connesso ad altri processi che, sia a livello centrale che periferico, si ripercuotono decisamente sulle modalità organizzative del rapporto domanda-offerta, rispetto a cui deve essere perseguita una necessaria coerenza di sistema.

Nella ridefinizione di tali modalità operative, devono essere assicurati criteri per garantire l'omogeneità tra quanto indicato nel PNGLA e:

- le altre iniziative in corso finalizzate all'informatizzazione del ciclo prescrizione-prenotazione-referto, con particolare attenzione alle classi di priorità, fino alla digitalizzazione dei documenti stessi;
- gli obiettivi dei contratti e degli accordi collettivi nazionali, sia per quanto attiene le modalità prescrittive che per l'attività libero professionale intramuraria (ALPI);
- gli indirizzi definiti in materia di accreditamento istituzionale e per la stipula dei contratti con gli erogatori, in particolare per quanto riguarda la gestione trasparente e programmata del volume e della tipologia delle prestazioni oggetto degli accordi, anche in coerenza con quanto indicato nelle linee guida nazionali - sistema CUP.

Il PNGLA si propone di condividere un percorso per il governo delle liste di attesa finalizzato a garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari che si realizza con l'applicazione di



**rigorosi criteri di appropriatezza, del rispetto delle classi di priorità e della trasparenza del sistema a tutti i livelli.**

Il presente Piano:

- A. aggiorna l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera per le quali vanno fissati i tempi massimi di attesa da parte delle singole Regioni nell'ambito del proprio Piano;**
- B. individua le aree cardiovascolare e oncologica quali aree prioritarie per lo sviluppo di percorsi diagnostico terapeutici (PDT) e fissa i relativi tempi massimi di attesa a garanzia della tempestività della diagnosi e del trattamento;**
- C. prevede che, in caso di mancata fissazione da parte delle regioni dei tempi massimi di attesa delle prestazioni di cui alla lettera A e B, nelle regioni interessate si applichino direttamente i parametri temporali determinati nel presente Piano;**
- D. prevede l'utilizzo di una quota delle risorse di cui all'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, da vincolare alla realizzazione di specifici progetti regionali ai sensi dell'articolo 1, comma 34-bis della medesima legge, e di quelle previste nel Piano e-gov 2012 Obiettivo 4 – Progetto "Rete centri di prenotazione", anche al fine di realizzare il Centro Unico di Prenotazione (CUP) secondo le indicazione delle linee guida nazionali del Ministero della Salute;**
- E. promuove la valutazione ed il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva;**
- F. individua quali strumenti di rilevazione per il monitoraggio dei tempi di attesa:**
  - il flusso informativo dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali con modalità ex ante, basato sulla rilevazione semestrale in un periodo indice stabilito a livello nazionale;
  - il flusso informativo con modalità ex post, attraverso il flusso ex art. 50 della legge 326/2003 per le finalità di monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali, rendendo obbligatori i campi di cui al punto 7.1.A.;
  - il flusso informativo SDO per le finalità di monitoraggio dei ricoveri ospedalieri;
  - il flusso informativo dei tempi di attesa dei percorsi diagnostico terapeutici nell'area cardiovascolare e oncologica;
  - il flusso informativo dei tempi d'attesa delle prestazioni erogate in libera professione intramuraria
  - il flusso informativo per il monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni;
- G. individua, a garanzia della trasparenza e dell'accesso alle informazioni su liste e tempi di attesa, la necessità di procedere, in via sistematica, al monitoraggio della loro presenza sui siti web di Regioni e Province Autonome e di Aziende sanitarie pubbliche e private accreditate;**
- H. promuove l'acquisto delle prestazioni erogate in regime libero professionale dai professionisti all'interno dell'azienda nell'ambito del governo delle liste d'attesa; prevede il monitoraggio dell'ALPI per verificare il previsto rispetto dell'equilibrio tra prestazioni rese dal professionista in regime istituzionale e, rispettivamente, in libera professione intramuraria; promuove le attività informatizzate di prenotazione per le prestazioni erogate in libera professione, anche in**

osservanza a quanto previsto al paragrafo 2.3, punto 2.3.2 delle Linee guida nazionali sul sistema CUP, di cui all'Accordo Stato-Regioni 29 aprile 2010;

- I. ridefinisce le modalità di certificazione della realizzazione degli interventi in attuazione del presente Piano da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 9 della citata intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

## 2. LINEE GENERALI DI INTERVENTO CHE LE REGIONI GARANTISCONO PER UN APPROCCIO STRATEGICO AL PROBLEMA DEL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA

Entro 60 giorni dall'emanazione delle linee guida da parte del Comitato LEA di cui al punto 9 del presente Piano, le Regioni e le Province Autonome recepiscono l'intesa e adottano un Piano regionale attuativo che garantisca:

1. la fissazione dei tempi massimi regionali per le prestazioni di cui al successivo punto 3; in caso di mancata fissazione da parte delle regioni dei tempi massimi di attesa per le prestazioni di cui alla lettera A e B di cui sopra, nelle regioni interessate si applicano direttamente i parametri temporali determinati nel presente Piano;
2. il governo della domanda di prestazioni, in particolare garantendo un ricorso appropriato alle attività del SSN attraverso diversi strumenti tra i quali l'uso sistematico delle classi di priorità, sia nella fase prescrittiva che di prenotazione, e il rispetto dei tempi e delle modalità previste dai sistemi di monitoraggio avviati;
3. la definizione e i criteri di utilizzo delle prestazioni richieste in classe P e di quelle, se previste, senza indicazione di priorità;
4. la messa in atto di procedure di verifica dell'appropriatezza prescrittiva, anche attraverso provvedimenti specifici che regolamentino le condizioni di erogabilità, con particolare riferimento:
  - a. all'utilizzo delle classi di priorità,
  - b. alla presenza del quesito diagnostico
  - c. alla corretta identificazione delle prime visite e dei controlli.
5. la gestione razionale degli accessi, attraverso l'uso diffuso del sistema CUP, al fine di integrare in modo ottimale il complesso dell'offerta pubblica e privata accreditata con quello della domanda, per supportare la gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici: in tal senso si dovrà procedere al recepimento delle Linee guida nazionali sul sistema CUP, di cui all'Accordo Stato-Regioni 29 aprile 2010;
6. la definizione delle modalità alternative di accesso alla prestazione, nel caso in cui con l'ordinaria offerta aziendale non vengano garantite le prestazioni nei tempi massimi di attesa;
7. la trasmissione sistematica dei flussi informativi di monitoraggio delle liste e dei tempi d'attesa;
8. un'adeguata organizzazione delle attività in libera professione erogata dai professionisti per conto e a carico delle aziende, ai fini del contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni particolarmente critiche; nonché la verifica e il controllo delle prestazioni erogate in libera



professione dai professionisti a favore e a carico dell'utente che ne fa richiesta, per le quali devono essere attivati percorsi di prenotazione differenziati rispetto alle prenotazioni in regime istituzionale, attraverso numeri telefonici, sportelli e agende dedicati;

9. lo sviluppo di iniziative di Information & Communication Technologies che prevedano, anche sulla base di quanto stabilito dalle Linee guida nazionali sul sistema CUP di cui all'Accordo Stato-Regioni 28 aprile 2010, lo sviluppo di funzionalità automatizzate per la gestione del processo di prescrizione, prenotazione e refertazione digitale, sistemi per l'accesso informatizzato ai referti e uso della telemedicina ;
10. l'informazione e la comunicazione sulle liste d'attesa in coerenza con quanto previsto nel PNGLA, promuovendo la partecipazione di utenti e di associazioni di tutela e di volontariato, per favorire sia un'adeguata conoscenza delle attività che delle modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni, attraverso sezioni dedicate e accessibili sui siti web regionali e aziendali, campagne informative, Uffici relazioni con il pubblico (URP), Carte dei servizi;
11. la vigilanza sistematica sulle situazioni di sospensione dell'erogazione delle prestazioni.

Le Regioni si impegnano a trasmettere il piano regionale entro 20 giorni dalla sua adozione al Ministero della Salute e al Comitato LEA.

### 3. ELENCO DELLE PRESTAZIONI E TEMPI MASSIMI DI ATTESA

Le prestazioni sono state individuate anche a partire dall'esperienza sperimentale di monitoraggio dei tempi di attesa svolta dall'AgeNaS in attuazione dell'intesa Stato-Regioni del 28 marzo 2006. In particolare, sono state escluse dall'elenco di cui al PNCTA 2006-2008 alcune prestazioni che nelle rilevazioni attuate:

- non hanno presentato nessun problema di attesa nella maggioranza delle regioni;
- presentavano volumi dell'erogato talmente limitati da ridurre il valore aggiunto dell'informazione raccolta a livello di sistema, oltre a renderla facilmente sensibile a fattori contingenti;
- non rendevano possibile un'identificazione precisa ed affidabile;
- non erano erogate nel setting (ambulatoriale, day hospital, ricovero ordinario) previsto.

Sono state, invece, incluse alcune prestazioni che sono risultate critiche o che sono funzionali ad una visione completa dell'ambito osservato.

Sono da intendersi non incluse nel presente piano le prestazioni erogate nell'ambito dei piani regionali della prevenzione attiva per le quali i medesimi piani regionali abbiano previsto modalità di offerta attiva e di fissazione degli appuntamenti.

Per tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio, il tempo massimo di attesa individuato dalla Regione dovrà essere garantito al 90% degli utenti che ne fanno richiesta, presso le strutture erogatrici indicate dal Piano Attuativo Aziendale (PAA).

#### 3.1 PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Nelle procedure di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali specialistiche garantite dal SSN deve essere previsto l'uso sistematico dell'indicazione di prima visita e controllo, del quesito diagnostico e delle classi di priorità definite come di seguito:



- U (Urgente), da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;
- B (Breve), da eseguire entro 10 giorni;
- D (Differibile), da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;
- P (Programmata)

Ai fini della verifica del rispetto dei tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali sono prese in considerazione 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 e le prestazioni di screening.

In particolare, sono oggetto di monitoraggio 14 visite specialistiche e 29 prestazioni di diagnostica strumentale, di seguito elencate:

#### VISITE SPECIALISTICHE

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice Disciplina
1	Visita cardiologica	89.7	8
2	Visita chirurgia vascolare	89.7	14
3	Visita endocrinologica	89.7	19
4	Visita neurologica	89.13	32
5	Visita oculistica	95.02	34
6	Visita ortopedica	89.7	36
7	Visita ginecologica	89.26	37
8	Visita otorinolaringoiatrica	89.7	38
9	Visita urologica	89.7	43
10	Visita dermatologica	89.7	52
11	Visita fisiatrica	89.7	56
12	Visita gastroenterologica	89.7	58
13	Visita oncologica	89.7	64
14	Visita pneumologica	89.7	68

#### PRESTAZIONI STRUMENTALI

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore
<b>Diagnostica per Immagini</b>		
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	88.38.2 - 88.38.1



<b>speco vertebrale</b>		
<b>22</b>	TC senza e con contrasto Bacino	<b>88.38.5</b>
<b>23</b>	RMN Cervello e tronco encefalico	<b>88.91.1 - 88.91.2</b>
<b>24</b>	RMN Pelvi, prostata e vescica	<b>88.95.4 - 88.95.5</b>
<b>25</b>	RMN Muscoloscheletrica	<b>88.94.1 - 88.94.2</b>
<b>26</b>	RMN Colonna vertebrale	<b>88.93 - 88.93.1</b>
<b>27</b>	Ecografia Capo e collo	<b>88.71.4</b>
<b>28</b>	Ecocolordoppler cardiaca	<b>88.72.3</b>
<b>29</b>	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	<b>88.73.5</b>
<b>30</b>	Ecocolordoppler dei vasi periferici	<b>88.77.2</b>
<b>31</b>	Ecografia Addome	<b>88.74.1 - 88.75.1 - 88.76.1</b>
<b>32</b>	Ecografia Mammella	<b>88.73.1 - 88.73.2</b>
<b>33</b>	Ecografia Ostetrica - Ginecologica	<b>88.78 - 88.78.2</b>
 <b>Altri esami Specialistici</b>		
<b>34</b>	Colonoscopia	<b>45.23 - 45.25 - 45.42</b>
<b>35</b>	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	<b>45.24</b>
<b>36</b>	Esofagogastroduodenoscopia	<b>45.13 - 45.16</b>
<b>37</b>	Elettrocardiogramma	<b>89.52</b>
<b>38</b>	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	<b>89.50</b>
<b>39</b>	Elettrocardiogramma da sforzo	<b>89.41 - 89.43</b>
<b>40</b>	Audiometria	<b>95.41.1</b>
<b>41</b>	Spirometria	<b>89.37.1 - 89.37.2</b>
<b>42</b>	Fondo Oculare	<b>95.09.1</b>
<b>43</b>	Elettromiografia	<b>93.08.1</b>

### 3.2 PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO

Ricomprendono 5 prestazioni erogate prevalentemente in regime di ricovero diurno e 10 in regime in ricovero ordinario.

Per i ricoveri di cui alle tabelle sotto riportate le Regioni e Province Autonome prevedono l'uso sistematico delle classi di priorità, definite in coerenza con quanto già indicato nell'ambito dell'Accordo dell'11 luglio 2002 e del PNCTA 2006-2008. In assenza di tali provvedimenti, le Regioni e Province Autonome applicano quanto previsto dall'Accordo dell'11 luglio 2002 e PNCTA 2006-2008

<b>PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL/DAY SURGERY</b>			
<b>Numero</b>	<b>Prestazione</b>	<b>Codice Intervento</b>	<b>Codice Diagnosi</b>
<b>44</b>	Chemioterapia (1)	<b>99.25</b>	<b>V58.1</b>
<b>45</b>	Coronarografia	<b>88.55 - 88.56 - 88.57</b>	
<b>46</b>	Biopsia percutanea del fegato (1)	<b>50.11</b>	
<b>47</b>	Emorroidectomia	<b>49.46</b>	
<b>48</b>	Riparazione ernia inguinale (1)	<b>53.0 - 53.10</b>	

(1) Le regioni che erogano la prestazione prevalentemente od esclusivamente in regime ambulatoriale, svolgeranno il monitoraggio in tale setting assistenziale;



<b>PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO</b>			
<b>Numero</b>	<b>Prestazione (2)</b>	<b>Codice Intervento</b>	<b>Codice Diagnosi</b>
<b>49</b>	Interventi chirurgici tumore Mammella	Categoria 85.4	Categoria 174
<b>50</b>	Interventi chirurgici tumore Prostata	60.5	185
<b>51</b>	Interventi chirurgici tumore colon retto	45.7x - 45.8; 48.5 – 48.6	Categorie 153 – 154
<b>52</b>	Interventi chirurgici tumori dell'utero	Da 68.3 a 68.9	Categoria 182
<b>53</b>	By pass aortocoronarico	36.10	
<b>54</b>	Angioplastica Coronarica (PTCA)	Categoria 36.0	
<b>55</b>	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
<b>56</b>	Intervento protesi d'anca	81.51 - 81.52 - 81.53	
<b>57</b>	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.3 – 32.4 – 32.5 – 32.9	
<b>58</b>	Tonsillectomia	28.2 – 28.3	

(2) le regioni che erogano la prestazione prevalentemente od esclusivamente in regime di day surgery o one day surgery svolgeranno il monitoraggio in tale setting assistenziale

### 3.3 PRESTAZIONI INSERITE IN PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI NELL'AREA CARDIOVASCOLARE E ONCOLOGICA

Le malattie del sistema cardiocircolatorio e i tumori si confermano essere da ormai molti anni le principali cause di morte nel nostro Paese. Parte di questi decessi potrebbe essere evitata non solo attraverso azioni di prevenzione primaria e secondaria, ma anche attraverso interventi tempestivi in termini di diagnosi e cura, nell'ambito di appropriati percorsi diagnostico terapeutici (PDT).

Pertanto, in questi ambiti, va prevista una tempestiva nell'erogazione delle prestazioni che consenta di garantire ad ogni paziente lo svolgimento dei PDT in tempi adeguati, nonché modalità di comunicazione e informazione per l'utente e i familiari rispetto ai PDT previsti e alla relativa tempestività di erogazione.

Sia in ambito cardiovascolare che oncologico, ai fini dell'erogazione sequenziale e coordinata delle prestazioni ricomprese nei percorsi diagnostico terapeutici, le Regioni e PA individuano specifici Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC) e, anche ai fini della appropriatezza organizzativa, ne promuovono l'erogazione attraverso il day service.

Le Regioni, relativamente alle patologie individuate, definiscono specifici percorsi correlati alle patologie oncologiche e cardio-vascolari sulla scorta delle linee guida già disponibili in ambito nazionale e internazionale, con particolare riferimento a quanto prodotto dal Sistema Nazionale Linee Guida.

Le Regioni assicurano la diffusione, l'implementazione ed il monitoraggio delle linee guida adottate per la gestione dei PDT, facendo riferimento a quanto riportato nel Manuale metodologico per produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica, edito a maggio 2002 dall'ISS e dall'AgeNaS.

Le Regioni, altresì, implementano modelli di integrazione territorio-ospedale, affinché siano assicurate le formule organizzative per la presa in carico del paziente che viene avviato ad un PDT. In tal senso, il PDT deve essere inteso come 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 d'accesso differenziati a seconda della gravità del singolo caso.



**Le Regioni si impegnano a monitorare i PDT, in considerazione dei tempi massimi d'attesa sia per la formulazione della diagnosi clinica sia per l'avvio della terapia appropriata per quella condizione patologica. Lo scopo del monitoraggio è verificare che i pazienti con determinati problemi di salute abbiano completato i PDT in tempi congrui. I tempi massimi d'attesa per ciascun PDT, per le patologie oggetto di monitoraggio, non potranno essere superiori ai 30 giorni per la fase diagnostica e 30 giorni per l'inizio della terapia dal momento dell'indicazione clinica per almeno il 90% dei pazienti.**

**L'AgeNaS, in collaborazione con le Regioni, le Province Autonome e il Ministero della Salute, entro 60 giorni dall'approvazione del PNGLA:**

- **predisponde la metodologia per il monitoraggio, anche in considerazione di quanto già definito a tale proposito nell'ambito del Mattone "Tempi di Attesa";**
- **individua le patologie oggetto di monitoraggio, con riferimento alle condizioni cliniche a forte impatto sociale per gravità, frequenza e costi, e definisce i relativi tempi massimi d'attesa per ciascun PDT, che comunque non potranno essere superiori ai 30 giorni per la fase diagnostica e 30 giorni per l'inizio della terapia dal momento dell'indicazione clinica.**

**L'AgeNaS, in collaborazione con le Regioni, le Province Autonome e il Ministero della Salute, entro 4 mesi dalla definizione della metodologia di cui sopra, provvede:**

- **a definire le tempistiche di attuazione del processo di implementazione di tale metodologia**
- **a definire le modalità e le periodicità della rilevazione dei dati del monitoraggio per l'invio al Ministero della Salute e al Comitato LEA.**

### **3.3.1 AREA CARDIOVASCOLARE**

**L'impatto delle malattie afferenti a questa area, in termini di mortalità, morbosità ma anche sui ricoveri ospedalieri, si mantiene elevato e tende ancora a crescere.**

**Del quadro epidemiologico consegue che grande attenzione deve essere dedicata sia alle attività di prevenzione, diagnosi e cura che all'organizzazione di tali attività, in un'ottica di "rete" integrata dei servizi.**

**Diverse esperienze internazionali e nazionali hanno dimostrato che l'organizzazione in rete è il riferimento più logico nell'ambito dell'assistenza al paziente con malattia cardiovascolare, rappresentando non solo un sistema di collegamento tra tutte le componenti assistenziali ma anche e soprattutto un sistema di sicurezza e di protezione per il paziente, in ogni fase dell'articolarsi dell'assistenza. L'organizzazione assistenziale secondo il modello a rete si fonda sui collegamenti veloci tra territorio, centri periferici e centri di riferimento, consentendo di orientare opportunamente l'assistenza in un contesto sovraospedaliero secondo le caratteristiche di rischio del paziente, definita nell'ambito dei percorsi diagnostico terapeutici, ed i tempi previsti di intervento.**

**Le strutture della rete devono integrarsi tra loro, nonché con il sistema regionale dell'emergenza e con le strutture per la riabilitazione e la lungodegenza, e devono essere dislocate sul territorio in modo da ottimizzare le connessioni funzionali tra ospedali periferici e centri di riferimento, utilizzando specifici protocolli operativi.**

**A seguito della prima visita specialistica, che dovrà essere garantita secondo le priorità indicate al punto 3.1, una volta confermato il sospetto clinico formulato, dovrà essere garantito l'avvio di un percorso diagnostico e terapeutico (PDT), che consenta la definizione puntuale del problema e l'esecuzione dell'atto terapeutico necessario alla sua soluzione entro i tempi massimi di attesa indicati per ciascuna delle due fasi.**

**Le Regioni, sulla base delle linee guida definite in ambito nazionale e internazionale, con particolare riferimento a quanto prodotto dal Sistema Nazionale Linee Guida, definiscono le modalità di attuazione dei PDT individuati, secondo la procedura sopraindicata.**



**Nell'ambito del percorso, laddove sia posta l'indicazione all'intervento chirurgico, le Regioni individuano l'uso sistematico delle classi di priorità per l'accesso al ricovero. .**

### **3.3.2 AREA ONCOLOGICA**

I tumori rappresentano circa il 30% di tutte le cause di decesso e costituiscono la seconda causa di morte nel nostro Paese, in particolare la prima fra gli adulti e la seconda fra gli anziani.

Sulla base delle stime di incidenza e mortalità per malattie oncologiche in Italia, si può prevedere che nel 2010 nel nostro Paese si verificheranno circa 255 mila nuovi casi di tumore e 122 mila decessi dovuti a tali patologie.

A fronte di tali evidenze, risulta sempre più evidente la necessità di garantire adeguate modalità organizzative, attraverso un'assistenza in rete, la tempestività della diagnosi e dell'avvio delle procedure terapeutiche.

Come ribadito anche nel documento del Piano oncologico nazionale 2010-2012, è necessario garantire una presa in carico globale del malato fin dall'inizio del percorso diagnostico-terapeutico, attraverso un approccio multidisciplinare e multidimensionale.

Il coordinamento di tutte le azioni, sia in ambito ospedaliero che territoriale, è fondamentale ai fini del raggiungimento di livelli standard di qualità, corretta allocazione di risorse ed equità nell'accesso alle cure.

Attraverso la Rete è possibile assicurare non solo il percorso strettamente oncologico, ma anche il coordinamento con i servizi territoriali deputati all'assistenza domiciliare, ai percorsi riabilitativi e alle cure palliative.

A seguito della prima visita oncologica, che dovrà essere garantita secondo le priorità indicate al punto 3.1, si definisce il percorso diagnostico e terapeutico (PDT) del paziente che consenta la definizione puntuale del problema e l'esecuzione dell'atto terapeutico necessario alla sua soluzione entro i tempi massimi di attesa indicati per ciascuna delle due fasi.

Le Regioni definiscono le modalità di attuazione del PDT individuati, secondo la procedura sopraindicata, sulla scorta delle linee guida già disponibili in ambito nazionale e internazionale, con particolare riferimento a quanto già prodotto, dal Sistema Nazionale Linee Guida.

## **4. PROGRAMMI ATTUATIVI AZIENDALI**

**Entro 60 giorni dall'adozione del Piano regionale di governo delle liste d'attesa, le Aziende sanitarie adottano un programma attuativo aziendale, in coerenza con quanto definito in ambito regionale.**

Il programma attuativo aziendale provvede a recepire i tempi massimi di attesa individuati dal Piano regionale e a prevedere le misure da adottare in caso di superamento dei tempi massimi stabiliti, senza oneri aggiuntivi a carico degli assistiti, se non quelli dovuti come eventuale quota per la partecipazione alla spesa (ticket).

Il programma attuativo aziendale individua le modalità o la specificazione delle strutture erogatrici nell'ambito delle quali i tempi massimi di attesa per le prestazioni di cui al punto 3 sono garantiti almeno al 90 % dei cittadini richiedenti e assicura la diffusione e l'accesso a tali informazioni utilizzando gli strumenti di comunicazione disponibili (tra i quali i siti web aziendali), nonché prevedendone la disponibilità anche presso le strutture di abituale accesso dei cittadini (farmacie, ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di famiglia).



## 5. RISORSE PER IL PIANO DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA

Le Regioni si impegnano a destinare una quota delle risorse di cui all'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, da vincolare alla realizzazione di specifici progetti regionali ai sensi dell'articolo 1, comma 34-bis, della medesima legge, utilizzando anche quanto previsto nel Piano e-gov 2012, Obiettivo 4 – Progetto "Rete centri di prenotazione", per il perseguitamento degli obiettivi del presente Piano nazionale, anche al fine di realizzare un sistema che assicuri ai cittadini la possibilità di prenotare le prestazioni tramite un Centro unico di prenotazione (CUP) al fine di interfacciare in modo ottimale il complesso dell'offerta con quello della domanda, e per supportare la gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici, sulla base delle indicazioni riportate nelle linee guida nazionali sul sistema CUP del Ministero della Salute di cui all'accordo Stato-Regioni del 29 aprile 2010.

## 6. ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA (ALPI)

Le prestazioni erogate in regime libero professionale dai professionisti in favore dell'azienda, come previsto dall'art. 55 comma 2 del CCNL della dirigenza del 8 giugno 2000, costituiscono un ulteriore possibile strumento per il governo delle liste ed il contenimento dei tempi d'attesa, in quanto tali prestazioni possono contribuire ad integrare l'offerta istituzionale, allorquando una ridotta disponibilità, anche temporanea, di prestazioni in regime istituzionale metta a rischio la garanzia di assicurare al cittadino le prestazioni all'interno dei tempi massimi regionali. Questa libera professione "aziendale" andrà concordata con i professionisti e sostenuta economicamente dall'azienda, riservando al cittadino solo la eventuale partecipazione al costo (ticket).

Per quanto riguarda, invece, le prestazioni libere professionali erogate su richiesta e per scelta dell'utente e a totale suo carico, è necessario, come ribadito dalle Linee guida nazionali del sistema CUP del 29 aprile 2010, che le Regioni prevedano modalità di gestione separata delle prenotazioni rispetto alle prestazioni istituzionali erogate a carico del S.S.N., attraverso sistemi centralizzati e preferibilmente informatizzati; le Regioni, inoltre, provvedono ad attivare forme di controllo sul volume di tali prestazioni e sui relativi tempi di attesa, sia per le attività ambulatoriali che per quelle di ricovero, al fine di garantire il corretto rapporto tra il regime istituzionale di erogazione delle prestazioni e quello in libera professione.

## 7. FLUSSO INFORMATIVO

Vengono attivati il monitoraggio ex ante ed ex post del fenomeno liste di attesa delle prestazioni ambulatoriali di cui al paragrafo 3.1, nonché il monitoraggio delle attività di ricovero tramite SDO, il monitoraggio delle eventuali sospensioni delle attività di erogazione delle prestazioni.

A tal fine, entro 30 giorni dall'adozione del presente Piano, vengono definite apposite linee guida sulle modalità di rilevazione e trasmissione dei flussi sopra riportati, in accordo tra Ministero, Regioni e Province Autonome ed AgeNas.

Vengono, altresì, avviati il monitoraggio dei percorsi diagnostici e terapeutici in ambito cardiovascolare e oncologico ed il monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali di cui al punto 3.1 erogate in attività libero professionale intramuraria (ALPI).

### 7.1 Monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e di ricovero

A. Il monitoraggio del fenomeno dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali viene effettuato attraverso 2 modalità:



• modalità *ex post*, rilevato attraverso il flusso informativo 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 delle informazioni necessarie al suddetto monitoraggio; i dati raccolti mensilmente nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) sono relativi alle prestazioni ambulatoriali di cui al paragrafo 3.1 erogate presso le strutture indicate nei programmi attuativi aziendali.

Per rendere fruibili i campi che rappresentano le dimensioni di analisi del fenomeno, Stato e Regioni concordano di prevedere l'obbligatorietà, garantendo la progressiva copertura fino alla messa a regime prevista per il 1 gennaio 2011, dei dati relativi al primo accesso (visite, esami) per differenziare le prestazioni rispetto ai successivi controlli, alla classe di priorità e alla garanzia dei tempi massimi, che permette di distinguere tra chi non rinuncia alla garanzia dei tempi massimi e chi vi rinuncia in relazione alla libera scelta dell'utente che rifiuta la prima disponibilità. Le soglie di riferimento per la copertura dei suddetti campi corrispondono al 70% per il IV trimestre 2010 e al 90% per il 2011.

Inoltre, tali informazioni dovranno essere accompagnate dal dettaglio delle strutture presenti nell'ambito territoriale in cui deve essere garantito il rispetto dei tempi massimi di attesa al 90% degli utenti.

• modalità *ex ante*, basata sulla rilevazione in un periodo indice stabilito a livello nazionale, come previsto nel PNCTA 2006-2008, in continuità con i monitoraggi condotti dall'AgeNaS, le Regioni avviano una rilevazione dei dati sui tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali di cui al punto 3.1, in modalità *ex ante* effettuata in una settimana indice con cadenza semestrale, trasmettendo i risultati sintetici delle rilevazioni al Ministero della Salute;

B. Il monitoraggio del fenomeno dei tempi di attesa per le prestazioni erogate in regime di ricovero, per la periodica rilevazione dei tempi di attesa utilizza il flusso SDO. Per garantire la qualità del dato relativo alla data di prenotazione del ricovero, è obbligatorio l'utilizzo delle Agende di Prenotazione dei Ricoveri nel formato e con le modalità previste nel documento prodotto dal Mattone "Tempi di Attesa": Linee guida per la agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili, tenuto conto di quanto già disciplinato dall'articolo 3, comma 8 della legge n. 724/1994, che prevede l'obbligo delle aziende sanitarie locali, dei presidi ospedalieri delle aziende ospedaliere di tenere il registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri.

I monitoraggi di cui sopra sono effettuati, secondo linee guida condivise con le Regioni, le PA e l'Agenas, a cura del Ministero della salute che provvederà a rendere disponibili i relativi risultati.

## 7.2 Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione

Il comma 282 dell'articolo 1 della legge finanziaria 2006 stabilisce che alle aziende sanitarie ed ospedaliere è vietato sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001. Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano devono adottare le disposizioni per regolare i casi in cui la sospensione dell'erogazione delle prestazioni è ammessa perché legata a motivi tecnici. Il Ministero della Salute rileva semestralmente le eventuali sospensioni delle attività di erogazione delle prestazioni e rende disponibili i relativi risultati.



**7.3 Monitoraggio dei percorsi dei pazienti con patologie oncologiche e cardiovascolari**

Il Monitoraggio dei PDT delle patologie oncologiche e cardiovascolari sarà attuato secondo le modalità descritte al punto 3.3 del presente piano.

**7.4 Monitoraggio dell'attività Libero professionale intramuraria**

L'AgeNaS, sulla base delle esperienze già maturate relative sia ai monitoraggi sui tempi di attesa delle prestazioni erogate in attività istituzionale e sia alla sperimentazione dei tempi di attesa delle prestazioni erogate in ALPI, condotta su indicazione dell'"Osservatorio Nazionale per l'Attività Libero Professionale", individua le procedure per il monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali libero professionali di cui al punto 3.1, erogate a favore e a carico dell'utente, con riferimento alle modalità di prenotazione, al numero di prestazioni erogate e ai relativi tempi di attesa.

L'AgeNaS entro 60 giorni dall'approvazione del presente Piano provvederà a definire le Linee guida per il monitoraggio dell'ALPI, in collaborazione con il Ministero della Salute, le Regioni e le Province Autonome e successivamente a trasmettere annualmente al Ministero della Salute e all'Osservatorio Nazionale per l'Attività Libero Professionale i risultati di tale attività.

**8. MONITORAGGIO SITI WEB**

L'informazione e la comunicazione sulle liste d'attesa vanno sostenuti e potenziati attraverso strumenti finalizzati a sviluppare e rafforzare la multicanalità nell'accesso alle informazioni, attraverso campagne informative, Uffici relazioni con il pubblico (URP), Carte dei servizi, ma anche realizzando sui siti web regionali e aziendali delle sezioni dedicate e facilmente accessibili.

Sulla base delle 3 rilevazioni nazionali condotte dal Ministero della Salute, i cui risultati sono disponibili sul Portale, si conviene di procedere in tale attività di monitoraggio in maniera sistematica sia per l'ambito ambulatoriale che per quello dei ricoveri, con cadenza annuale, su tutto il territorio nazionale secondo modalità condivise tra Ministero della Salute, AgeNaS, Regioni e Province Autonome.

I risultati del monitoraggio saranno diffusi attraverso il Portale del Ministero della Salute.

**9. CERTIFICAZIONE DA PARTE DEL COMITATO PERMANENTE PER LA VERIFICA DELL'EROGAZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (LEA)**

Il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), di cui all'articolo 9 della Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, aggiorna, entro 30 giorni dalla stipula della presente intesa, la linea guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei piani regionali, tenendo conto di quanto il piano stesso prevede.



**PAGINA BIANCA**

**INDICE**

1. PREMESSA
2. SITUAZIONE ATTUALE
  - 2.1. QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO
    - 2.1.1. NORMATIVA NAZIONALE
    - 2.1.2. NORMATIVA REGIONALE
  - 2.2. ANALISI DI CONTESTO A LIVELLO REGIONALE
    - 2.2.1. CONTESTO DEMOGRAFICO E STRUTTURALE
    - 2.2.2. CONTESTO REGOLAMENTARE ED ORGANIZZATIVO
    - 2.2.3. CONTESTO TECNOLOGICO
      - 2.2.3.1. CENTRO UNIFICATO DI PRENOTAZIONE (CUP) REGIONALE
      - 2.2.3.2. CENTRI PRIVATI ACCREDITATI CONVENZIONATI (CEA)
      - 2.2.3.3. MAPPA DEI TEMPI DI ATTESA
      - 2.2.3.4. SISTEMA INFORMATIVO OSPEDALIERO (AIRO)
      - 2.2.3.5. PORTALE PER I SERVIZI SANITARI
      - 2.2.3.6. LUMIR E BAS-REFER
  3. PRESTAZIONI DA MONITORARE E TEMPI DI ATTESA
    - 3.1. PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E STRUMENTALI AMBULATORIALI
    - 3.2. PRESTAZIONI DI RICOVERO
    - 3.3. PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI
  4. PIANO ATTUATIVO REGIONALE PER IL TRIENNIO 2010-2012
  5. GOVERNO DELLA DOMANDA E DELL'OFFERTA DI PRESTAZIONI
    - 5.1. AZIONI PER IL GOVERNO DELLA DOMANDA DI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E STRUMENTALI AMBULATORIALI
    - 5.2. AZIONI PER IL GOVERNO DELL'OFFERTA DI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E STRUMENTALI AMBULATORIALI
    - 5.3. AZIONI PER IL GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI DI RICOVERO
  6. SOSTEGNO AL SERVIZIO DI PRENOTAZIONE
  7. INTEGRAZIONE DEI SISTEMI INFORMATIVI
  8. MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA
    - 8.1. PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E STRUMENTALI AMBULATORIALI
    - 8.2. PRESTAZIONI DI RICOVERO
    - 8.3. PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI IN AREA CARDIOVASCOLARE ED ONCOLOGICA
  9. PIANO ATTUATIVO AZIENDALE
  10. ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA (ALPI)
  11. PIANO DI COMUNICAZIONE
  12. COSTI

**13. RISORSE FINANZIARIE**

**14. DIAGRAMMA DI GANTT**

## 1. PREMESSA

Il fenomeno delle liste di attesa è presente in tutti gli Stati dove insiste un sistema sanitario universalistico che offre un livello di assistenza avanzata. Per il peculiare impatto che riveste sia sull'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale che sul diritto dei cittadini all'erogazione delle prestazioni definite nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza, la realizzazione di un Piano Nazionale di governo delle liste d'attesa costituisce un impegno comune del Governo e delle Regioni, con la consapevolezza che non esistono soluzioni semplici e univoche, ma vanno poste in essere azioni complesse ed articolate considerando in particolare la promozione del principio di appropriatezza nelle sue due dimensioni clinica ed organizzativa.

La gestione delle liste di attesa può trovare più facile soluzione se si individuano strumenti e modi di collaborazione tra tutti gli attori del sistema che operano nella fase prescrittiva ed erogativa. Tale collaborazione si concretizza con la presa in carico globale del paziente dal processo di definizione fino all'approfondimento diagnostico da parte degli specialisti e delle strutture, prevedendo anche modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie (Chronic Care Model), attraverso l'attuazione e la gestione programmata dei protocolli diagnostici.

La soluzione del problema non può essere meramente quantitativa, dipende infatti sia dall'organizzazione dell'offerta e dei volumi della produzione, che, per la sua sostenibilità, da strategie di governo della domanda che tengano conto dell'applicazione di rigorosi criteri sia di appropriatezza che di priorità delle prestazioni sanitarie.

In tal senso, il precedente Piano Attuativo della Regione Basilicata per il contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, approvato con la DGR n. 907 del 19/6/2006, in ottemperanza al Piano Nazionale di contenimento dei tempi d'attesa per il triennio 2006-2008, ha introdotto strumenti di governo clinico, ai diversi livelli del sistema, prevedendo il coinvolgimento diretto di tutti gli attori del sistema: medici prescrittori, erogatori e cittadini.

Il presente documento rappresenta l'aggiornamento del Piano Attuativo regionale sopra citato che tiene conto sia del nuovo assetto organizzativo e territoriale del Servizio Sanitario Regionale, di cui alla Legge Regionale n. 12 del 1/07/2008, che dell'INTESA tra Governo, Regioni e Province Autonome sul Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012 (PNGLA 2010-2012), nel seguito indicata con il termine "Intesa", di cui all'art. 1 comma 280 della Legge n. 266 del 23/12/2005.

Il presente Piano Regionale Attuativo, in particolare, definisce:

1. i tempi massimi regionali per le prestazioni di cui al successivo capitolo 3;
2. le modalità di governo della domanda di prestazioni;
3. i criteri di utilizzo delle prestazioni in classe di priorità P;
4. le procedure di verifica dell'appropriatezza prescrittiva, con particolare riferimento all'utilizzo delle classi di priorità, alla presenza del quesito diagnostico e alla corretta identificazione delle prime visite e dei controlli;
5. la gestione razionale degli accessi attraverso l'uso diffuso del Sistema CUP Unico Regionale di Prenotazione, integrando l'offerta pubblica e privata accreditata;
6. la gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici;
7. le modalità alternative di accesso alla prestazione nel caso in cui, a livello aziendale, non vengano garantite le prestazioni nei tempi massimi di attesa di cui al precedente punto 1;

8. la trasmissione sistematica dei flussi informativi di monitoraggio delle liste e dei tempi d'attesa, secondo modalità ed i tempi definiti e da definire in accordo tra il Ministero, le Regioni, le Province autonome e l'Age.Na.S;
9. il monitoraggio delle attività erogate dai professionisti in regime di libera professione per conto e a carico delle aziende al fine di verificarne la rispondenza alle direttive regionali e nazionali in materia;
10. l'avvio, la messa a regime e l'integrazione degli strumenti di Information & Communication Technologies, già o in parte disponibili presso la regione Basilicata, per la gestione del processo di prescrizione, prenotazione e refertazione digitale oltre che per l'accesso informatizzato ai referti tramite il FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico) con ampio uso di sistemi di telemedicina;
11. l'informazione e la comunicazione sulle azioni messe in campo dalle Regioni per il contenimento delle liste d'attesa a tutta l'utenza interessata (cittadini, enti pubblici, mass-media, associazioni di tutela e di volontariato, ecc.) per favorire un'adeguata conoscenza sia delle modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni che dei risultati del monitoraggio sui tempi di attesa delle prestazioni di cui al presente piano;
12. la vigilanza sistematica sulle situazioni di sospensione dell'erogazione delle prestazioni.

Per quanto sopra, nel presente Piano Attuativo della Regione Basilicata di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, si definiscono le azioni che le Aziende del Servizio Sanitario regionale (SSR) devono mettere in atto per garantire all'intero sistema regionale il rispetto dell'Intesa.

## 2. SITUAZIONE ATTUALE

### 2.1. QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

#### 2.1.1. NORMATIVA NAZIONALE

In questi ultimi anni il governo centrale ha emanato specifiche norme finalizzate alla regolamentazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali e di assistenza ospedaliera, soprattutto per quelle per le quali si registrava una forte domanda e che, conseguentemente, presentavano tempi di attesa inadeguati alle esigenze dell'utenza.

In tal senso, l'art. 10 del DLvo n. 124 del 29/04/1998, ha assegnato alle Regioni il compito di disciplinare i criteri con i quali, i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie regionali, dovevano determinare il tempo massimo che intercorreva tra la data della richiesta della prestazione e la sua effettuazione.

Successivamente, con l'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 14/02/2002, il Governo e le Regioni hanno convenuto sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui rispettivi tempi massimi di attesa, ad integrazione dei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria già definiti nel DPCM del 29/11/2001 e nelle Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa, adottate con il DPCM del 16/04/2002.

Con l'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta dell'11/07/2002, il Governo e le Regioni hanno condiviso il documento relativo alle modalità attuative dell'Accordo del 14/02/2002 e, con il comma 5 dell'art. 50 del DL 30/09/2003 n. 269, convertito nella legge n. 326/2003, hanno introdotto la raccolta delle informazioni relative al monitoraggio dei tempi di attesa.

Con lo Schema di Intesa del 28/03/2006 il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano hanno definito il Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, di cui all'art. 1 comma 280 della Legge n. 266 del 23/12/2005.

Con l'Intesa del 29/04/2010 il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano hanno approvato il documento recante "Sistema Cup - Linee guida nazionali".

Infine, con lo Schema di Intesa del 28/10/2010 il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano hanno definito il Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'art. 1 comma 280 della Legge n. 266 del 23/12/2005, che fissava le Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi.

#### 2.1.2. NORMATIVA REGIONALE

La normativa regionale adottata in materia di accesso alle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali e di liste di attesa è di seguito elencata:

- Con la DGR n. 2776 del 16/09/1998 "Linee guida per la rimodulazione dell'attività specialistica e per il concreto avvio del sistema informativo di supporto - indirizzi in ordine all'applicazione del X e XII comma dell'art. 3 del DLgs n. 124/98", la Giunta Regionale ha fornito indicazioni in materia di razionalizzazione dell'attività specialistica ambulatoriale, in ordine ai criteri per la determinazione dei tempi massimi di attesa di cui al decreto sopra citato ed ha definito i criteri per la gestione delle liste di attesa;

- Con la DGR n. 1019 del 4/05/1999 "Programma regionale collegato agli obiettivi di carattere prioritario e di rilevanza nazionale a norma dell'art. 1, comma 34 della legge 662/96 e comma 34 bis del medesimo articolo, introdotto dall'art. 33 della Legge 27 Dicembre 1997 n. 449", la Giunta Regionale ha fornito indicazioni di tipo generale sulla problematica delle liste di attesa per le prestazioni specialistiche e strumentali, ha definito azioni finalizzate alla razionalizzazione della domanda e dell'offerta e finanziati specifici progetti presentati dalle Aziende Sanitarie regionali;
- Con la DGR n. 2525 del 30/12/2002 "DPCM 16 Aprile 2002 - Linee guida sui criteri di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa - direttiva vincolante per le aziende sanitarie ed ospedaliere", la Giunta Regionale ha recepito gli indirizzi di cui al punto a) dell'accordo Stato-Regioni del 14/02/2002 sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa;
- Con la DGR n. 10 del 5/01/2005 la Giunta Regionale ha approvato la "Direttiva vincolante per i Direttori generali delle Aziende Sanitarie della Regione Basilicata in materia di accesso alle prestazioni specialistiche e strumentali finalizzata alla riduzione dei tempi massimi di attesa";
- Con la DGR n. 907 del 19/06/2006 la Giunta Regionale ha approvato il "Piano Attuativo Regionale per il contenimento delle liste di tempo di attesa per il triennio 2006 - 2008 ad integrazione e sostituzione della direttiva vincolante di cui alla DGR n. 10 del 5 gennaio 2005";
- Con la DGR n. 1961 del 19/12/2006 la Giunta Regionale ha approvato il "Disciplinare tecnico per la regolamentazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali";
- Con la DGR n. 1092 dell'8/08/2007 la Giunta Regionale ha approvato i "Piani aziendali per il contenimento delle liste di attesa, biennio 2007-2008" delle Aziende Sanitarie del SSR, che riportavano le azioni già avviate, a seguito della precedente normativa, e quelle da avviare in risposta al Piano regionale per il contenimento delle liste di attesa di cui al precedente punto;
- Con la DGR n. 2020 del 30/11/2010 la Giunta Regionale ha approvato le Linee guida sull'Attività Professionale Intramuraria del personale dipendente della dirigenza medica, veterinaria e del ruolo sanitario delle aziende del S.S.R. ai sensi delle Legge n. 120 del 3/08/2007;
- Con la DGR n. 2266 del 29/12/2010 la Giunta Regionale ha recepito "L'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5.6.2003 n.131 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il documento recante Sistema Cup - Linee guida nazionali";
- Con la DGR n. 317 del 11/3/2011 la Giunta Regionale ha recepito l'Accordo del 18/11/2010 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sull'Attività Professionale Intramuraria del personale dipendente della dirigenza medica, veterinaria e del ruolo sanitario delle aziende del S.S.N., confermando le linee guida di cui alla DGR n. 2020/2010 comprensive delle prescrizioni di cui all'art. 2 dell'Accordo.

## 2.2. ANALISI DI CONTESTO A LIVELLO REGIONALE

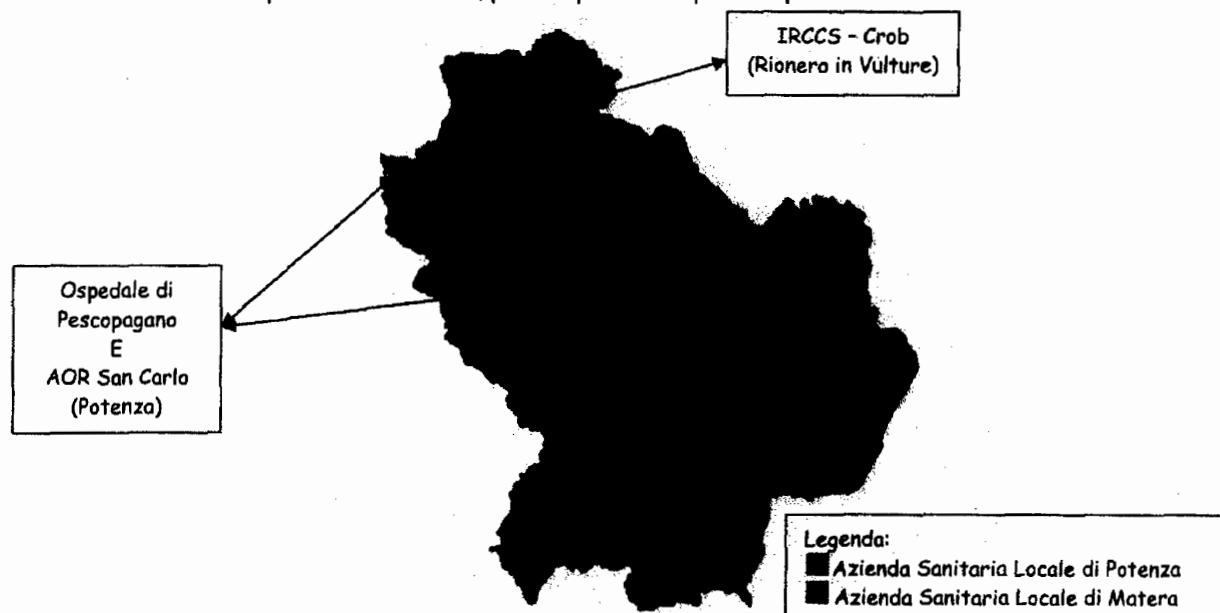
### 2.2.1. CONTESTO DEMOGRAFICO E STRUTTURALE

La Basilicata si estende su di una superficie territoriale di 9.992 Km<sup>2</sup>, è costituita da 2 province (Potenza e Matera) e da 131 comuni (100 in provincia di Potenza e 31 in provincia di Matera). Le aree pianeggianti rappresentano appena l'8% e risultano localizzate nella fascia orientale, in provincia di Matera; la zona del Potentino si caratterizza per la presenza della dorsale appenninica.

La popolazione residente, a gennaio del 2010, è pari a 588.879 abitanti. Il valore di densità abitativa è il più basso dell'intero Mezzogiorno, infatti è di circa 60 abitanti per Km<sup>2</sup>, contro la media nazionale di circa 191 abitanti per Km<sup>2</sup>. La popolazione residente è concentrata soprattutto nei centri

urbani (90%), il resto si distribuisce in misura pressoché identica tra nuclei rurali e case sparse. Il 66% della popolazione risiede nella provincia di Potenza, solo i capoluoghi di provincia, Potenza e Matera, superano i 20.000 abitanti. L'incidenza della popolazione anziana (>65 anni) è pari al 19,2% mentre il concorso del settore sanità e protezione sociale all'economia regionale è pari al 5,9% del PIL totale regionale (settimo per contribuzione).

La struttura del SSR, rinveniente dalla sopracitata LR n. 12/2008 di riordino del SSR (vedi fig. 1), è composta da due Aziende USL a livello provinciale (Azienda Sanitaria Locale di Potenza - ASP, Azienda Sanitaria Locale di Matera - ASM), da un'Azienda Ospedaliera Regionale, da un IRCCS - Crob e da una casa di cura privata accreditata, per complessivi 17 plessi ospedalieri.



Le strutture erogatrici di prestazioni sanitarie sono concentrate essenzialmente nei presidi ospedalieri. Accanto a questi, sono presenti sul territorio una serie di ambulatori/poliambulatori e strutture private accreditate convenzionate, che erogano prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali di Medina di Laboratorio, Diagnostica per Immagini, Fisioterapia e rieducazione funzionale ed altre branche specialistiche.

Con riferimento al fenomeno delle liste di attesa l'attuale situazione riferita alle prestazioni oggetto di monitoraggio nel precedente Piano Nazionale, è riportata nelle seguenti tabelle.

#### VISITE SPECIALISTICHE:

Descrizione Prestazione	ASP	ASM	AOR - CROB	IRCCS CROB
Visita cardiologica				
Visita chirurgia vascolare				
Visita dermosifilopatica				
Visita endocrinologica				
Visita endocrinologica (disturbi dell'alimentazione)				
Visita fisiatrica				
Visita gastroenterologia				
Visita ginecologica				
Visita neurologica				

Descrizione Prestazione	ASP	ASM	AGS Sondato	IRCCS CRDB
Visita oculistica ragazzi età scolare (max 10 anni), esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo con eventuale prescrizione di lenti				
Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo con eventuale prescrizione di lenti				
Visita oncologica				
Visita ortopedica o traumatologica				
Visita ostetrico - ginecologica				
Visita otorinolaringoiatrica				
Visita pneumologica				
Visita sessuologica				
Visita uro ginecologica				
Visita urologica				
Visita urologica laparoscopica				

(TABELLA n.1)

## PRESTAZIONI STRUMENTALI:

Descrizione Prestazione	ASP	ASM	AGS Sondato	IRCCS CRDB
biopsia (endoscopica) dell'intestino grasso				
biopsia di sedi intestinali aspecifiche				
biopsia di una o più sedi di esofago, stomaco e duodeno				
Colonoscopia con biopsia				
colonoscopia con endoscopio flessibile				
diagnostica ecografica del capo e del collo				
eco(color)Doppler dei tronchi sovraortici				
eco(color)dopplegrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuali, arteriosa o venosa				
eco(color)Dopplergrafia cardiaca				
eco(color)Dopplergrafia cardiaca dopo prova				
farmacologia				
eco(color)Doppler dei reni e del surrene				
eco(color)Doppler del fegato e delle vie biliari				
eco(color)doppler del pancreas				
eco(color)doppler della milza				
eco(color)dopplergrafia testicolare				
ecobiometria oculare				
ecocardiografia				
ecocardiogramma fetale				
cattetismo vescicale				
ecografia addome completo				
ecografia del collo per linfonodi				
ecografia addome inferiore				
ecografia addome superiore				

Descrizione Prestazione	ASD	ASMI	ADR San Carlo	IRCCS CIOB
ecografia della mammella bilaterale				
ecografia della mammella monolaterale				
ecografia della tiroide-paratiroidi				
ecografia delle ghiandole salivari				
ecografia ginecologica				
ecografia ostetrica				
ecografia ostetrica morfologica				
ecografia dei testicoli				
ecografia del bacino per screening lussazione congenita dell'anca				
ecografia della cute e del tessuto sottocutaneo				
ecografia muscolo-tendinea				
ecografia oculare				
ecografia osteo-articolare				
ecografia trans-rettale				
Elettrocardiogramma				
elettrocardiogramma dinamico: dispositivi analogici (Holter)				
eletromiografia semplice (Emg)				
endoscopia dell'intestino tenue				
esame audiometrico tonale				
esame del fondus oculare				
esame pelvico				
esame allergologico strumentale per orticarie fisiche				
Esofagogastroduodenoscopia				
esofagogastroduodenoscopia con biopsia				
indagini fotobiologiche per fotodermatosi (foto patch test)				
mammografia bilaterale				
mammografia monolaterale				
polipectomia di uno o più polipi con approccio endoscopico dell'intestino crasso				
prelievo microbiologico				
RMN cervello e del tronco encefalico				
RMN della colonna cervicale				
RMN della colonna cervicale senza e con contrasto				
RMN colonna lombosacrale				
RMN colonna lombosacrale senza e con contrasto				
RMN della colonna toracica				
RMN della colonna toracica senza e con contrasto				
RMN della vescica e pelvi maschile o femminile				
RMN della vescica e pelvi maschile o femminile senza e con contrasto				
RMN muscoloscheletrica				
RMN muscoloscheletrica con e senza contrasto				

Descrizione Prestazione	ASP	ASM	ADR San Carlo	IRCCS CROB
screening allergologico per inalanti (fino a 7 allergeni)				
sigmoodioscopia con endoscopio flessibile				
spirometria globale				
spirometria semplice				
test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile				
test epicutanei a lettura ritardata				
test percutanei e intracutanei a lettura immediata				
TC del capo				
TC del capo con o senza contrasto				
TC del cranio				
TC del cranio con o senza contrasto				
TC del rachide e dello speco vertebrale				
TC del rachide e dello speco vertebrale con e senza contrasto				
TC spinale				
TC spinale con o senza contrasto				
TC dell'addome completo				
TC dell'addome completo con e senza contrasto				
TC dell'addome superiore				
TC dell'addome superiore con e senza contrasto				
TC dell'addome e pelvi				
TC dell'addome e pelvi con e senza contrasto				
TC del torace				
TC del torace con e senza contrasto				
Uroflussometria				
Cateferizzazione uretrale				
diagnostica ecografica del capo e del collo				

(TABELLA n.2)

Legenda Colore
Attesa media rilevata > Attesa max prevista in almeno una delle unità operative eseguenti
Attesa media rilevata <= Attesa max prevista in tutte le unità operative eseguenti
Attesa media rilevata > Attesa max prevista in tutte le unità operative eseguenti
Prestazione non eseguita

Dall'esame della tabella sopra riportata si evince che, ad eccezione di alcune prestazioni critiche, le due Aziende Sanitarie ASP ed ASM garantiscono, in almeno una delle strutture eroganti sul territorio di competenza, il rispetto dei tempi di attesa previsti dal precedente piano. La situazione migliora se si considera, specie per la provincia di Potenza, anche l'apporto dell'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo e dell'IRCCS - CROB di Rionero in Vulture.

Il presente Piano, in linea con quanto previsto dalle Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa di cui all'Accordo Stato-Regioni 28/10/2010 e al fine di organizzare sotto un unico strumento l'intera offerta regionale, prevede l'inserimento nel CUP anche delle prestazioni, di cui alla nuova Intesa Stato-Regioni del 29/04/2010, erogate dalle strutture private accreditate convenzionate, nel rispetto del tetto contrattualizzato con le rispettive Aziende Sanitarie.

### 2.2.2. CONTESTO REGOLAMENTARE ED ORGANIZZATIVO

Dall'esame della normativa regionale sopra citata, risulta evidente l'attenzione riposta dalla Regione in materia di riduzione delle liste di attesa. In particolare, i Piani Aziendali approvati con DGR n. 1092 dell'8/08/2007, sono stati oggetto di specifico monitoraggio utilizzato per la valutazione annuale dei Direttori Generali in conformità a quanto specificato nelle Direttive regionali che definiscono gli "Obiettivi di Salute e di programmazione economico-finanziaria delle Aziende Sanitarie della regione Basilicata" per ciascun biennio di programmazione.

Da un punto di vista organizzativo, la Regione Basilicata con la Determina Dirigenziale n. 344 del 9/03/2006, modificata dalla Determina Dirigenziale n. 961 del 16/12/2010, ha costituito il "Tavolo regionale dei tempi di attesa" previsto dal punto 1-B della DGR 10/2005, composto da Dirigenti regionali, dai referenti individuati dalle Aziende Sanitarie, nell'ambito dei gruppi aziendali Ospedale - Territorio, e da rappresentanti delle società scientifiche, con le seguenti funzioni:

- valutare i documenti in materia predisposti dai gruppi aziendali e procedere alla individuazione di provvedimenti validi per tutto il territorio regionale;
- monitorare, controllare e verificare il rispetto dei tempi massimi di attesa definiti dalla DGR 10/2005 e s.m.i.;
- sovraintendere alla comunicazione ed alla informazione al cittadino sulla intera materia;

L'attivazione del sistema informativo regionale CUP, di cui alla DGR n. 2268 del 27/7/1998, ha consentito inoltre alla Regione di avviare il Call Center Unico regionale per la prenotazione telefonica delle prestazioni specialistiche in qualsiasi struttura sanitaria della regione. Il Call Center CUP, secondo le modalità previste nella DGR 1961/2006 e s.m.i., si occupa della prenotazione, disdetta e riprenotazione delle prestazioni sanitarie, fornisce informazioni relative alla normativa su ticket ed esenzioni, informazioni sul sistema sanitario regionale e nazionale aiutando l'utenza ad orientarsi verso le strutture sanitarie del territorio.

### 2.2.3. CONTESTO TECNOLOGICO

Con riferimento agli aspetti tecnologici, il presente Piano si inserisce in un quadro regionale piuttosto maturo di sanità elettronica, caratterizzato da un'ampia copertura degli aspetti gestionali e dalla presenza di numerose iniziative di telemedicina confluenti tutte nel Sistema Informativo Sanitario Regionale.

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

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

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

L'uniformità sinergica tra le funzioni applicative ed un maggiore controllo della spesa (calata su economie pluri-ente e controllata e gestita maggiormente da una entità univoca), rappresentano alcuni tra i più rilevanti vantaggi ottenuti.

I principali sistemi applicativi direttamente coinvolti nel presente Piano, sono:

- CUP (Centro Unico Regionale di Prenotazione delle prestazioni specialistiche), CEA-Web (sistema di gestione dei Centri Privati Accreditati) e applicazione web "Mappa dei tempi attesa";
- AIRO (sistema di gestione dell'accettazione e dimissione ospedaliera, Pronto Soccorso, Ricoveri e Refertazione);
- Portale per i servizi sanitari ai cittadini e medici MMG/PLS;
- LuMIR (Fascicolo Sanitario Elettronico) e BAS-REFER.

Si descrivono, di seguito, per ciascun dei sistemi sopra elencati, le principali caratteristiche che risultano d'interesse per il presente Piano.

#### 2.2.3.1. CENTRO UNIFICATO DI PRENOTAZIONE(CUP) REGIONALE

La gestione della problematica dei tempi di attesa non può prescindere dalla disponibilità di un centro unico di prenotazione CUP per la prenotazione e cassa di tutte le prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali erogate dalle strutture sanitarie regionali.

La Regione Basilicata con la realizzazione del Centro Unificato di Prenotazione (CUP) Regionale delle prestazioni sanitarie (DGR n. 2268/1998) ha avviato e portato a termine il programma per la realizzazione del CUP Regionale, inteso come federazione dei CUP aziendali, comprendente tutte le Aziende del Servizio Sanitario Regionale.

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

1. di prenotare da qualsiasi sportello CUP tutte le prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali erogate dalle strutture sanitarie presenti su tutto il territorio regionale;
2. di migliorare accessibilità alle strutture sanitarie regionali attraverso una rete capillare di sportelli CUP di prenotazione e cassa ubicati negli ospedali, nelle strutture distrettuali di II° e I° livello o presso le farmacie convenzionate dislocate sul territorio regionale, presso gli ambulatori dei MMG/PLS e tramite il portale di [Www.regionebasilicata.it](http://Www.regionebasilicata.it);
3. di convogliare i dati di attività ambulatoriale delle singole aziende sanitarie su un unico server regionale, attraverso la rete geografica regionale;
4. di garantire la gestione a livello regionale di tutte le attività ambulatoriali, quali i tempi di attesa, le procedure di finanziamento nonché tutti gli aspetti organizzativi delle attività relative alla integrazione delle singole strutture erogatrici;
5. di gestire e monitorare l'attività di overbooking sulle agende di prenotazione e di effettuare la pulizia delle stesse agende in maniera centralizzata ed efficace, con particolare riferimento alle prestazioni ad alta complessità/costo;
6. di consentire la prenotazione differenziata per Classi di Priorità/Percorso Diagnostico Terapeutico<sup>1</sup> in rapporto alla gravità clinica del paziente;
7. di consentire il costante monitoraggio dei tempi di attesa e la loro pubblicazione su uno specifico sito web regionale (vedi successivamente *Mappa dei tempi di attesa*).

La piena compatibilità funzionale e tecnologica del sistema dà quindi vita ad un unico CUP regionale in grado di gestire tutte le richieste di prenotazione di prestazioni per le strutture sanitarie presenti sul territorio regionale, facilitando e migliorando l'accesso dell'utenza ai servizi.

<sup>1</sup> Si rinvia al paragrafo 8.3 del presente documento.

### 2.2.3.2. CENTRI PRIVATI ACCREDITATI CONVENZIONATI (CEA)

Al fine di garantire un corretta e tempestiva comunicazione delle prestazioni effettuate dalle strutture private accreditate convenzionate, la Regione ha messo a disposizione uno specifico software in ambiente web che consente, in particolare, di:

1. alimentare in tempo reale la banca dati delle prestazioni erogate dalle strutture private accreditate convenzionate. Tale Banca Dati diventa in tal modo il contenitore di informazioni dal quale estrarre anche i dati da inviare mensilmente al Ministero dell'Economia e Finanze;
2. gestire il flusso informativo da inviare mensilmente al Ministero dell'Economia e Finanze (art. 50 della Legge n. 326/2003);
3. controllare le prestazioni erogate dalle strutture private accreditate convenzionate ed il relativo fatturato anche con riferimento ai tetti assegnati a ciascuna struttura;
4. elaborare report e statistiche sulle attività svolte.

Tale software, opportunamente integrato nel sistema regionale, consentirà l'aggancio delle strutture private accreditate convenzionate al sistema CUP per la prenotazione delle prestazioni specialistiche, oggetto dell'Intesa, erogate presso i centri privati accreditati.

### 2.2.3.3. MAPPA DEI TEMPI DI ATTESA

In attuazione della DGR n. 1092 del 8/08/2007, la Regione Basilicata ha inteso sviluppare un sistema di monitoraggio, effettuato con una cadenza trimestrale, di tutte le prestazioni diagnostiche di assistenza specialistica ambulatoriale dichiarate "critiche" dalle Aziende Sanitarie/Ospedaliere regionali e di tutte le altre prestazioni presenti nel "Piano nazionale di contenimento delle liste di attesa per il triennio 2006-2008".

L'applicazione web "Mappa Tempi di attesa" riflette graficamente i tempi medi rilevati dall'attività di monitoraggio regionale, illustrando, per ciascuna prestazione, il tempo medio di attesa rilevato per ogni struttura pubblica regionale e unità operativa eseguente, consentendo di conoscere eventuali scostamenti rispetto ai tempi di attesa massimi previsti dalla normativa nazionale e regionale vigente.

Tale applicazione viene integrata con funzioni di analisi e confronto dati a livello mensile, trimestrale ed annuale, per fornire alla Regione ed alle Aziende un valido strumento di monitoraggio utile anche ai fini gestionali.

La validazione dei risultati del monitoraggio, illustrati dall'applicazione web, è affidato al Tavolo Tecnico Regionale per i Tempi di Attesa che, in caso di scostamenti rispetto ai Piani approvati, propone, ai competenti organi regionali e/o aziendali, le eventuali azioni da mettere in atto per garantire il rispetto dei Piani approvati.

### 2.2.3.4. SISTEMA INFORMATIVO OSPEDALIERO (AIRO)

La procedura AIRO di gestione del sistema informativo ospedaliero, è attivata presso le Aziende regionali e si compone dei seguenti moduli<sup>2</sup>:

- gestione anagrafica in connessione con l'anagrafe sanitaria regionale;
- gestione preospedalizzazione e prenotazione dei ricoveri;

<sup>2</sup> In moduli indicati in corsivo sono ancora da attivare, o in via di attivazione oppure sono attivi solo in alcune aziende del SSR.

- gestione ricoveri e SDO;
- gestione Pronto Soccorso;
- gestione refertazione (liste di esecuzione, di accettazione, referti);
- gestione *registro operatorio*;
- consultazione *eventi sanitari e cartelle cliniche*;
- cartella ambulatoriale.

#### 2.2.3.5. PORTALE PER I SERVIZI SANITARI

Nell'ambito del portale regionale [www.regione.basilicata.it](http://www.regione.basilicata.it) è stato realizzato un sito attraverso il quale i cittadini, le famiglie e i medici di base possono accedere, in modo unitario ed efficiente, ai servizi offerti dalle strutture sanitarie presenti sul territorio (sistema dei servizi in area sanitaria).

L'intervento realizzato consente una maggiore e più semplice interazione tra i diversi soggetti coinvolti nella gestione della sanità pubblica (Assessorato, Aziende Sanitarie, presidi ospedalieri, medici di base) ed estende, ad una più vasta classe di utenti, un insieme di servizi sia informativi che transazionali offerti dai sistemi informativi citati in precedenza.

In sintesi, i servizi disponibili sul portale istituzionale/dipartimentale, nell'area Servizi on-line, oggetto di modifiche evolutive, sono di seguito elencati.

##### Servizi per i cittadini:

- la consultazione delle informazioni sui medici di base operanti sul territorio regionale con l'indicazione della disponibilità ad essere scelti, indirizzo ed orari di ambulatorio, ecc. (Scelta del medico di base)<sup>3</sup>;
- la consultazione delle strutture pubbliche/private accreditate presso le quali è possibile effettuare una determinata prestazione (Elenco prestazioni ambulatoriali per struttura);
- la consultazione del calendario delle disponibilità, per le prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali (CUP - Centro Unico Prenotazione);
- la prenotazione delle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali (visite specialistiche, indagini strumentali ed esami di laboratorio) sulla base delle disponibilità (CUP - Centro Unica Prenotazione);

##### Servizi per i medici MMG/PLS:

- l'aggiornamento da parte dei medici di base delle proprie banche dati locali (ad es. assistiti in carico, farmaci, tariffario delle prestazioni erogate dal SSR ecc) a partire da quelle presenti presso il Dipartimento Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona ed alla Comunità e presso le Aziende Sanitarie Locali (Servizi medici di base);
- la consultazione da parte dei medici, nel pieno rispetto della normativa sulla privacy, dei dati relativi ai propri assistiti (dati anagrafici ed esenzioni) utili in fase di predisposizione delle impegnative (Servizi medici di base).

#### 2.2.3.6. LuMIR E BAS-REFER

Infine, in tale contesto, vanno menzionati due importanti progetti di e-health in via di ultimazione, disponibili sul sito istituzionale, in particolare:

- Bas-Refer (invio delle refertazioni di laboratorio ai medici di base per via informatica protetta);
- LuMIR (Lucania - Medici in Rete) finalizzato alla creazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).

<sup>3</sup> L'applicazione potrà consentire anche di scegliere/revocare il medico di base.

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
Atti strumentali per l'Imaging		
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
Atti strumentali specialisticci		
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)	89.50
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	V56.1
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 65.4	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 complementarietà 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:

<i>"Classe di priorità delle prestazioni" su ricevuta</i>	<i>Indicazione</i>
" <i>U</i> "	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.
" <i>D</i> "	Prestazioni la cui tempestiva esecuzione non influenza 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.
" <i>P</i> "	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.

in regime istituzionale e quella in regime ALPI sia superiore al 50% del tempo di attesa della prestazione in regime istituzionale;

- rendicontare nella relazione annuale sopracitata i costi sostenuti per l'acquisto delle prestazioni libero - professionali a fronte dei risultati ottenuti.

Per consentire il monitoraggio di cui alla lettera e) sopra citata ed il monitoraggio dell'ALPI<sup>14</sup>, le Aziende Sanitarie devono garantire la registrazione degli accessi (equipe eseguente, appropriatezza classi di priorità) tramite la procedura CUP e/o altri sistemi informativi utilizzati.

<sup>14</sup> L'Age.Na.S, in applicazione del PNCLA 2010-12 approvato in Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 28/10/2010, nel definire le Linee Guida per il monitoraggio nazionale sui tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero-professionale (intramuraria ed intramuraria allargata), ha stabilito che lo stesso venga effettuato con metodologia ex-ante nelle stesse giornate indice nelle quali viene effettuato il monitoraggio ex-ante per le prestazioni erogate in regime istituzionale.

## 11. PIANO DI COMUNICAZIONE

La comunicazione ai cittadini e agli operatori delle Aziende sanitarie regionali in materia sanitaria (prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, tempi di erogazione etc...) è di estrema importanza data la rilevanza dell'argomento.

Il processo di comunicazione si rivolge ai cittadini (con l'indicazione di diritti e doveri del SSR e dei cittadini, riferimenti a cui rivolgersi in caso di richieste di informazioni o di segnalazione di disservizi con particolare riferimento alla violazione del divieto di chiusura delle agende di prenotazione) ed ai professionisti (con l'indicazione degli impegni da assolvere nei confronti dei cittadini e l'indicazione dei percorsi e delle modalità adottate dall'Azienda sanitaria per rispettare i tempi previsti dalla normativa regionale/nazionale). La trasparenza e la chiarezza della informazione sono il fulcro su cui fondare l'intera operazione.

Al fine di dare una visione unitaria a livello regionale della problematica e fornire le medesime garanzie con uniformità di linguaggio e di contenuti, il Dipartimento, sulla base delle segnalazioni dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP dipartimentale) e con il supporto dell'Ufficio Stampa della Giunta Regionale, predisponde un "Piano di Comunicazione", strumento di programmazione e gestione delle azioni di comunicazione per la diffusione, anche tramite il Call Center CUP regionale, delle informazioni relative:

- a) al sistema dell'offerta di prestazioni;
- b) alle modalità e tempi per l'accesso alle prestazioni;
- c) ai criteri di accesso differenziato alle prestazioni;
- d) al risultato del monitoraggio periodico.

Il Piano di Comunicazione sarà predisposto e diffuso entro il prossimo mese di ottobre.

I percorsi di comunicazione ed informazione sono necessariamente differenziati in rapporto al destinatario dell'informazione (MMG, PLS, Cittadino, Associazioni di volontariato, associazioni per la tutela dei cittadini o degli ammalati, gli stakeholder nonché gli operatori sanitari) con l'utilizzo di strumenti diversi (campagne pubblicitarie, sito web aziendale e regionale (sezione web dedicata su [www.regione.basilicata.it.it](http://www.regione.basilicata.it.it)), pubblicazioni aziendali, quotidiani locali, manifesti murali, radio e tv locali, ecc).

Il Dipartimento deve effettuare una rilevazione periodica della qualità percepita dall'utenza al fine di valutare il gradimento del servizio da parte dei cittadini (indagini di customer satisfaction). Tali rilevazioni, con l'ausilio dell'URP dipartimentale e di concerto con le URP Aziendali del SSR, possono essere eseguite tramite questionari da somministrare all'atto dell'esecuzione della prestazione ed indagini telefoniche finalizzate anche alla verifica del recepimento delle informazioni contenute nel Piano di comunicazione indicato.

## 12. COSTI

L'integrazione dei sistemi informativi di cui al presente piano, rientra nell'attività di manutenzione correttiva ed evolutiva dei codici sorgenti in dotazione del Sistema informativo sanitario regionale, il cui costo è valutabile in circa 150.000,00 euro (centocinquantamila) Iva inclusa di cui circa 90.000 euro (novantamila) per l'integrazione informatica a carico della Regione e circa 15.000,00 euro (quindicimila) per l'organizzazione e la personalizzazione dei sistemi informatici a carico di ciascuna azienda del SSR. Tali attività saranno realizzate e verificate dalla Regione e dalle Aziende, ognuna per la parte di competenza, a partire dall'approvazione del presente Piano, sulla base di quanto definito nel Diagramma di GANNT di cui al capitolo 14.

I costi inerenti l'erogazione delle prestazioni e l'acquisto di prestazioni libero professionali da parte di dipendenti e/o di strutture private accreditate rientrano nell'ambito di quanto assegnato dalla Regione a ciascuna azienda, in sede di riparto annuale del Fondo Sanitario Regionale.

In tale importo non si è considerato il costo connesso alla remunerazione del personale per le attività in regime libero professionale che sarà oggetto dei Piani Aziendali e della rispettiva rendicontazione annuale, comunque a carico delle Aziende.

## 13. RISORSE FINANZIARIE

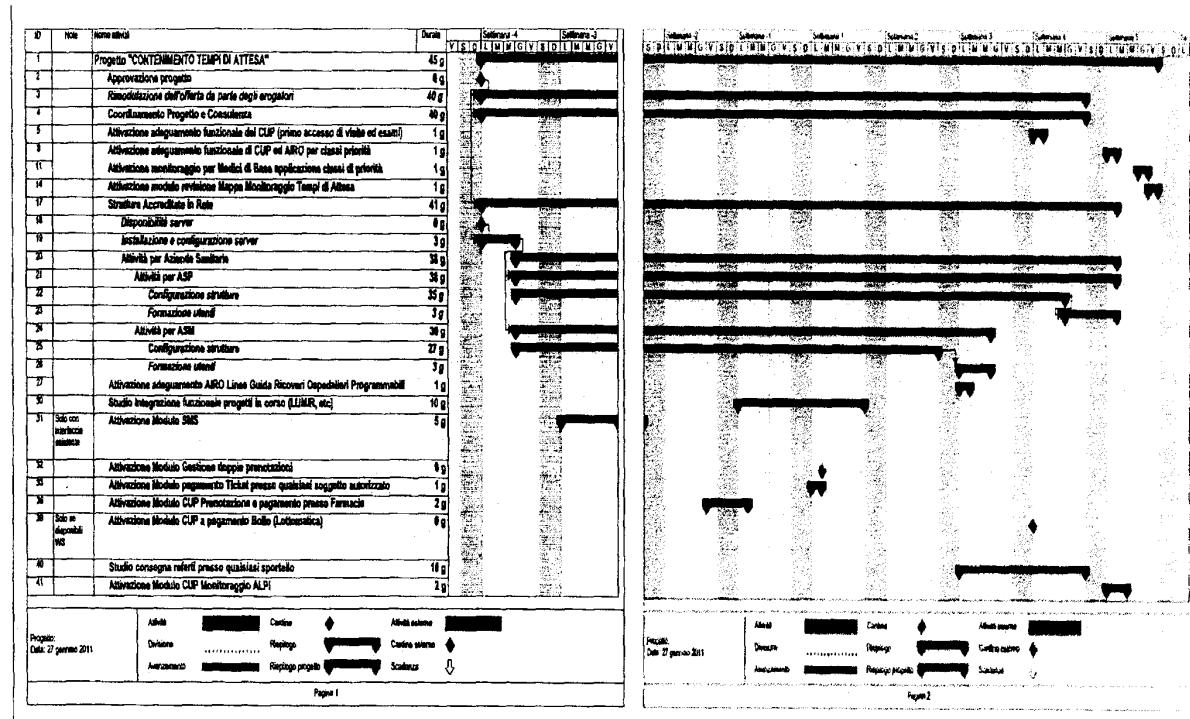
Il Piano Nazionale per il Contenimento delle liste di attesa 2010-12, prevede che le regioni vincolino le risorse di cui all'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, alla realizzazione delle attività di cui al presente Piano ai sensi dell'art. 1, 34-bis della medesima legge, e di quelle previste nel Piano e-Gov 2012 Obiettivo 4 - Progetto "Reti centri di prenotazione" anche al fine di realizzare il Centro Unico Prenotazione (CUP) secondo le indicazioni delle Linee Guida Nazionali del Ministero della Salute.

In data 9/12/2010, la Regione ed il Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'innovazione, hanno sottoscritto un protocollo di intesa per la realizzazione di un programma di innovazione dell'azione amministrativa (DGR 1611 del 28/09/2010), che tra le linee di intervento prevede la Sanità Elettronica, con l'impegno di definire l'entità ed individuare le fonti di finanziamento per l'attuazione dello stesso nell'ambito delle rispettive disponibilità e di eventuali specifici fondi nazionali messi a disposizione in materia di Innovazione della PA.

Nelle more della definizione dell'entità e delle fonti di finanziamento per l'attuazione del presente Piano e data la necessità di darne immediato compimento, i costi graveranno sul Fondo Sanitario Regionale.

## 14. DIAGRAMMA DI GANTT

Le attività di cui al presente Piano a carico della Regione e delle Aziende, saranno pianificate secondo le modalità ed i tempi rappresentati nel seguente schema:



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

IL SEGRETARIO

IL PRESIDENTE

Si attesta che copia conforme della presente deliberazione è stata trasmessa in data 16.8.11  
al Dipartimento interessato  al Consiglio regionale

L'IMPIEGATO ADDETTO

F. Luong



REGIONE BASILICATA

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° 606

SEDUTA DEL 8 APR. 2010Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale,  
Servizi alla persona e alla comunità

DIPARTIMENTO

**OGGETTO** PATTO DELLA SALUTE 2010 - 2012 - OBIETTIVI DI SALUTE E DI PROGRAMMAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA - ANNI 2010-2011 - PER I DIRETTORI GENERALI DELLE AZIENDE SANITARIE ASP E ASM, DELL'AZIENDA OSPEDALIERA SAN CARLO, DELL'ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO IRCCS - CROB

Relatore AMMINISTRAZIONE DI DIP. SALUTE, SICUREZZA E SOLIDARIETÀ SOCIALE, SERVIZI ALLA PERSONA E ALLA COMUNITÀ

La Giunta, riunitasi il giorno 8 APR. 2010 alle ore 12.30 nella sede dell'Ente,

		Presente	Absente
1. Vito DE FILIPPO	Presidente	X	
2. Vincenzo SANTOCHIRICO	Vice Presidente	X	
3. Antonio AUTILIO	Componente		X
4. Rocco VITA	Componente		X
5. Antonio POTENZA	Componente	X	
6. Gennaro STRAZIUSO	Componente	X	
7. Vincenzo VITI	Componente	X	

Segretario: Avv. Maria Carmela SANTORO

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

L'atto si compone di N° 1 pagine compreso il frontespizio  
e di N° 0 allegati

## UFFICIO RAGIONERIA GENERALE

 Prenotazione di impegno N°

UPB

Cap.

LA PRESENTE DELIBERAZIONE  
NON COMPORTA VISTO DI  
REGOLARITÀ CONTABILE Assunto impegno contabile N°

UPB

Cap.

Esercizio

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

N  
DIRIGENTE

Atto soggetto a pubblicazione  integrale  per estratto

- VISTE**
- la L.R. n. 12/96 e successive modifiche ed integrazioni concernente la riforma dell'organizzazione regionale
- la D.G.R. n. 11/98 con cui sono stati individuati atti rientranti in via generale nelle competenze della Giunta Regionale
- la D.G.R. n.1148/05 e la D.G.R. n. 138/05 relative alla denominazione e configurazione dei dipartimenti regionali
- la D.G.R. n. 2017/05 con cui sono state individuate le strutture dirigenziali ed è stata stabilita la declaratoria dei compiti alle medesime assegnate
- L.R. n.42 del 30.12.2009 – Disposizioni per la formazione del Bilancio di Previsione Annuale e Pluriennale della regione Basilicata - Legge Finanziaria 2010
- L.R.n.43 del 30.12.2010 Bilancio di Previsione per l'esercizio finanziario 2010 e Bilancio Pluriennale per il triennio 2010-2012
- la D.G.R.n.3 del 07.01.2010 approvazione della ripartizione finanziaria in capitoli delle unità previsionali di base del bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2010 e del bilancio pluriennale per il triennio 2010-2012
- VISTI**
- la legge 23 dicembre 1978 n.833 e s.m.i.
- il Decreto legislativo del 30.12.92, n. 502, come modificato dai decreti legislativi 7.12.1993, n. 517, 19.6.1999, n. 229, 2.3.2000, n. 168, e 28.7.2000, n. 254, di riforma del Servizio Sanitario Nazionale
- il D.P.C.M. del 29.11.2001 – Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza e s.m.i.
- il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 che richiede l'instaurarsi di politiche intersetoriali e l'integrazione tra i diversi livelli essenziali di assistenza sanitaria e socio-sanitaria, al fine di rispondere efficacemente ai bisogni di salute della popolazione sia in fase acuta che in fase cronica
- l'Accordo Stato-Regioni P.A. sancito l'8 agosto 2001 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province Autonome
- l'Intesa Stato-Regioni e province Autonome rep.2271 del 23 marzo 2005, ai sensi dell'art.8 c.6 L. n.131/2003 in attuazione dell'art.1 c.173 della legge n.311/2004
- l'Intesa tra il Governo e le Regioni siglata il 3 dicembre 2009 rep. n.243 concernente il nuovo "Patto per la Salute" per gli anni 2010-2012
- la Legge regionale del 31.10.2001, n. 39 relativa al "riordino e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale"

la L.R. n.4 del 14.02.07 “Rete Regionale Integrata dei Servizi di Cittadinanza Sociale”

la Legge regionale dell’1.07.2008 n.12 relativa al “riassetto organizzativo e territoriale del Servizio Sanitario Regionale” e pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Basilicata n.28 del 2.07.2008

il D.P.G.R. n.299 del 30.12.2008 con il quale, ai sensi della suddetta L.R. n.12/2008, le Aziende Sanitarie UU.SS.LL., istituite con L.R. 24 dicembre 1994 n.50, sono state sopprese al 31.12.2008

**VISTO**

in particolare, l’art.2 della citata L.R. n.12/2008 che riconfigura la struttura organizzativa del Sistema Sanitario Regionale e istituisce l’Azienda Sanitaria Locale di Potenza (ASP) e l’Azienda Sanitaria Locale di Matera (ASM)

**VISTA**

la legge finanziaria dello Stato 2010 – Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato – che, per garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per il triennio 2010-2012 nonché in attuazione dell’intesa Stato-regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012, stabilisce precise disposizioni di cui ai commi da 67 a 105 dell’art.1

**EVIDENZIATO**

che la suddetta Intesa sancisce il nuovo Patto della Salute 2010-2012 e impegna le regioni:

- alla corretta gestione sanitaria, per garantire i Livelli Essenziali di Assistenza – LEA, in condizioni di efficienza e appropriatezza
- alla necessaria qualificazione dei servizi in settori ritenuti strategici, quali la riorganizzazione delle reti regionali di assistenza ospedaliera, l’assistenza farmaceutica, il governo del personale, la qualificazione dell’assistenza specialistica, i meccanismi di regolazione del mercato e del rapporto pubblico-privato, gli accordi sulla mobilità interregionale, l’assistenza territoriale e post-acuta, il potenziamento dei procedimenti amministrativo-contabili, ivi compreso il progetto tessera sanitaria, il rilancio delle attività di prevenzione
- al rispetto di adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza per specifici indicatori, elencati al comma 2 dell’art.2 del suddetto Patto della Salute, nell’ambito del processo di monitoraggio da avviare a cura di apposita struttura tecnica paritetica Stato-regioni

**VISTA**

la D.G.R. n.288 del 9.02.2010 che, in applicazione dell’art.6 (razionalizzazione della rete ospedaliera e incremento dell’appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri) del sopracitato Patto della Salute, ha ridistribuito i posti letto destinati alla riabilitazione e alla lungodegenza post-acuzie nella dotazione

complessiva della regione Basilicata, stabilendo un obiettivo intermedio, nel rispetto dello standard di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie da conseguire entro il 30.06.2011

- PRESO ATTO** che ad oggi, in relazione alla Legge di riforma del Sistema Sanitario Regionale n.12/2008, sono state approvate:  
la proposta di “Linee Guida programmatiche per la predisposizione del Piano Regionale della Salute e dei Servizi alla Persona 2009 - 2011”, D.G.R. n.251/2009  
la direttiva vincolante, DGR n.1645 del 25.09.2010, finalizzata alla riconfigurazione dei Distretti socio-sanitari di base per l’attuazione del modello del Distretto della Salute, così come delineato nel documento di cui alla stessa deliberazione, “Macrolivello Territoriale”  
le procedure attuative per l’avvio del Dipartimento Interaziendale regionale di Emergenza-Urgenza Sanitaria (Dires), DGR n.1537 del 31.08.09, come rettificata dalla DGR n.1694 del 06.10.2009
- RICHIAMATE**  
- la D.G.R. n.329 dell’11.03.2008 - “Obiettivi di salute e di programmazione economico-finanziaria delle aziende sanitarie della regione Basilicata – Anno 2008-2009”  
- la D.G.R. n.644 del 06.04.2009 di aggiornamento degli obiettivi di cui alla sopracitata D.G.R. n.329/2008 a seguito della riorganizzazione del SSR prevista dalla L.R. n.12/2008  
- la D.G.R. n.1699 del 6.10.2009 di modifica e integrazione – allegato 7 - della D.G.R. n.644 del 06.04.2009
- RITENUTO** opportuno, ai sensi del nuovo Patto della Salute 2010 – 2012 e in virtù dell’attuazione della legge di riforma L.R. n.12/2008, definire gli obiettivi di salute ed economico-finanziari che i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, dell’Azienda Ospedaliera San Carlo e dell’IRCCS-CROB sono tenuti a conseguire nel biennio 2010-2011
- PRESO ATTO** che tali obiettivi sono stati presentati e discussi con i Direttori Generali in apposite riunioni, tenutesi presso il competente Dipartimento, con l’impegno di eventuali suggerimenti su quanto esposto e che, laddove possibile e compatibilmente con gli indicatori fissati, le osservazioni formulate sono state prese in considerazione
- DATO ATTO** altresì che il raggiungimento degli obiettivi di salute ed economico-finanziari è da ricondurre, tra l’altro, all’ambito di valutazione dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, dell’Azienda Ospedaliera San Carlo e dell’IRCCS-CROB per l’accesso al fondo integrativo di risultato

**RITENUTO**

pertanto di procedere all'approvazione degli obiettivi di salute ed economico-finanziari così come riportati nell'allegato documento "Obiettivi di salute e di programmazione economico-finanziaria delle Aziende Sanitarie della regione Basilicata – anni 2010 - 2011", quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione

**STABILITO**

che i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ASP e ASM, dell'Azienda Ospedaliera San Carlo, dell'IRCCS-CROB dovranno relazionare al Dipartimento Salute sullo stato di realizzazione degli obiettivi assegnati secondo le modalità e i tempi riportati nel documento sopra richiamato

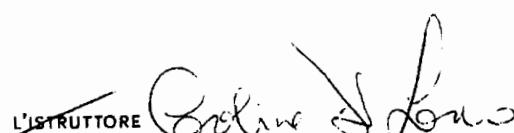
Su proposta dell'Assessore al ramo

Ad unanimità di voti

**D E L I B E R A**

Per quanto esposto in narrativa che qui si intende integralmente riportato

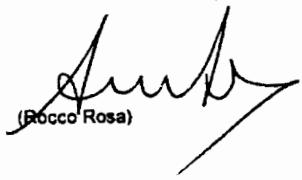
- di approvare l'allegato documento "Obiettivi di salute e di programmazione economico-finanziaria delle Aziende Sanitarie della regione Basilicata – anni 2010 - 2011", parte integrante e sostanziale della presente deliberazione
- di impegnare i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ASP e ASM, dell'Azienda Ospedaliera San Carlo, dell'IRCCS-CROB al conseguimento dei suddetti obiettivi in condizioni di efficienza e appropriatezza nonché nel rispetto degli obiettivi di finanza pubblica, come previsto dalla normativa nazionale e regionale
- di dare atto che il raggiungimento degli obiettivi di salute ed economico-finanziari è da ricondurre, tra l'altro, all'ambito di valutazione dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, dell'Azienda Ospedaliera San Carlo e dell'IRCCS-CROB per l'accesso al fondo integrativo di risultato
- di stabilire che il presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi per la regione Basilicata

  
L'ISTRUTTORE   
(Carolina Di Lorenzo)

IL RESPONSABILE P.O.

("Inserire Nome e Cognome")

IL DIRIGENTE

  
(Rocco Rosa)

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



REGIONE BASILICATA

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

*Obiettivi*  
*di Salute e di Programmazione*  
*Economico – Finanziaria*  
*delle Aziende Sanitarie*  
*della Regione Basilicata*  
*Biennio 2010 – 2011*

*Al sensi della L. R. 12/2008*

**Marzo 2010**

**PAGINA BIANCA**

**INDICE****Premessa****A) Assistenza Sanitaria Collettiva in ambienti di vita e di lavoro**

- A1 - Prevenzione attiva del rischio cardiovascolare (prevenzione primaria)
- A2 - Attivazione e sviluppo dei sistemi di sorveglianza PASSI e OKKIO alla Salute
- A3 - Prevenzione sovrappeso e obesità
- A4 - Prevenzione incidenti domestici, stradali e sul lavoro
- A5 - Prevenzione tabagismo e alcolismo
- A6 - Medicina del Lavoro
- A7 - Piano Vaccini – Coperture Vaccinali
- A8 - Igiene degli alimenti
- A9 - Veterinaria

**B) Assistenza Territoriale**

- B1 – Riorganizzazione delle attività distrettuali
- B2- Farmaceutica convenzionata esterna
- B3 - Tempi di attesa delle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali
- B4 - Attivazione Day Service
- B5 - Centri Esteri Accreditati (CEA)
- B6 - Sistema di Emergenza-Urgenza 118
- B7 - Raccordo tra Aziende Sanitarie e MMG/PLS

**C) Assistenza ospedaliera**

- C1 - Posti Letto
- C2 - Tassi di Ospedalizzazione
- C3 - Ricoveri Ordinari e DH per i DRG dei LEA ad alto rischio di inappropriatezza
- C4 - Prestazioni di ricovero - Liste di Attesa
- C5 - Mobilità Sanitaria
- C6 - Farmaceutica Ospedaliera
- C7 - Attività Pronto Soccorso
- C8 - Attività Trasfusionale

**D) Area della Cronicità**

- D1 - Cure Domiciliari
- D2 - Il dolore nei percorsi di cura
- D3 - La rete assistenziale delle cure palliative
- D4 - Ricoveri Ordinari Lungodegenza
- D5 – Rete della Riabilitazione e della Lungodegenza
- D6 – Assistenza a pazienti con gravi cerebrolesioni acquisite e stato vegetativo

**E) Obiettivi Strategici**

- E1 – Scompenso cardiaco
- E2 – Progetto LUMIR – Rete dei MMG e telemedicina regionale
- E3 – Rete emergenza coronarica
- E4 – Ictus Cerebrale
- E5 – Diabete
- E6 - Assistenza penitenziaria
- E7 – Reti regionali di assistenza ospedaliera
- E8 – Attività dell'IRCCS CROB di Rionero – Rete oncologica regionale

**F) Integrazione Socio-Sanitaria (Legge 4/2007)**

- F1 – Consultori Familiari
- F2 - SERT - Piano nazionale alcool e salute
- F3 – Area Materno Infantile – Adozioni Nazionali e Internazionali
- F4 – Regolamentazione attività delle Commissioni Invalidi Civili
- F5 – Interventi organici di assistenza per la Non Autosufficienza (art. 4 comma 7 della L.R. 4/2007)

**F6 – Art. 11 comma 2 - L.R. 4/2007 – Attivazione rete integrata socio-sanitaria**

**F7 - Art.71 L.R. 42/09 Sperimentazione Gestionale Fondazione Stella Maris Mediterraneo Onlus**

**G) Area della Qualità**

**G1. Accreditamento istituzionale**

**G2. Formazione del personale**

**G3. Governo clinico**

**G4. Gestione Rischio Clinico**

**G5. Customer Satisfaction.**

**G6. Partecipazione istituzionale e sociale**

**H) Programmazione Economica-Finanziaria**

**H1 - Obiettivi della gestione economico-finanziaria**

**H2 - Direttive della gestione economico-finanziaria**

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

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

**I) Obiettivi di miglioramento e sviluppo organizzativo**

**I1 - Miglioramento della qualità della programmazione**

**I2 - Funzionalità dei sistemi di controllo e valutazione**

**I3 - Innovazione organizzativa, procedurale e finanziaria**

**I4 - Miglioramento della qualità ed efficacia della comunicazione**

**L) Personale**

**L1 – Adeguamento sistema di relazioni sindacali**

**L2 – Dotazioni organiche e piani di assunzione**

**M) Collaborazione con il Dipartimento Salute per l'attuazione delle finalità della L.R. 12/2008**

**N) Riepilogo degli obiettivi e parametri di valutazione**

**Scheda di valutazione - Anno 2010**

**Allegato 1 – DRG inappropriati**

**Allegato 2 – Prestazioni da trasferire in ambulatoriale**

**Allegato 3 – Flussi informativi veterinaria**

**Allegato 4 – Unioni d'acquisto interaziendali**

**Allegato 5 – Flussi informativi**

**Allegato 6 – Linee guida controlli 10% cartelle cliniche**

**Allegato 7 – Piano di implementazione del progetto LUMIR**

## Premessa

Con la D.G.R. 644 del 11 marzo 2008 "Obiettivi di salute e di programmazione economica-finanziaria delle Aziende Sanitarie della Regione Basilicata - anno 2009" sono stati ridefiniti gli obiettivi di salute che i Direttori Generali dovevano perseguire, oltre agli adempimenti già previsti nei rispettivi contratti di nomina, nel 2009 a fronte delle risorse economiche assegnate.

La ridefinizione degli obiettivi per l'anno 2009 si è resa necessaria a seguito del nuovo assetto del sistema sanitario regionale previsto dalla Legge Regionale n. 12 dell'1 Luglio 2008 "Riassetto organizzativo e territoriale del Servizio Sanitario Regionale" con la quale la Regione Basilicata ha stabilito che il Servizio Sanitario Regionale ha una struttura organizzativa di tipo aziendale, costituita dall'Azienda Sanitaria locale di Potenza (ASP), dall'Azienda Sanitaria locale di Matera (ASM), dall'Azienda Ospedaliera Regionale "S. Carlo" (AOR) e dall'IRCCS Ospedale Oncologico di Rionero in Vulture.

La rimodulazione su base provinciale degli obiettivi di salute e di programmazione economica finanziaria ha consentito ai Direttori Generali dell'ASP, dell'ASM, dell'AOR e dell'IRCCS Ospedale Oncologico di Rionero in Vulture di avere una visione unitaria e globale degli obiettivi da perseguire calibrati sulla diversa dimensione territoriale delle aziende ed anche in relazione alle disposizioni normative intervenute in materia sanitaria a livello nazionale e regionale.

Il presente documento, in continuità con le precedenti direttive regionali, ridefinisce gli obiettivi di salute e di programmazione economica finanziaria che i Direttori Generali dell'ASP, dell'ASM, dell'AOR e dell'IRCCS Ospedale Oncologico di Rionero in Vulture devono perseguire per il biennio 2010-2011 a fronte delle risorse assegnate in sede di riparto.

La rimodulazione degli obiettivi è stata effettuata tenendo conto del nuovo Patto della Salute rep. 243 del 3 dicembre 2009 con il quale vengono definite le risorse assegnate alle Regioni per il biennio 2010-2011 e rimodulati gli obiettivi di salute da perseguire.

Il documento, oltre agli obiettivi previsti dal nuovo Patto della Salute, individua obiettivi strategici regionali finalizzati prioritariamente alla riorganizzazione delle attività e alla rimodulazione dell'offerta di prestazioni sanitarie per i tre livelli di assistenza (prevenzione territoriale e ospedaliera).

La rimodulazione degli obiettivi strategici regionale tiene, comunque, conto di quanto già realizzato dalle Aziende Sanitarie regionali rispetto agli obiettivi assegnati con le precedenti direttive regionali in materia.

La valutazione del raggiungimento degli obiettivi di cui alla presente direttiva può essere intrapresa solo nel caso in cui i Direttori Generali abbiano preliminarmente superato la verifica in merito a quanto previsto dalla D.G.R. di nomina e dal contratto stipulato anche in riferimento agli impegni messi in capo allo stesso in merito a:

1. raggiungimento degli obiettivi economico-finanziari e di salute concertati con la Regione nell'ambito del processo di attribuzione delle risorse alle Aziende finalizzato a porre in relazione diretta fabbisogni ed obiettivi ed a razionalizzare e rifunzionalizzare spese ed investimenti, così come integrati dal presente atto;
2. raggiungimento degli obiettivi specifici di tipo economico, finanziario, patrimoniale e di governance assegnati all'atto della nomina;

3. rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi compresi nell'NSIS ai sensi dell'articolo 5 comma 5 del contratto, come definito con la D.G.R. n. 1887 del 21 Novembre 2008.

## 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 persegiranno 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	>=30%
Numero assistiti di 35-69 anni classificati per rischio cardiovascolare/popolazione totale 35-69 anni per Azienda Sanitaria	>=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, risolvendo 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 compatti 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'impura" 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 compatti 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 compatti 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. 758/1994	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 Difto 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 Haemophylus 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 diffuse 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 ovicaprini 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 cosi 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:

<b>Nomina del Direttore di Distretto, con atto deliberativo del Direttore Generale dell'Azienda</b>
Attivazione dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, già individuato negli atti aziendali
Adottare, di concerto con il Direttore di Distretto, tutte le procedure per la realizzazione del modello distrettuale delineato nella direttiva, perseguiendo gli obiettivi specifici di seguito elencati:
<ul style="list-style-type: none"><li>- definire il regolamento e le modalità di funzionamento del distretto della salute</li><li>- garantire il raccordo con l'Ambito socio-territoriale perché sia istituito, presso il Distretto, l'Ufficio di Piano</li><li>- 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"><li>- attivare le USIB</li><li>- attivare lo Sportello Unico di Accesso o PUA in ogni distretto</li><li>- potenziare le funzioni delle UVM – Unità di Valutazione Multidimensionale, come modalità unica di valutazione ed eleggibilità ai vari setting assistenziali</li><li>- garantire la continuità dell'assistenza, attivando procedure di dimissione protetta</li><li>- 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</li></ul></li></ul>

## 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 HGM 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.

### **B3 - 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 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-infieristica prolungata.

Rispetto all'ambulatorio tradizionale, il D.S. prevede la presa in carico del paziente da parte di un medico referente che consiste nella pianificazione e nel coordinamento del processo assistenziale, nella gestione della documentazione clinica e nella stesura della relazione clinica riassuntiva finale.

Nelle more della definizione di apposite Linee Guida regionali per la regolamentazione del Day Service ambulatoriale, i Direttori Generali di tutte le Aziende sanitarie regionali e dell'IRCCS-CROB, promuovono modelli organizzativi per erogare Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC), intese come un insieme di prestazioni multidisciplinari ed integrate, da offrire in un arco temporale ristretto e finalizzato alla gestione di un problema sanitario complesso, diagnostico e/o terapeutico.

Gli obiettivi specifici attesi sono:

- ridurre i ricoveri in day hospital diagnostici inappropriati (possono essere definiti "inappropriati" i casi trattati in regime di ordinario o in day hospital che le strutture sanitarie possono trattare in un diverso setting assistenziale con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse (D.P.C.M. DEL 29/11/2001 )\*
- abbassare il tasso di ospedalizzazione ospedaliero;
- favorire la continuità assistenziale, nel momento in cui l'utente è inserito nel percorso scelto dal medico specialista del PAC e seguito sempre dallo stesso specialista (esempio di One Stop Clinic);
- fornire ai cittadini un nuovo e alternativo prodotto che offre soluzioni agli stessi, solitamente in 2-3 accessi per ogni PAC;
- migliorare la qualità del servizio reso all'utente, riducendo le liste di attesa;
- fornire continuità assistenziale nel momento in cui l'utente viene inserito nel percorso scelto dal medico specialista;
- favorire il confronto tra i professionisti;
- migliorare la qualità della pratica clinica promovendo comportamenti assistenziali controllati secondo Evidence Based Medicine;
- concentrare i tempi di attesa, per l'esecuzione delle prestazioni richieste dallo specialista, secondo quelli tipici dei day hospital, perché verrebbe seguita la stessa corsia preferenziale;
- permettere all'utente di essere inquadrato dal punto di vista clinico-diagnostico in breve tempo, bypassando l'allungamento burocratico dei tempi che spesso si interpone tra la richiesta del medico di medicina generale e l'effettuazione di ogni singola prestazione.

### 35 - Centri Esterni Accreditati (CEA)

Le Aziende devono essere impegnate nella verifica del puntuale rispetto da parte delle dei Centri Esterni Accreditati delle disposizioni dettate in materia dalla Giunta Regionale.

In particolare per il biennio 2010-2011 i Direttori Generali dell'ASP e ASM dovranno perseguire i seguenti obiettivi:

1. attuazione delle direttive della Giunta Regionale sul fabbisogno di prestazioni e sull'Accordo per l'erogazione delle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali da parte dei Centri privati accreditati di cui alle DD.GG.RR. 1907/2006, 2105/2006, 594/2009 e successive modifiche ed integrazioni e la D.G.R. n.104/2010;

2. contenimento della spesa annuale per la specialistica ambulatoriale, nel rispetto dei tetti aziendali pubblici e privati, determinati in applicazione delle deliberazioni sopracitate;
3. attuazione di misure per il controllo dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture private convenzionate.

### 36 - Sistema di Emergenza-Urgenza 118

La L.R. di riforma n.12/2008 e s.m.i. ha previsto di istituire, ai sensi dell'art.3, comma 5, presso l'Azienda Sanitaria Locale di Potenza – ASP, il Dipartimento Interaziendale di Emergenza Sanitaria (DIRES), quale struttura operativa unitaria a carattere interaziendale, transmurale e trasversale, preposta all'organizzazione e gestione della rete regionale dell'emergenza/urgenza.

La D.G.R. n.1537/2009 ha approvato e definito le relative procedure attuative.

Pertanto i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ASP e ASM sono impegnati a realizzare quanto sottoscritto nell'apposita convenzione per la costituzione del Dipartimento Interaziendale di Emergenza Sanitaria (DIRES) e per garantire l'avvio delle attività.

I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ASP e ASM, il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera San Carlo (AOR), sono impegnati altresì a realizzare quanto sottoscritto nell'apposito protocollo d'intesa, per la gestione in forma associata della rete dell'emergenza/urgenza.

Nell'attuazione di quanto sopradescritto si dovrà ottemperare alle disposizioni normative, nazionali e regionali, in tema di interventi su personale del Sistema Sanitario, nel rispetto degli obiettivi di finanza pubblica e nei limiti delle risorse già assegnate, in sede di riparto del fondo sanitario regionale

### 37 - Raccordo tra Aziende Sanitarie e MMG/PLS

Sviluppare il rapporto tra Ospedale e Territorio è una esigenza primaria nell'ambito dei percorsi di continuità clinico-assistenziale di numerose patologie soprattutto quelle cronico degenerative.

In questo contesto occorre mettere in atto tutte le azioni necessarie per garantire la migliore organizzazione della medicina territoriale che, attraverso il potenziamento dell'affidamento di prestazioni nel territorio, coinvolga il medico di medicina generale, il pediatra di libera scelta e lo specialista ambulatoriale nel processo di raccordo operativo dei servizi sanitari territoriali ed ospedalieri, nella logica dell'integrazione socio-sanitaria e dell'efficace governo dei percorsi assistenziali, a garanzia di livelli essenziali e dell'appropriatezza delle prestazioni.

Numerose iniziative (progetti di telemedicina, rete MMG, Punti Salute, ecc.) e istituti previsti nei contratti nazionali e/o nei contratti integrativi regionali (Equipes territoriali, NCPT, UTAP, Pronta disponibilità telefonica, Associazionismo medico ecc.) sono orientati ad organizzare le attività clinico-sanitarie a livello di cure primarie sul territorio, supportando l'assistenza domiciliare anche attraverso servizi di telemedicina, integrandosi con i poliambulatori distrettuali e le altre strutture di assistenza presenti nel territorio.

**Spetta alle Aziende Sanitarie operare affinché possano essere massimizzati i risultati degli interventi che sono già in essere, o che verranno posti in essere, sul territorio ad esempio progetto ATIB .**

**Pertanto i Direttori Generali dell'ASP e dell'ASM sono responsabili in merito all'applicazione degli istituti previsti dagli Accordi Nazionali così come integrati dall'A.I.R., nonché ad individuare, in sede di contrattazione aziendale, specifici percorsi attuativi degli obiettivi indicati a livello regionale (es. Governo Clinico), contribuendo al raggiungimento dei risultati perseguiti dai progetti da avviare o in corso di realizzazione.**

Le Aziende Sanitarie annualmente provvederanno a relazionare sui seguenti punti:

- l'attuazione dei singoli istituti contrattuali;
- monitoraggio dei risultati raggiunti al fine di migliorare l'assetto funzionale della medicina territoriale;
- valutazione costi-benefici comparativa all'interno del sistema di offerta sanitaria.

## C) Assistenza ospedaliera

### C1 - Posti Letto

Il nuovo Patto della Salute prevede uno standard di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del SSR non superiore a 4 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 per mille per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici.

Sulla base di quanto previsto nel succitato provvedimento, obiettivo nel biennio 2010-2011 per i Direttori Generali dell'ASP e ASM, dell'Azienda Ospedaliera San Carlo e dell'IRCCS CROB è quello di mantenere lo standard di riferimento dei 3,3 per mille nella dotazione complessiva dei posti letto per acuti.

Relativamente ai posti letto di Riabilitazione e Lungodegenza, la D.G.R. n.288 del 9.02.2010 ha ridistribuito i posti letto destinati alla riabilitazione e alla lungodegenza post-acuzie nella dotazione complessiva della regione Basilicata, già definita con la D.G.R. n.513 del 16.04.2007 per il necessario adeguamento al suddetto Patto della Salute 2010-2012, che, come sopra descritto, ha fissato lo standard di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, non superiore a 4 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici entro il 30.06.2011, per le regioni non sottoposte a piani di rientro

Secondo la suddetta D.G.R. sono da conseguire i seguenti obiettivi:

Obiettivo intermedio	entro il 31.12.2010	Standard 0,86 per mille	n. 508 P.L.
Obiettivo definitivo	entro il 30.06.2011	Standard 0,7 per mille	

Viene confermato all'Azienda Ospedaliera San Carlo il ruolo di alta specializzazione per le attività di riabilitazione di terzo livello, Unità Spinali, Unità Gravi Cerebrolesi, con una dotazione di n.10 posti letto con riferimento al codice 28 – Unità Spinale e codice 75 – Unità gravicerebrolesi, già attribuiti con la D.G.R. n.513/2007

In conclusione, fatto salvo la non ammissibilità a valutazione di questo parametro, gli obiettivi specifici per i Direttori Generali relativi a questo settore sono:

1. garantire il rispetto della percentuale del 3,3 per mille previsto dalla richiamata Intesa stato-Regioni;
2. per quanto riguarda la riabilitazione, garantire il rispetto della percentuale dello 0,7 per mille in accordo al patto per la salute e secondo l'articolazione prevista dalla D.G.R. n.288/2010, nonché nel rispetto del crono programma sopra illustrato;
3. attivare, entro il 31-12-2011 il 90% dei posti letto destinati alla riabilitazione e alla lungodegenza;
4. adeguamento dei flussi informativi agli atti di programmazione aziendale quale effettivo indicatore del rispetto dello standard di riferimento.

## C2 - Tassi di Ospedalizzazione

In accordo a quanto previsto dall'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, le aziende sanitarie devono garantire, entro l'anno 2011 il mantenimento dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e per ricoveri in regime diurno entro il 180 per mille abitanti residenti, di cui quelli in regime diurno di norma pari al 20 % (TO = 36/1000 abitanti residenti).

Al Tasso di Ospedalizzazione concorrono i ricoveri, effettuati dai cittadini dell'area territoriale di riferimento, sia nelle Strutture della Regione Basilicata che in strutture fuori regione (i cui dati sono sfasati di un anno rispetto il periodo di osservazione). In considerazione del trend positivo della migrazione passiva riscontrato negli ultimi anni e delle oggettive difficoltà che le aziende possono avere nel controllo di ricoveri fuori regione, si ritiene opportuno agganciare l'obiettivo riferito al T.O. al dato relativo ai ricoveri interni.

Ciò premesso, obiettivo per l'anno 2010 è il contenimento del Tasso di ospedalizzazione in regione entro i valori riportati nella tabella sottostante, ritenendo i T.O. per fuori regione sovrapponibili a quelli dell'anno 2008.

Di seguito si riporta una tabella che mette in risalto il risultato 2007 dei T.O. in regione e fuori regione e riporta nell'ultima colonna per l'ASP, l'ASM e l'Azienda Ospedaliera San Carlo il valore di T.O. totale in regione da perseguiere nel 2009.

Aziende Sanitarie	T.O. Anno 2008										T.O. ANNO 2010
	Complessivo per fuori regione			Complessivo in regione			Complessivo			Programmato	
	T.O. Ordinari	T.O. DH	T.O. Totale	T.O. Ordinari	T.O. DH	T.O. Totale	T.O. Ordinari	T.O. DH	T.O. Totale	T.O. Totale in Regione	
ASP	37,10	14,56	51,66	101,17	56,79	157,95	138,30	71,3	209,60	128,34	
ASM	33,86	11,86	45,72	91,28	52,80	144,08	125,1	64,7	189,80	134,28	
AO S. Carlo	21,36	8,62	29,98	108,41	71,34	179,75	129,80	80,00	209,80	150,02	
<b>Totali</b>	<b>31,50</b>	<b>11,90</b>	<b>43,40</b>	<b>99,80</b>	<b>59,6</b>	<b>159,40</b>	<b>131,3</b>	<b>71,50</b>	<b>202,80</b>	<b>137,55</b>	

Relativamente all'Azienda Ospedaliera San Carlo, la popolazione di riferimento è quella dei comuni indicati nell'Allegato alla ex D.G.R. 329/2008 e quella afferente ai Comuni di Pescopagano, Ruvo del Monte, Rapone e San Fele.

Per l'ASP e ASM il mancato raggiungimento del target programmato per l'anno 2009, comporterà la relativa penalizzazione commisurata proporzionalmente al risultato ottenuto rispetto a quello atteso. Nel caso dell'Azienda Ospedaliera San Carlo l'eventuale penalizzazione per il mancato raggiungimento dell'obiettivo sarà comminata in ugual misura, a seconda del territorio di riferimento, alla ASL di riferimento territoriale.

## C3 - Ricoveri Ordinari e DH per i DRG dei LEA ad alto rischio di inappropriatezza

Per l'anno 2010 e 2011, vengono individuati i seguenti obiettivi:

1. ulteriori DRG ad alto rischio di inappropriatezza per i quali i Direttori Generali devono garantire il rispetto del valore soglia dei ricoveri diurni rispetto al numero totale di ricoveri per singolo DRG, così come riportatati nella tabella dell'allegato 1; detta tabella è

aggiornata sulla base dei DRG allegati al nuovo patto della salute 2010-2012 e relativi alla versione 24 del sistema DRG.

2. disincentivare l'esecuzione in day surgery degli interventi chirurgici elencati nella tabella dell'allegato 2, per i quali le aziende sanitarie non devono superare il valore percentuale/soglia di ammissibilità fissato nel 20% sul totale degli interventi eseguiti nei diversi regimi di erogazione. Si definiscono inappropriati i ricoveri in day surgery per l'esecuzione di interventi o procedure che possono essere eseguiti in regime ambulatoriale con identico beneficio per il paziente e con minore impiego di risorse. Le tariffe da applicare in regime ambulatoriale saranno adottate con apposita DGR, utilizzando come sistema di prenotazione il CUP regionale.
3. per il 2010, il totale delle prestazioni oncologiche erogate dal CROB devono rappresentare almeno il 95 % del totale prestazioni erogate, fatto salvo quelle prestazioni non oncologiche effettuate dal CROB per conto delle altre Aziende Regionali in virtù di specifici accordi sottoscritti;

#### C4 - Prestazioni di ricovero - Liste di Attesa

In accordo con quanto previsto nel "Piano Regionale per il contenimento delle liste di attesa per il triennio 2006 – 2008" approvato con DGR n. 907 del 19 giugno 2006 ed ai Piani Attuativi aziendali approvati con la DGR 1092 del 8 agosto 2007, le Aziende Sanitarie e Ospedaliere regionali dovranno garantire il rispetto dei tempi di attesa, per i ricoveri programmati relativi alle patologie riportate in tabella di cui al par. 8.2 del Piano Regionale per il contenimento dei tempi di attesa (D.G.R. 907/2006), che viene di seguito riportata:

Classe di priorità	Tempi massimi di attesa	Valore soglia <sup>1</sup>
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	50 %
	Entro 180 giorni	90 %
Coronarografia	Entro 60 giorni	50 %
	Entro 180 giorni	100 %

Inoltre, le Aziende Sanitarie regionali devono provvedere alla compilazione del campo prenotazione previsto dalla SDO e alla definizione della eventuale classe di priorità di appartenenza.

<sup>1</sup> Si ricorda che il valore soglia definisce la percentuale di cittadini che ottiene l'ammissione al ricovero programmato entro i tempi massimi sopra indicati dal giorno dell'inserimento nell'agenda dei ricoveri programmati.

### C6 - Mobilità Sanitaria

Il problema della mobilità sanitaria passiva (prestazioni rese fuori regione a favore di cittadini residenti nella Regione Basilicata) rappresenta un punto di criticità dell'intero sistema sanitario regionale.

Per le ASP e ASM e l'Azienda Ospedaliera San Carlo viene stabilito come obiettivo di contenere la mobilità del 2 % per l'anno 2010 (riferito ai dati 2008),

AZIENDE	VALORE ECONOMICO 2008	VALORE ECONOMICO ATTESO 2010	DIFFERENZA
ASP	31.091.381	30.469.553,38	- 621.827,62
ASM	28.911.322	28.333.095,56	- 578.226,44
A.O.R. San Carlo	15.989.405	15.669.616,90	- 319.788,10
<b>TOTALE</b>	<b>75.992.108</b>	<b>74.472.265,84</b>	<b>- 1.519.842,16</b>

Relativamente al CROB viene stabilito come obiettivo di incrementare del 2,5 % per l'anno 2010 (riferito ai dati 2008), il rapporto percentuale tra il valore economico della mobilità attiva del CROB e il valore economico della mobilità passiva regionale relativamente ai DRG oncologici di cui alla tabella 5 della DGR 1713/2006.

In accordo al nuovo Patto per la Salute, la Regione Basilicata di concerto con l'ASP, l'ASM, l'Azienda Ospedaliera San Carlo e l'IRCCS CROB di Rionero dovrà procedere alla predisposizione di specifici accordi di mobilità, soprattutto con le regioni di confine.

### C6 - Farmaceutica Ospedaliera

Le Aziende Sanitarie sono tenute ad attenersi a quanto previsto dalla normativa nazionale L.222/07, che per la spesa farmaceutica ospedaliera, fa preciso riferimento alla rilevazione della stessa dal modello CE.

Per il 2010 le Aziende devono provvedere ad una gestione razionale dei farmaci che utilizzano all'interno delle proprie strutture e alla dispensazione diretta; le farmacie ospedaliere adottano specifiche procedure interne che garantiscono la rotazione delle scorte e la minimizzazione dei farmaci scaduti. La valorizzazione dei prodotti scaduti deve essere rilevabile informaticamente, a livello di magazzino e di reparto.

Al fine di ottimizzare la gestione del bene farmaco i reparti devono segnalare alla farmacia ospedaliera le informazioni relative ai farmaci, presenti nell'armadio di reparto, con scadenza inferiore a sei mesi e non utilizzati negli ultimi tre mesi, con l'obiettivo di un contenimento dei farmaci scaduti entro un valore massimo dell'1% del totale e comunque tendente a zero.

L'acquisizione di tali dati servirà ad una migliore programmazione degli acquisti e l'eventuale trasferimento di farmaci con validità residua ridotta ad altri utilizzatori.

Le Aziende Sanitarie sono tenute a monitorare tale obiettivo in tutti i suoi aspetti informando con apposita relazione trimestrale l' Ufficio Regionale Politiche del Farmaco.

Le Aziende Sanitarie al fine di incentivare l'utilizzo dei farmaci biosimilari in grado di curare con la stessa efficacia terapeutica ,ma a condizioni economiche più vantaggiose per il SSR ,fermo restando il rispetto delle indicazioni terapeutiche ,la salvaguardia dell'appropriatezza e il rispetto dei LEA dovrà prevedere che :

- I pazienti "drag-naive",ovvero mai trattati in precedenza,dovranno essere curati con farmaci biosimilari ,a parità di indicazioni terapeutiche e modalità di somministrazione dei farmaci biologici in commercio
- Al paziente, in caso di inefficacia terapeutica ovvero in caso non sufficiente risposta terapeutica ,nonché di manifesta intolleranza al biosimilare va garantito il trattamento con il farmaco biologico;
- Dovrà essere effettuato il monitoraggio dell'utilizzo dei farmaci biosimilari con obiettivi di crescita del loro impiego ,a parità di dati epidemiologici ,finalizzati ad un abbassamento del costo terapia per paziente trattato.

Le Aziende Sanitarie procedano alla costituzione dei nuclei di controllo dell'appropriatezza prescrittiva farmaceutica, che verificheranno l'appropriatezza di utilizzo dei farmaci che hanno maggiormente inciso sulla spesa ospedaliera nel trimestre di competenza.

Le Aziende Sanitarie ottimizzeranno la procedura per la prescrizione e dispensazione del 1° ciclo di terapia alla dimissione dal ricovero ospedaliero, relazionando in termini percentuali sul rapporto numero di prescrizioni/dispensazione su numero dimessi, ritenendo accettabile un valore compreso tra il 15% e il 20%.

Gli specialisti aziendali per le relative prescrizioni, devono utilizzare il ricettario SSN, devono far riferimento ai principi attivi/specialità contenuti nei rispettivi prontuari aziendali, devono tener conto di quanto stabilito per la farmaceutica territoriale, dal momento che la loro prescrizione stabilisce/suggerisce la terapia per la cura del paziente a livello territoriale.

## C7 - Attività Pronto Soccorso

Per l'anno 2010 le Aziende Sanitarie devono perseguire i seguenti obiettivi:

- attivazione 30-06-2010, ove non già attivati, dei posti letto di Osservazione Breve Intensiva (OBI).
- utilizzo della procedura software per la gestione informatizzata delle attività di PS.
- Attivazione entro il 30-06-2010 dell'ambulatorio dei codici bianchi
- Attivazione flussi informativi verso il Ministero in accordo al DM 17-12-2008 che definisce il Piano di Adeguamento del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza in Emergenza-Urgenza.

A tal fine i Direttori Generali dovranno relazionare annualmente in merito ai risultati ottenuti.

### C3 - Attività Trasfusionale

Obiettivo prioritario per il 2010 delle Aziende Sanitarie è rappresentato dal raggiungimento e mantenimento dell'autosufficienza non solo attraverso l'aumento della produzione, ma anche attraverso lo sviluppo di politiche di buon uso degli emocomponenti e degli emoderivati volte a dimensionare sempre più i consumi entro parametri terapeutici appropriati.

In tal senso la DGR n. 1204 del 9.7.2002 ha previsto la costituzione ed il corretto funzionamento dei comitati ospedalieri per il buon uso del sangue.

Obiettivi per il 2010:

1. Predisposizioni di protocolli e/o linee-guida sulle indicazioni alla terapia trasfusionale
2. Monitoraggio dell'appropriatezza della terapia trasfusionale
3. razionalizzazione dei consumi:
  - diminuzione del 10% del consumo di albumina rispetto al 2009
  - diminuzione del 10% del consumo di plasma per uso clinico rispetto al 2009
4. alimentazione della rete informativa regionale per assicurare la rapidità di scambio informativo e l'immediata fruizione dei dati generati - compensazione e scambio intraregionale finalizzato alla riduzione di unità di sangue scadute.
5. incremento nel 2010 dell'indice di donazione di plasma da 7,24 Kg/abitanti a 8,24 Kg/abitanti così come indicato nel progetto plasma approvato con DGR 199/09.
6. attivazione dei flusso di mobilità interregionale sugli emoderivati.

I Direttori Generali sono impegnati a relazionare annualmente in merito ai risultati ottenuti.

## D) Area della Cronicità

L'area della cronicità rappresenta il principale terreno di sviluppo delle moderne politiche sanitarie, nel cui ambito l'approccio più corretto è basato sulla presa in carico dei problemi, sulla personalizzazione dei programmi di intervento e sulla continuità degli stessi. E' richiesto, inoltre, un importante coinvolgimento della comunità locale sia nella fase di promozione della salute e di intervento precoce, sia in quella della riabilitazione, intesa come valorizzazione delle capacità e reinclusione sociale.

I dati elaborati nelle più recenti statistiche riportano che le malattie croniche incidono sul 45% della popolazione, con un 72% della spesa per ogni malato cronico assorbita dall'ospedale (dati U.K. del 2006).

I costi correlati all'evoluzione tecnologica sanitaria hanno superato la capacità di produzione di ricchezza, mentre l'invecchiamento della popolazione, coniugato alla propensione della medicina moderna a far sopravvivere anche soggetti affetti da malattie croniche irreversibili, ha drammaticamente incrementato i bisogni assistenziali.

Questa discrepanza tra fabbisogno di assistenza sociosanitaria e risorse disponibili ha comportato la necessità di un'ottimizzazione nell'utilizzo delle stesse, anche mediante l'individuazione di nuove tipologie assistenziali maggiormente o parimenti efficaci a minor costo.

Inoltre l'incremento della popolazione disabile e il nuovo meccanismo di finanziamento della sanità pubblica in particolare degli Ospedali, hanno favorito l'introduzione di strumenti di controllo (A.E.P. - Appropriateness Evaluation Protocol; EBIVI. — Evidence Based Medicine —) inducendo una riduzione della durata media dei ricoveri ospedalieri e l'utilizzo dei servizi domiciliari e residenziali per curare pazienti altamente compromessi.

In tale contesto l'evoluzione del sistema sanitario ha stimolato l'individuazione di soluzioni assistenziali e riabilitative alternative al ricovero ospedaliero anche per i malati terminali, cioè di "pazienti affetti da malattie progressive in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, per i quali ogni terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione non è possibile né appropriata" (D.M. 29 settembre 1999).

Peraltro le persone affette da patologie croniche irreversibili necessitano di continuità di cure dalla diagnosi fino alla morte; inoltre l'impatto psicorelazionale e i risvolti socioambientali di queste patologie richiedono un'attenzione particolare verso i familiari.

Un'assistenza di buona qualità deve offrire la possibilità di trascorrere la maggior parte della vita in famiglia o, quando questo non è possibile, in strutture adeguate alla natura dei problemi.

D'altra parte la qualità della vita dei pazienti affetti da cancro incurabile o da altra patologia irreversibile diminuisce progressivamente. Spesso l'aggravamento dei sintomi non consente di continuare a trattarli a casa; vengono pertanto riammessi in ospedale.

Attualmente, l'organizzazione dell'assistenza ai pazienti con malattia cronica irreversibile, in particolare oncologica, si scontra con il problema della divisione e distribuzione del lavoro in sottosistemi più o meno omogenei, con una frammentazione delle responsabilità e delle referenze. L'esito è un frequente accesso a prestazioni non appropriate, in particolare ospedaliere, maggiormente offerte dal sistema assistenziale e più radicate nella cultura popolare.

L'efficacia dell'offerta dipende invece dalla corretta valutazione dei bisogni, dalla possibilità di identificazione di percorsi precisi da parte dell'utenza e dal riconoscimento di un unico canale di accesso per le cure extraospedaliere, erogate da servizi integrati a rete.

In tale nuova dimensione di assistenza, della "cronicità" e della non autosufficienza, si inseriscono gli obiettivi di cura domiciliare, di dolore nel percorso di cura e di cure palliative.

### D1 - Cure Domiciliari

Le nuove Linee Guida regionali approvate con la D.G.R. n.862 del 10.06.2008 introducono la denominazione di "Cure Domiciliari", in sostituzione della denominazione "Assistenza Domiciliare", per distinguere in maniera esclusiva, secondo le indicazioni del Ministero della Salute riportate nel documento "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale e domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio", le cure sanitarie e socio-sanitarie integrate, dalle forme di assistenza domiciliare di natura socio-assistenziale e tutelare.

Le nuove Linee Guida recepiscono inoltre, il dettato della Legge Regionale n. 4/2007 in tema di programmazione, riconducendo il Piano Annuale delle Attività, predisposto dal Centro di Coordinamento delle cure domiciliari e palliative, all'interno del Piano intercomunale dei servizi sociali e socio-sanitari, come stabilito dall'art. 16 della stessa legge. Viene comunque confermato il modello organizzativo, che attribuisce al Centro di Coordinamento il governo della rete territoriale di assistenza e vengono altresì confermati i criteri di accesso e le procedure di attivazione del servizio. Di nuova introduzione risultano invece:

- il profilo di cura, per definire la complessità correlata alle cure domiciliari e individuare livelli di intensità di I, II e III livello
- la "Qualità ed efficienza" per rafforzare l'orientamento verso obiettivi di qualità e sviluppare un "Sistema Qualità" nelle Cure Domiciliari basato sull'insieme delle risorse, delle procedure e dell'organizzazione

I Direttori Generali provvedono alla piena attuazione delle suddette Linee – guida, nel rispetto degli standard di qualità indicati nel capitolo "Qualità ed efficienza" e impegnano i Centri di Coordinamento delle cure domiciliari e palliative, afferenti agli ambiti territoriali di competenza, a predisporre la relazione annuale di attività, da inoltrare al Dipartimento regionale, con particolare riferimento al set degli indicatori elencati nell'apposito capitolo delle Linee – guida.

L'indicatore n.2 dell'elenco (numero annuo di soggetti trattati in Cure Domiciliari divisi per patologie e classi di età) rimane associato agli obiettivi già precedentemente assegnati:

Obiettivi	Anno 2010
n. pazienti in Cure Domiciliari (CD) di età > 65 anni	>= 5% della popolazione con età > 65 anni

Vengono confermati i seguenti obiettivi, anche in relazione al Decreto Ministeriale di recente emanazione, che prevede quale debito informativo delle regioni verso il Ministero della Salute, la rilevazione e trasmissione dei dati di assistenza domiciliare a partire dall'1.01.2009

Obiettivi	Anno 2010
Utilizzo metodologia VAOR-ADI	si
Attivazione del flusso informativo ADI con il sistema VAOR-ADI e secondo gli indirizzi del Decreto ministeriale	si

In merito al rimanente obiettivo relativo alle giornate di assistenza dedicate agli anziani > 65 si ritiene di associare le giornate di assistenza all'intera durata del Piano di trattamento (PAI), al fine di calcolare il coefficiente di intensità assistenziale e risalire alla complessità del profilo di cura, secondo gli indirizzi del Ministero della Salute ripresi nelle Linee – Guida sopraccitate e di seguito ribaditi:

Profilo di cura	Natura del bisogno	Intensità CIA=GEA /GDC	Durata media	Operatività del servizio
Cure Domiciliari Prestazionali (occasionali o cicliche programmate)	clinico/funzionale			
Cure Domiciliari Integrate di Primo Livello (già ADI)	clinico/funzionale/ sociale	fino a 0,30	180 giorni	5 giorni su 7
Cure Domiciliari Integrate di Secondo Livello (già ADI)	clinico/funzionale/ sociale	fino a 0,50	180 giorni	6 giorni su 7
Cure Domiciliari Integrate di Terzo Livello (già OD)	clinico/funzionale/ sociale	superiore a 0,50	90 giorni	7 giorni su 7
Cure palliative malati terminali (già OD CP)	clinico/funzionale/ sociale	superiore a 0,60	60 giorni	7 giorni su 7

**Legenda:**

CIA = Coefficiente di intensità assistenziale: GEA/ numero di GDC

GEA = Giornata effettiva di assistenza, giorno nel quale è stato effettuato almeno un accesso domiciliare

GDC = giornate di cura: durata del piano di cura dalla presa in carico alla dimissione dal servizio

il coefficiente CIA è il risultato del rapporto GEA/ GDC.

In riferimento alle Cure palliative per malati terminali, i Direttori Generali delle nuove Aziende Sanitarie ASP e ASM, dell'Azienda Ospedaliera San Carlo e dell'IRCCS provvedono ad attuare il Progetto "Cure palliative", approvato con la D.G.R. n.1646/2009, utilizzando le risorse finanziarie loro assegnate con la D.G.R. n.1810/2009

## 02 - Il dolore nei percorsi di cura

La D.G.R. n. 1646 del 25.09.2009 ha approvato il Programma regionale, anno 2009, collegato agli obiettivi del PSN 2006-2008, a carattere prioritario e di rilievo nazionale, redatto secondo gli indirizzi progettuali di cui all'Accordo Stato-regioni rep.n.57/CSR del 25 marzo 2009.

Il programma ha previsto una linea progettuale relativa alle "Cure palliative e la terapia del dolore" nel cui ambito è stato predisposto uno specifico progetto "Terapia antalgica" che tende a ribadire la cultura del diritto a non soffrire. L'inadeguato controllo del dolore, oltre a determinare una inaccettabile sofferenza per il paziente, comporta il prolungamento della degenza, l'aumento delle complicanze e della mortalità, l'aggravio dei costi sociali, per le malattie acute e croniche, anche al di fuori dei ricoveri ospedalieri. Il dolore è un problema trasversale, quindi occorre dare sollievo ad ogni tipo di dolore all'interno dell'ospedale ed è essenziale che alla soluzione del problema partecipi tutta la classe medica. Nella programmazione di atti ed interventi che migliorino ulteriormente l'attuale scenario, comunque caratterizzato da un ritardo culturale generale rispetto alle tematiche del trattamento del dolore e del diritto a non soffrire inutilmente, particolare importanza assume la creazione di una rete sanitaria nella quale vengano adottati strumenti atti ad offrire alla popolazione malata una risposta qualificata, motivata ed omogenea su tutto il territorio regionale.

Quanto sancito nell'Accordo Stato-regioni e recepito nel progetto regionale pone, come obiettivo generale, il superamento del progetto "Ospedale senza dolore", non già decollato nella maggior parte delle regioni italiane e propone un nuovo modello organizzativo, integrato nel territorio, nel quale il livello assistenziale viene scomposto in tre nodi complementari: i centri di riferimento di Medicina del Dolore (*hub*), l'ambulatorio di Medicina del Dolore (*spoke*) e l'Aggregazione Funzionale Territoriale (*AFT*) di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di libera scelta (PLS).

La D.G.R. n.1810 del 20.10.2009 ha attribuito alle Aziende ASP e ASM, all'Azienda Ospedaliera San Carlo e all'IRCCS- CROB risorse finanziarie vincolate all'attuazione di questo progetto.

Per quanto premesso, vengono confermati per i Direttori Generali delle nuove Aziende Sanitarie ASP e ASM, dell'Azienda Ospedaliera San Carlo e dell'IRCCS alcuni dei precedenti obiettivi in tema di lotta al dolore, di seguito indicati:

- Lotta alla sofferenza e al dolore anche fuori dell'ospedale, avvalendosi del contributo dei MMG e dei PLS;
- Potenziamento della lotta al dolore in quei settori nei quali, a causa di limiti culturali non superati, spesso è poco conosciuto e sottotrattato (travaglio e parto per via naturale, in ambito post-operatorio, in Pronto Soccorso);
- Attivazione di programmi ECM per la formazione degli operatori ospedalieri e territoriali.
- Sensibilizzazione della popolazione al tema della cura del dolore e del diritto al suo superamento, anche aderendo ad eventi nazionali, quali "La giornata nazionale del sollievo".

Vengono altresì introdotti gli adempimenti connessi al progetto "Terapia antalgica", di cui al Programma regionale approvato con la D.G.R. n.1646/2009

<b>Adempimenti dalla D.G.R. n. 1646 del 25 settembre 2009</b>
Superamento del progetto "Ospedale senza dolore", passando dal Comitato Ospedale senza dolore (COSD) all'attuazione dell' "Ospedale e territorio senza dolore"
Introduzione di un nuovo modello assistenziale, integrato nel territorio, per la terapia del dolore, finalizzato a riorganizzare le strutture esistenti, individuando i Centri di riferimento (hub), gli ambulatori (spoke) e i presidi territoriali, gestiti da team di MMGG
Coinvolgimento di tutti gli attori: dalle famiglie ai MMGG ai pediatri, dagli hospice agli ambulatori, fino all'ospedale
Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa, garantendo al paziente in carico alla rete continuità assistenziale tra hospice e domicilio

### **D3 - La rete assistenziale delle cure palliative**

Come momento di sintesi di quanto esposto nei precedenti paragrafi, si ribadisce ulteriormente l'obiettivo generale del "Programma per la realizzazione della rete regionale di assistenza delle cure palliative", approvato con la D.G.R. n.1650 del 1.08.2005, per sviluppare all'interno di ciascuna azienda sanitaria e tra le aziende, un modello di cura e di assistenza a domicilio basato sull'integrazione tra ospedale, medicina territoriale e servizi sociali, a cui concorrono anche Enti locali e Associazioni di Volontariato.

Gli elementi costitutivi essenziali della rete sono:

- ospedali per acuti;
- medico di medicina generale;
- servizi domiciliari nell'ambito dell'ADI;
- centri di riferimento, ambulatori, presidi territoriali di terapia del dolore e cure palliative;
- centri residenziali di cure palliative – hospice (D.G.R. n. 2077 del 25.09.2000 e D.G.R. n. 658 del 15.04.2002 per complessivi 45 posti letto).

Le esperienze regionali nella erogazione del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata, anche a pazienti in fase critica (D.G.R. n.196/2000), ivi compreso il progetto ODO-ANT (D.G.R. n.1157/2002) per l'attivazione dell'ospedale domiciliare oncologico, hanno posto buone basi per attuare una ricomposizione organizzativa di funzioni ospedaliere e territoriali. In tale contesto è stato possibile elaborare la progettazione di una rete regionale di attività e servizi per una presa in carico globale del paziente, come previsto nel D.M. 28 settembre 2000. Il programma di cui alla sopracitata D.G.R. n.1650/2005 prevede infatti un modello organizzativo di assistenza basato sull'attivazione di una rete aziendale, nella quale convergono tutti i servizi finora disponibili e attinenti a tale offerta assistenziale.

All'interno della rete il paziente e la sua famiglia, laddove presente, vengono guidati nel percorso assistenziale tra il proprio domicilio, sede privilegiata di intervento e le strutture di degenza, specificatamente dedicate al ricovero/soggiorno delle persone non assistibili presso la propria abitazione.

Gli obiettivi che i Direttori Generali devono perseguire, ove non ancora realizzati, o consolidare, sono:

- attivare, in ambito aziendale e tra le aziende la rete di assistenza per le cure domiciliari e palliative, con relativa erogazione del servizio in attuazione della D.G.R. n.1650/2005;
- attivare i centri residenziali di cure palliative – hospice;
- coordinare i servizi di cure palliative tra i vari setting assistenziali, come il domicilio, l'ospedale, le strutture hospice, le residenze sanitarie e altre istituzioni
- adeguare tutte le tipologie di cure domiciliari alle Nuove Linee Guida Regionali delle Cure Domiciliari, approvate con la D.G.R. n.862 del 10.06.2008
- dare attuazione a quanto previsto nelle suddette Linee – Guida, con particolare riferimento alle Cure Domiciliari Integrate di terzo livello e cure domiciliari palliative a malati terminali

Rispetto al crono programma delle attività definito nella D.G.R. n.1650/2005, risultano istituiti i Centri di Coordinamento presso tutte le Aziende e risulta altresì definita la progettazione della rete di assistenza delle cure domiciliari e palliative, pertanto vengono aggiornati gli obiettivi, come di seguito riportato:

<b>Adempimenti D.G.R. n. 1650 del 1 agosto 2005 - D.G.R. n. 862 del 10.06.2008, adempimenti programma Hospice e attuazione dei progetti "Cure palliative" - "Terapia antalgica" di cui alla D.G.R. N.1646/2009 e alla D.G.R. n.1810/2009</b>
<b>Attivazione della rete aziendale, prevista dalla data della D.G.R. n.1650/2005</b>
<b>Adeguamento della rete aziendale alle nuove linee-guida di cui alla D.G.R. n.862/2008, con riferimento alle cure domiciliari integrate di III livello e cure palliative domiciliari</b>
<b>Impegno con atti formali giuridicamente vincolanti dei fondi assegnati a ciascuna azienda per la realizzazione dei Centri residenziali per Cure Palliative - Hospice.</b>
<b>Completamento dei Centri residenziali per Cura Palliative - Hospice</b>

#### CURE PALLIATIVE PER MINORI

Tenuto conto che, secondo gli indirizzi del Piano Sanitario Nazionale – PSN 2006-2008, "particolare attenzione va posta alle esigenze di cure palliative nell'età neonatale, pediatrica e adolescenziale, per la considerevole diversità dei problemi da affrontare rispetto a quelli presentati nell'età adulta e anziana, della grande varietà e frammentazione delle patologie in causa, spesso rare e richiedenti interventi di alta specializzazione e dell'intervallo temporale interessato a tali cure spesso assai lungo e non prevedibile", la regione Basilicata ha aderito, con la D.G.R. n.1324 dell'8.08.2008, al progetto nazionale: Progetto bambino: cure palliative rivolte al bambino con malattia inguaribile, sostenuto dal Ministero della Salute e realizzato in collaborazione con la Fondazione Maruzza Lefebvre D'Ovidio Onlus.

Si intende in tal senso, completare la rete di assistenza di cui alla D.G.R. n.1650/2005, assistenziale, attivando un percorso dedicato ai bambini con malattia terminale, per garantire la presa in carico globale del bambino e della sua famiglia, nell'ottica della qualità della vita, con un riferimento stabile nell'ambito di un "progetto di salute" realizzato sia a livello residenziale che domiciliare. Con l'Accordo del 27.06.2007, rep. 138, le regioni sono impegnate a garantire, entro tre anni, le cure palliative alla popolazione di minori che ne abbia necessità, in quanto Livelli Essenziali di Assistenza.

L'impegno di definire i percorsi assistenziali afferenti alle cure palliative pediatriche è confermato nel paragrafo appositamente dedicato in seno al progetto "Cure palliative" di cui alla D.G.R. n.1646/2009.

Pertanto vengono confermati gli adempimenti già in precedenza definiti e di seguito elencati.

Adempimenti D.G.R. n. 1324 dell'8.08.2008 e D.G.R n.1646/2009
Definizione del Progetto Bambino della Regione Basilicata
Attuazione del progetto, previa fase di sperimentazione in una Azienda Sanitaria pilota
Previsione di posti letto di hospice pediatrico secondo le modalità definite nell'Accordo tra lo Stato e le Regioni del 28 marzo 2008
Erogazione di pacchetti formativi ad alta qualificazione professionale e realizzazione di campagne di informazione sociale nell'ambito delle cure palliative rivolte a bambini con malattia inguaribile

#### D4 - Ricoveri Ordinari Lungodegenza

Per i ricoveri in U.O. di Lungodegenza (codice 60) e Riabilitazione (Codice 56) le Aziende Sanitarie devono applicare l'abbattimento tariffario giornaliero di cui alla D.G.R. 1035 del 29/05/2009.

I Direttori Generali dovranno relazionare in merito all'applicazione dell'abbattimento previsto e alla casistica riscontrata, specificando il valore percentuale dei ricoveri in Lungodegenza e riabilitazione, sul totale dei ricoveri, che superano i 60 giorni e valore abbattimento.

#### D5 – Rete della Riabilitazione e della Lungodegenza

Il corretto funzionamento delle strutture ospedaliere per acuti è indiscutibilmente condizionato dalla attivazione di una rete parallela di presidi e servizi destinati agli interventi sanitari di riabilitazione ed di lungodegenza post-acuzie: non è infatti possibile conciliare sotto l'aspetto organizzativo ed operativo l'esistenza di strutture in grado di rispondere contemporaneamente a domande così diversificate come quelle che provengono da un paziente acuto rispetto ad un paziente riabilitando e ad un soggetto lungodegente post episodio acuto.

Ad una prima fase di ricovero in cui le cure riabilitative (quoad valitudinem) sono complementari alle cure di base (spesso quoad vitam) consegue la fase in cui le cure riabilitative divengono trattamento di base (teso al migliore recupero e/o al massimo miglioramento possibile della funzione) mentre il trattamento della patologia originaria è ora di tipo più contenuto, meno suscettibile di continue necessità di adattamento.

Obiettivo della rete è quello di garantire ai pazienti necessitanti di cure riabilitative il percorso riabilitativo post-acuzia più appropriato per tipologia di struttura e modalità di intervento,

tenuto conto delle normative vigenti in materia, nello spirito dell'appropriatezza e della pratica della clinical governance.

Obiettivo dei Direttori Generali dell'Azienda Ospedaliera San Carlo e delle ASP e ASM è l'attivazione entro il 30-06-2010 della "Rete Regionale della Riabilitazione e della Lungodegenza post acuzie", tra le strutture riabilitative e di lungodegenza operanti nell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza, nell'Azienda Sanitaria Locale di Matera e nell'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo di Potenza.

#### D6 – Assistenza a pazienti con gravi cerebrolesioni acquisite e stato vegetativo

Con la D.G.R. 2102 del 17 Ottobre 2005 "Direttive per la definizione di un sistema integrato per l'erogazione e la qualificazione dei servizi sanitari in favore di pazienti con gravi Cerebrolesioni acquisite e stato vegetativo" i Direttori Generali dell'Azienda Ospedaliera San Carlo e delle ASP e ASM devono porre in essere tutte le azioni per l'attivazione di posti letto per pazienti in stato di coma vegetativo anche mediante accordi interaziendali secondo quanto previsto dalle direttive impartite con la suddetta D.G.R., individuando la percentuale dei posti letto di lungodegenza da riservare, nei presidi di appartenenza, ai pazienti in stato di coma vegetativo.

La direttiva vincolante approvata con la DGR 2102/2005 è stata ripresa integralmente nella linea progettuale 3 "Sistema integrato per l'erogazione e la qualificazione dei servizi sanitari a favore di pazienti con gravi cerebrolesioni acquisite e stato vegetativo" afferente al programma regionale collegato agli obiettivi prioritari del PSN, approvato con la DGR n. 1646 del 25-09-2009 e conforme all'Accordo Stato-Regioni del 25-03-2009. Successivamente con la DGR 1810 del 20 ottobre 2009 è stata ripartito il finanziamento complessivo di 1.500.000 di euro, vincolato alle attività sopradescritte nella modo seguente

- ASP € 393.292
- ASM € 206.909
- AOR € 900.000

I Direttori Generali dovranno relazionare in merito alle azioni poste in essere per l'attivazione dei posti letto per pazienti in stato di coma vegetativo.

## E) Obiettivi Strategici

### E1 – Scompenso cardiaco

Con la D.G.R. n. 418 del 28 marzo 2007 è stato approvato il protocollo attuativo della Rete Regionale per lo Scompenso Cardiaco. L'assistenza in Rete Integrata Ospedale – Territorio è stata individuata in via prioritaria, nella legge 12/2008, così come recepito negli Atti Aziendali, come in grado di offrire in molte patologie croniche e fra queste nello Scompenso Cardiaco, garanzia di appropriatezza, efficacia, sicurezza, equità ed efficienza nella erogazione delle prestazioni assistenziali.

Per il raggiungimento delle finalità di tale Rete, i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali (ASM e ASP) ed il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera San Carlo, per quanto di competenza devono:

1. nelle more della entrata in funzione dei Distretti della Salute, articolati secondo il modello del Macrolivello Territoriale, approvato con la DGR 1645 del 25/09/2009, consolidare le attività dei Comitati Tecnici Aziendali (previsti dalla DGR 418/2007), favorendo la reciproca integrazione fra quelli già istituiti dalle cessate Aziende Sanitarie (confluiti rispettivamente nella ASP e nella ASM) in quanto espressivi di realtà territoriali omogenee;
2. garantire la piena funzionalità dei suddetti CTA entro il 31 Dicembre 2010;
3. rafforzare l'integrazione Ospedale – Territorio, finalizzata alla continuità assistenziale ed alla prevenzione delle reospedalizzazioni, tra il team ospedaliero dedicato allo scompenso cardiaco e l'équipe territoriale dedicata alle Cure Domiciliari;
4. definire ed attuare entro il biennio il programma di formazione, secondo le Linee Guida definite dal Gruppo di Coordinamento Regionale, per i Medici di Assistenza Primaria, Medici della Continuità Assistenziale, Specialisti operanti sul Territorio, e per il personale infermieristico da impiegare nelle strutture dedicate e nelle Cure Domiciliari.

Entro il 31 Dicembre 2010 devono altresì garantire:

- la completa funzionalità in ciascun ospedale della Regione, degli ambulatori dedicati allo S.C., che devono svolgere attività dedicata per almeno 2 giorni a settimana, anche secondo il modello del Day Service, con la integrazione multidisciplinare, ove possibile, fra medici cardiologi e internisti;
- la completa funzionalità delle U.O. Dipartimentali Scompenso Cardiaco (individuate con la DGR 418/2007 quali centri di riferimento Regionali) presso l'Azienda Sanitaria Matera e A.O. San Carlo di Potenza, che devono essere dotati degli spazi e delle attrezzature per il regolare svolgimento dette attività, nonché del personale infermieristico e di supporto alla attività dei Dirigenti Medici, in maniera da garantire la attività ambulatoriale e di Day Service per almeno 5 giorni a settimana e la attivazione del Day Hospital dedicato con almeno 1 posto letto, al fine di ridurre la ospedalizzazione ordinaria;
- l'avvio delle procedure per indirizzare il 100% dei pazienti con Scompenso Cardiaco, afferenti alle strutture ospedaliere e territoriali, verso il follow-up presso le Unità Operative dedicate per lo S.C. con l'attivazione di almeno tre protocolli interni fra reparti ospedalieri interessati e le U.O. dedicate. I protocolli fra i reparti ospedalieri interessati al ricovero e cura dello Scompenso Cardiaco e le strutture dedicate dovranno essere completati entro il biennio;

- le attività di Cardiochirurgia per i pazienti con SC refrattari alla terapia medica presso l'A.O. San Carlo di Potenza.

## E2 – Progetto LUMIR – Rete dei MMG e telemedicina regionale

La Regione Basilicata è impegnata da tempo alla realizzazione di una serie di progetti di e-health. Ad oggi risulta realizzato e collaudato un importante progetto di e-health: LUMIR, che pone le basi per la creazione del FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico) del cittadino abilitando e favorendo un'effettiva comunicazione e condivisione delle informazioni sanitarie tra gli operatori socio-sanitari della Regione attraverso l'integrazione telematica di tutte le strutture.

La diffusione di LUMIR sul territorio regionale e la sua adozione da parte degli operatori sanitari consentiranno l'attivazione di nuovi e più qualificati servizi per i cittadini e per gli stessi operatori di settore. Le Aziende sanitarie regionali, il CROB e l'azienda Ospedaliera San Carlo sono chiamate a collaborare con la Regione nell'attuazione dei servizi realizzati, fornendo il necessario supporto sia in termini di personale che di strumenti da mettere a disposizione del progetto.

Ciò premesso, I Direttori Generali delle Aziende sono impegnati ad attuare il Piano di implementazione del LUMIR, in Allegato 7, nonché a realizzare gli obiettivi previsti per il biennio 2010-2011 sono di seguito specificati:

Obiettivi previsti		
Anno	Direttori Generali ASP e ASM	Direttori Generali A.O. San Carlo e I.R.C.C.S. CROB
2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico per almeno il 15% della popolazione</li> <li>coinvolgimento nel progetto di almeno 150 MMG</li> <li>coinvolgimento nel progetto di tutte le strutture pubbliche</li> <li>coinvolgimento nel progetto del 10% di strutture private</li> </ul>	Alimentare i Fascicoli Sanitari Elettronici dei cittadini possessori del Fascicolo, che si recano nelle strutture per sottoporsi ad indagini diagnostiche e/o cure.
2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico per almeno il 50% della popolazione</li> <li>coinvolgimento nel progetto di almeno 300 MMG</li> <li>coinvolgimento nel progetto di un ulteriore 15% di strutture private</li> </ul>	Alimentare i Fascicoli Sanitari Elettronici dei cittadini possessori del Fascicolo, che si recano nelle strutture per sottoporsi ad indagini diagnostiche e/o cure.

Il progetto **TeleMedBas** invece, intende promuovere Servizi di teleformazione e di telemedicina specializzata su rete a larga banda. E' stata realizzata un'infrastruttura per la videoconferenza e la formazione a distanza che connette tutte le Aziende Regionali e la Regione stessa ed è stato sviluppato un portale per il teleconsulto di second opinion tra gli operatori della sanità regionale. Obiettivo per i Direttori Generali dell'ASP e ASM per l'anno 2010 è quello di rendere operativa tale struttura (con la diffusione ad esempio di eventi o l'utilizzo per formazione a distanza o per videoconferenze in ambito aziendale) e dare piena operatività al portale con l'organizzazione del servizio di teleconsulto in ottica dell'integrazione ospedale territorio.

### **E3 – Rete emergenza coronarica**

Con DGR n. 1435 del 22 ottobre 2007 si è avviata il Progetto della rete integrata ospedale-territorio per l'emergenza coronarica. Il documento approvato con la citata D.G.R. delineaava la creazione di una rete regionale dell'emergenza coronarica da costruire attraverso un modello organizzativo integrato fra strutture pubbliche e private e centri di riferimento dotati di UTIC, Emodinamica e Cardiochirurgia secondo il modello "Hub & Spoke", il tutto coordinato dalla Centrale Operativa di Basilicata Soccorso.

Per il raggiungimento delle finalità di tale rete, i Direttori Generali dell'ASP e dell'ASM ed il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo, per quanto di competenza, dovranno garantire:

- la partecipazione dei Direttori delle UU.OO. di UTIC - Cardiologia alla stesura del protocollo per la realizzazione della rete intergrata dell'emergenza coronarica secondo il modello organizzativo delineato nella sopracitata deliberazione.
- l'attivazione presso Basilicata Soccorso, l'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo e l'ASM delle centrali operative per la ricezione e refertazione degli ECG a 12 derivazioni;
- la formazione del personale interessato (Basilicata Soccorso e UTIC) sui sistemi di ricezione;

### **E4 – Ictus Cerebrale**

Con D.G.R. n. 1670 del 13 luglio 2004 è stato approvato un modello organizzativo per l'assistenza all'ictus cerebrale basato sull'attivazione di unità specifiche dette **Stroke Units**.

Al fine di dare piena operatività alla direttiva, obiettivi per i Direttori Generali da realizzare entro l'anno 2010 sono:

- attivazione e consolidamento presso l'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo entro il 30-06-2009 delle attività della **Stroke Unit**, così come previsto dal progetto aziendale approvato con la DGR n. 2287 del 29-12-2009.
- predisposizione del progetto per l'attivazione della **stroke unit** presso l'ASM.
- attivazione dello **stroke team** presso gli Ospedali sede di P.S.A.

### E5 – Diabete

Con riferimento al Piano Nazionale della Prevenzione 2005-07, prorogato per l'anno 2008 ed ai consequenziali atti della Regione Basilicata (DGR n. 1998/05 di approvazione del "Programma regionale finalizzato alla razionalizzazione dell'assistenza diabetologica, secondo modelli omogenei sul territorio regionale)", si è provveduto a pianificare la realizzazione di una rete integrata ospedale-territorio che, favorendo la continuità assistenziale, rappresenta il modello assistenziale più idoneo ad attuare una azione coordinata fra centri diabetologici e territorio.

Al fine poi di evitare inutili spostamenti ai pazienti ed in considerazione dei progetti di telemedicina posti già in essere dalla Regione Basilicata, si sta provvedendo ad implementare l'utilizzo della telemedicina e del teleconsulto e nel contempo della definizione del Protocollo Attuativo per la Gestione del diabete mellito, allo studio della Commissione Regionale istituita con DGR del 5 novembre 2007, n. 1558, che dettaglierà il cronoprogramma per la istituzione della Rete Regionale per l'assistenza al paziente diabetico.

Ciò premesso, i Direttori Generali devono perseguire per l'anno 2010 i seguenti obiettivi:

- Istituzione o consolidamento se già esistenti, presso l'ASP e l'ASM di una o più strutture diabetologiche, di cui una che svolga il ruolo di centro di riferimento aziendale;
- Attivazione, presso ogni struttura dedicata alla patologia diabetica, di almeno una postazione informatica integrata nella rete regionale di videoconferenza e teleconsulto;
- Attivazione o consolidamento se già esistente di due centri, presso l'Ospedale Madonna delle Grazie di Matera e l'Ospedale San Carlo di Potenza, con il compito di coordinare le indagini diagnostiche e gli interventi di maggiore complessità per la malattia diabetica e per le sue complicanze.
- Adozione della cartella clinica informatizzata, secondo le indicazioni che proverranno dalla Commissione Regionale e immissione dei dati relativi ad almeno il 30% dei pazienti diabetici.
- Attivazione dell'assistenza in ADI ai pazienti con SC;
- Attivazione di specifici corsi di formazione per i Medici di Assistenza Primaria, Medici della Continuità Assistenziale, Specialisti ed Infermieri Professionali operanti sul Territorio, sulla prevenzione, diagnosi e trattamento del paziente con Malattia Diabetica e sui modelli organizzativi integrati Ospedale-Territorio.

### E6 - Assistenza penitenziaria

Con il D.P.C.M. 1° aprile 2008 recante " Modalità e criteri per il trasferimento al servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, di rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria" le competenze in materia di assistenza sanitaria penitenziaria sono state trasferite dal Ministero di Giustizia al SSN.

Con la DGR 1385 del 3 settembre 2008 "Recepimento del D.P.C.M. 1° aprile 2008" la regione Basilicata ha recepito il suddetto decreto.

Proprio in attuazione dell'art. 7 del suddetto decreto, la Conferenza Unificata nella seduta del 20 novembre 2008 ha sancito l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano e le Autonomie locali concernente la definizione delle forme di collaborazione relative alle funzioni della sicurezza ed i principi ed i criteri di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario e della giustizia minorile;

Relativamente al suddetto accordo la Regione Basilicata, nell'esercizio delle proprie competenze, al fine di stabilire uno stretto rapporto di collaborazione tra i propri servizi e le strutture del Ministero di Grazia e Giustizia con l'obiettivo prioritario di incidere in maniera determinata sulla qualità dei servizi resi al cittadino, sia esso libero che sottoposto a vincoli penali, con la DGR n. 2020 del 19-11-2009 ha approvato lo schema di Protocollo di Intesa sulle funzioni della sicurezza ed i principi e criteri di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario e della giustizia minorile, in attuazione dell'art. 7 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 1° Aprile 2008;

In particolare, nel protocollo d'intesa sono definiti i principi e criteri per lo sviluppo di collaborazione sulle seguenti aree tematiche:

1. ambienti da dedicare alle attività sanitarie;
2. svolgimento delle attività e continuità dei percorsi sanitari;
3. rispetto dell'autonomia professionale;
4. condivisione di dati sanitari;
5. trasferimento di informazioni di dati giudiziari;
6. collaborazione tra personale sanitario e personale penitenziario;
7. garanzia della continuità dei percorsi di cura;
8. trattamenti terapeutico-riabilitativi dei soggetti tossico-dipendenti ed i soggetti con disturbi mentali;
9. inserimenti in comunità terapeutiche;
10. programmi a carattere preventivo;
11. programmi di miglioramento continuo della qualità dei processi di cura e di trattamento;
12. programmi di formazione.

Il protocollo di cui alla sopracitata D.G.R. è stato sottoscritto tra le parti in data 27.01.2010

I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ASP e ASM per quanto di competenza, devono garantire la piena operatività dei punti previsti nel suddetto provvedimento.

Al fine di consentire al Dipartimento salute una costante e puntuale azione di monitoraggio sulle attività svolte ed una verifica sui risultati raggiunti, I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ASP e ASM devono produrre una relazione semestrale, che riporti in maniera puntuale gli adempimenti adottati e le azioni avviate nonché i risultati raggiunti relativamente a ciascun punto del protocollo d'intesa, specificando le criticità individuate e le eventuali azioni correttive attivate.

## E7 — Reti regionali di assistenza ospedaliera

Considerato che negli ultimi anni è stato fortemente ridimensionato il ruolo dell'ospedale nell'ambito di numerosi processi assistenziali, soprattutto per quanto concerne l'assistenza a

pazienti affetti da patologie a carattere cronico-degenerativo i processi di riorganizzazione dei sistemi sanitari regionali sono stati finalizzati, nell'ultimo decennio, soprattutto al potenziamento delle strutture sanitarie territoriali, in quanto ritenute più adeguate al trattamento delle patologie croniche, affidando all'ospedale il ruolo di struttura deputata al trattamento delle acuzie non altrimenti trattabili.

Questo processo di riorganizzazione dei modelli assistenziali ha richiesto, inevitabilmente, l'implementazione e sviluppo di percorsi diagnostico-terapeutici integrati tra Ospedale e Territorio, all'interno del quale sono stati individuati e condivisi i ruoli, le competenze e le professionalità necessarie a garantire le diverse fasi del percorso assistenziale, secondo un modello integrato e multidisciplinare di presa in carico del paziente.

La rete integrata e multidisciplinare Ospedale-Territorio che al momento attuale rappresenta il modello di risposta più adeguato al soddisfacimento dei bisogni di salute delle popolazioni, si avvale delle strutture sanitarie di eccellenza quale luogo di cura in cui si realizzano quelle attività assistenziali di alta specializzazione, in quanto presentano professionalità, tecnologie e modelli organizzativi complessi, che gli ospedali periferici per acuti non possono garantire.

L'integrazione tra strutture di eccellenza e quelle periferiche si deve realizzare secondo il modello integrato dell'hub and spoke (perno e raggi), che prevede il collegamento tra una sede centrale di riferimento (hub) e più sedi periferiche (spoke), per lo svolgimento in maniera integrata di attività e processi connotati da particolare complessità da svolgersi mediante percorsi assistenziali condivisi, che devono ispirarsi ai seguenti criteri:

- ✓ il governo del percorso clinico del paziente in carico alle unità periferiche;
- ✓ la selezione e l'invio dei pazienti agli hub secondo protocolli condivisi con gli spoke, a garanzia dell'appropriatezza;
- ✓ la gestione integrata del paziente, che dopo aver eseguito la procedura e non appena le sue condizioni lo permettono, ritorna allo spoke per il completamento del percorso ed il follow-up.

Considerato, pertanto che il modello hub and spoke traduce nella pratica il modello delle reti cliniche, che va sviluppato in tutti i settori, a partire da quelli di alta complessità (emergenza, patologia cardiovascolare, patologia neuro-cerebrovascolare, oncoematologia etc.) cioè quelle che si caratterizzano per la severità dei quadri clinici e per la complessità delle tecnologie e che si avvalgono naturalmente delle competenze e delle professionalità operanti nelle strutture di alta specialità, ovvero quelle che sviluppano attività di discipline ad ampio bacino d'utenza per loro natura fortemente specialistiche I direttori generali dell'ASP e ASM, dell'Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza, dall'I.R.C.C.S. CROB di Rionero devo predisporre e implementare e monitora le attività di una serie di reti cliniche e di percorsi assistenziali relativi:

- ✓ sistema di emergenza-urgenza regionale
- ✓ prestazioni di eccellenza (con riferimento alle professionalità ed alle tecnologie)
- ✓ prestazione di media complessità (area chirurgica)
- ✓ prestazioni di assistenza post acuzie (riabilitazione – lungodegenza . residenze assistite – ADI)

I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ASP e ASM, dell'Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza e dell'I.R.C.C.S. CROB di Rionero devono produrre con cadenza semestrale una relazione congiunta che riporti le tipologie di reti interaziendali attivate, le azioni avviate ed i risultati ottenuti in termini assistenziali.

## E3 – Attività dell'IRCCS CROB di Rionero – Rete oncologica regionale

Il Ministero della Salute, in data 10.03.2008, con proprio Decreto, pubblicato sulla G.U. del 25.03.2008, d'intesa con il Presidente della regione Basilicata, ha riconosciuto il carattere scientifico del "Centro di Riferimento Oncologico Basilicata (C.R.O.B.)", con sede legale in Rionero in Vulture, per la disciplina di Oncologia, secondo i dettami dei commi 2, 3 - art.14 del D. Lgs. n.288/2003. In quanto Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, l'IRCCS-CROB adegua la propria organizzazione al principio di separazione tra la funzione di indirizzo e controllo e la funzione di gestione e di attuazione e stabilisce le modalità del proprio funzionamento al fine di raggiungere gli obiettivi di ricerca stabiliti nei piani e programmi nazionali e regionali e gli obiettivi di assistenza previsti dal Piano sanitario nazionale e dalla programmazione sanitaria regionale, come stabilito nei regolamenti di cui all'art.1 dell'Accordo 1 luglio 2004 – Atto di intesa recante: "organizzazione, gestione e funzionamento degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico non trasformati in fondazioni", - art.5 D. lgs. n.288/2003.

In relazione ai piani nazionali, il Ministero ha sviluppato un piano triennale oncologico - Piano Oncologico Nazionale 2010-2012 – che affronta tutti i problemi connessi all'oncologia, dalla prevenzione alle cure palliative.

L'oncologia costituisce infatti una delle priorità del Ministero, donde la necessità di una adeguata programmazione dello sviluppo tecnologico e della allocazione delle risorse disponibili.

Gli obiettivi più rilevanti di questo Piano consistono, da una parte nella possibilità di offrire standard diagnostici e terapeutici sempre più elevati a tutti i cittadini italiani, riducendo il "gap" esistente fra le diverse aree del Paese e dall'altra nel contenimento della spesa sanitaria grazie ad una sempre maggiore razionalizzazione delle risorse.

Per tali motivi ampio risvolto è stato dato sia alla prevenzione (universale, secondaria e terziaria) che alla continuità di cura in fase diagnostica e terapeutica così come all'assistenza domiciliare e alle cure palliative. Oltre l'aspetto assistenziale, il Piano nazionale dà grande rilevanza all'innovazione e alla ricerca clinica in oncologia e prevede, tra le azioni programmatiche, l'incremento della copertura da parte dei Registri Tumori, la creazione di Reti telematiche dei Registri Tumori, lo sviluppo di reti oncologiche con modelli tipo Hub & Spoke, dedicate in particolare all'introduzione e all'applicazione di nuove metodologie diagnostiche e terapeutiche ad alto contenuto tecnologico.

Nel contesto regionale, il redigendo Piano della Salute conferisce ampio risalto alla prevenzione globale e alla promozione della salute e consolida ulteriormente il modello di organizzazione a rete dei servizi e delle strutture, ivi inclusa la rete oncologica, già istituita nella regione Basilicata, ma oggetto di revisione a seguito della riforma - L.R. n.12/2008 e a seguito del protocollo d'intesa, stipulato tra i Direttori Generali delle Aziende ASP e ASM, dell'Azienda Ospedaliera San Carlo e dell'IRCCS-CROB per la definizione di appositi percorsi diagnostico-terapeutici.

La D.G.R. n.365 del 2.03.2010 affida all'IRCCS-CROB la gestione operativa degli screening oncologici, subentrando alla ex ASL n.2 – Potenza e all'Azienda Ospedaliera San Carlo

Per quanto sopra esposto, sono assegnati all'IRCCS-CROB nel biennio 2010-2011, i seguenti obiettivi e relativi indicatori:

OBIETTIVO	INDICATORE
Registro tumori	Anno 2010 aggiornamento registro anno 2007 Anno 2011 aggiornamento registro anno 2008
Rete oncologica – promozione di attività per l'organizzazione della rete, di concerto con le altre Aziende del SSR	Protocolli d'intesa con ASP e ASM, con l'Azienda Ospedaliera San Carlo per la definizione del percorso assistenziale al paziente oncologico
Prevenzione universale (primaria)	n. di campagne/interventi per combattere il fumo, promuovere alimentazione salubre e attività fisica, combattere l'uso dell'alcol, combattere gli agenti infettivi oncogeni, combattere l'esposizione ad oncogeni negli ambienti di vita e di lavoro secondo protocolli d'intesa con ASP e ASM
Prevenzione secondaria (screening)	Attuazione della D.G.R. n. 365/2010
Prevenzione terziaria	Numero di casi di tumore che recidivano, curati adeguatamente con percorsi ben definiti di follow-up, mirati alla prevenzione delle complicanze e delle recidive attivando percorsi di cura condivisi con ASP e ASM secondo il modello della "simultaneous care" Creazione dell'unità di coordinamento di oncogeriatrica secondo le previsione del piano oncologico nazionale
Innovazione in oncologia:	Costituzione della biobanca (materiali biologici e dati associati per supporto alla ricerca) Numero di studi clinici integrati rivolti allo sviluppo e validazione di terapie personalizzate su base biologico-molecolare, farmacologico, immunologico e di imaging
Formazione	numero corsi di formazione
Comunicazione	numero di incontri/seminari tra ricercatori

#### RICERCA SANITARIA

Il Decreto del Presidente della Repubblica del 13.02.2001, n.213 disciplina il finanziamento della ricerca corrente e finalizzata svolta dagli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico aventi personalità giuridica di diritto pubblico o di diritto privato, denominati IRCCS.

L'attività di ricerca è distinta in:

ricerca corrente: attività di ricerca scientifica di base svolta dagli IRCCS diretta a sviluppare la conoscenza in settori specifici della biomedicina e della sanità pubblica, e viene attuata attraverso la programmazione triennale di progetti istituzionali, tenuto conto degli indirizzi del programma nazionale di ricerca sanitaria;

ricerca finalizzata: attività di ricerca scientifica svolta dagli IRCCS, attuata attraverso specifici progetti, diretta al raggiungimento dei particolari e prioritari obiettivi, biomedici e sanitari, individuati dal Piano sanitario nazionale.

Le risorse finanziarie sono previste dall'articolo 12, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni, sono destinate anche al finanziamento della ricerca corrente e finalizzata degli IRCCS e sono costituite da una quota dello stanziamento del Fondo sanitario nazionale.

Il Ministero della Salute, sentita la Commissione per la ricerca sanitaria, propone gli indirizzi per l'attività di ricerca corrente degli IRCCS, tenendo conto degli obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale e della programmazione della ricerca scientifica. Gli IRCCS, tenendo conto dei suddetti indirizzi, presentano al Ministero della salute un programma triennale di ricerca corrente, articolato per progetti, nell'ambito della propria attività istituzionale.

Per la ricerca finalizzata invece, il Ministero della salute, in attuazione degli obiettivi prioritari biomedici e sanitari fissati dal Piano sanitario nazionale, predisponde, apposito schema di bando sul quale è acquisito il parere della Commissione per la ricerca sanitaria. Il bando contiene gli indirizzi per la predisposizione dei progetti di ricerca finalizzata anche da parte degli IRCCS, oltre che da altri Destinatari Istituzionali(DI), e indica contestualmente gli specifici criteri, definiti anche in base ai parametri elaborati ed accettati dalla comunità scientifica nazionale ed internazionale.

Per quanto sopra esposto, nel settore della ricerca sanitaria, sono assegnati all'IRCCS-CROB i seguenti obiettivi e relativi indicatori.

OBIETTIVO	INDICATORE
Ricerca corrente	n.1 piano triennale della ricerca
Ricerca finalizzata	n.1 progetti presentati in risposta all'invito annualmente pubblicato dal Ministero della Salute

## **F) Integrazione Socio-Sanitaria (Legge 4/2007)**

### **F1 – Consultori Familiari**

**OBIETTIVO GENERALE N. 1:** Applicazione delle Linee-guida regionali per i Consultori Familiari approvate con D.G.R. n. 214 del 09/02/2010.

**OBIETTIVI SPECIFICI:**

- ✓ costituzione in ogni Distretto dell'Unità Operativa distrettuale dell"Assistenza consultoriale, familiare, pediatrica e psicologica", che abbia una configurazione di pari dignità con le altre U.O. distrettuali;
- ✓ identificazione, di norma tra il personale dirigente del ruolo sanitario e/o tecnico, del Responsabile dell'Unità Operativa distrettuale dell"Assistenza consultoriale, familiare, pediatrica e psicologica", con assegnazione del budget annuale;
- ✓ predisposizione di un piano per l'adeguamento dei Consultori Familiari ai requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi, nonché ai requisiti e standard di fabbisogno indicativi stabiliti nelle Linee-guida regionali per i Consultori Familiari;
- ✓ avvio sperimentale di un processo di programmazione delle attività e di costruzione dei percorsi di salute nei Consultori Familiari conforme a quello stabilito nelle Linee-guida regionali.

**OBIETTIVO GENERALE N. 2:** Applicazione delle Intese sottoscritte in sede di Conferenza Unificata per l'attivazione di interventi, iniziative e azioni finalizzate alla realizzazione delle indicazioni presenti nell'articolo 1, comma 1250 e comma 1251, lettere b) e c) della legge 27 dicembre 2006, n. 296. Determina Dirigenziale 72AH.2009/D.00956 del 18/12/2009

Le Aziende sono invitate, nell'ambito di applicazione dell'intesa, a realizzare progetti sperimentali innovativi per la riorganizzazione dei consultori familiari, comunque denominati ed articolati in sede regionale, al fine di ampliare e potenziare gli interventi sociali a favore delle famiglie.

**Gli interventi dovranno garantire:**

- ✓ azioni per ridurre le interruzioni volontarie di gravidanza sia in caso di gravidanza indesiderata, sia in caso di gravidanze che sono desiderate ma che sono rese impossibili per motivi sociali/economici;
- ✓ azioni a sostegno della coniugalità e genitorialità anche attraverso l'attivazione di uno spazio dedicato alla mediazione familiare e la costituzione di un numero congruo di équipes di operatori dotati competenze specifiche in materia, anche al fine di salvaguardare i figli minori, soprattutto in presenza di conflittualità familiare;
- ✓ attivazione di servizi per adolescenti-genitori con attività di tipo formativo e consultoriale nei percorsi di crescita con una particolare attenzione alla fase adolescenziale, ai conflitti familiari, alla sessualità, alla relazionalità ed alle scelte di vita e dei percorsi scolastici (tutoring);
- ✓ azioni di formazione all'assistenza multiculturale degli operatori dei consultori familiari.

## F2 - SERT - Piano nazionale alcol e salute

Il Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS) recepisce gli obiettivi, le strategie e le azioni di interesse più specificamente sanitario proposte dal II Piano O.M.S., nell'ambito dei principi ed indirizzi della legge 125/2001, fermo restando la necessità, sulle problematiche correlate all'uso dell'alcol, di un approccio interistituzionale, in grado di coinvolgere in modo più diretto e puntuale tutte le istituzioni pubbliche e private, del sociale e del sanitario, ed in primo luogo gli EELL, che possono svolgere un ruolo strategico per il raggiungimento degli obiettivi di salute e sicurezza connessi con la riduzione del danno alcol correlato.

Le Aziende Sanitarie sono invitate, seguendo le indicazioni del PNAS, a porre in essere interventi e strategie di contrasto ai problemi alcol correlati, sia sul versante della protezione e promozione della salute, sia sotto quello del trattamento e della riabilitazione.

### Obiettivi 2009 :

**A) Sviluppare nella popolazione generale una maggiore conoscenza e consapevolezza del danno provocato dall'alcol sulla salute e sul benessere individuale, familiare e sociale.**

1. Realizzare almeno un programma di informazione sul danno che l'alcol può causare alla salute e al benessere degli individui, delle famiglie e delle comunità ed, in particolare, sulla necessità di astensione dal consumo nelle donne in gravidanza, in quanti assumono terapie farmacologiche e in coloro che sono affetti da malattie che controindicano l'uso di alcol, anche attraverso l'educazione pubblica e/o i mass media.
2. Realizzare almeno un progetto di prevenzione nelle scuole, fin dalla scuola materna, rivolto in particolare alla componente adulta (genitori ed insegnanti) oltre che agli studenti;
3. Partecipazione alla realizzazione annuale di iniziative in occasione del "Mese di Prevenzione Alcologica".

**B) Alcol, Guida e Sicurezza stradale.**

Dare applicazione all'art. 6 - "Modifiche al codice della strada" della legge 30 marzo 2001, n. 125 "Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati", che al comma 1, lettera a) dispone, a modifica dell'articolo 119, comma 8, lettera c) del D.L. 30 aprile 1992, n. 285, e successive modificazioni, che "Qualora siano sottoposti a visita aspiranti conducenti che manifestino comportamenti o sintomi associabili a patologie alcolcorrelate, le commissioni mediche sono integrate con la presenza di un medico dei servizi per lo svolgimento delle attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei soggetti con problemi e patologie alcolcorrelati".

**C) Ridurre il rischio di problemi alcolcorrelati sui luoghi di lavoro, in ambito penitenziario e nei contesti di aggregazione giovanile.**

1. Realizzare nei luoghi di lavoro di almeno un programma di informazione, formazione, promozione della salute, anche al fine di una tempestiva identificazione dei soggetti a rischio e della possibilità di intraprendere trattamenti idonei nel pieno rispetto delle norme di tutela dei diritti dei lavoratori;

2. Realizzare almeno un intervento di sensibilizzazione e prevenzione dei rischi alcolcorrelati negli ospedali (Progetto Hospital Promoting Health on Alcol) ed in ambito Penitenziario (Carceri che promuovono la salute).

**D) Aggiornare e qualificare la rete dei servizi pubblici e privati accreditati impegnati nelle problematiche alcolcorrelate per l'erogazione di trattamenti accessibili ed efficaci per i soggetti con consumi a rischio o dannosi e per gli alcol dipendenti.**

1. Predisporre atti per assicurare un approccio coordinato che coinvolga oltre ai servizi sanitari, i servizi sociali, le organizzazioni del sistema giudiziario, quando necessario, ed il volontariato ed il terzo settore;
2. Predisporre atti per assicurare che i servizi di Alcologia siano in grado di affrontare tutta la gamma di problemi e di fornire mezzi di disintossicazione, valutazione, trattamento, prevenzione della ricaduta e dopo cura;
3. sostenere e garantire la partecipazione degli operatori a specifici programmi multidisciplinari e multiprofessionali di formazione universitaria e postuniversitaria nell'ambito delle attività della Facoltà di Medicina, Psicologia, Scienze della formazione e Sociologia, in applicazione dell'articolo 5 legge 125/2001.

**E) Formulazione, realizzazione e monitoraggio delle politiche.**

Approntare criteri di monitoraggio dei dati con individuazione degli indicatori che dovranno essere funzionali alla predisposizione della Relazione al Parlamento prevista dalla legge 125/2001 e finalizzati a sviluppare un sistema di monitoraggio dei dati relativi all'uso di alcol e dei problemi alcol correlati sull'intera popolazione di riferimento e non soltanto sull'utenza dei servizi.

### **F3 – Area Materno Infantile – Adozioni Nazionali e Internazionali**

La legge 4 maggio 1983 n°184 "Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori", la Legge 31 dicembre 1998 n°476 "Ratifica ed esecuzione della Convenzione per la tutela dei minori e la cooperazione in materia di adozione internazionale, fatta a l'Aja il 29 maggio 1993. Modifiche alla Legge 4 maggio 1983 n°184 in tema di adozione di minori stranieri, e la Legge 28 marzo 2001 n°149 di modifica alla 4 maggio 1983 n°184, nonché al titolo 8° del primo libro del Codice Civile affidano ai servizi Socio Assistenziali degli Enti Locali, in collaborazione con le Aziende Sanitarie Locali, compiti al quanto complessi in materia di adozioni.

Delta normativa individua la metodologia dell'integrazione fra le politiche sociali dei comuni, gli interventi degli operatori socio assistenziali e gli interventi degli operatori delle Aziende U.S.L. al fine di realizzare un assetto organizzativo ed operativo dei servizi per le adozioni tale da rendere il percorso adottivo più consapevole ed assicurare agli aspiranti genitori adottivi una adeguata preparazione a tutela dei diritti dei minori.

La Legge 476/98, in particolare, stabilisce all'art. 29/bis che i servizi socio assistenziali, avvalendosi, per quanto di competenza, delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, promuovano specifiche attività per le adozioni internazionali, dall'inizio del percorso adottivo, al sostegno del nucleo familiare fin dall'ingresso del minore in Italia.

La stessa Legge all'art. 29/bis stabilisce, inoltre, che la Regione, nell'ambito delle proprie competenze:

- Concorre a sviluppare una rete di servizi in grado di svolgere i compiti previsti dalla Legge stessa;
- Vigila sul funzionamento delle strutture e dei servizi che operano nel territorio per l'adozione internazionale al fine di garantire livelli adeguati di interventi;
- Promuove la definizione di protocolli operativi e convenzioni con enti autorizzati e servizi, nonché forme stabili di collegamento fra gli stessi e gli organi giudiziari minorili.

Il D.P.C.M. 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio/sanitarie", per quanto attiene l'area materno infantile stabilisce che rientrano fra tali prestazioni quelle relative alla "protezione dei minori in stato di abbandono e alla tutela della sua crescita, anche attraverso affidi ed adozioni" e che la relativa spesa gravi per il "100% sul Servizio Sanitario Nazionale per le prestazioni medico specialistiche, psicoterapeutica, di indagine diagnostica sui minori e sulle famiglie adottive e affidatarie".

In attuazione di tali norme la Regione Basilicata ha adottato con D.G.R. 1701 del 03.12.2007 le Linee guida per le adozioni nazionali ed internazionali.

Tale atto prevede la costituzione da parte degli ambiti zonali di specifiche équipe per le adozioni.

Le Aziende, al fine di garantire l'attuazione di quanto sopra richiamato, dovranno garantire:

- la messa a disposizione del personale occorrente;
- la partecipazione a momenti di sintesi e di coordinamento fra l'attività di informazione e di preparazione alla coppia, nonché dell'attività di indagine svolta a livello territoriale;
- la partecipazione a specifici protocolli operativi definiti in collaborazione con il Tribunale per i Minorenni i Comuni e gli Enti autorizzati per le adozioni internazionali;

#### **F4 — Regolamentazione attività delle Commissioni Invalidi Civili**

Obiettivi dei Direttori Generali per l'anno 2009 sono i seguenti:

- Informatizzazione di tutti i certificati di invalidità civile rilasciati dalle commissioni .
- Tempi di attesa massimo di 30 giorni dalla data di protocollo della domanda per essere sottoposti a visita (anche domiciliare).
- Tempi di attesa massimo di 15 dalla presentazione della domanda per l'accertamento riguardante patologie oncologiche o in fase terminale.
- Accertamento contestuale dello stato di invalidità civile e delle condizioni di handicap di cui alla Legge 104/92.

**F6 – Interventi organici di assistenza per la Non Autosufficienza (art. 4 comma 7 della L.R. 4/2007)**

**OBIETTIVO GENERALE**

Applicazione della la Direttiva per l'utilizzazione delle risorse del Fondo Nazionale e del Fondo Speciale regionale per la Non Autosufficienza di cui all'articolo 4 della Legge Regionale 14 febbraio 2007 n. 4, relativa all'intervento denominato "Assegno di Cura", approvata con D.C.R. n. 588 del 28/09/2009 e D.G.R. n. 1281 del 07/07/2009 per la parte di propria competenza (punti 5.6, 5.7 e 5.8).

**OBIETTIVI SPECIFICI**

Si individuano i seguenti obiettivi:

1. Individuazione attraverso la redazione di un verbale, entro 45 giorni dalla data di trasmissione dei fascicoli da parte dei Comuni Capofila degli Ambiti di Zona, dei beneficiari dell'Assegno di Cura, da parte dell'UVM del Servizio A.D.I. territorialmente competente sulla base dei criteri e le modalità definite nelle DD.GG.RR. n. 1655 del 30/07/2001 "Approvazione delle linee-guida per l'erogazione del Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)" e n. 862 del 10/06/2008 "D.G.R. n. 1655 del 30.07.2001 - Approvazione delle nuove linee-guida per l'erogazione del Servizio di Cure Domiciliari nella Regione Basilicata" (punti 5.6 e 5.7);
2. Partecipazione, da parte dell' dell'UVM del Servizio A.D.I. territorialmente competente, alle procedure di presa in carico dei beneficiari dell'Assegno di Cura e di redazione e aggiornamento del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) relativo agli stessi (punto 5.8).

**F6 – Art. 11 comma 2 - L.R. 4/2007 – Attivazione rete integrata socio-sanitaria.**

Procedere alla istituzione presso l'ASP e ASM di un apposito budget o voce di costo con risorse suddivise per distretto da destinare alla integrazione dei servizi sociali, socio sanitari e sanitari.

**F7 – Art. 71 – L.R. n. 42/2009 Sperimentazione gestionale Fondazione Stella Maris Mediterraneo - Onlus**

La D.G.R. n.920 del 10.05.2009 ha approvato, ai sensi dell'art.18 della L.R. n.20/2008, la proposta di Qualificazione della rete regionale di neuropsichiatria infantile e di costituzione della Fondazione in partecipazione "Stella Maris Mediterraneo Onlus". Detta proposta è comprensiva di un progetto sanitario che prevede l'istituzione di un Centro di eccellenza da candidare al riconoscimento di

TRCCS e l'adozione del modello della sperimentazione gestionale quale forma associativa tra i soggetti. In data 18.11.2009 si è costituita, con atto notarile la Fondazione in partecipazione "Stella Maris Mediterraneo Onlus" e si è insediato il Consiglio di amministrazione. L'art.71 della L.R. n.42 del 30.12.2009 ha stabilito le norme per l'avvio delle attività. Pertanto è obiettivo dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ASP e ASM adottare appositi atti negoziali per regolamentare le funzioni, i compiti e l'organizzazione dei servizi da erogare.

## 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, corredata 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 imperniata 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 tecno-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.

#### 64. 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 costatazione, 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**

*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.

## 12 - Funzionalità dei sistemi di controllo e valutazione

### UTILIZZO SISTEMATICO DEGLI STRUMENTI DI CONTROLLO

Corretta funzionalità, con la tempistica prevista, dei sistemi di monitoraggio, controllo e valutazione della programmazione e della gestione.

### DIFFERENZIAZIONE E SELETTIVITÀ DELLE VALUTAZIONI

Differenziare le valutazioni del personale assegnato.

Per differenziazione si intende la situazione in cui le valutazioni del personale sottordinato non devono essere tutte pari al valore massimo.

### RAPPORTI DEL COLLEGIO SINDACALE

Verifica valutazioni espresse dal collegio.

### SUPPORTO AD DIPARTIMENTO REGIONALE

In merito alle attività di controllo poste in essere dalla Regione Basilicata, con particolare riferimento a quelli inerenti il controllo del 10% delle cartelle cliniche, le Aziende Sanitarie dovranno fornire il necessario supporto al Dipartimento Salute per la realizzazione di quanto indicato nell'allegato 6.

## 13 - Innovazione organizzativa, procedurale e finanziaria

Nelle strutture ospedaliere anche quando si sviluppano su più plessi non potranno coesistere strutture complesse della stessa disciplina e che, pertanto, gli esuberi dei dirigenti di struttura complessa attualmente in servizio dovranno essere obbligatoriamente riassorbiti dal turn-over.

A tal fine le procedure di attribuzione di incarichi quinquennali riguardanti strutture complesse della medesima disciplina, qualora già avviate al momento dell'adozione della presente direttiva e non coerenti con quanto innanzi stabilito, dovranno essere revocate.

Gli altri elementi di cui tenere conto sono i seguenti:

### INNOVAZIONE E SEMPLIFICAZIONE

Collaborare fattivamente alla realizzazione di strutture e reti interaziendali previste dalla regolazione e dalla programmazione regionale.

Aderire e collaborare fattivamente alla realizzazione degli strumenti di governo unitario e di innovazione del Servizio Sanitario Regionale previste dalla regolazione e dalla programmazione regionale, con particolare riferimento alla gestione finanziaria, alla gestione degli approvvigionamenti anche mediante unioni d'acquisto e acquisti centralizzati, applicazione delle procedure di accreditamento.

Definire, sperimentare, introdurre e diffondere strumenti e soluzioni per semplificare, snellire, migliorare l'efficacia dei processi di servizio con apprezzabile valore aggiunto per l'utenza esterna.

### SVILUPPO DELLA PARTNERSHIP

Attivazione e sviluppo di accordi e altri rapporti di partnership con aziende, organismi ed operatori regionali ed extra-regionali con la finalità di eliminare duplicazioni e sprechi,

regolare la mobilità passiva, promuovere l'appropriatezza ed il contenimento dei tempi d'attesa, contenere altre diseconomie di gestione, migliorare la qualità e la copertura dei servizi senza maggiori oneri di gestione.

#### PROMOZIONE E SVILUPPO DELLA SOCIETA' DELL'INFORMAZIONE E DELLA CONOSCENZA

Promozione o adesione a progetti volti alla realizzazione della società dell'informazione e della conoscenza.

Puntuale attuazione delle iniziative regionali della Società dell'Informazione in ambito sanitario e sociale; potenziamento dell'infrastruttura tecnologica delle reti territoriali e interaziendali del Servizio Sanitario Regionale (SSR); garantire i flussi informativi regionali e vigilare sulla tempestività e qualità dei flussi informativi aziendali; assicurare la funzionalità degli strumenti telematici di informazione, accessibilità, telemedicina e refertazione a distanza in connessione con gli obiettivi di diffusione e potenziamento dell'assistenza territoriale.

#### MIGLIORAMENTO CONTINUO

Applicare metododiche di benchmarking rispetto alle esperienze migliori nei campi d'interesse nei settori pubblici o privati, e sperimentare azioni di trasferimento degli elementi di successo.

Affrontare le problematiche metodologiche, organizzative e tecnologiche in modo sistematico ed interdisciplinare, promuovendo la diffusione delle competenze e perseguitando il continuo miglioramento verso livelli di eccellenza.

Adottare un sistema di qualità aziendale ed utilizzarlo con vantaggi tangibili di miglioramento continuo della qualità dell'organizzazione e delle prestazioni.

Perseguire il continuo miglioramento della professionalità dei collaboratori.

### 14 - Miglioramento della qualità ed efficacia della comunicazione

#### FAVORIRE LA PARTECIPAZIONE ISTITUZIONALE E SOCIALE

Collaborare fattivamente al funzionamento degli strumenti di partecipazione istituzionale e sociale a livello aziendale e distrettuale previsti dalla regolazione e dalla programmazione regionale.

#### CONTROLLO DELLA QUALITÀ E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI UTENTI

Collaborare fattivamente alla realizzazione degli strumenti di informazione, di partecipazione e di controllo da parte degli assistiti sulla qualità dei servizi erogati e di tutela dei cittadini utenti previsti dalla regolazione e dalla programmazione regionale.

Assicurare condizioni di massima informazione e trasparenza sull'azione amministrativa.

#### DIFFUSIONE DEGLI STRUMENTI DELLA COMUNICAZIONE

Predisporre ed adottare un piano di comunicazione aziendale.

Allestitire ed utilizzare, anche mediante la piattaforma telematica regionale, un sistema multicanale di comunicazione con l'utenza.

## L) Personale

### L1 - Adeguamento sistema di relazioni sindacali

I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere Regionali sono impegnati a fornire fattiva collaborazione alla messa a regime del nuovo sistema di relazioni sindacali delineato a seguito dell'attivazione del confronto regionale con le Organizzazioni Sindacali rappresentative del personale delle varie dirigenze e del comparto, giusta D.G.R. n. 795/2009.

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

**Obiettivo 1: collaborazione fattiva nella trasmissione delle informazioni necessarie alla predisposizione delle direttive regionali da sottoporre al confronto con le Organizzazioni Sindacali regionali.**

Modalità: trasmissione dei dati, secondo le modalità richieste.

Indicatore: invio della documentazione richiesta.

Termine: rispetto della tempistica indicata nelle richieste ovvero nelle direttive.

**Obiettivo 2: partecipazione attiva al confronto regionale, nel rispetto dei ruoli istituzionali.**

Modalità: fornire contributi in fase di realizzazione delle direttive regionali nelle materie oggetto di confronto con le Organizzazioni Sindacali regionali e partecipazione agli incontri sindacali indetti dal competente Dipartimento Regionale.

Indicatori: numero partecipazione incontri sindacali regionali ed eventuale invio contributi.

Termine: rispetto della tempistica nell'invio dei contributi indicata nelle richieste.

**Obiettivo 3: adeguamento del sistema di relazioni sindacali aziendali agli esiti del confronto regionale.**

Modalità: adeguamento contrattazione integrativa aziendale alle linee generali di indirizzo approvate dal competente Dipartimento Regionale in quanto "Piattaforma generale programmata regionale".

Indicatori: grado di coerenza dei CC.CC.II.AA. alle linee di indirizzo ed alle direttive regionali nelle materie oggetto di confronto regionale, ex protocolli d'intesa sulle relazioni sindacali regionali approvati.

Termine: rispetto degli obblighi informativi indicati nelle linee di indirizzo, nelle direttive e nelle note di richieste da parte dei competenti Uffici Regionali.

**Obiettivo 4:** approvazione CC.CC.II.AA. delle varie dirigenze e del comparto.

Modalità: approvazione dei contratti collettivi integrativi aziendali con le Organizzazioni Sindacali aziendali.

Indicatori: invio dei contratti collettivi integrativi aziendali al competente Dipartimento, entro 5 giorni dalla sottoscrizione, come stabilito nelle linee di indirizzo regionali.

Termine: approvazione CC.CC.II.AA. entro settembre – dicembre 2010.

## **L2 – Dotazioni organiche e piani di assunzione**

I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere Regionali provvederanno a rideterminare la dotazione organica successivamente all'approvazione definitiva degli atti aziendali.

**Obiettivo 1:** collaborazione fattiva alla realizzazione di un sistema di monitoraggio costante delle dotazioni organiche e della consistenza degli organici, con particolare riguardo alla fase di transizione dalle vecchie dotazioni organiche a quelle rideterminate.

Modalità: trasmissione dei dati, secondo le modalità richieste.

Indicatore: invio della documentazione richiesta.

Termine: rispetto della tempistica indicata nelle richieste ovvero nelle direttive.

**Obiettivo 2:** adozione provvedimenti di rideterminazione delle dotazioni organiche, successivamente all'approvazione definitiva degli atti aziendali, ed invio degli stessi al competente Dipartimento Regionale per la prescritta attività di controllo.

Modalità: trasmissione dei provvedimenti, predisposti secondo le indicazioni regionali.

Indicatore: invio della documentazione.

Termine: rispetto della tempistica indicata nelle linee di indirizzo regionali nonché nella L.R. n.... (legge finanziaria 2010)....

**Obiettivo 3:** adozione provvedimenti piani triennali del fabbisogno del personale (2010 – 2012) e piani annuali di assunzione 2010.

Modalità: trasmissione dei provvedimenti, predisposti secondo le indicazioni regionali.

Indicatore: invio della documentazione.

**Termine: rispetto della tempistica indicata nelle linee di indirizzo regionali nonché nella L.R. n.42 del 30.12.2009 (legge finanziaria 2010).**

## **M) Collaborazione con il Dipartimento Salute per l'attuazione delle finalità della L.R. 12/2008**

In relazione agli adempimenti previsti dalla L.R. 12/2008 e s.m.i., alla tempistica ad essa connessa ed all'attuazione di iniziative e di progetti di interesse regionale ed interregionale, la stessa legge ha previsto all'art. 3 comma 4, che il Dipartimento Salute della Regione Basilicata possa avvalersi di strutture ed unità operative incardinate presso le Aziende Sanitarie o facendo ricorso al personale attestato presso le suddette aziende.

Tale collaborazione è già prevista nella precedente Legge regionale di riordino L.R n.39/2001 – art. 47.

Per funzioni tecnico sanitarie specialistiche, connesse alla pianificazione o al coordinamento, la L.R. n.12/2008 e s.m.i., dispone altresì il ricorso al personale specialistico sanitario in servizio presso le strutture del sistema sanitario regionale.

I direttori generali assicureranno la collaborazione e la cooperazione per il conseguimento delle finalità previste dalla Legge 12/2008 e s.m.i. rendendo disponibile il personale qualificato aziendale, per il tempo necessario alla realizzazione di attività specifiche e assicurandone la continuità.

I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie sono impegnati a fornire fattiva collaborazione per il funzionamento degli strumenti di raccordo e coordinamento previsti ed istituiti dalla DGR n.795/2009;

I Direttori Generali di ASP e ASM sono impegnati a portare a compimento gli adempimenti inerenti la gestione liquidatoria delle Aziende stesse.

I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie sono impegnati, oltre che a realizzare gli obiettivi in materia di acquisti previsti nella presente direttiva, a fornire fattiva collaborazione:

- per la realizzazione della rete regionale degli acquisti di cui alla D.G.R. n. 359/2008 ed alla D.G.R. n.1881/2008 ed al conseguente Accordo con il Ministero dell'Economia e Finanza (MEF) e Consip firmato il 19.12.2008;
- per la realizzazione dell'attività integrata di programmazione degli investimenti di cui alla D.G.R. n.1190/2008;
- per l'attuazione dei progetti in rete in materia di Società dell'Informazione in attuazione dell'art. 3 della L.R. n.12/2008.

## **N) Riepilogo degli obiettivi e parametri di valutazione**

---

Di seguito sono riepilogati gli obiettivi ed i comportamenti sensibili ai fini della valutazione ed i relativi parametri.

Tali parametri sono sommati in modo che il punteggio massimo conseguibile sia pari a 100.

Il compenso aggiuntivo è attribuito in proporzione al rapporto tra punteggio/100 e valore massimo del compenso stesso previsto dalla contratto.

I Direttori Generali provvederanno ad inviare una relazione annuale sugli obiettivi di cui alla presente direttiva entro il mese di marzo dell'anno successivo a quello di riferimento.

## Scheda di valutazione - Anno 2010

Codice	Macrifattore/Fattore	ASL		San Carlo		CROS	
		%	PT	%	PT	%	PT
A	Assistenza sanitaria collettiva: le unità di vita e di lavoro	100	5	100	5		
	Prevenzione attiva del rischio cardiovascolare (prevenzione primaria)	10		20			
	Attivazione e sviluppo dei sistemi di sorveglianza PASSI e OKKI alla Salute	5					
	Prevenzione Sovrappeso e Obesità	10					
	Prevenzione incidenti domestici, stradali e sul lavoro	10		40			
	Prevenzione tabagismo ed alcolismo	10					
	Medicina del lavoro	15		40			
	Piano Vaccini -Coperture vaccinali	10					
	Igiene degli alimenti	15					
A9	Veterinaria	15					
B	Assistenza territoriale	100	10	100	5	100	
	Riorganizzazione delle attività distrettuali	15					
	Farmaceutica convenzionata esterna	40		30		30	
	Tempi di attesa delle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali	15		25		35	
	Attivazione Day Service	10		25		35	
	Centri Esterni Accreditati (CEA)	5					
	Sistema di emergenza-urgenza 118	10		20			
	Raccordo tra Aziende Sanitarie e MMG/PLS	5					
C	Assistenza Ospedaliera	100	15	100	40	100	
	Posti letto	10		5		15	
	Tassi di ospedalizzazione	10		10			
	Ricoveri Ordinari e DH per i DRG del LEA ad alto rischio di inappropriatezza	10		10		10	
	Prestazioni di ricovero -Liste di attesa	10		10		15	
	Mobilità sanitaria	40		40		50	
	Farmaceutica ospedaliera	10		10		10	
	Attività Pronto Soccorso	5		10			
	Attività Trasfusionale	5		5			
D	Area della Cronicità	100	8	100	2	100	
	Cure Domiciliari	40					
	Il Dolore nei percorsi di cure	10		20		50	
	La rete assistenziale delle cure palliative	10		20		50	
	Ricoveri Ordinari Lungodegenza	10					
	Rete della Riabilitazione e della Lungodegenza	10		20			
	Assistenza a pazienti con gravi cerebrolesioni acquisite e stato vegetativo	20		40			

<b>E</b>	<b>Obiettivi strategici</b>	<b>100</b>				
E1	Scompenso Cardiaco	15				
E2	Progetto LUMIR - Rete dei MMG e telemedicina regionale	30				
E3	Rete emergenza coronarica	10				
E4	ICTUS cerebrale	10				
E5	Diabete	15				
E6	Assistenza panitenzaria	10				
E7	Reti regionali di assistenza ospedaliera	10				
E8	Attività dell'IRCCS CROB di Rionero - Rete oncologica regionale	/				
<b>F</b>	<b>Integrazione Socio Sanitaria (L.R. 4/2007)</b>	<b>100</b>	<b>100</b>			
F1	Consultori Familiari	15				
F2	Ser.T. - Piano nazionale alcool e salute	15				
F3	Area materno infantile - Adozioni nazionali e internazionali	10				
F4	Regolamentazione attività Commissione Invalidi Civili	5				
F5	Interventi organici di assistenza per la non autoaffidanza	30				
F6	Art. 11 comma 2 - L.R. 4/2007 - Attivazione rete integrata socio-sanitaria	5				
F7	Art.71 - L.R. 42/2009 Sperimentazione gestionale Fondazione Stella Maris Mediterranea Onlus	20				
<b>G</b>	<b>Area della Qualità</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>		
G1	Accreditamento Istituzionale	15				
G2	Formazione del personale	15				
G3	Governo Clinico	30				
G4	Gestione rischio clinico	20				
G5	Customer Satisfaction	10				
G6	Partecipazione istituzionale e sociale	10	<b>8</b>	<b>8</b>		<b>8</b>
<b>H</b>	<b>Integrazione economica e finanziaria</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>		
H1	Obiettivi della gestione economica-finanziaria	30				
H2	Direttive della gestione economica-finanziaria	20				
H3	Centralizzazione di lavori ed acquisizioni di beni e servizi	20				
H4	Flussi informativi e debito informativo del patto di stabilità	30	<b>20</b>	<b>20</b>		<b>20</b>
<b>L</b>	<b>Relazioni sindacali</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>		
L1	Adeguamento sistema di relazioni sindacali	50	<b>8</b>	<b>8</b>		<b>8</b>
L2	Dotazioni organiche e piani di assunzione	50				
<b>M</b>	Collaborazione con il Dipartimento Salute per l'attuazione delle finalità della L.P. 12/2008	100	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>

**Allegato 1 – DRG inappropriati**

Codice	Tipo	Descrizione DRG	% di ammissibilità dei ricoveri diurni sul totale dei ricoveri anno 2010	% di ammissibilità dei ricoveri diurni sul totale dei ricoveri anno 2011
006	C	Decompressione del tunnel carpale	95	95
008	C	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza cc	60	65
013	M	Sclerosi multiplo e atassia cerebellare	50	55
019	M	Malattie dei nervi cranici e periferici senza cc	60	65
036	C	Interventi sulla retina	55	60
038	C	Interventi primari sull'iride	60	65
039	C	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	96	96
040	C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita età > 17	90	90
041	C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita età < 18	85	90
042	C	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina iride e cristallino	80	80
047	M	Altre malattie dell'occhio età > 17 senza cc	85	90
051	C	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	65	70
055	C	Miscellanea di interventi su orecchio naso bocca e gola	55	60
059	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia età > 17	60	65
060	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia età < 18	55	60
061	C	Miringotomia con inserzione di tubo età > 17	75	80
062	C	Miringotomia con inserzione di tubo età < 18	55	60
065	M	Alterazioni dell'equilibrio	50	55
070	M	Otite media e infazioni alte vie respiratorie età < 18	45	55
073	M	Altre diagnosi relative a orecchio naso bocca e gola età > 17	55	60
074	M	Altre diagnosi relative a orecchio naso bocca e gola età < 18	80	80
088	M	Malattia polmonare cronica ostruttiva	45	55
119	C	Legatura e stripping di vene	75	80
131	M	Malattie vascolari periferiche senza cc	65	70
133	M	Arteriosclerosi senza cc	55	60
134	M	Ipertensione	70	75
139	M	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza cc	40	50
142	M	Sincope e collasso senza cc	40	50
158	C	Interventi su ano e stoma senza cc	45	55
160	C	Interventi per emia eccetto inguinale e femorale età > 17 senza cc	40	50
162	C	Interventi per emia inguinale e femorale età > 17 senza cc	70	75
163	C	Interventi per emia età < 18	45	55
168	C	Interventi sulla bocca con cc	60	65
169	C	Interventi sulla bocca senza cc	70	75
183	M	Esofagite gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente età >17 senza cc	50	55
184	M	Esofagite gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente età < 18	50	55
187	M	Estrazioni e riparazioni dentali	95	95
189	M	Altre diagnosi relative all'apparato digerente età > 17 senza cc	55	60
206	M	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne cirrosi epatica alcolica senza cc	75	80
208	M	Malattie delle vie biliari senza cc	35	45
227	C	Interventi sui tessuti molli senza cc	70	75
228	C	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con cc	35	45
229	C	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni senza cc	70	75
232	C	Artroscopia	70	75
241	M	Malattie del tessuto connettivo senza cc	55	60

Codice	Tipo	Descrizione DRG	% di ammissibilità dei ricoveri diurni sul totale dei ricoveri anno 2010	% di ammissibilità dei ricoveri diurni sul totale dei ricoveri anno 2011
243	M	Affezioni mediche del dorso	45	55
245	M	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza cc	50	55
248	M	Tendinite miosite e borsite	85	90
249	M	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	55	60
251	M	Fratture distorsioni stiramenti e lussazioni di avambraccio mano e piede età >17 senza cc	55	60
252	M	Fratture distorsioni stiramenti e lussazioni di avambraccio mano e piede età <18	55	60
254	M	Fratture distorsioni stiramenti e lussazioni di braccio gamba eccetto piede età>17 senza cc	35	45
256	M	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	55	60
262	C	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	90	90
266	C	Trapianti di pelle e/o abbigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza cc	90	90
268	C	Chirurgia plastica della pelle del tessuto sottocutaneo e della mammella	60	65
270	C	Altri interventi su pelle tessuto sottocutaneo e mammella senza cc	80	85
276	M	Patologie non maligne della mammella	85	90
281	M	Traumi della pelle del tessuto sub-cutaneo e della mammella età>17 senza cc	35	45
282	M	Traumi della pelle del tessuto sottocutaneo e della mammella età<18	25	35
283	M	Malattie minori della pelle con cc	50	55
284	M	Malattie minori della pelle senza cc	85	90
294	M	Diabete età > 35	90	90
295	M	Diabete età < 36	80	85
299	M	Difetti congeniti del metabolismo	90	90
301	M	Malattie endocrine senza cc	95	95
317	M	Ricovero per dialisi renale	80	85
323	M	Calcolosi urinaria con cc e/o litotripsia mediante ultrasuoni	65	70
324	M	Calcolosi urinaria senza cc	60	65
326	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie età > 17 senza cc	50	55
327	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie età < 18	60	65
329	M	Stenosi uretrale età > 17 senza cc	85	90
332	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie età > 17 senza cc	70	75
333	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie età < 18	65	70
339	C	Interventi sui testicolo non per neoplasie maligne età > 17	80	85
340	C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne età < 18	50	55
342	C	Circoncisione età > 17	95	95
343	C	Circoncisione età < 18	75	80
345	C	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	75	80
349	M	Ipertrofia prostatica benigna senza cc	90	90
351	M	Sterilizzazione maschile	75	80
352	M	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	80	85
360	C	Interventi su vagina cervice e vulva	80	853
362	C	Occlusione endoscopica delle tube	20	30
364	C	Dilatazione e raschiamento conizzazione eccetto per neoplasie maligne	80	85
369	M	Disturbi mestruuali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	85	90
377	C	Diagnosi relative a post-parto e post-aborto con intervento chirurgico	55	60
381	C	Aborto con dilatazione e raschiamento mediante aspirazione o isterotomia	70	75
384	M	Altre diagnosi pre-parto senza complicazioni mediche	70	75
395	M	Anomalie dei globuli rossi età > 17	75	80
396	M	Anomalie dei globuli rossi età < 18	70	75
399	M	Disturbi del sistema reticollo endoteliale e immunitario senza cc	65	70
404	M	Linfoma e leucemia non acuta senza cc	90	90
409	M	Radioterapia	35	45

Codice	Tipo	Descrizione DRG	% di ammissibilità dei ricoveri diurni sul totale dei ricoveri anno 2010	% di ammissibilità dei ricoveri diurni sul totale dei ricoveri anno 2011
410	M	Chimioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	70	75
411	M	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	60	65
412	M	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	75	80
426	M	Nevrosi depressiva	55	60
427	M	Nevrosi eccetto nevrosi depressiva	70	75
429	M	Disturbi organici e ritardo mentale	60	65
465	M	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	100	100
466	M	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	75	80
467	M	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	75	80
490	M	H.I.V associato o non ad altre patologie correlate	95	95
503	C	Int. Su ginocchio senza dia. princ. di infezione	70	75
508	M	Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo	25	35
563	M	Convulsioni, età > 17 anni senza CC	45	55
564	M	Cefalea, età > 17 anni	45	55

## **Allegato 2 – Prestazioni da trasferire in ambulatoriale**

<b>Prestazioni trasferite da day surgery ad ambulatorio</b>		
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI
H	04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE (Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H	04.44	LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE (Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H	08.72	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE escluso: RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA (08.44) RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO (08.6)
H	08.74	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE escluso: RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA (08.44) RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO (08.6)
H	13.19.1	INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DI LENTE INTRAOCULARE (Incluso: Impianto di lenti, Visita preintervento e visite di controllo entro 10 giorni, Biometria. Non codificabile con 95.13.)
	13.70.1	INSEZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE A SCOPO REFRATTIVO (in occhio fachico)
H	13.72	IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE
H	13.8	RIMOZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE IMPIANTATO \
H	77.56	RIPARAZIONE DI DITO A MARTELLO / ARTIGLIO (Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H	80.20	ARTROSCOPIA SEDE NON SPECIFICATA (Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H	81.72	ARTROPLASTICA DELL' ARTICOLAZIONE METACARPOFALANGEA E INTERFALANGEA SENZA IMPIANTO (Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H	81.75	ARTROPLASTICA DELL' ARTICOLAZIONE CARPOCARPALE E CARPOMETACARPALE SENZA IMPIANTO (Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H	84.01	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DELLA MANO (Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H	84.02	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DEL POLLICE (Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H	84.11	AMPUTAZIONE DI DITA DEL PIEDE (Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H	98.51	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE E/O VESCICA. Per seduta fino ad un massimo di 4 sedute
H	53.00.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE DIRETTA O INDIRETTA (Incluso: Visita anestesiologica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)
H	53.00.2	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE CON INNESTO O PROTESI DIRETTA O INDIRETTA (Incluso: Visita anestesiologica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)
H	53.21.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE CON INNESTO O PROTESI (Incluso: Visita anestesiologica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)
H	53.29.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE (Incluso: Visita anestesiologica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)
H	53.41	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE CON PROTESI (Incluso: Visita anestesiologica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)
H	53.49.1	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE (Incluso: Visita anestesiologica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)

### **Allegato 3 – Flussi informativi veterinaria**

Descrizione rilevazione	Scad	data
idatidosi	A	15/1
cisticercosi ai mattatoio e nelle cami in genere - dati 2° Semestre anno precedente	S	15/1
cisticercosi ai mattatoio e nelle cami in genere - dati 1° Semestre anno in corso	S	15/7
trichine negli equini da paesi terzi e dalla Polonia	A	15/1
trichine nei suini nelle cami ai mattatoio, solo le positività riscontrate	A	15/1
Rilevazione n. controlli mattatoi, lab/sez/dep cami, n. analisi, seq, ecc. Controlli vet uff su cami Dec 98/470 CE	A	15/1
Agenti zoonotici alimenti origine animale DPR 497/98 - dati Anno precedente	A	15/2
Sistema di Notifica delle Malattie Infettive del Bestiame DPR 320/54 rilevazione dati analitici monitoraggio stato sanitario bestiame		entro 24 h
PNR - Relazione annuale ASL	A	31/1
PNR D.Lgs 153/06 - Dati censimento delle attività produttive - dati dell'Anno precedente	A	30/6
PNAA: Piani di monitoraggio - Anno precedente	A	31/1
dati anagrafe nazionale impianti produz/distribuz.alimenti per animali e laboratori conto terzi DM 07/01/00 Sistema nazionale di sorveglianza epidemiologica della BSE art. 3 comma 4 - dati 2° semestre Anno precedente	S	31/1
dati relativi anagrafe stab. trasformaz. SOA per produz. alimenti destinati al consumo animale DM 07/01/00 Sistema nazionale di sorveglianza epidemiologica della BSE art. 6 commi 1 e 2 - dati 2° semestre Anno precedente	S	31/1
dati anagrafe nazionale impianti produz/distribuz.alimenti per animali e laboratori conto terzi DM 07/01/00 Sistema nazionale di sorveglianza epidemiologica della BSE art. 3 comma 4 - dati 1° semestre Anno in corso	S	31/7
dati relativi anagrafe stab. trasformaz. SOA per produz. alimenti destinati al consumo animale DM 07/01/00 Sistema nazionale di sorveglianza epidemiologica della BSE art. 6 commi 1 e 2 - dati 1° semestre Anno in corso	S	31/7
esito attività sorveglianza protezione animali durante trasporto e punti di sosta D.Lgs 532/92 art. 8 comma 3, Nota MS del 03/04/02 prot. n. 600.10/24495/A-5/11258 - dati Anno precedente	A	28/2
esito attività sorveglianza protezione animali in allevamento D.Lgs 146/01, Circ.10/01 - dati Anno precedente	A	28/2
esito attività sorveglianza protezione vitelli D.Lgs 533/92 - dati Anno precedente	A	28/2
esito attività sorveglianza protezione suini D.Lgs 534/92, DLvo 53/04 - dati Anno precedente	A	28/2
esito attività sorveglianza protezione galline ovaiole D.Lgs 267/03 - dati Anno precedente	A	28/2
DL.vo 193/08: aggiornamento autorizzazioni esercizio commercio all'ingrosso farmaci veterinari - dati Anno precedente	A	31/1
DL.vo 193/08: relazione di ispezione e verifica sull'attività di commercio all'ingrosso e al dettaglio di farmaci veterinari - dati Anno precedente	A	31/1
dati produzione e situazione igienico/sanitaria aziende produzione latte D.P.R. 54/97 e D.G.R. 183/04 - dati Anno in corso	A	30/4
Aujeszky OM 26/07/01 OM 05/08/99 Allegato III - dati 4° Trimestre anno precedente	T	15/1
Aujeszky OM 26/07/01 OM 05/08/99 Allegato III - dati 1° Trimestre anno in corso	T	15/4
Aujeszky OM 26/07/01 OM 05/08/99 Allegato III - dati 2° Trimestre anno in corso	T	15/7

Aujeszky OM 26/07/01 OM 05/08/99 Allegato III - dati del 3° Trimestre anno in corso	T	15/10
rabbia DL 196/99 Dir. 97/12/CEE mod. e aggior. DIR. 64/432 - 4° Trimestre anno precedente	T	15/1
rabbia DL 196/99 Dir. 97/12/CEE mod. e aggior. DIR. 64/432 - 1° Trimestre anno in corso	T	15/4
rabbia DL 196/99 Dir. 97/12/CEE mod. e aggior. DIR. 64/432 - 2° Trimestre anno in corso	T	15/7
rabbia DL 196/99 Dir. 97/12/CEE mod. e aggior. DIR. 64/432 - 3° Trimestre anno in corso	T	15/10
piani profilassi e risanamento dei bestiame Circ.1 del 2003, malattie per le quali i territori NON SONO UFFICIALMENTE INDENNI all.ti 1-2-3-5-6-7. giustificativi spese compresi indennizzi e abbattimenti pagati entro 90gg - dati Anno precedente	A	10/4
piani profilassi e risanamento bestiame per TBC, BRC, LEB per le quali i territori di competenza delle Az. UU.SS.LL. NON SONO UFFICIALMENTE INDENNI Circ. 1 del 12/03/2003 all. ti 2-3 dati 1° Semestre anno in corso	S	7/7
OM 06/02/97 - OM 27/07/01- DM 05/08/99: MVS e PSC - dati 4° Trimestre anno precedente	T	15/1
OM 06/02/97 - OM 27/07/01- DM 05/08/99: MVS e PSC - dati 1° Trimestre anno in corso	T	15/4
OM 06/02/97 - OM 27/07/01- DM 05/08/99: MVS e PSC - dati 2° Trimestre anno in corso	T	15/7
OM 06/02/97 - OM 27/07/01- DM 05/08/99: MVS e PSC - dati 3° Trimestre anno in corso	T	15/10
importazione lepri da ripopolamento DM 07/12/2000 dati al 15/10	A	15/10
materiale specifico a rischio M.S.R.	A	15/1
MODELLO A - Attività ispettiva e tipologia delle infrazioni - DM 8/10/1998 - dati Anno precedente	A	1/3
costo servizio veterinario D.Lgs 432/98 - dati Anno precedente	A	15/3
richieste di fabbisogno per tubercolina DM 7/7/92 - solo dati Anno in corso	A	30/9
Allegato 1 - Circolare n. 1 del 12/03/2003 eradicaz./sorv./controllo malattie animali Valutazione finanziaria PSC - 4° Trimestre anno precedente	T	15/1
Allegati 2-3-6psc-6mvs-7psc-7mvs - Circolare n. 1 del 12/03/2003 - flussi eradic/sorv/controllo malattie animali	A	15/1
Allegato 1 - Circolare n. 1 del 12/03/2003 - flussi eradicazione/sorveglianza/controllo malattie animali- Valutazione finanziaria PSC - dati 1° Trimestre anno in corso	T	15/4
Allegato 1 bis - Circolare n. 1 del 12/03/2003 - flussi eradicazione/sorveglianza/controllo malattie animali - Valutazione finanziaria preliminare PSC - dati Anno in corso	A	15/4
Allegato 1 - Circolare n. 1 del 12/03/2003 - flussi eradicazione/sorveglianza/controllo malattie animali - Valutazione finanziaria PSC - dati 2° Trimestre anno in corso	T	15/7
Allegati 2 e 3 - Circolare n. 1 del 12/03/2003 - flussi eradicazione/sorveglianza/controllo malattie animali - PSC solo dati 1° Semestre anno in corso	S	15/7
Allegato 1 - Circolare n. 1 del 12/03/2003 - flussi eradicazione/sorveglianza/controllo malattie animali- Valutazione finanziaria PSC- 3° Trimestre anno in corso	T	15/10
Attività di vigilanza - procedure per l'attività di vigilanza sull'applicazione del Reg. 1774/2002/CE - dati Anno precedente	A	28/2

### **Allegato 4 – Unioni d'acquisto interaziendali**

n.	Denominazione URA	capofila	A.S. coinvolte
1	Farmaci ed emoderivati	ASM	Tutte
2	Ausili Protesici	ASP	Tutte
3	Materiale specialistico per dialisi	S. Carlo	Tutte
4	Materiale di medicazione di uso comune.	CROB	Tutte
5	Materiale per ortopedia (protesi)	ASM	Tutte
6	Materiale specialistico per oculistica (coordinamento del Dipartimento interaziendale di oculistica)	ASP	APS, ASM, S.Carlo
7	Dispositivi x prelievi multipli e materiale di consumo per laboratori vari	ASP	Tutte
8	Materiale per presidi medico chirurgici di uso comune (non altamente specialistici)	ASM	Tutte
9	Emodinamica ed elettrofisiostimolazione	S. Carlo	ASM, S.Carlo
10	Fili di sutura e suturatici meccaniche	S. Carlo	Tutte
11	Servizio di prelievo, trasporto e smaltimento dei rifiuti sanitari	S. Carlo	Tutte
12	Fornitura di materiale radiografico di consumo (pellicole per stampa a secco e relative buste) e della locazione, installazione, avviamento, formazione all'uso e manutenzione di sistemi per la digitalizzazione (CR) e di sistemi per la stampa a secco di immagini radiografiche	CROB	Tutte
13	Lavavolo	CROB	ASP, ASM, CROB
14	Screening mammografico e cervico- uterino	ASP	Tutte
15	Generi alimentari	S. Carlo	ASP, ASM, S. Carlo
16	Elisoccorso	ASM	ASP-ASM
17	Vaccini	ASP-	ASP-ASM
18	Test HPV	ASM	CROB, S. Carlo, ASM
19	Lettura ottica ricette	-	Regione
20	Servizi relativi al 118	ASP	ASP-ASM
21	Ossigenoterapia domiciliare	ASM	ASP-ASM

## **Allegato 5 – Flussi informativi**

Progetto	Riferimento	Adempimento	Obiettivo
Tessera sanitaria	comma 11 dell'art.50 del decreto legge 30 settembre 2003, n.269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n.326	Validazione assistiti rispetto ai residenti ISTAT	passare dall'attuale 88% (rilevazione di fine 2007) di assistiti parificati al 97% entro aprile 2008
**	**	Anagrafica medici prescrittori	aggiornamento periodico
**	**	Processi di acquisizione, trasferimento e memorizzazione delle informazioni sanitarie relative alle prestazioni di specialistica ambulatoriale	trasmissione delle ricette entro il 10 del mese successivo
**	**	Anagrafica strutture specialistiche	aggiornamento periodico
**	**	Anagrafiche farmacie	aggiornamento periodico
**	**	Assegnazione ricettari ai medici	azzerare l'incompletezza del dato registrato (81,26% di fine 2007)
**	**	Registrazione stranieri temporaneamente presenti	aggiornamento periodico
**	**	Processi di acquisizione, trasferimento e memorizzazione delle informazioni sanitarie relative alle prestazioni di farmaceutica	aggiornamento periodico
**	**	Registrazione assistiti esenti	aggiornamento periodico
**	**	Processo di identificazione certa del soggetto fruitore delle prestazioni sanitarie erogate (tramite tessera sanitaria)	

Progetto	Riferimento	Adempimento	Obiettivo
Flusso informativo delle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta o per conto	Decreto del Ministro della Salute del 31/7/2007	Trasmissione di dati aggregati con indicazione del canale di erogazione, periodo di riferimento, costo d'acquisto e costo del servizio (FASE 1)	Trasmissione mensile a partire da ottobre 2007
**	**	Trasmissione di dati relativi a medicinale, costo d'acquisto, costo del servizio (FASE 2)	Trasmissione mensile a partire da gennaio 2008
**	**	Trasmissione di dati relativi a prescrittore, assistito, tipo contatto (FASE 3)	Trasmissione mensile a partire da gennaio 2009
Tessera sanitaria	decreto attuativo dell'articolo 1, comma 810, lettera c) della legge 27/12/2006 n.296	Trasmissione telematica dei dati delle ricette al Ministero dell'Economia e delle finanze e delle certificazioni di malattia all'Inps da parte dei medici curanti	

## **Allegato 6 – Linee guida controlli 10% cartelle cliniche**

Il tema dell'appropriatezza ha assunto un ruolo centrale a seguito delle riforme degli anni novanta e della introduzione della modalità di remunerazione a tariffa che ha in se, quale effetto indesiderato il rischio di comportamenti opportunistici da parte delle aziende erogatrici di prestazioni sanitarie. Un sistema di controlli, pertanto, diviene uno degli strumenti fondamentali per minimizzare il rischio e fornire elementi di valutazione alla programmazione regionale. L'introduzione dei LEA nel SSN ha sempre più spostato l'attenzione dei controlli sul concetto di appropriatezza organizzativa intesa come livello assistenziale nel quale collocare un determinato caso diagnostico o terapeutico.

La definizione di ricovero inappropriato passa, quindi, attraverso quelle prestazioni erogate ad un livello assistenziale più intensivo di quello necessario. Allo stato attuale il criterio per individuare tale sottoinsieme di ricoveri consiste nell'individuare a priori un gruppo di DRG che, in condizioni normali, si ritiene dovrebbero essere trattati in regime assistenziali più semplici rispetto a quello del ricovero ordinario e che di norma si fa coincidere coni 43 DRG elencati nel DPCM 29/11/01. Un superamento di tale sistema che rischia di escludere dall'assistenza in regime di ricovero ordinario pazienti bisognosi per gravità o severità di patologie comprese in una classe di DRG a rischio di inappropriatezza è rappresentato dalla classificazione dei ricoveri isoseverità (APR-DRG) piuttosto che isorisorse (DRG).

L'adozione e la sperimentazione di tale sistema finalizzato al controllo dell'appropriatezza necessita di un approccio graduale e di apposita formazione del personale e quindi in considerazione del fatto che il sistema APR-DRG è fortemente condizionato, nei suoi risultati, da una corretta codifica delle variabili cliniche della SDO, la Regione Basilicata adotta, nel breve periodo, un protocollo operativo di controllo sulle corrette codifiche delle SDO ed in particolare della rappresentazione dei contenuti della cartella clinica codificati attraverso il sistema di classificazione ICD9-CM e secondo le linee guida nazionali e regionali.

In particolare il sistema dei controlli viene articolato su due livelli:

1. controlli interni da parte delle strutture erogatrici;
2. controlli esterni esercitato dal gruppo di lavoro SDO regionale sulle strutture erogatrici e finalizzato sia alla valutazione dell'attività di controllo interno sia alla valutazione di situazioni anomale rispetto a standard regionali o in una ottica di benchmarking.

Il controllo è orientato alla valutazione e verifica delle attività di compilazione dei documenti sanitari e codifica delle variabili sanitarie e amministrative contenute nella SDO e avviene tramite controlli analitici campionari delle SDO e cartelle cliniche.

Gli obiettivi dei controlli analitici sono:

1. verifica della corretta compilazione delle variabili cliniche e congruenza tra quanto registrato nell'archivio nosologico, riportato e codificato nella SDO, e quanto documentato nella cartella clinica. Di non minore importanza in questi controlli la verifica della correttezza dei dati anagrafici registrati e la corrispondenza della documentazione presente nella cartella clinica.
  - Si controllano tutte le cartelle cliniche, estratte dall'archivio SDO, relative ai DRG anomali 469 e 470, atipici 468, 476 e 477 e il DRG 461;
  - DRG relativi a neonati patologici, a campione, per valutare la correttezza della codifica di diagnosi secondarie complicanti nella SDO.
  - DRG complicati (ordinari e DH) a campione per accettare l'effettiva presenza di codiagnosi e/o copatologie complicanti il ricovero.

- A questi controlli mirati se ne aggiungono altri estratti random con la medesima finalità di valutare sovra e/o sottocodifiche.
2. valutare l'utilizzo appropriato del regime assistenziale e di verifica dell'eventuale presenza di comportamenti opportunistici.
- Si controlla un campione di ricoveri ordinari, medici con degenza di 2 giorni (2 notti) si escludono:
    - I ricoveri urgenti;
    - I pazienti deceputi;
    - I pazienti con dimissione volontaria;
    - I DRG 410, 409, 492;
    - I ricoveri con codice V641 o V 643;
  - I ricoveri LEA erogati in regime ordinario;
  - I ricoveri ripetuti entro 30 gg. nello stesso ospedale nella stessa MDC si escludono:
    - I ricoveri urgenti;
    - I dimessi volontari;
    - I DRG 409, 410, 492;
    - I DRG 433, 434, 435;
    - I DRG psichiatrici 424, 425, 426, 428, 429, 430, 431, 432;
    - I ricoveri di pazienti con V 461 o V463.

I criteri di campionamento e la consistenza numerica saranno decisi nell'ambito di una apposita riunione con il gruppo di lavoro SDO. Le schede selezionate da sottoporre a verifiche saranno trasmesse con apposita nota alle strutture eroganti che provvederanno a ciò con personale appositamente individuato. Sarà cura della direzione sanitaria aziendale trasmettere a livello regionale un verbale delle avvenute verifiche e delle risultanze. Nel merito degli eventuali abbattimenti tariffari su ricoveri ritenuti incongrui si pronuncerà il gruppo di lavoro SDO.

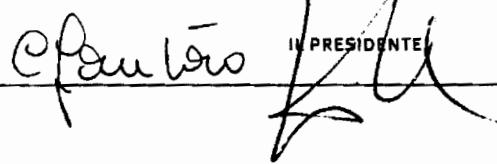
**Allegato 7 – Piano di  
implementazione del progetto  
LUMIR**

---

Si procederà all'implementazione del Progetto LuMiR, di cui alla sezione E 2, secondo condivisioni acquisite nel Tavolo Strategico di Sanità Elettronica (D.G.R. 795/09 Legge N.12 dell'1.7.2008 ART.5 C.5.- integrazione della Dgr n. 1776\2008 - strumenti di raccordo e coordinamento per la progressiva unificazione delle procedure ed istituti delle Aziende Sanitarie Locali) e nell'ambito degli indirizzi definiti dalla Direzione Generale del Dipartimento Salute a cui si delega la definizione di specifici provvedimenti collegati alle applicazioni del Sistema LuMiR

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

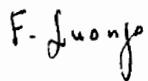
IL SEGRETARIO



IN PRESIDENTE

Si attesta che copia conforme della presente deliberazione è stata trasmessa in data 14.4.10  
al Dipartimento interessato  al Consiglio regionale

L'IMPIEGATO ADDETTO



**PAGINA BIANCA**

