

# SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XVI LEGISLATURA —————

Doc. CCI  
n. 37

## RELAZIONE

CONCERNENTE L'ATTUAZIONE DEGLI  
ADEMPIMENTI PREVISTI DALL'ACCORDO TRA LO  
STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI  
TRENTO E DI BOLZANO DEL 14 FEBBRAIO 2002 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**

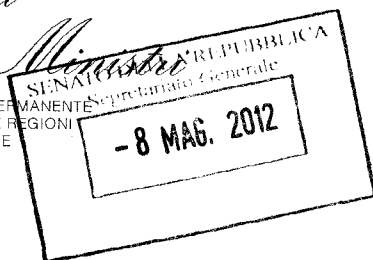
—————  
**Comunicata alla Presidenza il 24 aprile 2012**  
—————



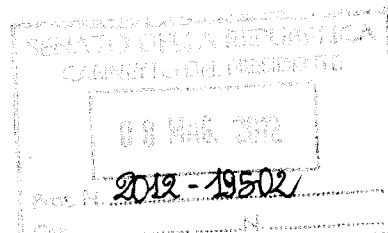


*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE  
PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI  
E LE PROVINCE AUTONOME



Servizio III° Sanità e politiche sociali



SENATO DELLA REPUBBLICA  
XVI LEGISLATURA  
UFFICIO ATTI NON LEGISLATIVI  
Doc. CC1 n. 37  
Annunciato il 15.5.12

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CSR 0002049 P-4.23.2.10  
del 24/04/2012



Alla Presidenza del  
Senato della Repubblica  
Palazzo Madama  
ROMA

**Oggetto:** Trasmissione della relazione relativa all'anno 2011 della Regione Basilicata, riguardante il contenimento delle liste di attesa in materia di servizi sanitari, in attuazione di quanto dispone l'articolo 52, comma 4, lett. c) della legge 27 dicembre 2002, n. 289.

La legge 27 dicembre 2002, n. 289, recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2003)", all'articolo 52, comma 4, lett. c), dispone che ciascuna Regione deve assumere nel proprio territorio - nella prospettiva dell'eliminazione o del significativo contenimento delle liste di attesa - iniziative specifiche per favorire lo svolgimento, presso gli ospedali pubblici, degli accertamenti diagnostici in maniera continuativa, con l'obiettivo finale della copertura del servizio nei sette giorni della settimana, in armonia con quanto previsto dall'accordo Stato - Regioni del 14 febbraio 2002, inerente le modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e gli indirizzi applicativi sulle liste di attesa.

La stessa disposizione prevede altresì che le Regioni redigano al riguardo, annualmente, una relazione da inviare al Parlamento.

Nell'accordo Stato - Regioni, previsto dall'articolo 3, comma 33, della legge 24 dicembre 2003, n. 350, sancito il 16 dicembre 2004, concernente la definizione del procedimento di verifica degli adempimenti regionali, al punto 3, lett. h), si è convenuto di demandare alla Conferenza Stato - Regioni il compito di trasmettere al Parlamento copia delle relazioni predisposte dalle Regioni assoggettate alla verifica del tavolo sulla spesa sanitaria, che opera presso il Ministero



*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE  
PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI  
E LE PROVINCE AUTONOME

dell'economia e delle finanze, al quale sono sottoposte le sole Regioni a Statuto ordinario e le Regioni Sicilia e Sardegna, atteso che le Regioni Friuli Venezia Giulia, Valle D'Aosta e le due Province autonome, provvedono al finanziamento del Servizio Sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 34, della legge n. 724 del 1994 e dell'art. 1, comma 144 della legge n. 662 del 1996, senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato.

Tanto premesso, si trasmette copia della relazione pervenuta in data 13 aprile 2012 dalla Regione Basilicata, assicurando sin da ora il tempestivo inoltro delle relazioni delle altre Regioni, non appena saranno nella disponibilità dello scrivente Ufficio.

Il Direttore  
Cons. Ermenegilda Siniscalchi

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ermenegilda Siniscalchi'.



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

REGIONE BASILICATA IL DIRIGENTE GENERALE

Viale V. Verrastro 9 - 85100 Potenza  
Tel 0971 668823 / Fax 0971 668900

Potenza, - 3 APR. 2012

Protocollo:

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 Stato regioni del 23/03/2005.

Distinti saluti

IL DIRIGENTE GENERALE  
(dott. Domenico Tripaldi)

*Domenico Tripaldi*

Presidenza del Consiglio dei Ministri  
CSR 0001861 A-4.23.2.10  
del 13/04/2012



6651023

Riferimento:  
dirigente Ufficio Pianificazione Sanitaria e Verifica degli Obiettivi  
dr. Giuseppe Montagano

Giuseppe.montagano@regione.basilicata.it

**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 accesso 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.

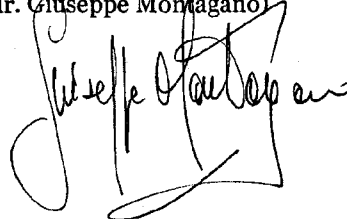
Relativamente alla attività di controllo la Regione monitora il fenomeno attraverso le relazioni periodiche finalizzate alla valutazione dei direttori generali delle aziende sanitarie, dal momento che la realizzazione delle attività sopradette costituisce obiettivo ai fini della attribuzione della remunerazione 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

AN. M. 4

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 DIP.TO SALUTE, SICUREZZA E SOLIDARIETA'  
SOCIALE, SERVIZI ALLA PERSONA E ALLA COMUNITA'**

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

Atto soggetto a pubblicazione  integrale  per estratto

- 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”*;  
la LR n. 17 del 4/08/2011 concernente l'*“Assestamento del bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2011 e del bilancio pluriennale per il triennio 2011-2013”*;  
la LR n. 26 del 30/12/2011 concernente *“Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione annuale e pluriennale della Regione Basilicata. Legge finanziaria 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”*;
- RICHIAMATI** 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;
- RICHIAMATE** 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 19/12/2006;

**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

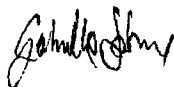
**D E L I B E R A**

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 cardiologia
2. Visita chirurgia vascolare
3. Visita endocrinologica
4. Visita neurologica
5. Visita oculistica
6. Visita ortopedica
7. Visita ginecologica
8. Visita otorinolaringoiatrica
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. Colonscopia

<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 ipertensive 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.
- Iperitiroidismo 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-pretermini, 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;
  - inspiegate 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 suppurate (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 VESCICA****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 MUSCOLOSCHELETRICA

**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' articolarià 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
- Linfadenopatia 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/ipertiroidismo), struma (I diagnosi)
- Valutazione di linfadenopatia 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, pelvipерitonite, 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 patologia neoplastica 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. ELETTRICARDIOGRAMMA****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. ELETTRICARDIOGRAMMA 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 Prinzmetal
- 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. ELETTRICARDIOGRAMMA 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-pretermini, 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, compressive, 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. Juony

All. n. 3



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 **16 GEN. 2012** alle ore **14,00** nella sede dell'Ente,

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

Segretario: dr. Arturo AGOSTINO

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

L'atto si compone di N° 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

Atto soggetto a pubblicazione  integrale  per estratto

- 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 Gabriella Sabino)

IL DIRIGENTE

(dr. Giuseppe Montagano)

## **ALLEGATO A**

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

## **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 garantiscano l'accesso alle prestazioni richieste nel minor tempo possibile. È noto, infatti, che una delle cause della migrazione sanitaria è legata all'impossibilità da parte dell'utente di usufruire di prestazioni in regime ambulatoriale, in tempi brevi e presso le strutture sanitarie della propria Azienda/Regione.

## **2. MODALITÀ DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI**

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

---

<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 proscrittore deve indicare sulla ricetta il quesito diagnostico secondo la classificazione ICD9-CM3;
- e) per inserire la richiesta di prenotazione nelle liste di attesa dedicate alle classi di priorità, l'utente deve comunicare all'operatore CUP la classe di priorità relativa alla prestazione, se indicata sulla ricetta, come disciplinato nel "Manuale Classi di Priorità" approvato con DGR n. 1806 del 28/12/2007 e s.m.i.;
- f) all'atto della prenotazione, gli operatori CUP devono comunicare all'utente, in prima istanza, il primo posto libero estrapolato dall'intera offerta disponibile nell'ambito territoriale regionale, secondo i criteri di scorrimento temporale senza discontinuità e, qualora l'utente ne faccia richiesta, le ulteriori disponibilità, lasciando allo stesso utente la possibilità di scegliere la

<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 traumas 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 compartecipazione eventualmente dovuta dall'utente, al netto delle eventuali quote fisse dovute. Ad esempio, è possibile prescrivere in una ricetta:
- al massimo otto medicazioni (con codice ministeriale 96.59 e costo € 3,87) per un costo totale (ticket) di € 30,96;
  - una unica infiltrazione (con codice ministeriale 81.92 e costo € 27,89);

<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 (E01, E02, E03, E04) 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° giorno del calendario, per le visite specialistiche, ed al 61° giorno, per le prestazioni strumentali;
- l) le Aziende devono verificare per ciascuna agenda il "tasso di non presentazione" per riprogrammare, eventualmente, l'offerta, definendo le modalità di reclutamento dei pazienti (overbooking a chiamata/strutturata) da destinare ai posti resisi vacanti, attingendo da apposite liste di attesa oppure aumentando la disponibilità di prenotazione delle agende; il Sistema CUP deve pertanto attivare meccanismi di notifica all'utente (gestione dell'attività di recall, sms e/o e-mail);
- m) le strutture eroganti devono registrare gli accessi (operatori addetti all'ambulatorio e/o operatori di cassa) tramite la procedura CUP e/o altri sistemi informativi utilizzati; in caso di mancata erogazione della prestazione, devono altresì valorizzare il campo note inserendo la causa, dovuta all'utente (mancata presentazione, etc.) o alla struttura (medico assente, guasto attrezzatura, etc.);
- n) l'utente che non può effettuare la prestazione prenotata deve disdirla almeno 24 ore prima, per consentire il recupero del posto, tramite uno dei seguenti servizi messi a disposizione dall'Azienda/Regione:  
Call Center, con ampie fasce di orario;  
disdetta on-line su portale Aziendale/regionale o tramite e-mail;

<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 (colonscopia, etc.) per le quali il tempo di disdetta sarà specificato nelle note esplicative e/o comunicato dagli operatori del Call Center. L'operatore deve fornire all'utente la prima data utile e deve memorizzare in procedura la causa dell'eventuale rifiuto della stessa, se la data fornita comporta più di 30 o 60 giorni di attesa, rispettivamente per le visite e le prestazioni strumentali, si deve prevedere una forzatura autorizzata dalla direzione sanitaria della struttura erogante.

L'operatore, al momento della prenotazione, deve informare l'utente che, nel caso di mancata disdetta della prestazione prenotata e di mancato ritiro del referto, gli verrà applicata una sanzione, ai sensi del DPCM del 19/5/1995 e dell'art. 1 comma 796, lettera r della Legge n. 296 del 27/12/2006<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 debtrici la correttezza delle anagrafiche dei pazienti.

#### **5. AMBITO DI APPLICAZIONE ED OBBLIGHI INFORMATIVI**

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

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

#### **6. RISORSE FINANZIARIE**

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

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

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

IL SEGRETARIO

IL PRESIDENTE

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

L'IMPIEGATO ADDETTO

F. Luongo

All. n. 2



REGIONE BASILICATA

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° 1189

SEDUTA DEL - 8 AGO. 2011

UFFICIO PIANIFICAZIONE SANITARIA E VERIFICA DEGLI OBIETTIVI 72AB DIPARTIMENTO

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

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

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

Table with 4 columns: Number, Name, Position, Presente, Assente. Rows include Vito DE FILIPPO (Presidente), Agatino MANCUSI (Vice Presidente), Rosa GENTILE (Componente), Attilio MARTORANO (Componente), Rosa MASTROSIMONE (Componente), Vilma MAZZOCCO (Componente), Erminio RESTAINO (Componente).

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

Form for UFFICIO RAGIONERIA GENERALE with fields for Prenotazione di impegno, Assunto impegno contabile, and a signature block for IL DIRIGENTE Dott. Nicola A. COLUZZI dated 29/7/2011.

Atto soggetto a pubblicazione [X] integrale [ ] per estratto

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

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

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

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

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

**RICHIAMATA**

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

**PRESO ATTO**

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

**CONSIDERATO**

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

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

**CONSIDERATO**

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

**RITENUTO**

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

**STABILITO**

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

**CONSIDERATO**

che, il 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 Regione per il contenimento delle liste d'attesa a tutta l'utenza interessata (cittadini, enti pubblici, mass-media, associazioni di tutela e di volontariato, ecc.) per favorire un'adeguata conoscenza sia delle attività che delle modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni;
12. la vigilanza sistematica sulle situazioni di sospensione dell'erogazione delle prestazioni.

**ESAMINATO**

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

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

**DATO ATTO**

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

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

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

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

**RITENUTO**

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

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

Su proposta dell'Assessore al ramo

Ad unanimità di voti

**DELIBERA**

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

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

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/ESR 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;



*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

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

**RILEVATO** che, nel corso della riunione tecnica svoltasi 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;



*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

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

**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 perseguimento 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



*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

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

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

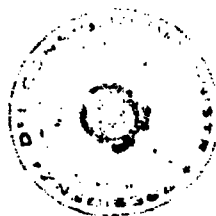
- l'Intesa siglata dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 29 aprile 2010 (Rep. atti n. 52/CSR) definisce le Linee guida nazionali del sistema CUP;
- la legge n.120 del 3 agosto 2007 detta "Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria";

**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

*E. Siniscalchi*



IL PRESIDENTE  
On. Dott. Raffaele Fitto

*R. 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 offra 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 del 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 indicazioni 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;

1. 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 29 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 cardiologia	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>		
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
<b>Altri esami Specialistici</b>		
34	Colonscopia	45.23 - 45.25 - 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 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>			
Numero	Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi
44	Chemioterapia (1)	99.25	V58.1
45	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	
46	Biopsia percutanea del fegato (1)	50.11	
47	Emorroidectomia	49.46	
48	Riparazione ernia inguinale (1)	53.0 - 53.10	

(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>
49	Interventi chirurgici tumore Mammella	Categoria 85.4	Categoria 174
50	Interventi chirurgici tumore Prostate	60.5	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	
54	Angioplastica Coronarica (PTCA)	Categoria 36.0	
55	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
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	

(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 tempistica 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 tempistica 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:

- predispone 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.

Dal 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 dei 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 perseguimento 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 libero 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.



**REGIONE BASILICATA**

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

**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**

**REGIONE BASILICATA**

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

**13. RISORSE FINANZIARIE**

**14. DIAGRAMMA DI GANTT**

**REGIONE BASILICATA**

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

**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 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 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;

**REGIONE BASILICATA**

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

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 Regione per il contenimento delle liste d'attesa a tutta l'utenza interessata (cittadini, enti pubblici, mass-media, associazioni di tutela e di volontariato, ecc.) per favorire un'adeguata conoscenza sia delle 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.

**REGIONE BASILICATA**

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

**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;

**REGIONE BASILICATA**

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

- 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.

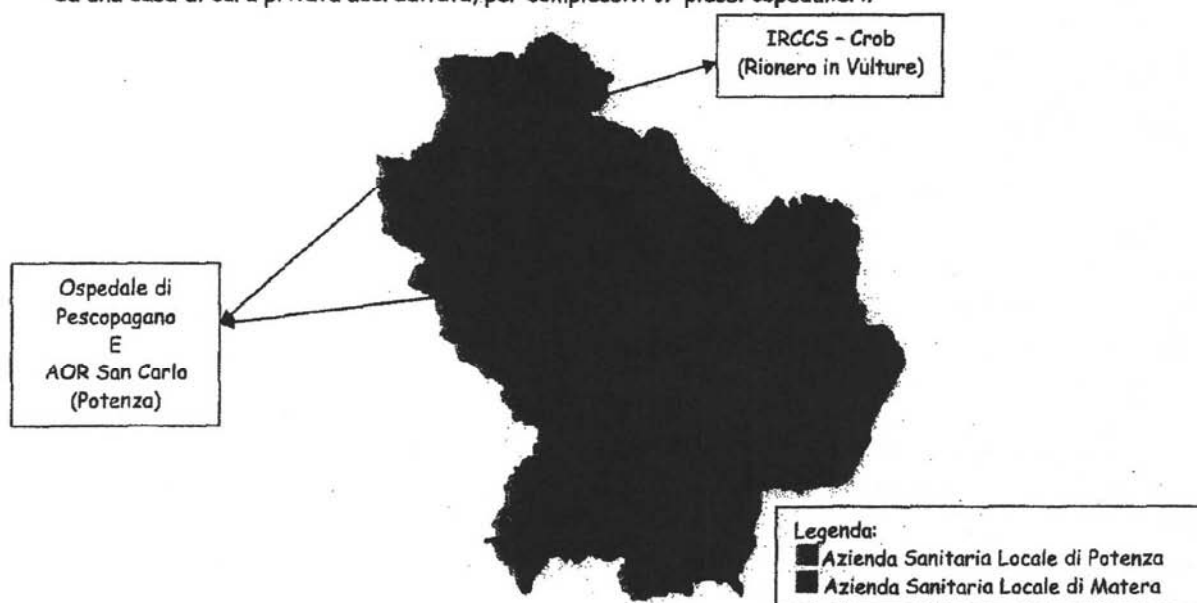
La popolazione residente, a gennaio del 2010, è pari a 588.879 abitanti. Il valore di densità abitativa è il più basso dell'intero Mezzogiorno, infatti è di circa 60 abitanti per km<sup>2</sup>, contro la media nazionale di circa 191 abitanti per km<sup>2</sup>. La popolazione residente è concentrata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

**REGIONE BASILICATA**

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

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 San Carlo	IRCCS CROB
Visita cardiologica				
Visita chirurgia vascolare				
Visita dermosifilopatica				
Visita endocrinologica				
Visita endocrinologica (disturbi dell'alimentazione)				
Visita fisiatrica				
Visita gastroenterologia				
Visita ginecologica				
Visita neurologica				

**REGIONE BASILICATA**

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

Descrizione Prestazione	ASB	ASA	AOB San Carlo	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 ostetrica - ginecologica				
Visita otorinolaringoiatrica				
Visita pneumologia				
Visita sessuologica				
Visita uro ginecologica				
Visita urologica				
Visita urologica laparoscopica				

(TABELLA n.1)

**PRESTAZIONI STRUMENTALI:**

Descrizione Prestazione	ASB	ASA	AOB San Carlo	IRCCS CRDB
biopsia (endoscopica) dell'intestino grasso				
biopsia di sedi intestinali aspecifiche				
biopsia di una o più sedi di esofago, stomaco e duodeno				
Colonscopia con biopsia				
colonscopia con endoscopia flessibile				
diagnostica ecografica del capo e del collo				
eco(color)Doppler dei tronchi sovraaortici				
eco(color)dopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuali, arteriosa o venosa				
eco(color)Dopplergrafia cardiaca				
eco(color)Dopplergrafia cardiaca dopo prova farmacologica				
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				
cateterismo vescicale				
ecografia addome completo				
ecografia del collo per linfonodi				
ecografia addome inferiore				
ecografia addome superiore				



**REGIONE BASILICATA**

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

Descrizione Prestazione	ASP	ASM	AOI San Carlo	IRCCS CROB
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 (Halter)				
elettromiografia semplice (Emg)				
endoscopia dell'intestino tenue				
esame audiometrico tonale				
esame del fondus oculare				
esame pelvico				
esame allergologico strumentale per artroarie 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				
RAAN cervello e del tronco encefalico				
RAAN della colonna cervicale				
RAAN della colonna cervicale senza e con contrasto				
RAAN colonna lombosacrale				
RAAN colonna lombosacrale senza e con contrasto				
RAAN della colonna toracica				
RAAN della colonna toracica senza e con contrasto				
RAAN della vescica e pelvi maschile o femminile				
RAAN della vescica e pelvi maschile o femminile senza e con contrasto				
RNA muscoloscheletrica				
RNA muscoloscheletrica con e senza contrasto				

**REGIONE BASILICATA**

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

Descrizione prestazione	ASP	ASM	AOR San Carlo	IRCCS CROB
screening allergologico per inalanti (fino a 7 allergeni)				
sigmoidoscopia con endoscopia 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 spazio vertebrale				
TC del rachide e dello spazio 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				
Caterizzazione uretrale				
diagnostica ecografica del capo e del collo				

(TABELLA n.2)

Legenda colori	
	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.

**REGIONE BASILICATA**

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

**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 I-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.;
- sovrintendere 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.

**REGIONE BASILICATA**

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

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.regione.basilicata.it](http://Www.regione.basilicata.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.

**REGIONE BASILICATA**

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

**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.

**REGIONE BASILICATA**

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

- 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 Unico 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 Sanitari Elettronico (FSE).

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

**REGIONE BASILICATA**

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

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.

**REGIONE BASILICATA**

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

**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	
		Nomenclatore	Disciplina
1	Visita cardiologia	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



**REGIONE BASILICATA**

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

**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 speco vertebrale	88.38.2 - 88.38.1
22	TC senza e con contrasto Bacino	88.38.5
23	RAM Cervello e tronco encefalico	88.91.1 - 88.91.2
24	RAM Pelvi, prostata e vescica	88.95.4 - 88.95.5
25	RAM Muscoloscheletrica	88.94.1 - 88.94.2
26	RAM 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
<b>Altri esami Specialistici</b>		
34	Colonscopia	45.23 - 45.25 - 45.42
35	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24
36	Esofagogastroduodenoscopia	45.13 - 45.16
37	Elettrocardiogramma	89.52
38	Elettrocardiogramma dinamico (Halter)	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 di ricovero ordinario<sup>4, 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.

**REGIONE BASILICATA**

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

<b>PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL//DAY SURGERY</b>			
Numero	Prestazione	Costo Intervento	Costo Diagnost.
44	Chemioterapia	99.25.00	V58.1
45	Coronarografia	88.55- 88.56 - 88.57	
46	Biopsia percutanea del fegato	50.11.00	
47	Emorroidectomia	49.46.00	
48	Riparazione ernia inguinale	53.0 - 53.10	
<b>PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO</b>			
Numero	Prestazione	Costo Intervento	Costo Diagnost.
49	Interventi chirurgici tumore Mammella	Categoria 85.4	Categoria 174
50	Interventi chirurgici tumore Prostata	60.05.00	185
51	Interventi chirurgici tumore colon retto	45.7x -45.8; 48.5 - 48.6	Categorie 153-154
52	Interventi chirurgici tumori dell'utero	Da 68.3 a 68.9	Categoria 182
53	By pass aortocoronarico	36.10.00	
54	Angioplastica Coronarica (PTCA)	Categoria 36.0	
55	Endoarteriectomia carotidea	38.12.00	
56	Intervento protes 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 PDT.

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.

**REGIONE BASILICATA**

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

**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 dimensioni territoriali ed i tempi minimi di percorrenza (max 90 minuti) tra un qualsiasi punto della regione ed una delle principali strutture sanitarie eroganti prestazioni sul territorio, consente di dare risposta all'utenza, per l'erogazione delle prestazioni di cui al precedente capitolo 3, nei tempi previsti dall'Intesa a livello aziendale e quindi regionale, mediante:

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

secondo le linee operative di seguito analizzate:

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

**REGIONE BASILICATA**

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

**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.

**REGIONE BASILICATA**

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

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:

Classe di priorità delle prestazioni su ricetta	Indicazione
"B"	Prestazioni la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve tempo del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità. Da eseguirsi entro 10 giorni.
"D"	Prestazioni la cui tempestiva esecuzione non 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.
"P"	Prestazioni che possono essere programmate in un maggiore arco di tempo in quanto non influenzano la prognosi, il dolore, disfunzione o disabilità.

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

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

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

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

**REGIONE BASILICATA**

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

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 rimodulare 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).

**REGIONE BASILICATA**

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

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 nei 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
Interventi chirurgici per cancro della mammella	Entro 30 giorni.	100%
Interventi chirurgici per cancro del colon-retto	Entro 30 giorni.	100%
Interventi chirurgici per prolasso d'anca	Entro 90 giorni	50%
	Entro 180 giorni	90%
Caronnancafia	Entro 60 giorni	50%
	Entro 180 giorni.	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".

**REGIONE BASILICATA**

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

**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.



**REGIONE BASILICATA**

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

**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 mancato 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.

**REGIONE BASILICATA**

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

**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.

**REGIONE BASILICATA**

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

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.

**REGIONE BASILICATA**

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

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.

**REGIONE BASILICATA**

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

**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 Ospedaliera 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.

**REGIONE BASILICATA**

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

**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 équipe, 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.

**REGIONE BASILICATA**

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

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 eseguite, 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.

**REGIONE BASILICATA**

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

**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, predispone 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](http://www.regione.basilicata.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.



**REGIONE BASILICATA**

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

**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.

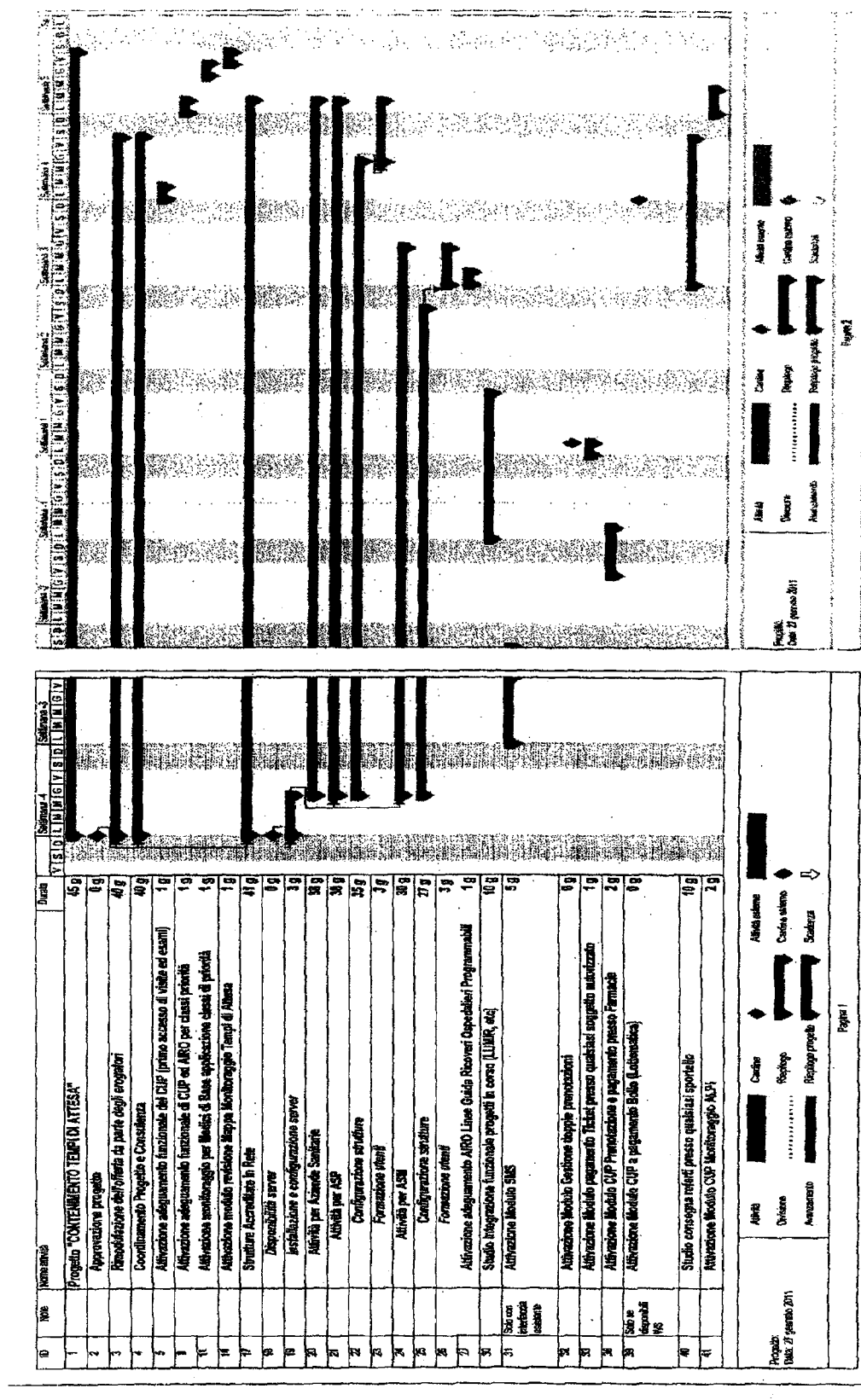
In data 9/12/2010, la Regione ed il Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'innovazione, hanno sottoscritto un protocollo di intesa per la realizzazione di un programma di innovazione dell'azione amministrativa (DGR 1611 del 28/09/2010), che tra le linee di intervento prevede la Sanità Elettronica, 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.

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

**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. Luongo

All. 1



REGIONE BASILICATA

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° 606

SEDUTA DEL 8 APR. 2010

Salute, 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

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

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

		Presente	Assente
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° \_\_\_\_\_ pagine compreso il frontespizio  
e di N° \_\_\_\_\_ allegati

## UFFICIO RAGIONERIA GENERALE

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

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

Esercizio

DIRIGENTE

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

LA PRESENTE DELIBERAZIONE  
NON COMPORTA VISTO DI  
REGOLARITA' CONTABILE

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 intersettoriali 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 soppresse 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

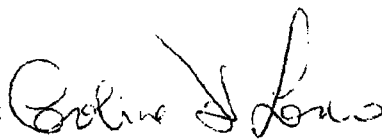
Ad unanimità di voti

**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**

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

**Marzo 2010**

- 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 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 e prestazioni strumentali ambulatoriali definite critiche;

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

### 34 - Attivazione Day Service

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

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.