

6.E. - Delibere di Giunta Regionale

DELIBERAZIONE N° *10*
SEDUTA DEL *— 5 GEN. 2005*

Sicurezza e Solidarietà Sociale

DIPARTIMENTO

Oggetto DIRETTIVA VINCOLANTE PER I DIRETTORI GENERALI DELLE AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE BASILICATA IN MATERIA DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E STRUMENTALI AMBULATORIALI FINALIZZATA ALLA RIDUZIONE DEI TEMPI DI ATTESA..

Relatore **Assessore Dip.lo Sicurezza e Solidarietà Sociale**

La Giunta, riunitasi il giorno *— 5 GEN. 2005* alle ore *14,00* nella sede dell'Ente,

Presente Assente

1. Filippo BUBBICO	Presidente	X	
2. Erminio RESTAINO	Vice Presidente	X	
3. Giovanni CARELLI	Componente		X
4. Carlo CHIURAZZI	Componente	X	
5. Cataldo COLLAZZO	Componente	X	
6. Gaetano FIERRO	Componente	X	
7. Donato SALVATORE	Componente	X	

Segretario: Dott. Ferdinando Giordano

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

VISTI

- la legge 23.12.1978 n. 833;
- il decreto legislativo 30.12.1992 n.502 e successive modificazioni ed integrazioni;
- il decreto legislativo 19.6.1999, n.229;
- il D.Lgs. 18.2.2000, n.56;
- il D.L. 18.9.2001 n. 347 convertito con modificazioni ed integrazioni dalla Legge 16.11.2001 n. 405;-
- il D.L. 15.4.2002 n.63, convertito nella L. 15.6.2002 n.112;
- la legge regionale n.34 del 27.3.1995, e successive modificazioni ed integrazioni;
- la legge regionale n.34 del 6.9.2001;
- la legge regionale n.39 del 31.10.2001;

PREMESSO CHE:

- con la D.G.R. n. 2776 del 16 settembre 1998 la Regione Basilicata, in ottemperanza alle disposizioni di cui al D.Lgs 124/98, aveva adottato linee guida per la rimodulazione della attività specialistica ambulatoriale e per l'avvio del sistema informativo di supporto;
- con la D.G.R. n. 1019 del 4.5.1999 veniva approvato, tra l'altro, un progetto finalizzato alla riduzione delle liste d'attesa, con azioni sia sul versante della domanda che dell'offerta, utilizzando i fondi ex Lege 662/96;
- con la D.G.R. 2525 del 30.12.2002 erano state adottate "linee guida sui criteri per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi d'attesa " in recepimento dell'accordo Stato – Regioni del 14 febbraio 2002, fissando i tempi massimi di attesa che le Aziende avrebbero dovuto garantire per tali prestazioni;

VISTO

l'Accordo Stato Regioni sancito l'8 agosto 2001 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, in materia sanitaria con il conseguente patto di stabilità con cui le regioni, in presenza di risorse assegnate dallo Stato, si sono assunte precise responsabilità in ordine al governo della spesa sanitaria;

VISTO

il DPCM 29.11.2001 "definizione dei livelli essenziali di assistenza" (G.U. 8.2.2002 N.33 - decreto sui LEA) con il quale è stato recepito l'accordo tra Governo, Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sui Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria ai sensi dell'art. 1 del D.Lgs 30.12.1992, n.502 e successive modificazioni (G.U. 23.1.2002, n.19);

VISTO

il D.P.C.M. 16 aprile 2002 "Linee guida su criteri di priorità per l'acceso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa" e il successivo Accordo Stato – Regioni, sottoscritto in data 11 febbraio 2002, contenente indicazioni sulle modalità di accesso alle prestazioni e gli indirizzi applicativi in tema di liste d'attesa;

CONSIDERATO

che tale ultimo D.P.C.M. affronta in particolare le tematiche dei ricoveri in elezione e del primo accesso alle prestazioni ambulatoriali, inteso come primo contatto con lo specialista, escludendo, quindi, i controlli successivi, le indagini di secondo o terzo livello, le attività di screening e le prestazioni di emergenza che devono trovare tempestiva risposta e non possono essere inserite nelle liste d'attesa;

CONSTATATO

Che tra gli adempimenti previsti dall'accordo tra Governo, le Regioni e le P.A. per la definizione del procedimento di verifica degli adempimenti regionali di cui all'articolo 3, comma 33, della legge 24.12.2003, n.350 (rispetto del patto di stabilità di cui all'accordo Stato regioni dell'8/8/2001) è previsto che le regioni adottino nel proprio territorio adeguate iniziative, senza maggiori oneri a carico dello Stato, dirette a favorire lo svolgimento, presso gli ospedali pubblici, di accertamenti diagnosticci in maniera continuativa con l'obiettivo finale della copertura del servizio nei sette giorni della settimana, in armonia con quanto previsto dal citato Accordo tra il Ministro della Salute, le Regioni e le P.A. del 14.2.2002;

VERIFICATO

che con il mese di novembre 2004 è stato attivato a regime nella Regione Basilicata il CALL CENTER unico regionale delle prenotazioni sanitarie, che, valorizzando l'investimento

effettuato dalla Regione Basilicata con la realizzazione del CUP unico regionale, consente di poter prenotare telefonicamente le prestazioni erogate da tutte le strutture sanitarie pubbliche delle sette Aziende Sanitarie regionali razionalizzando le risorse di prestazioni rese dall'intera rete sanitaria della regione e contribuendo, nel contempo, al contenimento dei tempi di attesa;

CONSTATATO

che una tempestiva ed adeguata risposta ai bisogni sanitari espressi indurrà sempre meno il ricorso dei cittadini lucani a strutture sanitarie extra regionali contribuendo, di conseguenza, a ridurre la mobilità sanitaria passiva con il recupero conseguente di risorse finanziarie da allocare nel Sistema Sanitario Regionale;

RITENUTO PERTANTO

- di dovere attivare azioni atte a dare adeguate e tempestive risposte ai bisogni sanitari espressi dalla popolazione lucana;
- di dover rimodulare le azioni della citata D.G.R. 2525 del 30.12.2002 allo scopo di ridurre i tempi di attesa, specialmente per quelle branche che presentano specifiche criticità, con particolare riguardo alla diagnostica strumentale, prevedendo un utilizzo delle dotazioni tecnologiche nei sette giorni della settimana;

STABILITO

che tale obiettivo è perseguitabile attraverso la combinata azione che tenga conto contemporaneamente della domanda e dell'offerta di prestazioni sanitarie attraverso:
 programmi di razionalizzazione della domanda di prestazioni;
 programmi di ottimizzazione dell'offerta di prestazioni da parte delle Aziende Sanitarie regionali;

RITENUTO OPPORTUNO

Impegnare i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie della Regione Basilicata all'attuazione delle azioni contenute nell'allegato n.1 "DIRETTIVA VINCOLANTE PER I DIRETTORI GENERALI DELLE AZIENDE SANITARIE PER LA RIDUZIONE DEI TEMPI DI ATTESA DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E STRUMENTALI AMBULATORIALI" che fa parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
 definire che il raggiungimento degli obiettivi fissati dalla Direttiva Vincolante in questione sarà oggetto di specifica valutazione da parte della commissione per la valutazione dell'attività dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie di cui alla D.G.R. 12.3.2001, n.484.

Su proposta dell'Assessore al ramo

DELIBERA

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

- 1) Di adottare la direttiva vincolante per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali della Regione Basilicata, dell'Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza e del C.R.O.B. di Rionero in Vulture, di cui all'allegato n.1 che fa integrante e sostanziale del presente provvedimento finalizzata al contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali;
- 2) Di dare atto che la commissione per la valutazione dell'attività dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie di cui alla D.G.R. 12.3.2001, n.484 provvederà ad effettuare specifica valutazione delle azioni attivate e del grado di raggiungimento degli obiettivi fissati dalla Direttiva Vincolante di cui al precedente punto 1 in sede di esame dell'attività svolta da ciascun Direttore Generale Aziendale.

IL RESPONSABILE P.O.

IL DIRIGENTE

GENERALE

Donato Palundi

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.

PAGINA BIANCA

REGIONE BASILICATA
Dipartimento Sicurezza e Solidarietà Sociale

ALLEGATO N. 1

DIRETTIVA VINCOLANTE
PER I DIRETTORI GENERALI DELLE AZIENDE SANITARIE
DELLA REGIONE BASILICATA
IN MATERIA DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E STRUMENTALI
AMBULATORIALI
FINALIZZATA ALLA RIDUZIONE DEI TEMPI DI ATTESA.

PAGINA BIANCA

PREMESSA

L'esigenza di far ricorso alle nuove e sempre più complesse tecnologie nella gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici di numerose patologie di frequente riscontro nella popolazione ha determinato già da alcuni anni problemi connessi all'accessibilità ai servizi sanitari.

Una delle maggiori evidenze di queste difficoltà di accessibilità è rappresentata dalla presenza di tempi di attesa per prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali non adeguati nell'ambito dei percorsi diagnostico-terapeutici di numerose patologie, soprattutto quelle a carattere cronico-degenerativo.

I tempi di attesa inadeguati per alcune prestazioni specialistiche 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.

Il contenimento dei tempi di attesa trova, pertanto, risposta nella concomitante soluzione delle problematiche relative:

- al governo della domanda;
- alla ottimizzazione dell'offerta di prestazioni attraverso la corretta gestione dei processi organizzativi aziendali;
- all'informazione e comunicazione al cittadino.

1) AZIONI PER IL GOVERNO DELLA DOMANDA

1-A) Azioni di carattere generale

La tematica della razionalizzazione della domanda delle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali comprende tutte quelle iniziative tendenti ad 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 risulta di importanza strategica a livello aziendale:

- 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) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS).

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

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

1-B) Percorsi differenziati di accesso

Relativamente alla differenziazione della domanda per livelli di urgenza, gli ultimi provvedimenti sui tempi di attesa adottati con il DPCM 16 Aprile 2002 e l'Accordo Stato Regioni dell'11 Luglio 2002 sostengono la necessità di definire chiaramente i criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali sulla base di valutazioni di appropriatezza e di urgenza.

Si ritiene pertanto opportuno ai fini di una uniforme applicazione dei livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio regionale individuare per l'attività ambulatoriale le Classi di Priorità così come definite in sede di accordo Stato Regioni dell'11 Luglio 2002 e riportate nella tabella sottostante:

Classe di priorità	Indicazione
Classe A	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.
Classe B	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.
Classe C	Prestazioni che possono essere programmate in un maggiore arco di tempo in quanto non influenzano la prognosi, il dolore, disfunzione o disabilità. Da eseguirsi entro 180 giorni.

L'applicazione di tali percorsi garantisce la differenziazione della domanda secondo priorità cliniche e secondo criteri di appropriatezza preventivamente condivisi tra soggetti prescriventi ed erogatori.

Pertanto ognuna delle cinque Aziende Sanitarie Locali, entro 30 giorni dalla data di approvazione del presente documento, istituisce presso la Direzione Sanitaria Aziendale un *“Gruppo di lavoro Ospedale – Territorio”*, composto 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 e i direttori di distretto, finalizzato a:

- definire le prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali con maggiori criticità di accesso per il proprio bacino di utenza;
- regolamentare le modalità di accesso a tali prestazioni utilizzando gli strumenti del governo clinico, quali l'appropriatezza della domanda attraverso l'applicazione di definiti e condivisi *“percorsi clinico-assistenziali”*;
- definire le condizioni cliniche dei pazienti ai fini della segmentazione della domanda per livelli di urgenza e gravità clinica secondo le Classi di Priorità riportate nell'accordo Stato Regioni dell'11 Luglio 2002.

Nei successivi trenta giorni le direzioni generali dovranno trasmettere all'Assessorato regionale alla Sanità il documento finale predisposto.

Il gruppo di lavoro dell'Azienda Sanitaria Locale n. 2 di Potenza e dell'Azienda Sanitaria Locale n. 1 di Venosa dovranno essere costituiti di concerto rispettivamente con le direzioni generali dell'Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza e del C.R.O.B. di Rionero in Vulture e ricopredere il personale individuato da tali Aziende Sanitarie.

Ogni gruppo di lavoro aziendale procederà alla nomina di un referente il cui nominativo dovrà essere comunicato ai competenti uffici regionali. I gruppi di lavoro dell'Azienda Sanitaria Locale n. 2 di Potenza e dell'Azienda Sanitaria Locale n. 1 di Venosa provvederanno ad indicare ciascuno n.2 referenti garantendo in tale modo la partecipazione di un rappresentante dell'Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza e del C.R.O.B. di Rionero in Vulture.

Successivamente la Regione Basilicata provvederà alla costituzione di un *"Tavolo Regionale sui tempi di attesa"*, composto da dirigenti regionali, dai referenti individuati dalle aziende sanitarie di cui al precedente capoverso e da rappresentanti delle società scientifiche, che dovrà provvedere alla valutazione dei documenti predisposti dai gruppi di lavoro aziendali ai fini della individuazione di un unico provvedimento attuativo a valere su tutto il territorio regionale.

Compito a regime del *"Tavolo Regionale su tempi di attesa"* sarà quello di soprintendere all'intera materia dei tempi di attesa supportando il Dipartimento regionale nel lavoro di monitoraggio, controllo e verifica del rispetto dei tempi di attesa massimi definiti dalla presente direttiva.

Sono inoltre assegnati al *"Tavolo Regionale su tempi di attesa"* compiti relativi alla comunicazione con i cittadini di cui al successivo punto 4) Informazione al cittadino.

2) AZIONI PER IL GOVERNO DELL'OFFERTA

I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie valuteranno il fabbisogno di prestazioni espresso dalla popolazione di riferimento e garantiranno la risposta assistenziale adeguata, determinando il numero di prestazioni che devono essere rese dalle U.O. e dai singoli professionisti al fine del soddisfacimento della domanda di prestazioni entro i tempi previsti dalla presente normativa mettendo in atto iniziative di razionalizzazione dei percorsi organizzativi per lo svolgimento delle attività assistenziali in maniera continuativa e distribuite **nei sette giorni della settimana**.

A tal fine i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie per il rispetto dei tempi massimi di attesa definiti nel presente documento sono tenuti alla riorganizzazione dei percorsi assistenziali al fine di garantire la ottimizzazione dell'utilizzo delle **attrezzature diagnostiche di elevata tecnologia** per **almeno 12 ore al giorno e sui sette i giorni della settimana** e alla ottimizzazione dell'utilizzo degli spazi sanitari al fine di potenziare l'attività specialistica ambulatoriale.

I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie sono inoltre tenuti a:

- a) verificare l'utilizzazione ottimale delle tecnologie e la condivisione delle sedi ambulatoriali e delle dotazioni strumentali disponibili per massimizzarne l'utilizzo;
- b) effettuare il monitoraggio periodico della tipologia, qualità e grado di utilizzo delle attrezzature in dotazione dei poliambulatori provvedendo ad eliminare eventuali disfunzioni nel senso di sotto utilizzo delle stesse.

Per il raggiungimento degli obiettivi sopraindicati, e in particolar modo per il potenziamento dell'offerta di prestazioni le Aziende Sanitarie possono ricorrere a forme specifiche di incentivazione, sulla base di quanto stabilito nella contrattazione collettiva, mediante anche l'acquisto 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), finalizzate al rispetto dei tempi massimi d'attesa fissati nella presente direttiva vincolante e con oneri a carico dei bilanci aziendali.

Le prestazioni libero professionali devono essere espletate fuori orario di servizio ed in misura non superiore a quelle rese in regime istituzionale, così come stabilito al punto 6 delle linee guida sulla attività libero professionale intramuraria del personale della dirigenza medica, veterinaria e del ruolo sanitario, approvate con la D.G.R. n. 2364 del 6/11/2000.

3) TEMPI DI ATTESA

Al fine di individuare correttamente la metodologia di calcolo ed uniformare le procedure per la rilevazione dei tempi di attesa nelle strutture erogatrici si conviene definire quanto segue:

- Il *Tempo di Attesa Effettivo* di una prestazione, a cui è associata un'agenda o calendario, rappresenta il tempo che intercorre tra la richiesta del paziente e la prima disponibilità utile ad eseguire la prestazione seguita da almeno una disponibilità nei successivi tre giorni di erogazione della prestazione medesima.
- Il *Tempo Massimo di Attesa* rappresenta, invece, il tempo massimo che può intercorrere tra la data della richiesta delle prestazioni (prenotazione) e l'erogazione della stessa. I tempi massimi di attesa vengono definiti ed assegnati dalla Regione ai Direttori Generali delle aziende sanitarie in considerazione dell'impegno assunto nei confronti dei cittadini.
- Il *Numero dei Pazienti in Lista di Attesa* ad una determinata data e per una specifica prestazione rappresenta il numero di pazienti prenotati in agenda per quella prestazione alla data della rilevazione e rappresenta il parametro di valutazione dell'offerta di prestazioni da parte degli erogatori.

Con il presente atto vengono definiti i seguenti TEMPI MASSIMI DI ATTESA che le Aziende Sanitarie devono garantire al cittadino al momento della prenotazione della prestazione specialistica o di diagnostica strumentale:

- a) per le Aziende Sanitarie che abbiano già adottato procedure per la selezione della domanda, attivando le Classi di Priorità, i tempi massimi di attesa sono quelli definiti dall'Accordo Stato Regioni dell'11 Luglio 2002 e riportati nella tabella precedente;

Classe di priorità	Tempi massimi di attesa
Classe A	10 giorni.
Classe B	30 giorni per le visite e 60 giorni per le prestazioni strumentali.
Classe C	180 giorni.

- b) per le Aziende Sanitarie che non abbiano adottato le procedure di cui alla precedente lettera a), è fatto obbligo garantire al cittadino, al momento della prenotazione delle prestazioni un tempo massimo di attesa di 30 giorni per le visite specialistiche ambulatoriali e un tempo massimo di attesa di 60 giorni per le prestazioni di diagnostica strumentale.

Il rispetto dei tempi massimi di attesa definiti garantendo ai cittadini servizi sanitari più efficienti contribuisce a migliorare la qualità percepita dall'utente e potrà contribuire altresì al contenimento della **migrazione sanitaria interregionale** la cui riduzione continua ad essere obiettivo strategico dei Direttori Generali di tutte le Aziende Sanitarie regionali.

Il Dipartimento Sicurezza e Solidarietà Sociale provvederà, a livello centrale, ad elaborare periodicamente adeguata reportistica sull'andamento dei tempi di attesa effettivi rapportandoli a quelli massimi stabiliti per tutte le Aziende Sanitarie. Tali informazioni di dettaglio dovranno consentire l'attivazione di tutti quei processi riorganizzativi finalizzati al rispetto dei tempi di attesa massimi definiti nel presente provvedimento.

Per tutte quelle prestazioni con tempi di attesa effettivi al di sopra di quelli massimi, stabiliti dalla presente direttiva, per le quali sia esplicitamente documentato dall'Azienda erogatrice l'attivazione di tutte le azioni necessarie al governo della domanda e allo stesso tempo l'impossibilità di incrementare ulteriormente l'offerta di prestazioni a causa della esiguità del personale o per carenza

o inadeguatezza delle attrezzature in dotazione, il **Tavolo Regionale sui Tempi di Attesa** di cui al precedente paragrafo 1-B) provvederà con l'Azienda ad un approfondimento della problematica e alla eventuale individuazione di soluzioni organizzative gestionali.

Con successivo atto saranno definiti nel dettaglio le modalità per il corretto calcolo e monitoraggio dei tempi di attesa effettivi, di quelli medi e dei tempi di attesa teorici nonché di specifici indicatori di valutazione dell'attività ambulatoriale.

4) INFORMAZIONE AL CITTADINO

Le Aziende Sanitarie sono tenute ad individuare e porre in essere le azioni per garantire con correttezza ai cittadini notizie 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.

I percorsi di comunicazione e informazione devono essere 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) utilizzando strumenti diversi (campagne pubblicitarie, internet, pubblicazioni aziendali, quotidiani locali ecc).

Appare comunque opportuno evidenziare come qualsiasi campagna di comunicazione e informazione sui tempi di attesa e sulle modalità di accesso alle prestazioni sanitarie, se non adeguatamente gestita, può trasmettere messaggi fuorvianti e aspettative eccessive rispetto ad un bisogno di salute.

Il Dipartimento Sicurezza e Solidarietà Sociale, d'intesa con il competente Ufficio stampa del Dipartimento della Presidenza della Giunta, e sentito il comitato consultivo dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, attiverà, nel corso dell'anno 2005, una apposita campagna di pubblicizzazione a livello regionale dei servizi e delle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali offerte dal Sistema Sanitario Regionale per il tramite del CUP regionale, del Call Center Unico regionale.

Al fine di uniformare sul territorio regionale l'informazione e la comunicazione che le singole Aziende sono comunque tenute ad attivare relativamente all'offerta di prestazioni e dei relativi tempi di attesa il **Tavolo Regionale sui Tempi di Attesa** con il supporto del competente Ufficio stampa del Dipartimento della Presidenza della Giunta, emanerà direttive ed indirizzi a cui le aziende saranno tenute ad attenersi.

L'analisi e valutazione dei tempi di attesa registrati nelle diverse strutture sanitarie regionali permetterà la 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, dovrà garantire tenendo conto del proprio bacino di utenza.

A livello aziendale gli Uffici di Relazione con il Pubblico (URP) ospedalieri e territoriali dovranno sviluppare una strategia comune di informazione ai cittadini circa le prestazioni erogate dalle diverse strutture aziendali e regionali, sui relativi tempi di attesa per ogni singola prestazione, sulle modalità differenziate di accesso alle prestazioni, ove già attivate, nonché sulle modalità di annullamento di una prestazione prenotata qualora il cittadino sia impossibilitato ad effettuarla.

Infine il Tavolo Regionale sui Tempi di Attesa provvederà alla predisposizione di un apposito questionario per la rilevazione periodica del grado di soddisfazione dell'utenza (customer satisfaction) relativamente alle modalità e ai tempi di erogazione delle prestazioni.

5) OBBLIGHI DEI DIRETTORI GENERALI

I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie dovranno, tenendo conto delle disposizioni impartite, predisporre, entro il termine massimo di 60 giorni dalla adozione del presente provvedimento, uno specifico **“Piano Aziendale delle Attività Ambulatoriali”** che riporti dettagliatamente tutte le azioni che l’Azienda ha già avviato o intende porre in essere per garantire il rispetto degli obiettivi previsti dalla presente direttiva vincolante.

Il suddetto piano in nessun caso potrà ridursi ad un mero adempimento formale ma deve concretizzarsi nella formulazione di idonei programmi ed efficaci misure per il governo della domanda e il potenziamento dell’offerta, nonché le modalità di informazione e comunicazione ai cittadini, che risultino effettivamente capaci di garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa delle prestazioni ambulatoriali definiti al precedente paragrafo 3).

Tutte le azioni di governo della domanda e di potenziamento dell’offerta nonché le modalità di informazione ai cittadini riportate nel piano devono essere strutturate per realizzarsi a regime entro il 30 Aprile 2005.

Il piano così redatto dovrà essere trasmesso al Dipartimento Sicurezza e Solidarietà Sociale per la relativa valutazione e verifica di congruità rispetto alle presenti direttive vincolanti.

Successivamente è fatto obbligo ai Direttori Generali di relazionare all’Assessorato regionale alla sanità sulle azioni intraprese e sui risultati ottenuti.

Tali azioni, unitamente ai risultati conseguiti, saranno oggetto di specifica valutazione da parte della commissione per la valutazione dell’attività dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie di cui alla D.G.R. 12.3.2001, n.484.

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

IL SEGRETARIO

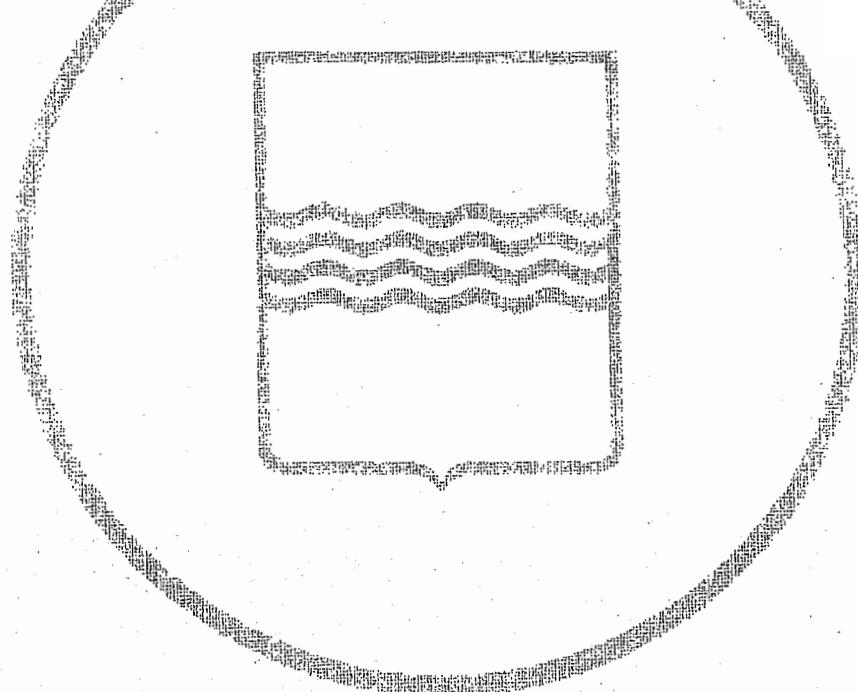
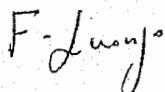


IL PRESIDENTE



Si attesta che copia conforme della presente deliberazione è stata trasmessa in data 11.1.05
al Dipartimento interessato al Consiglio regionale

L'IMPiegato addetto





REGIONE BASILICATA

GIUNTA REGIONALE

Seduta del

30 DIC. 2002

Delib.n. 2525

OGGETTO:

D.P.C.M. 16 APRILE 2002 - LINEE GUIDA SUI CRITERI PER L'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE E SUI TEMPI MASSIMI DI ATTESA - DIRETTIVA VINCOLANTE PER LE AZIENDE SANITARIE ED OSPEDALIERE

Relatore il Sig. Assessore alla Sicurezza e Solidarietà Sociale

Cod. Struttura

30 DIC. 2002

LA GIUNTA REGIONALE

Riunitasi il giorno _____ alle ore 13,00 _____ nella sede dell'Ente con la presenza dei Siggi.:

1 — Filippo Bubbico

- Presidente

2 — Erminio Restaino

- Vice Presidente

3 — Gennaro Straziuso

- Componente

4 — Carmine Nigro

- Componente

5 — Donato Paolo Salvatore

- Componente

6 — Carlo Chiarazzi

- Componente

7 — Cataldo C. Collazzo

- Componente

Pres.	Ass.
X	
X	
X	
X	X
X	
X	

Segretario Dott. Ferdinando Giordano

HA DECISO

Quanto di seguito riportato in merito all'argomento segnato in oggetto (facciate interne).

DIPARTIMENTO PRESIDENZA DELLA GIUNTA REGIONALE UFFICIO RAGIONERIA GENERALE

○ Assunto impegno contabile n.	sul Cap.	Esercizio 20	per L.
○ Assunto impegno sul bilancio pluriennale 20....	sul Cap.	Esercizio 20	per L.
Liquidazione di L.	sul Cap.	Esercizio 20	rientra
nell'ambito dell'impegno assunto con delibera n.	del		

IL DIRIGENTE

PREMESSO che la Regione Basilicata, in ottemperanza alle disposizioni di cui al D.Lgs 124/98 aveva adottato la D.G.R. n. 2776 del 16 settembre 1998 contenente linee guida per la rimodulazione dell'attività specialistica ambulatoriale e per l'avvio del sistema informativo di supporto;

VISTO il D.P.C.M. 16 aprile 2002 che stabilisce che le Regioni, in base a criteri di priorità da esse definiti, e sulla base di quanto individuato ai sensi dell'Accordo Governo - Regioni, fissano ed aggiornano i tempi massimi di attesa per le prestazioni diagnostiche e terapeutiche urgenti, in regime ambulatoriale e di ricovero e ne danno idonea pubblicità;

PRESO ATTO del documento di indicazione, per l'attuazione del sopra citato Accordo Governo - Regioni, approvato in sede di Conferenza Stato - Regioni in data 11 luglio 02, sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche, nonché indirizzi applicativi in tema di liste d'attesa;

EVIDENZIATO che il documento della Conferenza Stato - Regioni definisce classi di priorità, in maniera separata per i ricoveri e per le prestazioni ambulatoriali;

RITENUTO di dover condividere i contenuti del documento nazionale in tema di priorità e di appropriatezza non avendo ancora avviato, in Regione, il progetto di sperimentazione, ex articolo 12 per la definizione dei RAO, accettando il sistema proposto dal tavolo di monitoraggio nazionale del LEA, che ha definito classi diverse di priorità, relativamente alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero;

STABILITO di elaborare un documento regionale, che allegato alla presente deliberazione ne costituisce parte integrante e sostanziale;

D E L I B E R A

Di recepire 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 d'attesa secondo le modalità definite nell'allegato, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, fissando i tempi massimi per le prestazioni di diagnostica strumentale, branche a visita, prestazioni di ricovero e patologia oncologica .

INDIRIZZI APPLICATIVI SULLE MODALITA' DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE E INDIRIZZI APPLICATIVI SULLE LISTE D'ATTESA

La Regione Basilicata già aveva definito, nell'ambito del programma, di cui alla precedente D.G.R. 1019/99, indicazioni di tipo generale sulla problematica delle liste d'attesa per le prestazioni ambulatoriali sia esse visite specialistiche che diagnostica strumentale, definendo azioni finalizzate alla razionalizzazione della domanda e della offerta, finanziando, con i fondi ex Legge 662/96, articolo 34 e 34 bis, specifici progetti presentati dalle Aziende.

Per la seconda annualità di finanziamento, tenendo conto di specifiche indicazioni ministeriali, le azioni di miglioramento si concentravano prevalentemente sulla diagnostica strumentale, quale TAC, RMN ed ECO, nonché sulla attività di chirurgia programmata per PROTESI D'ANCA e per CATARATTA, ritenute di particolare interesse sociale.

Contestualmente la Regione Basilicata aderiva come Unità Operativa al progetto, presentato in campo nazionale dalla Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, ex articolo 12 legge 502/92 e successive modificazioni, per sperimentare la metodica RAO - Raggruppamenti Omogenei di Attesa -, definendo, per l'accesso alle visite specialistiche delle " liste di priorità", in ragione di una tempistica che fosse tale da non compromettere la prognosi del paziente.

Ad oggi in sede di Conferenza Stato - Regioni, gli Assessori Regionali, in linea con quanto stabilito dall'Accordo Stato - Regioni del 14 febbraio 02, e dal Tavolo Nazionale di monitoraggio sulla applicazione dei LEA, hanno approvato una piattaforma comune, relativamente alle modalità di accesso e relativo monitoraggio sia di alcune prestazioni specialistiche, ambulatoriali e di diagnostica strumentale, e sia di ricovero, ritenuti più significativi, definendo criteri di:

- priorità clinica ed appropriatezza
- sistema di monitoraggio
- comunicazione ed informazione al cittadino, al fine di garantire uniformità e trasparenza.

In tale accordo, rimarcando anche quanto già previsto nel D.L. 124/98, le Regioni sono state richiamate a definire propri criteri e a mettere in atto specifiche iniziative, responsabilizzando i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere al rispetto di quanto programmato e alla osservanza dei tempi massimi stabiliti.

La inosservanza, infatti, costituisce elemento negativo da valutare ai fini della attribuzione della quota variabile del trattamento economico del Direttore Generale e, all'interno dell'Azienda, anche al fine della attribuzione della retribuzione di risultato del direttore sanitario e dei dirigenti di struttura semplice o complessa, interessati.

Allo stato si ritiene di poter recepire le indicazioni formulate a livello nazionale stabilendo, fin d'ora, un puntuale aggiornamento in relazione ai dati che emergeranno dal flusso informativo di cui alla sperimentazione nazionale.