

ATTI PARLAMENTARI

XIV LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. CCI

n. 26

R E L A Z I O N E

**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 2004)

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

*Predisposta dalla Regione Basilicata
Presentata dalla Presidenza del Consiglio dei ministri*

Trasmessa alla Presidenza il 23 febbraio 2006

PAGINA BIANCA



REGIONE BASILICATA

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

IL DIRIGENTE GENERALE

- 7 FEB. 2006

viale della Regione Basilicata, 9
85100 Potenza
tel 0971.668755 - 885 / fax 0971.668975

giuseppe.montagano@regione.basilicata.it

Potenza, 7 febbraio 2006

Protocollo

31124/2006

Al Dr. Riccardo Carpino

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Segreteria della Conferenza Permanente per i
Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le PP.AA. di
Trento e Bolzano
Via della Stamperia 8
10100 Roma

Oggetto: Relazione sulle iniziative per il contenimento delle liste d'attesa e per favorire lo svolgimento, presso ospedali pubblici, degli accertamenti diagnostici in maniera continuativa (Art.52 comma 4 lettera c) della Legge n.289/2002 e Accordo Stato-Regioni del 16.12.2004 punto 3 lett.h)) – anni 2004 e 2005.

In risposta alla nota prot.153/06/4.1.2 del 12 gennaio 2006 ed in attuazione di quanto disposto dall'art.52 comma 4 lettera c) della Legge n.289/2002 e dall'Accordo Stato-Regioni del 16.12.2004 punto 3 lett.h), si trasmette l'unita relazione, con allegati, concernente le iniziative adottate per il contenimento delle liste d'attesa e per favorire lo svolgimento, presso ospedali pubblici, degli accertamenti diagnostici in maniera continuativa con l'obiettivo della copertura del servizio nei sette giorni della settimana, relative alle annualità 2004 e 2005.

Restando a disposizione per ogni eventuale approfondimento o chiarimento si porgono distinti saluti

Il Dirigente Generale

Dr. Giuseppe Montagano

| | |
|--|-------|
| DIPARTIMENTO SALUTE, SICUREZZA E SOLIDARIETÀ SOCIALE, SERVIZI ALLA PERSONA E ALLA COMUNITÀ | |
| 13 FEB. 2006 | |
| Prot. n. | 968 |
| Att. | 4.1.2 |

PAGINA BIANCA

INDICE

—

| | | |
|---|-------------|----|
| 1. Premessa | <i>Pag.</i> | 7 |
| 2. Liste d'attesa ed appropriatezza | » | 8 |
| 3. I risultati in termini di governo della domanda e dell'offerta | » | 10 |
| 4. I progetti pilota dell'AUSL n. 5 e dell'A.O. « San Carlo » | » | 16 |
| 5. Conclusioni | » | 18 |
| 6. Elenco degli allegati | » | 19 |
| 6.A. — Risultati rilevazione tempi e liste di attesa | » | 20 |
| 6.B. — Dettaglio prestazioni domenicali anni 2004 e 2005 | » | 35 |
| 6.C. — Documentazione del progetto dell'AUSL n. 5 per la riduzione dei tempi di attesa..... | » | 43 |
| 6.D. — Documentazione sul progetto pilota di sperimentazione dell'A.O. « San Carlo » | » | 58 |
| 6.E. — Delibere di Giunta Regionale | » | 65 |

PAGINA BIANCA

1. Premessa

La presente relazione riferisce in merito alle iniziative poste in essere per il contenimento delle liste di attesa negli anni 2004 e 2005, in maniera integrata con il contrasto alla mobilità sanitaria ed alla promozione della maggiore appropriatezza dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, tra cui quanto realizzato in attuazione degli adempimenti di cui al comma 4 lettera c) dell'articolo 52 della Legge n.289/2002.

In particolare, l'art.52 comma 4 lettera c) della Legge n.289/2002 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 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 la modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e gli indirizzi applicativi sulle liste d'attesa.

In attuazione della suddetta normativa e di quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni sancito il 16.12.2004 al punto 3 lett.h), è predisposta ed inviata alla Conferenza Stato-Regioni la presente relazione relativa alle annualità 2004 e 2005.

2. Liste d'attesa ed appropriatezza

Le iniziative volte all'abbattimento delle liste di attesa vanno inquadrare contestualmente a quelle volte alla promozione dell'appropriatezza e congiuntamente al contenimento della mobilità, in modo da configurare un sistema integrato e sostanziale di assicurazione dei LEA ed in quanto condizione intrinseca determinante e di orientamento di sistema di governo.

In termini generali, in questi ultimi anni si registrano due fenomeni di particolare rilevanza rispetto alle determinanti ed alle possibili soluzioni circa l'area problematica delle liste d'attesa:

1. la riduzione della domanda di ospedalizzazione, documentata dal contenimento dei tassi di ospedalizzazione;
2. il mutamento della offerta delle prestazioni ospedaliere caratterizzate dalla consistente riduzione dei ricoveri in regime ordinario a fronte di un incremento dei ricoveri in regime diurno, sia per le patologie mediche che per quelle chirurgiche (day surgery), e dal potenziamento delle attività in regime ambulatoriale, che oggi rappresentano la modalità di risposta più appropriata al trattamento delle patologie a carattere cronico degenerativo, sempre più diffusi.

I dati registrati nella Regione Basilicata, in linea con quanto rilevato a livello nazionale, evidenziano nel triennio 2002-2004 una significativa riduzione dei tassi di ospedalizzazione (T.O.), dovuto prevalentemente alla costante e progressiva riduzione dei ricoveri, prevalentemente quelli in regime ordinario, mentre di converso si registrava un forte incremento delle prestazioni erogate in regime ambulatoriale.

La richiesta crescente di prestazioni specialistiche e strumentali in regime ambulatoriale, soprattutto ad alto contenuto tecnologico, ha determinato, già da diversi anni problemi di accessibilità ai servizi sanitari, di cui l'allungamento dei tempi di attesa ne rappresenta l'aspetto più evidente.

Il problema dell'eccessiva dilatazione dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche è diventato, pertanto, uno dei temi prioritari dei servizi sanitari di tutto il mondo industriale.

Questo problema ha importanti ricadute negative non solo sulle strutture sanitarie erogatrici, ma anche sul lavoro dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta in quanto determina pesanti interferenze nella tempistica dei processi decisionali degli stessi ed è spesso causa di inconvenienti nella relazione con i pazienti, con gli specialisti e con gli addetti al servizio di prenotazione.

Per tentare di dare una risposta adeguata a questa problematica le Aziende Sanitarie della Regione Basilicata, già da alcuni anni, hanno individuato e avviato una serie di azioni congiunte con i medici di medicina generale e i medici ospedalieri per la definizione di percorsi definiti e condivisi finalizzati a migliorare l'accesso ai servizi ambulatoriali aziendali, attraverso il costante monitoraggio e verifica della appropriatezza della domanda e la rimodulazione dell'offerta di prestazioni, il tutto finalizzato a contenere i tempi di attesa entro i valori previsti dalla normativa nazionale e regionale.

Circa le iniziative poste in essere nel tempo nella Regione Basilicata, occorre evidenziare che le Aziende sanitarie, partendo dalla programmazione regionale, hanno messo a punto specifici programmi calibrati sulle realtà locali che sono stati finanziati con i fondi di cui alla L.n. 662/96.

In particolare, la D.G.R. 1019/99, nell'ambito dei finanziamenti nazionali ai sensi dell'art.1 comma 34 della Legge 662/96, aveva predisposto, di concerto con le Aziende sanitarie ed ospedaliere, un programma, approvato e finanziato dal Ministero della Salute per l'abbattimento delle "Liste d'attesa" con azioni finalizzate alla razionalizzazione sia della domanda che dell'offerta.

I programmi aziendali sono stati finanziati complessivamente per due annualità, anche se con una tempistica differenziata per le varie aziende in relazione alla presentazione dei vari programmi.

Successivamente, pur in assenza di specifici finanziamenti, l'area problematica non è stata trascurata.

Infatti, innescando un approccio integrato all'area problematica, con la DGR n.366/2002, contenente "Direttiva vincolante per la gestione delle Aziende Sanitarie Regionali", le tematiche dell'assicurazione dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) definiti dal DPCM del 29.11.2001, del contenimento dei 43 DRG a forte rischio di inappropriatazza ed il contenimento delle liste di attesa erano stati inseriti nell'ambito del set degli indicatori sensibili per la valutazione dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie (sezione D ed allegati), in modo da stimolare attraverso il sistema incentivante la sensibilità verso il conseguimento degli obiettivi posti dalla programmazione nazionale di contenimento della spesa contestualmente al mantenimento ed al miglioramento di accessibilità e qualità dei servizi. Le valutazioni conseguenti alla Direttiva hanno consentito di visualizzare e valorizzare la tematica e sostanzialmente di conseguire l'auspicata convergenza.

Nello specifico, la suddetta D.G.R. n. 366/02 ha disposto che le Aziende Sanitarie dovessero rendere tempestivamente disponibili le agende di tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale, erogabili dalle proprie strutture da inserire nel CUP regionale, quale unica modalità di accesso alle prestazioni programmate prevedendo anche la attivazione di un Call Center regionale.

Successivamente, con la D.G.R. 2525 del 30.12.02 contenente "Linee guida per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa" venivano recepiti gli indirizzi di cui al punto A) dell'Accordo Stato - Regioni del 14 febbraio 2002 sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche, fissando tempi massimi per le prestazioni di diagnostica strumentale, branche a visita, prestazioni di ricovero e patologia oncologica.

L'applicazione del provvedimento veniva legato alla valutazione per la 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.

Con la stessa delibera venivano date alle Aziende delle indicazioni per il raggiungimento dei risultati .

Il tavolo nazionale di monitoraggio dei LEA ha messo a punto un percorso metodologico condiviso con le regioni, per il monitoraggio delle liste d'attesa che prevede, in una giornata indice stabilita, di fotografare le varie realtà regionali, concentrando l'attenzione sull'offerta sanitaria e focalizzando l'attenzione sul tempo che viene prospettato al cittadino al momento della prenotazione di alcune prestazioni ambulatoriali e sia di attività di ricovero programmato.

Lo strumento dopo una fase di sperimentazione nel corso dell'anno 2003, cui la Basilicata ha partecipato, è stato definito completamente almeno per quel che riguarda le prestazioni ambulatoriali, mentre necessita di ulteriori aggiustamento per la attività di ricovero.

L'elaborazione dei dati, raccolti nelle regioni secondo uno specifico disciplinare tecnico, è realizzata dal Ministero della Salute e all'ASSR .

A partire dall'anno 2004 si svolgono due rilevazioni all'anno a livello nazionale relative a 10 prestazioni rappresentative, cui la Regione Basilicata partecipa. Le prime rilevazioni hanno avuto luogo in data 20 gennaio e 20 ottobre 2004, seguite da altre due rilevazioni sistematiche effettuate in data 20.04.2005 e 20.10.2005 (in allegato gli esiti).

Tali prestazioni sono:

1. Ecografia dell'addome superiore (88.74.1), inferiore (88.75.1), completo (88.76.1)
2. Eco(color)doppler dei tronchi sovra-aortici (88.73.5), eco(color)dopplergrafia degli arti superiori, inferiori, distrettuale (88.77.2)
3. "Esofagogastroduodenoscopia (45.13), Esofagogastroduodenoscopia con biopsia (45.16)
4. RM della colonna, senza e con contrasto (87.03, 87.03.1)
5. RM cerebrale e del tronco encefalico, con e senza contrasto (88.91.1, 88.91.2)

6. TAC del capo, senza e con contrasto (87.03, 87.03.1)
7. TAC dell'addome, tutti i codici (88.01.1, 88.01.2, 88.01.3, 88.01.4, 88.01.5, 88.01.6)
8. Visita generale (89.7) nella branca di cardiologia
9. Visita oculistica (95.02)
10. Visita generale (89.7) nella branca di ortopedia

In allegato A sono riportati gli esiti sintetici delle ultime tre rilevazioni effettuate (20 ottobre 2004; 20 aprile 2005; 20 ottobre 2005) ed una serie di analisi relative ai tempi di attesa (metodologia seguita dal Ministero della Salute) e ad indici di trend e turn-over.

Pur registrandosi una tendenziale riduzione delle liste di attesa, un significativo turn-over delle prenotazioni ed una sostanziale compatibilità dei tempi di attesa con i dati medi interregionali, va sottolineato che, oltre agli accorgimenti di tipo organizzativo e di efficienza rappresentati nella presente relazione, un miglioramento sensibile potrà soprattutto scaturire per effetto di una più idonea dotazione tecnologica.

Come noto, 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'art.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 diagnostici 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.

In attuazione di tale previsione la Regione Basilicata ha adottato la DGR n.10 del 5.01.2005, in forma di "direttiva vincolante per i direttori generali delle aziende sanitarie ... in materia di accesso alle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali finalizzata alla riduzione dei tempi di attesa". Tale direttiva impegna i direttori generali a predisporre un piano aziendale delle attività ambulatoriali, comprendenti azioni di sensibilizzazione e formazione dei medici prescrittori (MMG e PLS), adottare percorsi differenziati di accesso, attivare azioni per il governo dell'offerta (monitoraggio prestazioni e tempi di attesa, verifica dell'utilizzo degli strumenti), informazione al cittadino. Il meccanismo attuativo prescelto (Direttiva vincolante) è applicato in sede di valutazione dell'attività dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, ai fini della riconferma in carica e dell'attribuzione della retribuzione di risultato.

3. I risultati in termini di governo della domanda e dell'offerta

La Regione Basilicata nella consapevolezza che i tempi di attesa, inadeguati per alcune prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali, sono spesso determinati da un costante squilibrio tra la crescente domanda di prestazioni e le difficoltà delle strutture sanitarie ad adeguare l'offerta, ha attivato un piano di attività finalizzato al contenimento dei tempi di attesa, comprendente specifiche azioni rivolte al governo della domanda e al miglioramento continuo dell'offerta.

Per quanto concerne la regolamentazione della domanda la Regione ha elaborato e realizzato in alcune Aziende Sanitarie un primo progetto sperimentale finalizzato ad individuare, attivare e fornire, per alcune prestazioni strumentali, tempi di attesa differenziati per Classi di Priorità costruite su tempi di attesa ritenuti clinicamente accettabili, cioè un'attesa per la prestazione, dal momento della domanda, che non comprometta la prognosi del paziente.

La fase di sperimentazione del progetto ha riguardato inizialmente un numero ristretto di MMG e solo alcune prestazioni strumentali, per cui dopo il periodo di sperimentazione, valutato l'esito della sperimentazione stessa, il progetto sarà esteso a tutti i MMG e per un numero maggiore di prestazioni.

Quindi, con la già citata D.G.R. n. 10 del 5 Gennaio 2005, "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”, la Regione Basilicata ha avviato un percorso finalizzato alla riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali, soprattutto quelle che presentavano tempi di attesa al di sopra di quelli previsti dalla normativa nazionale e regionale, da garantire anche attraverso il potenziamento dell’offerta.

A tal fine, i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie regionali sono tenuti alla riorganizzazione dei percorsi assistenziali al fine di garantire la ottimizzazione dell’utilizzo delle attrezzature diagnostiche, soprattutto quelle di elevata tecnologia, per almeno 12 ore al giorno e sui sette giorni della settimana nonché alla ottimizzazione dell’utilizzo degli spazi sanitari al fine di potenziare l’attività specialistica ambulatoriale.

In tal senso alcune Aziende hanno attivato nel 2004 e consolidato nel 2005 sedute di attività ambulatoriale anche nella giornata della domenica, erogando rispettivamente 613 e 1.820 prestazioni totali, così come direttamente rilevato dal Centro Unificato di Prenotazione (CUP) regionale risulta e riportati nel grafico 1.

Innanzitutto emerge come tra nel 2005 si è registrato un incremento di quasi il 200% (196%) delle prestazioni totali rispetto al 2004.

L’Allegato A mostra inoltre che, a partire dalle prime Aziende (AUSL n.5 con il 64% delle prestazioni e A.O. San Carlo con il 20% delle prestazioni) in cui sono stati adottati interventi sperimentali e pilota, nel corso del 2005 vi è stata una più ampia diffusione anche presso le altre aziende, ad eccezione dell’AUSL 3 (con solo 1 prestazione).

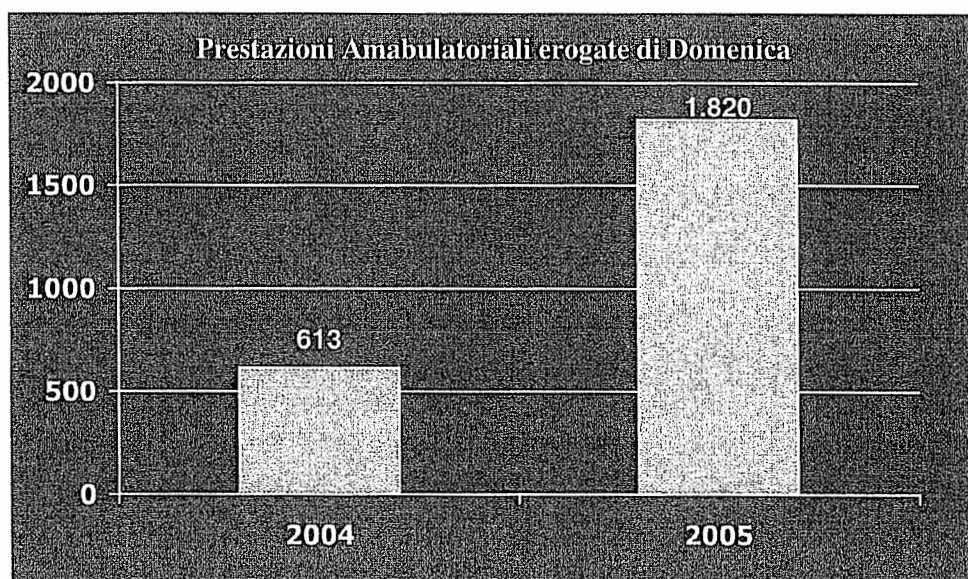


Grafico 1: Totale prestazioni ambulatoriali

Dai dati riportati analiticamente nella tabella 1 e 2, allegata alla presente relazione, risultano rilevanti il numero di prestazioni effettuate per prestazioni strumentali ambulatoriali di Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) effettuate dall’Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza (Grafico 2) e quelle relative a prestazioni di ecocardiografia, di ecografia osteo-muscolare e visite urologiche erogate dall’Azienda Sanitaria n. 5 di Montalbano Jonico (Grafico 3).

Grafico 2

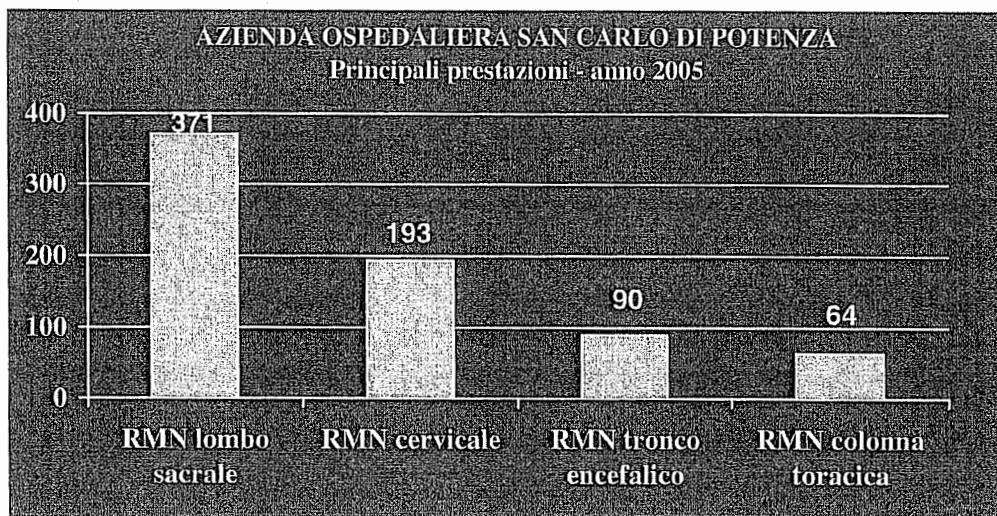
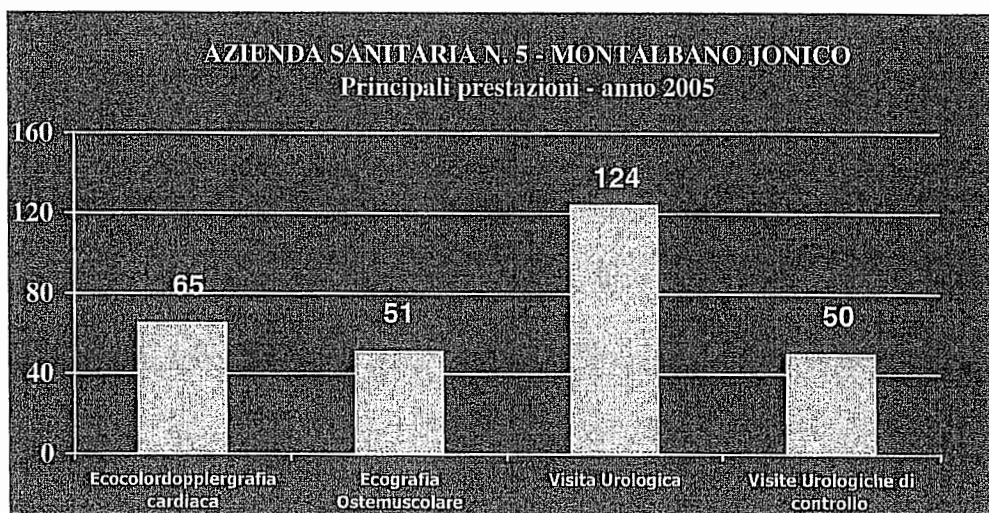
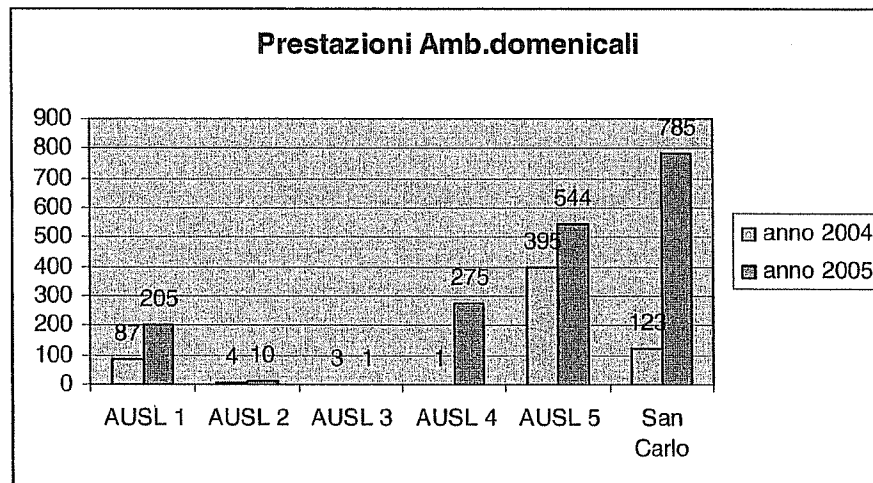


Grafico 3



L'azione di potenziamento dell'offerta di prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali, anche attraverso l'attivazione di sedute di attività nel giorno della Domenica, è stata realizzata anche attraverso l'utilizzo di fondi contrattuali relativi al premio per la qualità della prestazione individuale assegnata a quei professionisti che hanno garantito un potenziamento dell'offerta per quelle prestazioni ambulatoriali che presentavano maggiori richieste.

Il raffronto temporale dell'incremento registrato nel corso del 2005 è il seguente, distinto per Azienda Sanitaria.



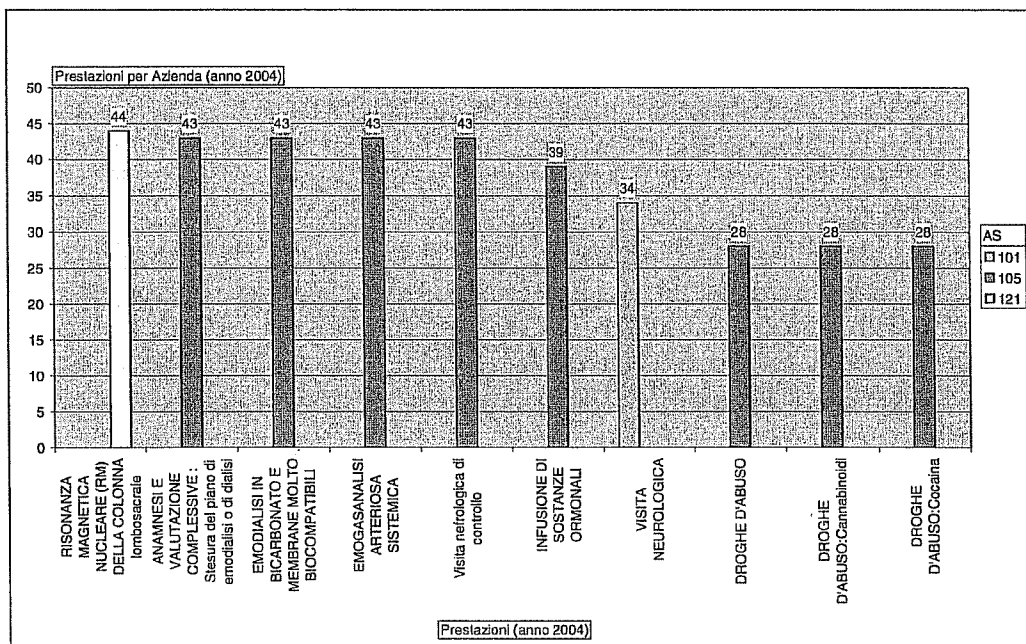
Emerge quindi un considerevole progresso delle Aziende San Carlo, AUSL 4 e AUSL 1 ed un consolidamento con significativo incremento dell'AUSL 5.

| Prestazioni | AUSL 1 | AUSL 2 | AUSL 3 | AUSL 4 | AUSL 5 | San Carlo | Totale |
|-----------------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------|--------|
| anno 2004 | 87 | 4 | 3 | 1 | 395 | 123 | 613 |
| anno 2005 | 205 | 10 | 1 | 275 | 544 | 785 | 1.820 |
| delta 2004-2005 | 136% | 150% | -67% | 27400% | 38% | 538% | 197% |

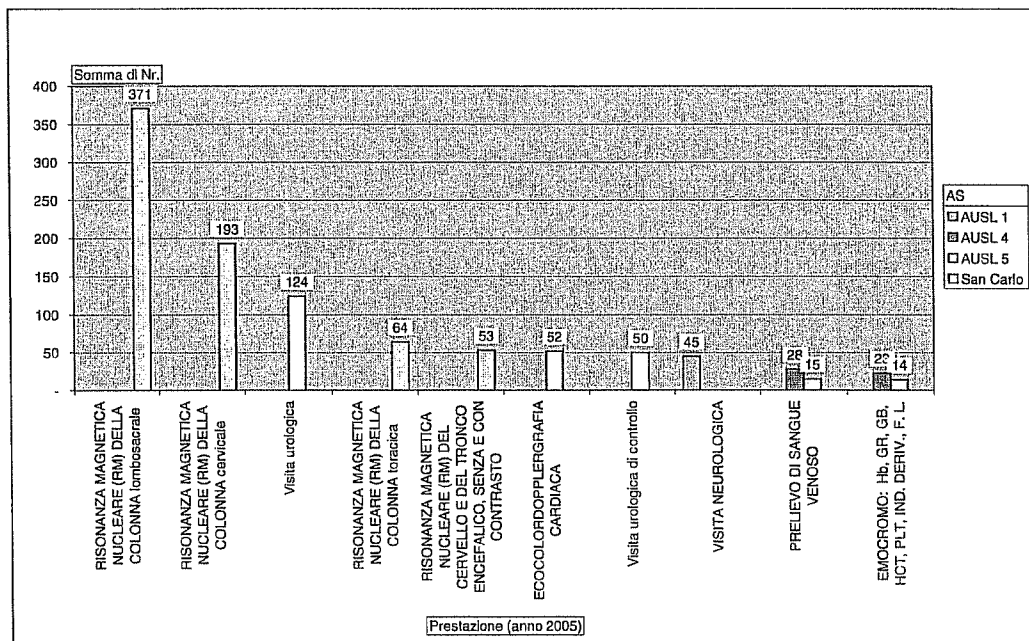
Circa la composizione delle prestazioni per specialità, emerge che l'incremento conseguito nel 2005 riguarda un setting diverso da quello interessato nel 2004 e soprattutto mostra la partecipazione di più aziende, manifestando la maggiore diffusione territoriale delle iniziative.

Infatti nel 2004 le prime 10 prestazioni in ordine di frequenza rappresentavano il 61% del totale ed erano erogate soprattutto dall'AUSL 5.

XIV LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI



La situazione del 2005 invece riflette una minore concentrazione ed una maggiore diffusione e partecipazione di diverse aziende alle performance regionali. Infatti, le prime 10 prestazioni in ordine di frequenza rappresentano il 57% e riguardano 4 Aziende, tra cui spicca l'Azienda Ospedaliera San Carlo.



Sulla scorta delle positive esperienze maturate negli anni 2004 e 2005, la Regione Basilicata nel 2006 intende consolidare tali modelli organizzativi su tutto il territorio regionale, attraverso specifiche direttive ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie volte ad indirizzare la costituzione e assegnazione di quote del

trattamento economico destinato alla remunerazione della produttività, del risultato e della qualità delle prestazioni a quei servizi che erogano prestazioni che presentano una forte richiesta, soprattutto quelle ad elevato contenuto tecnologico, in condizioni di convergenza rispetto alle esigenze di riduzione delle liste d'attesa e di contrasto alla mobilità passiva.

4. I progetti pilota dell'AUSL n.5 e dell'A.O. "San Carlo"

In vista del significativo contenimento delle liste di attesa, con azione congiunta sia sul miglioramento dell'appropriatezza che sul mirato ma economicamente vantaggioso incremento di produttività, l'AUSL n.5 di Montalbano nel corso del biennio 2004 e 2005 ha condotto azioni volte alla riduzione dei tempi d'attesa per una serie di branche specialistiche a maggiore criticità sui tempi di erogazione (soprattutto radiologia, cardiologia, senologia, ortopedia) attraverso acquisto di prestazioni aggiuntive con utilizzo di quote delle somme derivanti dal mancato pagamento di emolumenti stipendiali alla dirigenza medica e veterinaria non coperta e attraverso la finalizzazione di quote del premio per la qualità della prestazioni individuale ai sensi dell'art.30 del contratto collettivo integrativo aziendale per l'area della dirigenza medica e veterinaria stipulato il 24.09.2002 e tuttora vigente (Allegato 6.C).

Inoltre, nel corso del 2005 l'Azienda Ospedaliera San Carlo ha condotto una serie organica di progetti di sperimentazione e dimostrazione volti al contenimento delle liste di attesa, inquadrati come progetto pilota e beneficiari di un budget di riferimento regionale fino a 2 Meuro integrativo delle risorse già destinate agli istituti della turnazione, reperibilità, disagio, produttività e risultato al fine di procedere alla liquidazione delle somme dovute agli operatori coinvolti per assicurare condizioni di maggiore capacità di servizio (Allegato 6.D).

Tale iniziativa, concepita di concerto con il Dipartimento, assume valenza innovativa di sperimentazione e soprattutto di potenziale dimostratività rispetto a risultati significativi sulla liste di attesa e sul recupero della mobilità in condizioni di sostenibilità costi-benefici. In termini assolutamente innovativi, il Dipartimento si è impegnato a valutare un concorso finanziario specifico alle spese di tale progetto, entro il piano definitivo di riparto per il 2005, non come mera copertura finale dei costi, ma in dipendenza dei progetti effettivamente attivati tra quelli indicati e previo completamento della detta fase di sperimentazione e della valutazione della positività degli esiti. Infatti, la valutazione positiva attesterebbe che il progetto sarebbe autofinanziante in termini di benefici economici adottati al sistema regionale a fronte del costo sostenuto, con l'auspicio di elevare non solo la capacità progettuale delle aziende ma anche la capacità di concorso alle azioni strategiche.

Come noto, la tematica della riduzione dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e quella del contrasto al fenomeno della mobilità sanitaria passiva facendo leva sulla qualità dei servizi e sulla migliore accessibilità agli stessi rivestono una elevata rilevanza strategica per il Servizio Sanitario Regionale, sia per l'attuazione degli impegni previsti dagli accordi attuativi del Patto di stabilità in materia sanitaria, in ultimo quella del 23 marzo 2005, sia per l'impostazione di condizioni di maggiore adeguatezza del setting dell'offerta, con particolare attenzione alle elevate specialità, ed anche per la preservazione degli equilibri finanziari del sistema regionale.

Il progetto pilota, conclusosi nel mese di dicembre con apposita relazione dell'Azienda Ospedaliera valutata positivamente dal Dipartimento Regionale, ha manifestato esiti di incremento della capacità di servizio, attraverso la prolungata disponibilità ed accessibilità delle prestazioni, concernenti ricoveri relativi a taluni DRG caratterizzati da elevata mobilità extra-regionale ed alla riduzione dei tempi di attesa per alcune prestazioni strumentali ambulatoriali per le quali si registravano lunghi tempi di attesa.

In particolare, il progetto pilota di sperimentazione ha conseguito i seguenti esiti:

- Riduzione dei tempi di attesa
 - Neuroradiologia: sono state assicurate sedute aggiuntive di RMN che hanno consentito di contenere le liste di attesa entro i valori soglia in connessione con le procedure CUP; in particolare, rispetto a 14 osservazioni nel periodo giugno 2004-agosto 2005 di cui 6 con la sperimentazione in corso, è emerso che il progetto ha consentito una riduzione dei tempi di attesa

medi mensili del 33% delle prestazioni di risonanza della colonna (da 106 a 71 gg), del 49% della risonanza encefalo e colonna (da 96 a 49 gg), del 45% della risonanza encefalo e angio (da 102 a 56 gg);

- Radiologia: è stata prescelta l'area dell'incremento delle sedute di ecografia e l'intensificazione delle prestazioni di risonanza magnetica; la relazione evidenzia come la sperimentazione abbia consentito di contenere i tempi di attesa intorno ai 60 giorni, in abbattimento degli oltre 70 giorni per le diverse specialità rendicontate (ecografie, ecodoppler; eco e osteart.), oltre ad un contenimento sotto i 40 giorni per la risonanza magnetica (rispetto ai 50-55 iniziali) e 45 giorni per la risonanza magnetica senza mdc (rispetto ai 51-60 iniziali); la relazione evidenzia altresì come però si sia registrato un rilevante incremento della produzione (circa 641 e 626 prestazioni nelle ultime due osservazioni mensili rispetto ai dati iniziali compresi tra 405 e 544 prestazioni mensili), indirettamente mostrando quindi un contributo al contenimento della mobilità passiva e comunque delle prestazioni erogate dagli operatori privati convenzionati a tutto vantaggio degli equilibri finanziari del sistema regionale;
- Medicina nucleare: sono state attivate sedute aggiuntive per talune prestazioni quali le diagnostiche delle patologie tiroidee e del miocardio, e sono state rappresentate due distinte osservazioni per manifestare gli esiti della sperimentazione, rispettivamente al novembre 2004 ed al settembre 2005; dalla relazione emerge che, a fronte di incrementi del 51% delle prestazioni rese con corrispondente aumento delle sedute settimanali, si sono registrate le seguenti riduzioni dei tempi di attesa: da 150 giorni a 20 giorni per la scintigrafia miocardica, da 15 a 2 giorni per la scintigrafia tiroidea, da 21 a 3 giorni per la scintigrafia ossea;
- Medicina interna per prestazioni eco-doppler: è stata rappresentata una comparazione delle prestazioni rese in due distinti periodi (periodo maggio-novembre 2004 rispetto al periodo dicembre 2004–maggio 2005); le prestazioni sono state mantenute oltre quota 400 ed incrementate dell'1%;
- Sedute dialitiche: è stato attivato un turno aggiuntivo di dialisi con un incremento medio mensile rappresentato pari a 250 sedute.
- Potenziamento dell'attività chirurgica
 - La sperimentazione ha riguardato il potenziamento delle attività chirurgiche per interventi di chirurgia generale sulle vie biliari, di ortopedia e di endocrinologia;
 - Circa gli interventi di colecistectomia e tiroidectomia si evidenzia come siano conseguiti e superati gli obiettivi di progetto, con incrementi su base annua rispettivamente stimati del 3,4% e del 4%;
 - Circa gli interventi relativi alla branca di ortopedia (protesi d'anca e ginocchio), si rappresenta come siano state incrementate le attività senza però conseguire gli obiettivi quantitativi di progetto, con uno scostamento negativo stimato rispetto agli interventi effettuati nel 2005 rispetto a quelli previsti ma comunque con un incremento rispetto a quelli effettuati nel 2004 (rispettivamente 200 rispetto a 156 per gli interventi di protesi d'anca e 186 rispetto a 172 per gli interventi sul ginocchio); è rappresentato altresì come il progetto abbia comportato una riduzione dei tempi di attesa, anche se non si sono verificati i previsti incrementi di domanda;
 - A fronte dell'incremento di attività registrato per i DRG oggetto della sperimentazione (209, 222-221-232, 198-197, 290), è stato stimato un incremento del valore della produzione per oltre 1,250 Meuro, che può ragionevolmente essere imputato a riduzione della mobilità passiva interregionale.

5. Conclusioni

L'esperienza di adozione nel biennio 2004-2005 di interventi integrati per la riduzione delle liste d'attesa, con estensione dell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali su 7 giorni (quindi, domeniche comprese), congiuntamente al contrasto della mobilità sanitaria passiva ed alla promozione dell'appropriatezza ha dato risultati chiaramente positivi.

In particolare il trend incrementale delle prestazioni rese nelle domeniche ha denotato una sensibile crescita nel corso del 2005 rispetto ad un pur relativamente considerevole dato del 2004, fenomeno associato peraltro ad una maggiore diversificazione delle specialità richieste e delle strutture di erogazione.

Pur registrandosi una tendenziale riduzione delle liste di attesa, va sottolineato che, oltre agli accorgimenti di tipo organizzativo e di efficienza rappresentati nella presente relazione, un miglioramento sensibile potrà soprattutto scaturire per effetto di una più idonea dotazione tecnologica.

Per quanto sopra riportato, il Dipartimento regionale ha espresso una valutazione positiva per i risultati specifici e gli esiti anche dimostrativi delle sperimentazioni effettuate, ed ha espresso l'indirizzo di intensificare, ampliare e sistematizzare la portata delle iniziative volte alla riduzione delle liste di attesa e di consolidare i pregevoli risultati conseguiti, tenendo conto anche di quanto rappresentato in sede di Tavolo tecnico nazionale per la verifica degli adempimenti regionali per il rispetto del patto di stabilità in materia sanitaria, invitando a considerare forme e modalità idonee per collegare l'utilizzo delle risorse aziendali destinate alla remunerazione della produttività e dei risultati anche agli obiettivi prioritari di riduzione dei tempi delle liste d'attesa.

Il dirigente

Dr. Raffaele Giordano



6. Elenco degli allegati

| <i>Cod</i> | <i>Allegato</i> | | | <i>Rif. Sezione documento</i> |
|------------|--|------------|-------------|-------------------------------|
| A. | Esiti ultime 3 rilevazioni liste e tempi di attesa per 10 prestazioni individuate (20 ottobre 2004, 20 aprile 2005, 20 ottobre 2005) | | | 2 |
| B. | Tabelle dati del CUP sullo prestazioni domenicali anni 2004 e 2005 | | | 3 |
| C. | Documentazione sul progetto pilota dell'AUSL n.5 per l'acquisizione di prestazioni finalizzate alla riduzione dei tempi di attesa | | | 4 |
| D. | Documentazione sul progetto pilota di sperimentazione dell'A.O. "San Carlo" per il contenimento della mobilità sanitaria passiva e la riduzione delle liste d'attesa | | | 4 |
| E. | Delibere di Giunta Regionale | | | 2-3 |
| | <i>atto</i> | <i>nr.</i> | <i>anno</i> | |
| | DGR | 10 | 2005 | |
| | DGR | 2525 | 2002 | |
| | DGR | 366 | 2002 | |

6.A. – Risultati rilevazione tempi e liste di attesa

Sono di seguito riportate le rilevazioni eseguite nei seguenti giorni indice:

- A) 20/10/2004
- B) 20/04/2005
- C) 20/10/2005

Una precedente rilevazione sperimentale era stata effettuata nel mese di gennaio 2004.

La rilevazione ha riguardato tutte le strutture pubbliche e private accreditate ricadenti all'interno dei territori delle 5 Aziende Sanitarie territoriali (comprese le strutture dell'Azienda Ospedaliera e del CROB).

Per l'ultima delle osservazioni (20/10/2005) è allegato anche l'esito delle analisi comparative effettuate dal Ministero della Salute rispetto alla media interregionale.

Emerge un posizionamento dei tempi di attesa generalmente incluso entro le fasce medie di tolleranza su scala interregionale, con contenuti sfasamenti negativi (maggiori tempi di attesa) ed una serie di sfasamenti positivi (minori tempi di attesa).

E' rappresentato infine un quadro comparativo degli esiti delle 3 rilevazioni, anche con il calcolo dei seguenti indici:

- Performance tendenziale rispetto agli utenti in lista ad inizio giornata;
- Quota di liste chiuse rispetto alle liste aperte;
- Turn-over di nuove prenotazioni rispetto a quelle presenti ad inizio giornata.

Nel complesso emerge un quadro di sostanziale tenuta delle performance con:

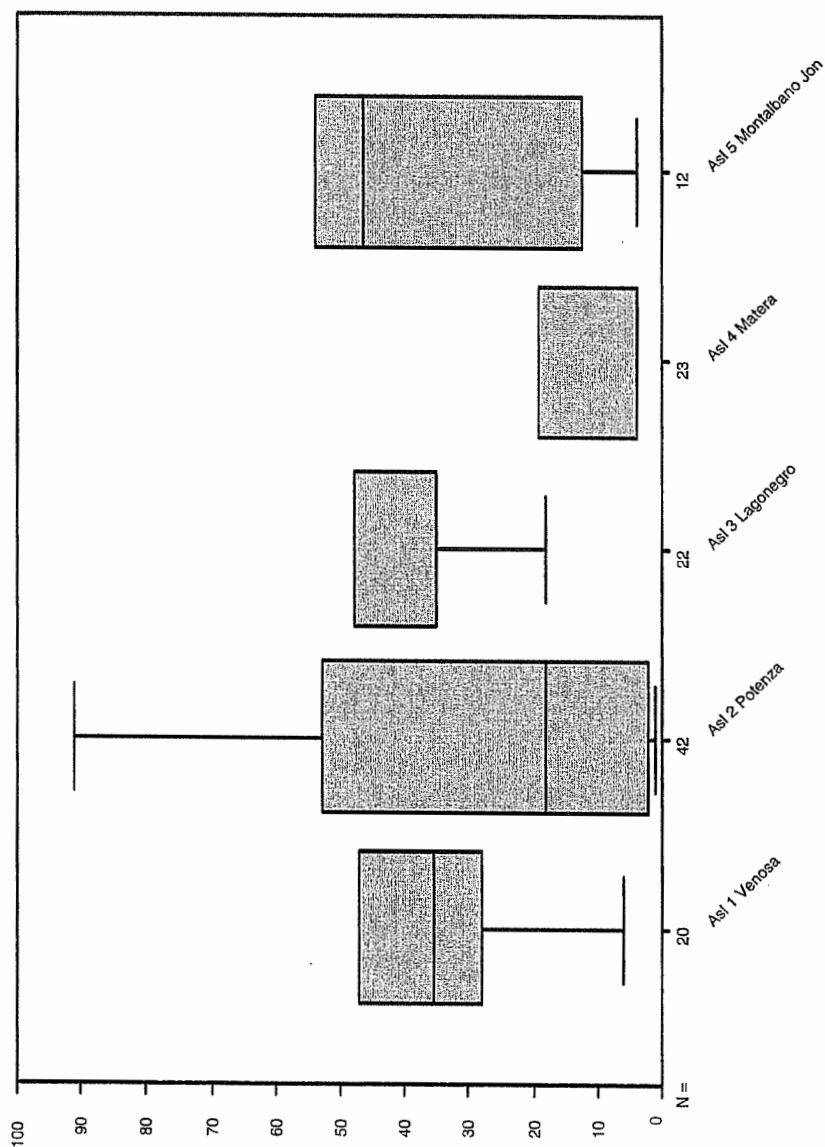
- tendenziale contenimento del numero di prenotazioni giacenti;
- posizionamento dei tempi di attesa generalmente entro la media delle rilevazioni interregionali (giorno indice 20/10/2005);
- contenuto numero di liste chiuse e comunque con trend in riduzione, anche per effetto del monitoraggio regionale in sintonia con l'analisi ministeriali dei tempi di attesa;
- contenuto turn-over (in termini di nuove prenotazioni pervenute rispetto alle prenotazioni in giacenza), che denota una sostanziale scorrevolezza dell'effettuazione delle prenotazioni effettuate, pur con differenziazioni tra i diversi ambiti territoriali.

XIV LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

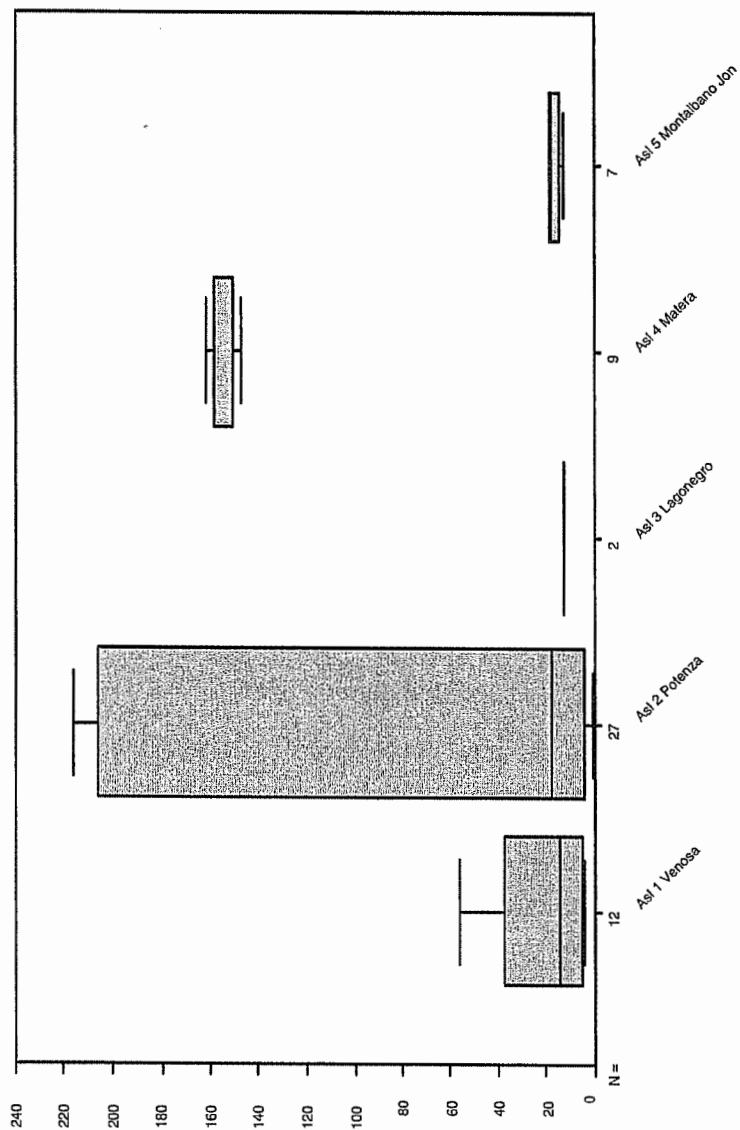
| | | Rilevazione tempi di attesa del giorno indice 20/04/2005 per le 10 prestazioni individuate dal Ministero della Salute | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|--|----|--|---|--|----|--|---|--|----|--|---|------------------------------|----|--|---|---|---|-----|---|-----|---|-----|----|-----|---|-----|---|----|----|-----|---|---|----|-----|---|---|----|
| | | Ecografia dell'addome superiore (88.74.1), (88.74.2), (88.74.3), (88.74.4) | | Eco (color) doppler dei tronchi sovra-ortici (88.73.5), eco (color) dopplerografia degli arti superiori, inferiori, distrettuale (88.77.2) | | Esofagogastroduodenoscopia (45.13), Esofagogastroduodenoscopia con biopsia (45.16) | | RM della colonna, senza e con contrasto (89.09, 87.03.1) | | RM cerebrale e del tronco encefalico, con e senza contrasto (89.01.4, 88.01.2) | | TAC del capo, senza e con contrasto (89.09, 87.03.1) | | TAC dell'addome, tutti i codici (88.01.1, 88.01.2, 88.01.3, 88.01.4, 88.01.5, 88.01.6) | | Visita specialistica (93.02) | | Visita generale (89.7) nella branca di ortopedia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Asi | Den. Erogatore | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | Ospedale Venosa | 278 | 4 | 0 | 4 | 137 | 5 | 1 | 19 | 31 | 1 | 0 | 3 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 766 | 5 | 2 | 6 | 667 | 2 | 1 | 2 | 0 | 0 | | | | | | | | |
| 101 | Ospedale Melfi | 171 | 3 | 0 | 6 | 56 | 5 | 0 | 7 | 16 | 1 | 0 | 3 | 0 | 0 | 5 | 3 | 0 | 0 | 9 | 3 | 0 | 0 | 88 | 1 | 1 | 11 | 0 | 0 | 2 | 0 | 82 | 2 | 0 | 2 | | | | | | |
| 101 | Ospedale Pescopagano | 0 | 0 | 4 | 0 | 35 | 1 | 1 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 | | | | | | |
| 101 | Distretto Genzano di Lucania | 13 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | | | | | | |
| 101 | Distretto Venosa | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | | | | | | |
| 101 | Distretto Melfi | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| 101 | Distretto Riccio | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| 101 | Distretto Lavello | 20 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| 101 | Sub Distretto Palazzo San Gervasio | 27 | 1 | 0 | 14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| 101 | Ospedale Oncologico Regionale | 738 | 3 | 0 | 13 | 24 | 1 | 0 | 3 | 150 | 1 | 0 | 6 | 212 | 4 | 0 | 20 | 61 | 4 | 0 | 7 | 48 | 1 | 0 | 1 | 196 | 1 | 0 | 4 | 83 | 2 | 0 | 4 | 0 | 0 | | | | | | |
| 102 | Ospedale Villa D'Agri | 375 | 4 | 0 | 16 | 1302 | 7 | 0 | 14 | 44 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| 102 | Poliambulatorio Potenza | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| 102 | Poliambulatorio Sant'Arcangelo | 97 | 3 | 0 | 3 | 27 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| 102 | Az. Osped. San Carlo - Potenza | 749 | 9 | 1 | 15 | 492 | 4 | 0 | 15 | 183 | 1 | 0 | 13 | 138 | 2 | 0 | 1 | 93 | 2 | 0 | 6 | 148 | 1 | 0 | 1 | 147 | 1 | 0 | 4 | 419 | 3 | 4 | 25 | 408 | 9 | 0 | 20 | 240 | 2 | 0 | 21 |
| 102 | Clinica Luccioni | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 102 | Villa Esarica | 2 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 103 | Ospedale di Maratea | 23 | 2 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 103 | Ospedale di Lauria | 125 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 103 | Ospedale di Lagonegro | 177 | 1 | 0 | 9 | 293 | 3 | 0 | 13 | 15 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 103 | Ospedale di Chiaromonte | 35 | 1 | 0 | 2 | 21 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 103 | Poliambulatorio di Senise | 120 | 3 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 103 | Poliambulatorio di Robonda | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 103 | Pol. Latronico | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 103 | Pol. Med. Polisalus | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 104 | Ospedale Matera | 373 | 5 | 0 | 6 | 715 | 6 | 0 | 10 | 82 | 1 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 104 | Presidio Ospedaliero Triconto | 20 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 104 | Poliambulatorio Matera (Via Montescaglioso) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 104 | Distretto Ferrandina | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 104 | Distretto Bernabida | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 104 | Distretto Grassano | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 104 | Distretto Ischia | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 104 | Centro radiologico Madonna della Bruna | 45 | 0 | 0 | 10 | 35 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | |
| 104 | Centro radiologico Iuciano | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 105 | Ospedale Policoro | 555 | 3 | 1 | 7 | 279 | 2 | 1 | 12 | 54 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 105 | Ospedale Trinch | 137 | 3 | 0 | 3 | 101 | 1 | 0 | 0 | 87 | 1 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 105 | Ospedale Sigillano | 59 | 4 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 1 | 5 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 105 | Distretto Policoro | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 105 | Distretto Policoro | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 105 | Distretto Policoro | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 105 | Distretto Policoro | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 105 | Distretto Policoro | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 105 | Distretto Turi | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |

Legenda: 1) Utenti in lista, 2) Agende Aperte, 3) Agende chiuse, 4) Nuove prenotazioni in giorno indice

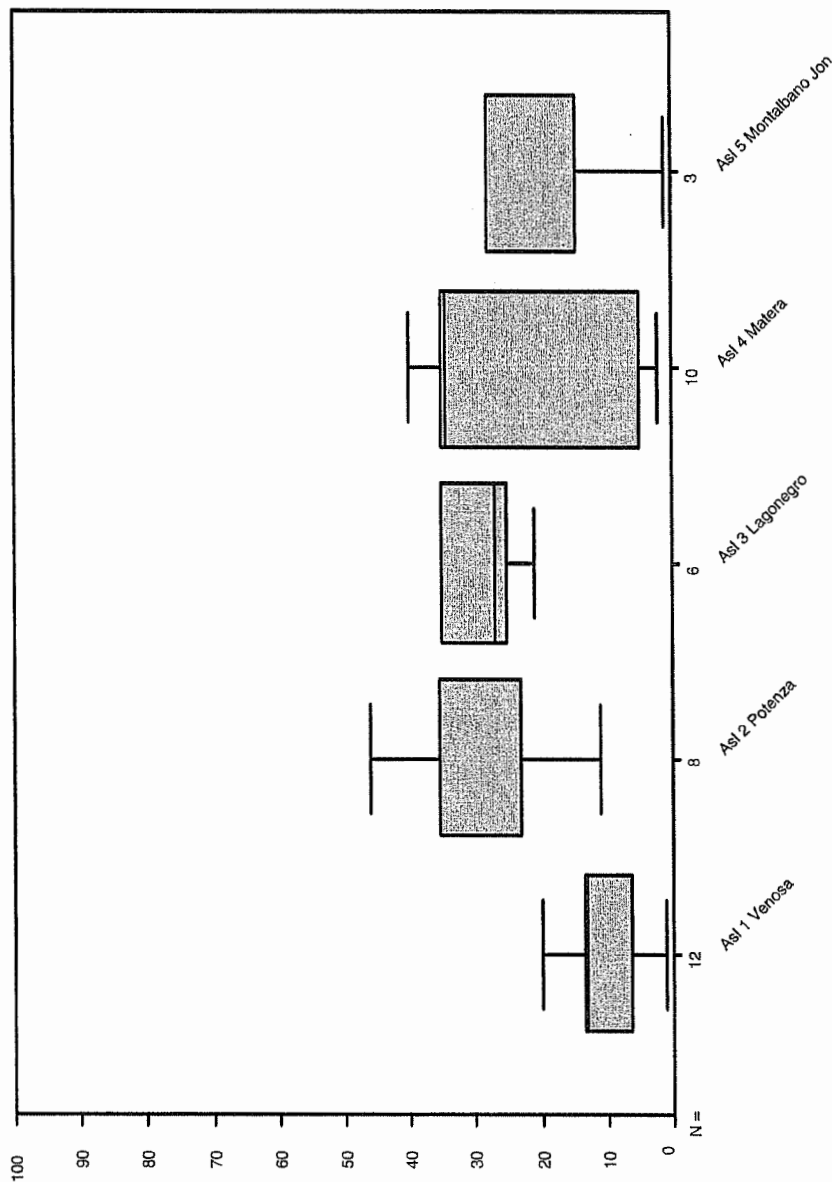
Regione Basilicata: Distribuzione dei giorni di attesa per ECOGRAFIA DELL'ADDOME (1) assegnati ai pazienti nella ASL — Ottobre 2005



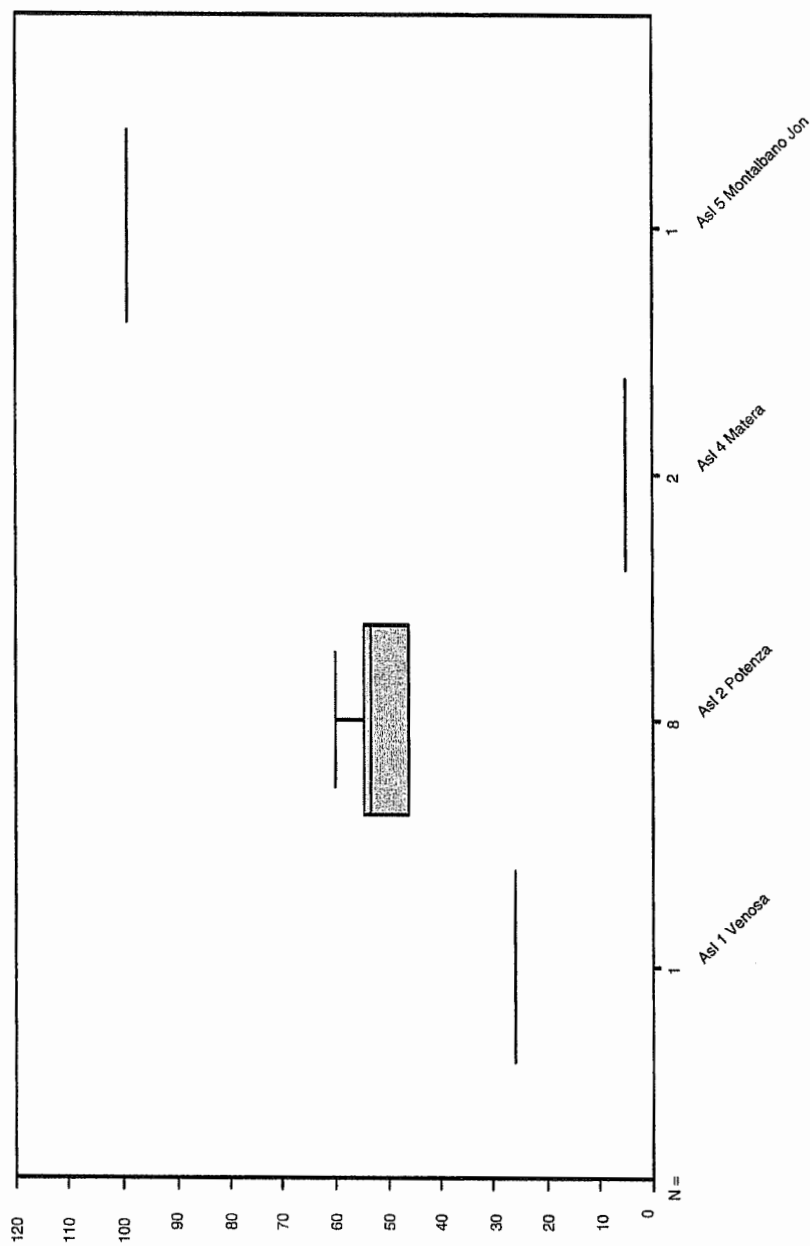
**Regione Basilicata: Distribuzione dei giorni di attesa per ECOLOGOROPPLER (2) assegnati ai pazienti nella ASL - -
Ottobre 2005**



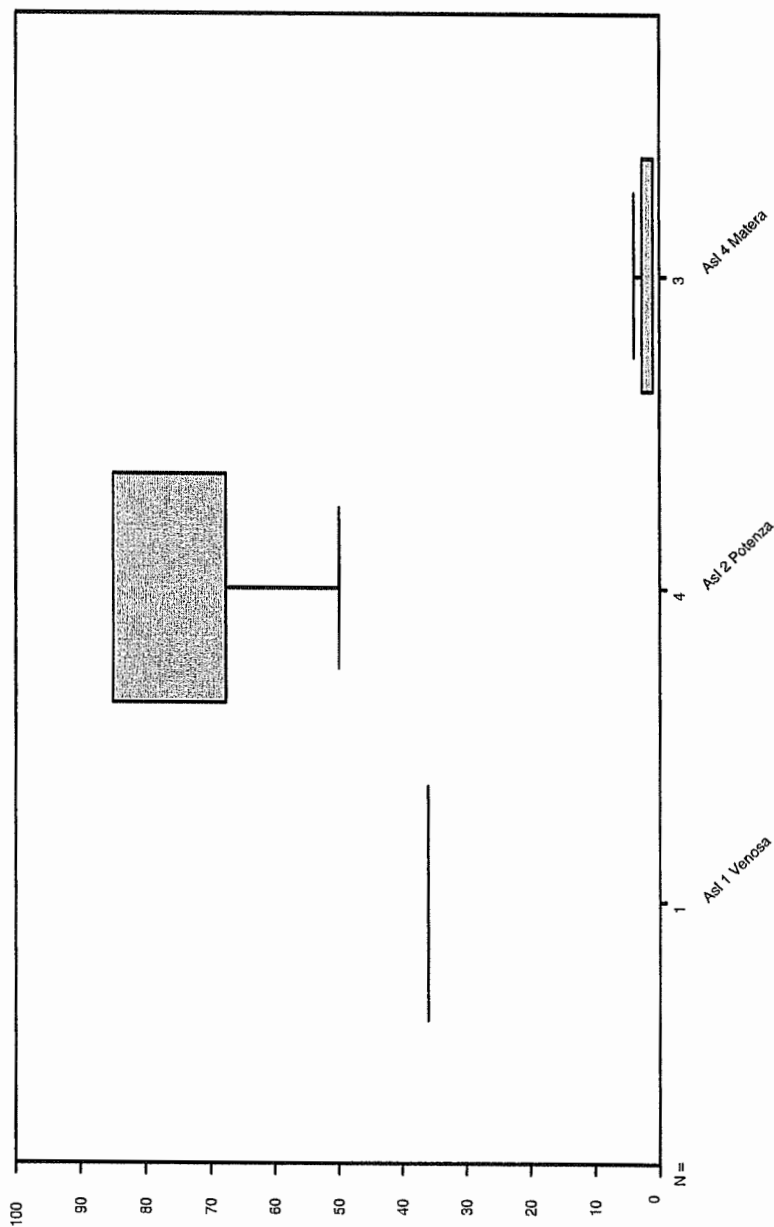
**Regione Basilicata: Distribuzione dei giorni di attesa per ESOFAGODUODENOSCOPIA (3) assegnati ai pazienti nella ASL —
Ottobre 2005**



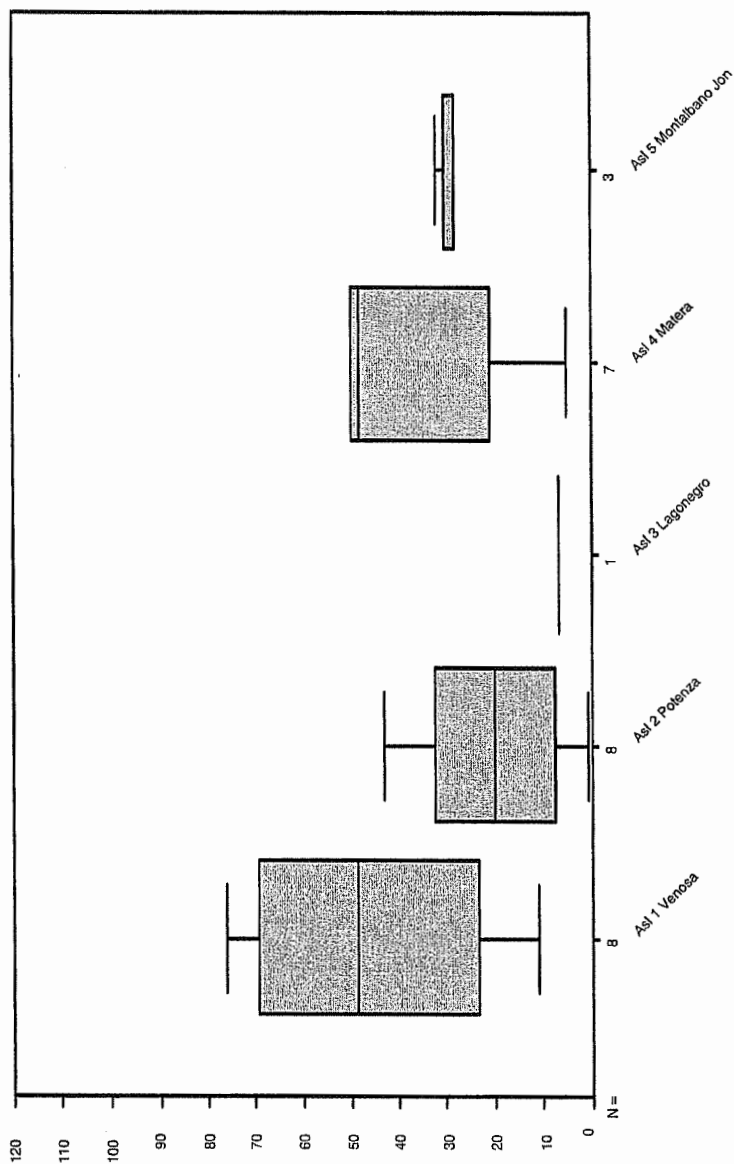
**Regione Basilicata: Distribuzione dei giorni di attesa per RM CEREBRALE (5) assegnati ai pazienti nella ASL --
Ottobre 2005**



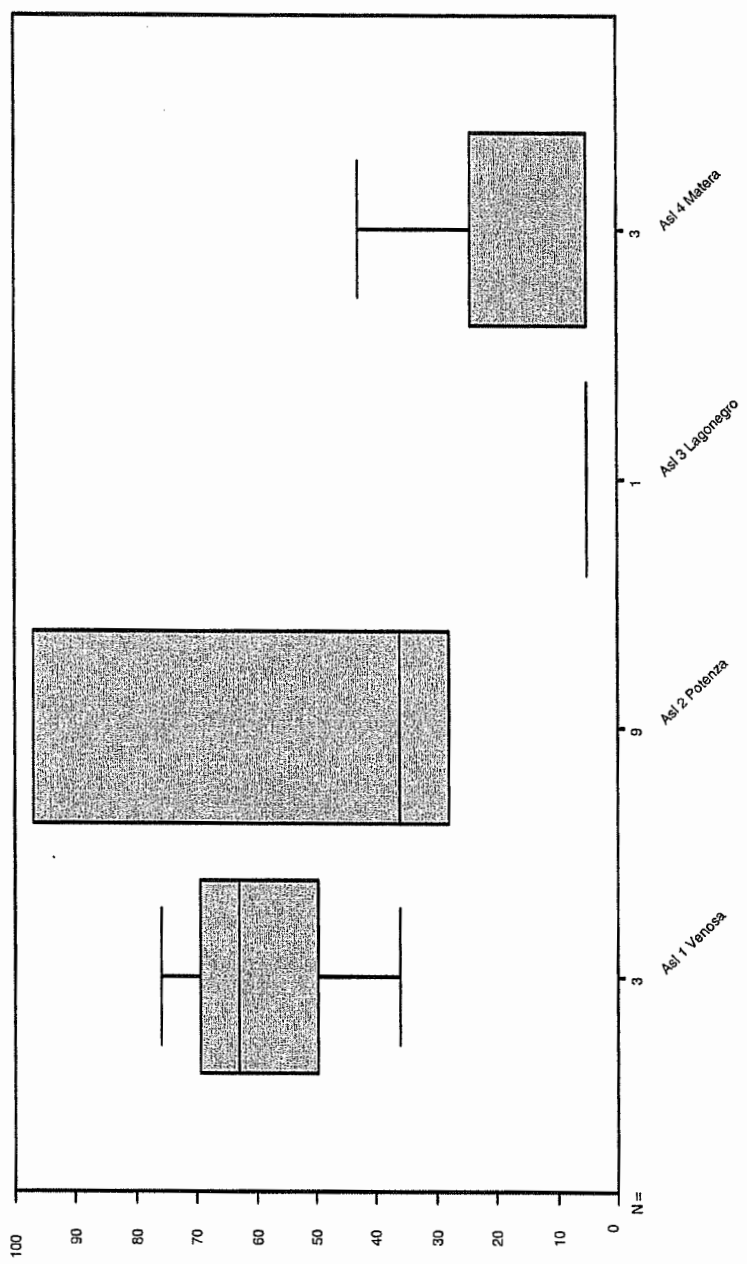
**Regione Basilicata: Distribuzione dei giorni di attesa per RM DELLA COLONNA (4) assegnati ai pazienti nella ASL --
Ottobre 2005**



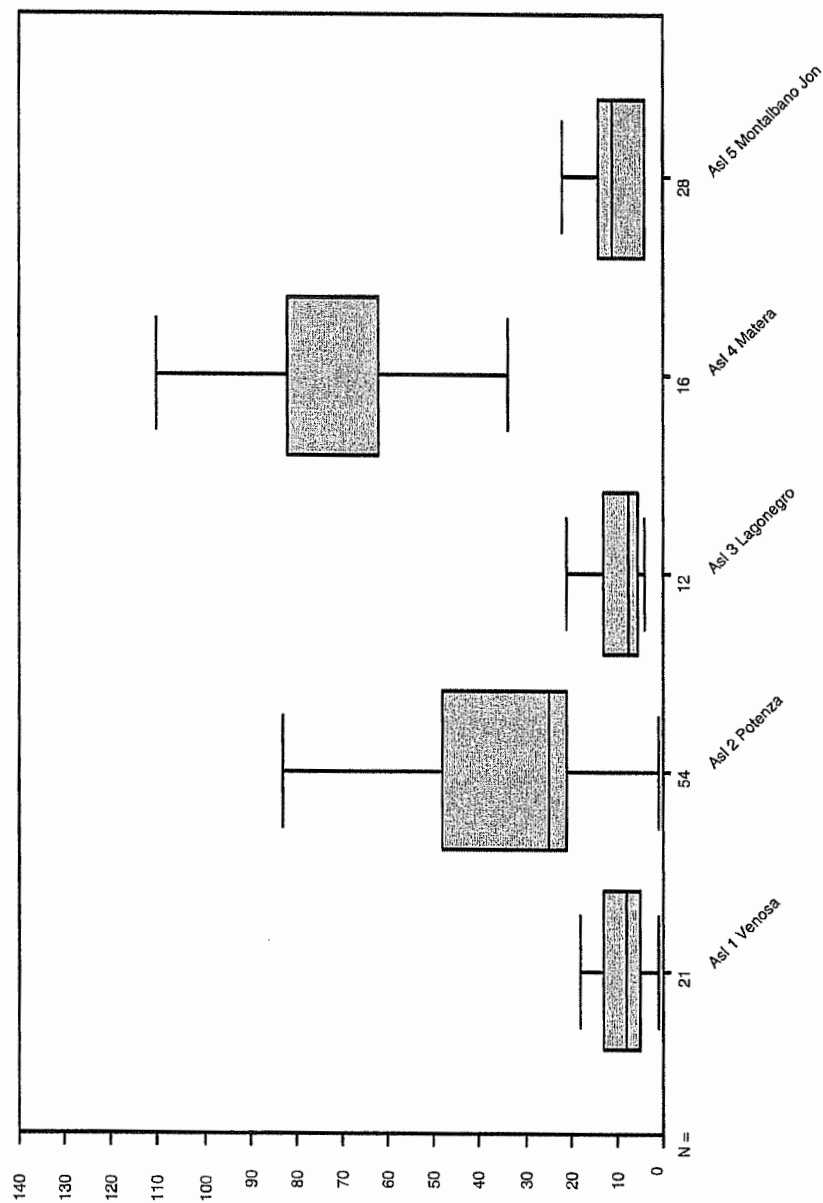
**Regione Basilicata: Distribuzione dei giorni di attesa per TAC DELL'ADDOME (7) assegnati ai pazienti nella ASL -
Ottobre 2005**



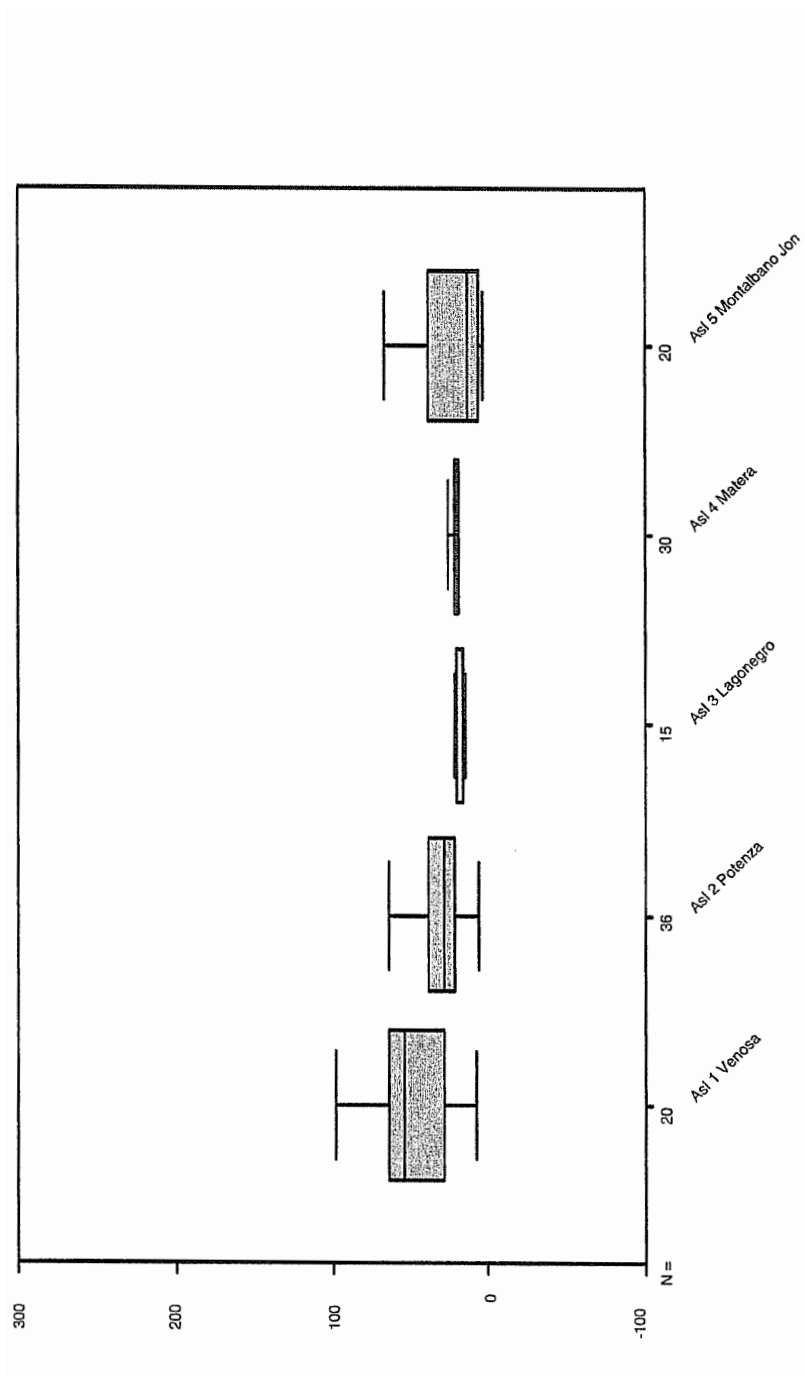
**Regione Basilicata: Distribuzione dei giorni di attesa per TAC DEL CAPO (6) assegnati ai pazienti nella ASL -
Ottobre 2005**



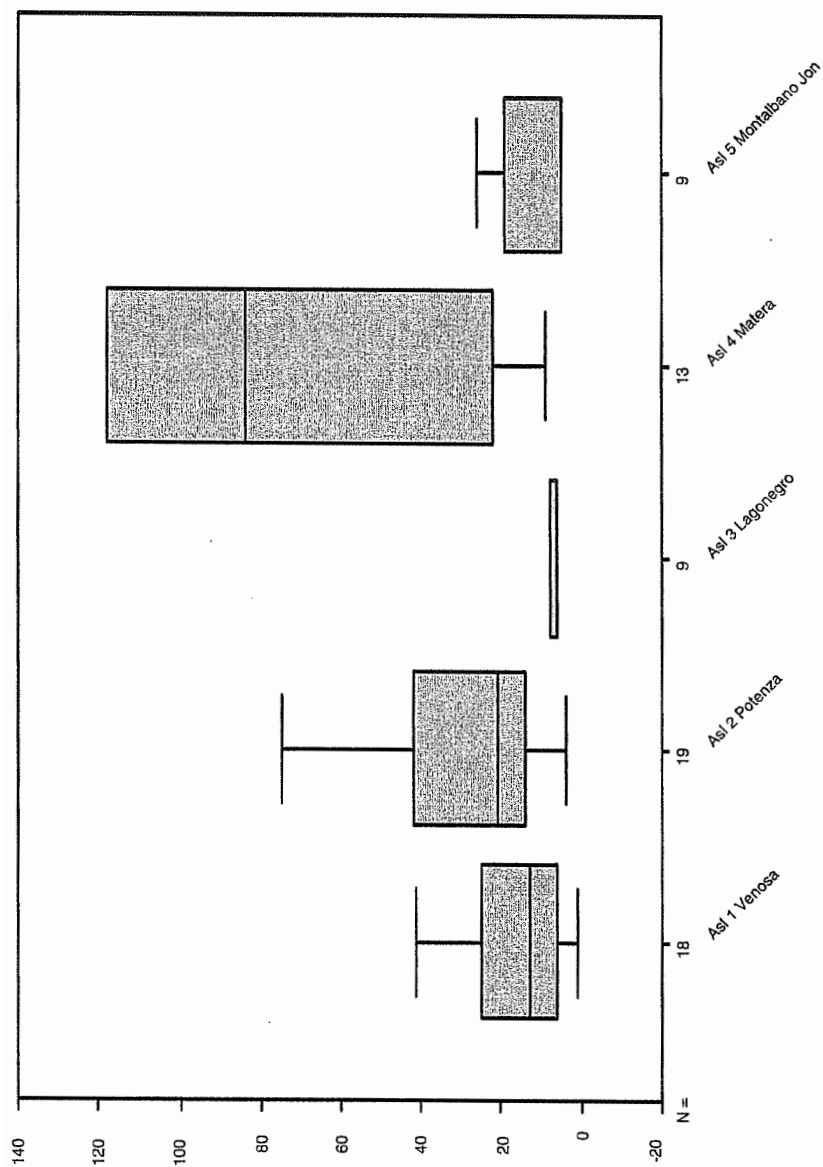
**Regione Basilicata: Distribuzione dei giorni di attesa per VISITA CARDIOLOGICA (8) assegnati ai pazienti nella ASL -
Ottobre 2005**



**Regione Basilicata: Distribuzione dei giorni di attesa per VISITA OCULISTICA (9) segnati ai pazienti nella ASL -
Ottobre 2005**



**Regione Basilicata: Distribuzione dei giorni di attesa per VISITA ORTOPEDICA (10) assegnati ai pazienti nella ASL
Ottobre 2005**



La comparazione delle ultime tre rilevazioni mostra il seguente quadro, articolato per territorio di riferimento delle strutture oggetto di osservazione.

6.B. - Dettaglio prestazioni domenicali anni 2004 e 2005

B.1) Numero di prestazioni erogate di domenica nell'anno 2004

| Prestazioni (anno 2004) | 101 | 102 | 103 | 104 | 105 | 121 | Totale | % |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--------|------|
| Risonanza magnetica nucleare (rm) della colonna lombosacrale | | | | | | 44 | 44 | 7,2% |
| Anamnesi e valutazione complessive : stesura del piano di emodialisi o di dialisi peritoneale | | | | | 43 | | 43 | 7,0% |
| Emodialisi in bicarbonato e membrane molto biocompatibili | | | | | 43 | | 43 | 7,0% |
| Emogasanalisi arteriosa sistemica | | | | | 43 | | 43 | 7,0% |
| Visita nefrologica di controllo | | | | | 43 | | 43 | 7,0% |
| Infusione di sostanze ormonali | | | | | 39 | | 39 | 6,4% |
| Visita neurologica | 34 | | | | | | 34 | 5,5% |
| Droghe d'abuso | | | | | 28 | | 28 | 4,6% |
| Droghe d'abuso:cannabinoidi | | | | | 28 | | 28 | 4,6% |
| Droghe d'abuso:cocaina | | | | | 28 | | 28 | 4,6% |
| Droghe d'abuso:oppiacei | | | | | 28 | | 28 | 4,6% |
| Risonanza magnetica nucleare (rm) della colonna cervicale | | | | | | 26 | 26 | 4,2% |
| Velocita' di conduzione nervosa sensitiva. Per nervo. | 13 | | | | | | 13 | 2,1% |
| Velocita' di conduzione nervosa motoria. Per nervo. | 13 | | | | | | 13 | 2,1% |
| Ecocolor Dopplergrafia cardiaca | | | | | 11 | | 11 | 1,8% |
| Irrigazione di catetere vascolare | | | | | 10 | | 10 | 1,6% |
| Prelievo di sangue venoso | 1 | | | | 5 | 4 | 10 | 1,6% |
| Ecografia muscolotendinea | | | | | 9 | | 9 | 1,5% |
| Ecografia osteoarticolare | | | | | 9 | | 9 | 1,5% |
| Elettromiografia di unita' motoria: esame ad ago | 9 | | | | | | 9 | 1,5% |
| Risonanza magnetica nucleare (rm) della colonna toracica | | | | | | 7 | 7 | 1,1% |
| Risposte riflesse | 7 | | | | | | 7 | 1,1% |
| Visita ortopedica o traumatologica | | | | | 1 | 6 | 7 | 1,1% |
| Emocromo: hb, gr, gb, hct, plt, ind. Deriv., f. L. | | | | | 1 | 4 | 5 | 0,8% |
| Visita ortopedica di controllo | | | | | | 4 | 4 | 0,7% |
| Eco(color)dopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuale, arteriosa o venosa | | 1 | 2 | | | | 3 | 0,5% |
| Visita pronto soccorso | | | | | 3 | | 3 | 0,5% |
| Bilirubina totale | 1 | | | | 1 | | 2 | 0,3% |
| Cardiotocografia | | 1 | | | 1 | | 2 | 0,3% |
| Ecografia cardiaca | | | | | 2 | | 2 | 0,3% |
| Elettrocardiogramma | | | | | 2 | | 2 | 0,3% |

XIV LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

| Prestazioni (anno 2004) | 101 | 102 | 103 | 104 | 105 | 121 | Totale | % |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--------|------|
| Elettroterapia di muscoli normo o denervati di altri distretti - arto superiore destro | | | | | | 2 | 2 | 0,3% |
| Es. Citologico da agoaspirazione, nas | | | | | | 2 | 2 | 0,3% |
| Monitoraggio in continuo della glicemia per 24-48 ore | | | | | | 2 | 2 | 0,3% |
| Pulizia di ferita, nas | | | | | 1 | 1 | 2 | 0,3% |
| Rieducazione motoria individuale in motuleso segmentale semplice | | | | | | 2 | 2 | 0,3% |
| Risonanza magnetica nucleare (rm) della colonna lombosacrale, senza e con contrasto | | | | | | 2 | 2 | 0,3% |
| Transaminasi:ast(got) / alt (gpt) | 1 | | | | | 1 | 2 | 0,3% |
| Visita cardiologica | | | | | 2 | | 2 | 0,3% |
| Visita chirurgia plastica di controllo | | | | | | 2 | 2 | 0,3% |
| Visita ematologica | | | | | | 2 | 2 | 0,3% |
| Visita neurologica di controllo | 2 | | | | | | 2 | 0,3% |
| Bilirubina totale e frazionata | 1 | | | | | | 1 | 0,2% |
| Creatinina [s] | | | | | | 1 | 1 | 0,2% |
| Eco(color)doppler dei tronchi sovraaortici | | | | | 1 | | 1 | 0,2% |
| Eco(color)dopplergrafia degli arti inferiori - venosa | 1 | | | | | | 1 | 0,2% |
| Elettroencefalogramma | 1 | | | | | | 1 | 0,2% |
| Esame parziale dell'occhio | | | | 1 | | | 1 | 0,2% |
| Ferritina [p/(sg)er] | | | | | 1 | | 1 | 0,2% |
| Fosfatasi alcalina | 1 | | | | | | 1 | 0,2% |
| Gamma glutamil transpeptidasi (gamma gt) [s] | 1 | | | | | | 1 | 0,2% |
| Irradiazione infrarossa | 1 | | | | | | 1 | 0,2% |
| Lattato deidrogenasi (ldh) [s] | | | | | | 1 | 1 | 0,2% |
| Medicazione catetere venoso centrale | | | | | | 1 | 1 | 0,2% |
| Potassio [s] | | | | | | 1 | 1 | 0,2% |
| Prelievo di sangue capillare | | | | | 1 | | 1 | 0,2% |
| Radiografia del piede | | 1 | | | | | 1 | 0,2% |
| Radiografia della caviglia | | 1 | | | | | 1 | 0,2% |
| Radiografia della colonna toracica (dorsale) | | | | | 1 | | 1 | 0,2% |
| Risonanza magnetica nucleare (rm) del cervello e del tronco encefalico, senza e con contrasto | | | | | | 1 | 1 | 0,2% |
| Risonanza magnetica nucleare (rm) della colonna cervicale, senza e con contrasto | | | | | | 1 | 1 | 0,2% |
| Risonanza magnetica nucleare (rm) della colonna toracica, senza e con contrasto | | | | | | 1 | 1 | 0,2% |
| Sodio [s] | | | | | | 1 | 1 | 0,2% |
| Studio del campo visivo | | | | | 1 | | 1 | 0,2% |
| Tempo di protrombina (pt) | | | | | 1 | | 1 | 0,2% |
| Tempo di tromboplastina parziale (ptt) | | | | | 1 | | 1 | 0,2% |

XIV LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

| Prestazioni (anno 2004) | 101 | 102 | 103 | 104 | 105 | 121 | Totale | % |
|---|-----------|----------|----------|----------|------------|------------|------------|---------------|
| Tiroxina libera (ft4) | | | | | 1 | | 1 | 0,2% |
| Tonometria | | | | | 1 | | 1 | 0,2% |
| Triiodotironina libera (ft3) | | | | | 1 | | 1 | 0,2% |
| Ultrasonoterapia - arto superiore destro | | | | | | 1 | 1 | 0,2% |
| Urea [s] | | | | | | 1 | 1 | 0,2% |
| Virus epatite b (hbsag, anti- hbsag, hbeag, anti-hbeag, anti- hbc totali, anti-hbc igm) | | | | | 1 | | 1 | 0,2% |
| Virus epatite c [hcv] anticorpi | | | | | 1 | | 1 | 0,2% |
| Virus immunodef. Acquisita [hiv 1-2] anticorpi | | | | | 1 | | 1 | 0,2% |
| Visita cardiologica di controllo | | | | | 1 | | 1 | 0,2% |
| Visita epatologica | | | | | | 1 | 1 | 0,2% |
| Visita internistica | | | 1 | | | | 1 | 0,2% |
| Visita oncologica di controllo | | | | | | 1 | 1 | 0,2% |
| Totale | 87 | 4 | 3 | 1 | 395 | 123 | 613 | 100,0% |
| | 14,2% | 0,7% | 0,5% | 0,2% | 64,4% | 20,1% | 100,0% | |

B.2) Numero di prestazioni erogate di domenica nell'anno 2005

| Prestazione (anno 2005) | AUSL 1 | AUSL 2 | AUSL 3 | AUSL 4 | AUSL 5 | San Carlo | Totale | % |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------------|---------------|----------|
| Risonanza magnetica nucleare (rm) della colonna lombosacrale | | | | | | 371 | 371 | 20,4% |
| Risonanza magnetica nucleare (rm) della colonna cervicale | | | | | | 193 | 193 | 10,6% |
| Visita urologica | | | | | 124 | | 124 | 6,8% |
| Risonanza magnetica nucleare (rm) della colonna toracica | | | | | | 64 | 64 | 3,5% |
| Risonanza magnetica nucleare (rm) del cervello e del tronco encefalico, senza e con contrasto | | | | | | 53 | 53 | 2,9% |
| Ecocolordopplergrafia cardiaca | | | | | 52 | | 52 | 2,9% |
| Visita urologica di controllo | | | | | 50 | | 50 | 2,7% |
| Visita neurologica | 45 | | | | | | 45 | 2,5% |
| Prelievo di sangue venoso | | | | 28 | 15 | | 43 | 2,4% |
| Emocromo: hb, gr, gb, hct, plt, ind. Deriv., f. L. | | | | 23 | 14 | | 37 | 2,0% |
| Risonanza magnetica nucleare (rm) del cervello e del tronco encefalico | | | | | | 37 | 37 | 2,0% |
| Velocita' di conduzione nervosa sensitiva. Per nervo. | 33 | | | | 3 | | 36 | 2,0% |
| Velocita' di conduzione nervosa motoria. Per nervo. | 33 | | | | 3 | | 36 | 2,0% |
| Elettromiografia di unita' motoria: esame ad ago | 31 | | | | | | 31 | 1,7% |
| Ecografia osteoarticolare | | | | | 28 | | 28 | 1,5% |
| Risposte riflesse | 26 | | | | | | 26 | 1,4% |
| Ecografia muscolotendinea | | | | | 23 | | 23 | 1,3% |
| Gamma glutamil transpeptidasi (gamma gt) [s/u] | | | | 8 | 12 | | 20 | 1,1% |
| Colesterolo totale | | | | 8 | 11 | | 19 | 1,0% |
| Ferritina [p/(sg)er] | | | | 3 | 15 | | 18 | 1,0% |
| Risonanza magnetica nucleare (rm) della colonna cervicale, senza e con contrasto | | | | | | 18 | 18 | 1,0% |
| Trigliceridi | | | | 7 | 11 | | 18 | 1,0% |
| Urine esame chimico fisico e microscopico | | | | 18 | | | 18 | 1,0% |
| Visita neurologica di controllo | 18 | | | | | | 18 | 1,0% |
| Urato [s] | | | | 7 | 10 | | 17 | 0,9% |

XIV LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

| Prestazione (anno 2005) | AUSL 1 | AUSL 2 | AUSL 3 | AUSL 4 | AUSL 5 | San Carlo | Totale | % |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------------|--------|------|
| Urea [s] | | | | 9 | 8 | | 17 | 0,9% |
| Bilirubina totale e frazionata | | | | 4 | 12 | | 16 | 0,9% |
| Creatinina [s] | | | | 5 | 11 | | 16 | 0,9% |
| Ferro [s] | | | | 5 | 11 | | 16 | 0,9% |
| Transaminasi:ast(got) / alt (gpt) | | | | 4 | 12 | | 16 | 0,9% |
| Risonanza magnetica nucleare (rm) della colonna lombosacrale, senza e con contrasto | | | | | | 15 | 15 | 0,8% |
| Fosfatasi alcalina | | | | 4 | 10 | | 14 | 0,8% |
| Glucosio [s] | | | | 4 | 10 | | 14 | 0,8% |
| Calcio totale [s] | | | | 3 | 10 | | 13 | 0,7% |
| Ecografia cardiaca | | | | | 13 | | 13 | 0,7% |
| Elettroliti (s):sodio e potassio entrambi | | | | 3 | 10 | | 13 | 0,7% |
| Alanina aminotransferasi (alt) (gpt) [s] | | | | 12 | | | 12 | 0,7% |
| Aspartato aminotransferasi (ast) (got) [s] | | | | 12 | | | 12 | 0,7% |
| Glucosio [s/p/u/du/la] | | | | 11 | | | 11 | 0,6% |
| Cloruro [s] | | | | | 10 | | 10 | 0,5% |
| Proteine [s] | | | | | 10 | | 10 | 0,5% |
| Visita pronto soccorso | | | | | 10 | | 10 | 0,5% |
| Elettromiografia semplice [emg] | 9 | | | | | | 9 | 0,5% |
| Risonanza magnetica nucleare (rm) della colonna toracica, senza e con contrasto | | | | | | 8 | 8 | 0,4% |
| Angio- rm del distretto vascolare intracranico | | | | | | 7 | 7 | 0,4% |
| Elettrocardiogramma | 1 | | | | 6 | | 7 | 0,4% |
| Bilirubina totale | | | | 6 | | | 6 | 0,3% |
| Creatinina [s/u/du/la] | | | | 6 | | | 6 | 0,3% |
| Risonanza magnetica nucleare (rm) della sella turcica, senza e con contrasto | | | | | | 6 | 6 | 0,3% |
| Tireotropina (tsh) | | | | 5 | | | 5 | 0,3% |
| Velocita' di sedimentazione delle emazie (ves) | | | | 5 | | | 5 | 0,3% |
| Antigene prostatico specifico (psa) | | | | 3 | 1 | | 4 | 0,2% |
| Proteina c reattiva (quantitativa) | | | | 4 | | | 4 | 0,2% |
| Proteine (elettroforesi delle) [s] | | | | 4 | | | 4 | 0,2% |
| Tiroxina libera (ft4) | | | | 4 | | | 4 | 0,2% |
| Triiodotironina libera (ft3) | | | | 4 | | | 4 | 0,2% |
| Visita psichiatrica di controllo | | | | | 4 | | 4 | 0,2% |
| Antigene carcino embrionario (cea) | | | | 3 | | | 3 | 0,2% |

XIV LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

| Prestazione (anno 2005) | AUSL 1 | AUSL 2 | AUSL 3 | AUSL 4 | AUSL 5 | San Carlo | Totale | % |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------------|--------|------|
| Ecografia trasrettale | | | | | 3 | | 3 | 0,2% |
| Gamma glutamil transpeptidasi (gamma gt) [s] | | | | 3 | | | 3 | 0,2% |
| Tempo di protrombina (pt) | | | | 3 | | | 3 | 0,2% |
| Antigene carboidratico 19.9 (ca 19.9) | | | | 2 | | | 2 | 0,1% |
| Cardiotocografia | | 1 | | | 1 | | 2 | 0,1% |
| Cateterismo vescicale | | | | | 2 | | 2 | 0,1% |
| Colesterolo hdl | | | | 1 | 1 | | 2 | 0,1% |
| Eco(color)doppler dei tronchi sovraaortici | | | | | 2 | | 2 | 0,1% |
| Ecografia del bacino per screening lussazione congenita dell'anca | | | | 2 | | | 2 | 0,1% |
| Elettroencefalogramma | 2 | | | | | | 2 | 0,1% |
| Potassio [s] | | | | 2 | | | 2 | 0,1% |
| Potenziali evocati somato-sensoriali | 2 | | | | | | 2 | 0,1% |
| Radiografia della colonna cervicale | | 1 | | | 1 | | 2 | 0,1% |
| Reazione di waaler rose | | | | | 2 | | 2 | 0,1% |
| Risonanza magnetica nucleare (rm) delle orbite | | | | | | 2 | 2 | 0,1% |
| Sodio [s] | | | | 2 | | | 2 | 0,1% |
| Spazio intersomatico o metamero aggiuntivo in corso di tc del rachide [cervicale, toracico, lombosacrale], spinale | | | | | | 2 | 2 | 0,1% |
| Tempo di tromboplastina parziale (ptt) | | | | 2 | | | 2 | 0,1% |
| Test di ischemia prolungata | 2 | | | | | | 2 | 0,1% |
| Tomografia computerizzata (tc) del rachide lombosacrale | | | | | | 2 | 2 | 0,1% |
| Urinocoltura | | | | 2 | | | 2 | 0,1% |
| Virus epatite b [hbv] anticorpi hbcag | | | | 2 | | | 2 | 0,1% |
| Virus epatite c [hcv] anticorpi | | | | 2 | | | 2 | 0,1% |
| Visita cardiologica | | | | | 2 | | 2 | 0,1% |
| Visita neonatale | | | | 2 | | | 2 | 0,1% |
| Visita ortopedica o traumatologica | | | | | 2 | | 2 | 0,1% |
| Visita psichiatrica | | | | | 2 | | 2 | 0,1% |
| (Laser)dopplergrafia degli arti superiori o inferiori - arteriosa | | | | | 1 | | 1 | 0,1% |
| (Laser)dopplergrafia degli arti superiori o inferiori - venosa | | | | | 1 | | 1 | 0,1% |
| Alfa 1 fetoproteina [s/la/alb] | | | | 1 | | | 1 | 0,1% |
| Angio- rm dei vasi del collo | | | | | | 1 | 1 | 0,1% |

XIV LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

| Prestazione (anno 2005) | AUSL 1 | AUSL 2 | AUSL 3 | AUSL 4 | AUSL 5 | San Carlo | Totale | % |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------------|--------|------|
| Antigene carboidratico 125 (ca 125) | | | | 1 | | | 1 | 0,1% |
| Antigene carboidratico 15.3 (ca 15.3) | | | | 1 | | | 1 | 0,1% |
| Antigene ta 4 (scc) | | | | 1 | | | 1 | 0,1% |
| Antitrombina iii funzionale | | | | 1 | | | 1 | 0,1% |
| Apparecchio gessato: avambraccio-mano | | | | | 1 | | 1 | 0,1% |
| Beta2 microglobulina [s] | | | | 1 | | | 1 | 0,1% |
| Calcio totale [u] | | | | 1 | | | 1 | 0,1% |
| Colesterolo ldl | | | | | 1 | | 1 | 0,1% |
| Colloquio psicologico clinico | | 1 | | | | | 1 | 0,1% |
| Creatinina clearance | | | | 1 | | | 1 | 0,1% |
| Eco(color)dopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuale - arteriosa | | | | | 1 | | 1 | 0,1% |
| Eco(color)dopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuale - venosa | | | | | 1 | | 1 | 0,1% |
| Ecografia ostetrica | | 1 | | | | | 1 | 0,1% |
| Etanolo | | | | 1 | | | 1 | 0,1% |
| Farmaci digitali | | | | 1 | | | 1 | 0,1% |
| Fasciatura semplice | | | | | 1 | | 1 | 0,1% |
| Fattore reumatoide | | | | 1 | | | 1 | 0,1% |
| Fosforo | | | | 1 | | | 1 | 0,1% |
| Hiv 1-2 anticorpi | | | | 1 | | | 1 | 0,1% |
| Immunoglobuline iga | | | | 1 | | | 1 | 0,1% |
| Immunoglobuline igg | | | | 1 | | | 1 | 0,1% |
| Immunoglobuline igm | | | | 1 | | | 1 | 0,1% |
| Immunoglobuline: catene kappa e lambda [u] | | | | 1 | | | 1 | 0,1% |
| Lattato deidrogenasi (ldh) [s] | | | | 1 | | | 1 | 0,1% |
| Ortopanoramica delle arcate dentarie | | 1 | | | | | 1 | 0,1% |
| Osteocalcina (bcp) | | | | 1 | | | 1 | 0,1% |
| Paratormone (pth) [s] | | | | 1 | | | 1 | 0,1% |
| Piastrine (conteggio) [(sg)] | | | | 1 | | | 1 | 0,1% |
| Potenziati evocati acustici | 1 | | | | | | 1 | 0,1% |
| Radiografia del calcagno | | 1 | | | | | 1 | 0,1% |
| Radiografia del ginocchio | | 1 | | | | | 1 | 0,1% |
| Radiografia del piede | | 1 | | | | | 1 | 0,1% |
| Radiografia della colonna lombosacrale | | 1 | | | | | 1 | 0,1% |
| Radiografia della colonna toracica (dorsale) | | 1 | | | | | 1 | 0,1% |
| Risonanza magnetica nucleare (rm) delle | | | | | | 1 | 1 | 0,1% |

XIV LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

| Prestazione (anno 2005) | AUSL 1 | AUSL 2 | AUSL 3 | AUSL 4 | AUSL 5 | San Carlo | Totale | % |
|--|------------|-----------|----------|------------|------------|--------------|--------------|--------------------------|
| orbite, senza e con contrasto | | | | | | | | |
| Risonanza magnetica nucleare (rm) del massiccio facciale, senza e con contrasto | | | | | | 1 | 1 | 0,1% |
| Risonanza magnetica nucleare (rm) della sella turcica | | | | | | 1 | 1 | 0,1% |
| Streptococco anticorpi anti antistreptolisina-o [t.a.s.] | | | | 1 | | | 1 | 0,1% |
| Test percutanei e intracutanei a lettura immediata (fino a 12 allergeni) | 1 | | | | | | 1 | 0,1% |
| Tomografia computerizzata (tc) del rachide cervicale | | | | | | 1 | 1 | 0,1% |
| Tomografia computerizzata (tc) del cranio | | | | | | 1 | 1 | 0,1% |
| Transferrina [s] | | | | 1 | | | 1 | 0,1% |
| Virus epatite a [hav] anticorpi | | | | 1 | | | 1 | 0,1% |
| Virus epatite a [hav] anticorpi igm | | | | 1 | | | 1 | 0,1% |
| Virus epatite b [hbv] antigene hbsag | | | | 1 | | | 1 | 0,1% |
| Virus epatite c [hcv] analisi qualitativa di hcv rna | | | | 1 | | | 1 | 0,1% |
| Virus rosolia anticorpi (e.i.a.) Igg e igm (entrambi) | | | | 1 | | | 1 | 0,1% |
| Visita chirurgia plastica di controllo | | | | | | 1 | 1 | 0,1% |
| Visita internistica | 1 | | | | | | 1 | 0,1% |
| Visita pediatrica | | | 1 | | | | 1 | 0,1% |
| Totale | 205 | 10 | 1 | 275 | 544 | 785 | 1.820 | 100,0 % |
| | 11,3% | 0,5% | 0,1% | 15,1% | 29,9% | 43,1% | 100,0 | % |

6.C. – Documentazione del progetto dell’AUSL n.5 per la riduzione dei tempi di attesa

- Estratto della Deliberazione del D.G. n.583 del 27.09.2002 riportante “Approvazione contratto collettivo integrativo aziendale per l’area della dirigenza medica e veterinaria stipulato il 24.09.2002”, art.30 “Premio per la qualità delle prestazioni individuali”;
- Estratto del verbale della riunione del Collegio di direzione n.32 del 7.04.2005, punto 3 odg concernente proroga dei progetti finalizzati alla riduzione delle liste d’attesa;
- Deliberazione del D.G. n.840 del 29.12.2004, concernente proroga della Deliberazione n.400 dell’11.06.2004 per acquisto di prestazioni aggiuntive con risorse rivenienti da carenza di dirigenti medici cardiologi;
- Deliberazione del D.G. n.131 dell’1.03.2005 concernente “Carenza dirigenti medici cardiologi: integrazione somma impegnata con deliberazione n.840 del 29.12.2004 per acquisto prestazioni aggiuntive cardiologiche”;
- Deliberazione del D.G. n.321 del 26.04.2005 concernente “Attivazione sedute aggiuntive per effettuazione prestazioni di senologia (mammografia ed ecografia)”;
- Deliberazione del D.G. n.479 del 16.06.2005 concernente “Carenza dirigenti medici ortopedici: acquisto prestazioni aggiuntive”;
- Deliberazione del D.G. n.510 del 4.07.2005 concernente “Autorizzazione all’acquisto di prestazioni aggiuntive dai Dirigenti medici radiologi del P.O. di Policoro”.

AZIENDA SANITARIA U.S.L. N.5

REGIONE BASILICATA

Viale dei Caduti,29 - Montalbano Jonico (Mt)

COPIAProt. N. 583.....**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**N. 583del 27.9.2002**OGGETTO:** Approvazione contratto collettivo integrativo aziendale per l'area della dirigenza medica e veterinaria stipulato il 24.09.2002.

| DESCRIZIONE | Data | Allegati n° |
|---------------------------------------|------|-------------|
| Documenti integranti il provvedimento | | |
| | | |
| | | |

U.O. PROPONENTE " Sviluppo Organizzativo e Gestione Risorse Umane "

Si attesta che la spesa di euro relativa alla presente deliberazione costituisce:

 costo di competenza dell'esercizio incremento patrimoniale

e che la spesa stessa rientra nelle previsioni dell'U.O. proponente - conto economico/patrimoniale del bilancio corrente, attribuibile alla struttura - centro di costo/responsabilità.....

Il Dirigente dell'U.O.

_____, li _____

Dott. Rocco IERONE**U.O. ECONOMICO - PATRIMONIALE**

Si riscontra la corretta qualificazione contabile della spesa proposta dall'U.O. di cui sopra.

Il Dirigente dell'U.O. Econ. - Patrim.
(f.to dr. Francesco SAVINO)

Montalbano Jonico, li _____

Viene espresso parere favorevole del Direttore Amministrativo (f.to dott. Pietro Quinto)

27 SET. 2002

In data _____ nella sede dell'Azienda Sanitaria U.S.L. N° 5 di Montalbano Jonico, il Direttore Generale f.f. Dr. Antonio Prospero Colasurdo, acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo Dr. Pietro Quinto;

Regione Basilicata
AZIENDA SANITARIA U.S.L. N. 5
Montalbano Jonico (MT)

Articolo 29. Retribuzione di risultato

1. La retribuzione di risultato è strettamente correlata alla realizzazione di programmi e di progetti aventi come obiettivo il raggiungimento dei risultati prefissati secondo le linee indicate nel presente articolo che presuppongono la metodologia della negoziazione per budget per ogni singolo centro di responsabilità individuato.
2. A tal fine con il presente accordo si prevede che il fondo aziendale per la retribuzione di risultato sia alimentato dalle seguenti risorse:
 - a) risorse ai sensi dell'art. 63 del vigente CCNL: tali risorse vengono ripartite ai centri di responsabilità previsti nell'articolazione organizzativa, pro quota secondo i progetti definiti annualmente dall'amministrazione con l'indicazione degli obiettivi e dei risultati da conseguire.
 - b) Eventuali risorse regionali aggiuntive che dovessero essere messe a disposizione dalla regione in analogia a quanto fatto negli anni precedenti: tali risorse saranno assegnate ai singoli dipartimenti e, a cascata, ad ogni U.O., o altra articolazione organizzativa, calcolando per tutti lo stesso pro-capite, riferito alla dotazione organica teorica.
 - c) Risorse derivanti da eventuali risparmi di gestione da definire in corso d'anno in caso di modifiche legislative, contrattuali e/o normative che prevedano la possibilità, per il Direttore generale, di spostare risorse da altri capitoli di bilancio, al fine di incrementare il fondo per la retribuzione di risultato della dirigenza medica, fatto salvo, ove previsto, il livello di contrattazione e/o di concertazione con le OO.SS.: tali risorse saranno assegnate ai singoli dipartimenti e, a cascata, ad ogni U.O., o altra articolazione organizzativa, calcolando per tutti lo stesso procapite, riferito alla dotazione organica teorica
3. I singoli fondi così attribuiti alle strutture organizzative vengono tenuti distinti per aree contrattuali (dirigenza medica e non medica). A tale fondo viene aggiunto, sempre per competenze distinte, quello relativo alla retribuzione di risultato del personale del comparto operante nella struttura.
4. La Direzione Generale, assegna annualmente a ciascuna articolazione aziendale le risorse umane, strumentali e finanziarie necessari al raggiungimento degli obiettivi e la quota parte del fondo della retribuzione di risultato riservata alla medesima, ai sensi di quanto previsto dai commi precedenti, indica la quota assegnata in particolare al dirigente responsabile.
5. I dirigenti responsabili provvedono con le medesime procedure nei confronti delle unità operative che compongono l'articolazione medesima.
6. Gli obiettivi, preventivamente illustrati dal dirigente responsabile della struttura, vengono assegnati formalmente a tutti i dirigenti dell'unità operativa secondo la tipologia di incarichi conferiti e con l'indicazione dell'incentivo economico connesso.
7. La verifica del raggiungimento dei risultati è effettuata dal nucleo valutazione o dal nucleo di controllo interno a cadenza trimestrale, anche ai fini della valutazione dell'orario di lavoro aggiuntivo effettivamente impiegato, ed è in ogni caso condizione generale per l'erogazione dei compensi relativi.
8. I compensi vengono erogati sulla base delle verifiche periodiche trimestrali operate dal nucleo di valutazione e sulla base di relazioni del dirigente della struttura attestante il raggiungimento parziale e totale degli obiettivi assegnati, tramite l'uso di indicatori predefiniti.

Articolo 30. Premio per la qualità della prestazione individuale.

1. Le parti concordano che i criteri e le modalità di individuazione dei dirigenti cui attribuire il premio per la qualità della prestazione individuale formano oggetto di specifica concertazione annualmente, salvaguardando il criterio della rotazione nella individuazione dei beneficiari.

Articolo 31. Aggiornamento professionale

1. Ai sensi del comma 2 dell'art. 33 del CCNL 1994-1997 viene costituito un apposito fondo con cui finanziare l'Istituto. Oltre che con le risorse previste nel bilancio precedente, il fondo è costituito dalle risorse economiche derivanti da una quota, non inferiore al 5%, delle tariffe relative alle prestazioni libero - professionali.
2. In considerazione delle modalità di costituzione del fondo per l'aggiornamento così come previsto dal comma precedente, le risorse economiche a questo relative, potranno essere utilizzate esclusivamente dai medici che optano per l'esercizio dell'attività libero - professionale intramuraria e che abbiano comunque un rapporto di esclusività con l'Azienda.
3. Fermo restando quanto previsto dall'al. 33 dei CCNL 1994-1997 relativamente all'aggiornamento obbligatorio, per l'aggiornamento facoltativo oltre al ricorso alle ore e ai giorni di cui all'art. 8 del presente contratto aziendale, si può disporre degli 8 giorni di permesso di cui all'art. 23 del CCNL del 5 dicembre 1996 con le stesse modalità previste dall'art. 23 del presente CCI.
4. Gli 8 giorni inoltre possono essere concessi al personale medico che ne faccia richiesta quando il dipendente risulti abilitato a partecipare a convegni e congressi attinenti a tematiche di carattere sanitario quale delegato delle organizzazioni sindacali firmatarie del CCNL.
5. I medici interessati ai benefici di cui al presente punto sono tenuti a presentare all'amministrazione idonee certificazioni in ordine all'iscrizione e alla frequenza delle scuole, ai corsi, agli esami sostenuti nonché idonea documentazione a riprova della partecipazione a convegni o congressi. In mancanza delle predette certificazioni e documentazioni i permessi previsti dal presente punto e già usufruiti dovranno essere recuperati o verranno considerati come congedo ordinario.
6. L'aggiornamento professionale è finalizzato al completamento della preparazione professionale e anche in vista della mobilità del personale e della riconversione funzionale del medesimo al miglioramento della qualità del servizio e alla progressione della professionalità e della capacità. Nei programmi va data priorità alle discipline che riguardano: economia sanitaria, valutazione degli interventi e verifica della qualità aziendale, sviluppo dei sistemi informativi, analisi organizzative e ottimizzazione degli assetti aziendali, uso farmaci, e corretto impiego delle risorse, protocolli diagnostici, medicina basata sull'evidenza nelle linee del piano sanitario regionale e aziendale.

Articolo 32. Mensa e pausa mensa



1. Hanno diritto alla mensa tutti i medici nei giorni di effettiva presenza al lavoro, in relazione alle particolare articolazione dell'orario che superi le 8 ore.
2. L'Azienda garantisce in sostituzione del servizio mensa l'esercizio del diritto con l'erogazione dell'equivalente del ticket restaurant pari a £. 10.000.
3. Per il costo del pasto il dipendente è tenuto a contribuire in ogni caso nella misura fissa di L. 2.000 per pasto

VERBALE DELLA RIUNIONE DEL COLLEGIO DI DIREZIONE**N° 32**

L'anno duemilacinque del giorno sette del mese di aprile alle ore 15,00 presso la Sede Centrale dell'Azienda Sanitaria USL N° 5 di Montalbano Jonico, si è riunito, su convocazione del Direttore Sanitario Dott. Antonio P. Colasurdo, il Collegio di Direzione, per discutere il seguente ordine del giorno:

- 1) Designazione componente Commissione di esperti per la predisposizione dell'elenco degli idonei all'incarico quinquennale di Direttore di U.O. di Ostetricia e Ginecologia P.O. Policoro;
- 2) Nomina componenti titolari e supplenti nelle Commissioni esaminatrici dei seguenti concorsi pubblici per titoli ed esami per la copertura di:
 - n. 1 posto di Igienista dentale
 - n. 2 posti di Tecnico di Laboratorio Biomedico
 - n. 1 posto di Tecnico della Prevenzione
 - n. 1 posto di Logopedista
 - n. 3 posti di Coadiutore Amministrativo BS
- 3) Varie ed eventuali.

Sono presenti alla riunione:

- Dott. Antonio P. Colasurdo, Direttore Sanitario;
- Dott. Rocco Ierone, Direttore Amministrativo;
- Dr. Gaetano Annese, Direttore Sanitario P.O.U.;
- Rag. Rocco Bentivenga, Dirigente Amministrativo P.O.U.;
- Dott. Angelo Carlomagno, Direttore Dipartimento Assistenza Sanitaria;
- Dott. Alfonso D'Alessandro, Direttore Dipartimento Area dei Servizi Ospedalieri;
- Dott.ssa Santa De Agostino, Direttore Dipartimento Materno-infantile;
- Dott. Antonio Ferrara, Direttore Dipartimento Medicina;
- Dott. Giuseppe Longo, Direttore Dipartimento Area Chirurgica;
- Dr.ssa Angela Montesano, Direttore Dipartimento Salute Mentale;

Sono assenti giustificati:

- Dott. Berardino D'Alessandro, Direttore Dipartimento Emergenza-Urgenza;
- Dr. Antonio Montesano, Direttore del Dipartimento di Prevenzione.

Partecipa alla riunione la Sig.ra Rosanna Silletti, segretario verbalizzante.

Il Direttore Sanitario apre i lavori e passa all'esame del primo punto all'O.d.G. relativo alla designazione componente Commissione di esperti per la predisposizione dell'elenco degli idonei all'incarico quinquennale di Direttore di U.O. di Ostetricia e Ginecologia P.O. Policoro. Dopo una breve discussione viene individuato il Dr. Sergio Schettini Dirigente di Struttura Complessa di Ostetricia e Ginecologia dell'Azienda Ospedaliera "San Carlo" di Potenza quale componente della Commissione di che trattasi.

Il Direttore Sanitario passa poi all'esame del terzo punto all'O.d.G. e cioè Varie ed Eventuali. Procede quindi ad illustrare al Collegio di Direzione la volontà della Direzione Strategica di prorogare per altri tre mesi i progetti attualmente in atto per la riduzione delle liste di attesa per visite cardiologiche, esami doppler- ecocardiogrammi, prove da sforzo, etc. nonché visite ortopediche nei Presidi di Stigliano e Tinchi utilizzando l'istituto contrattuale dell'acquisto delle prestazioni aggiuntive da parte dei Dirigenti Medici delle rispettive UU.OO..

Inoltre il Direttore Sanitario propone al Collegio di esaminare altri progetti miranti sempre alla riduzione delle liste di attesa per alcuni esami che fanno registrare delle criticità in ordine alle attese e precisamente quelli relativi a doppler ed ecodoppler vascolare e mammografia ed ecografia al seno;

questi ultimi progetti consentiranno attraverso sedute ambulatoriali aggiuntive e fuori dall'orario di servizio di poter effettuare nel periodo aprile-dicembre 2005 rispettivamente 720 e 360 prestazioni che contribuiscono a ridurre notevolmente i tempi di attesa.

Il Direttore Sanitario illustra inoltre il progetto presentato dal Direttore del Dipartimento di Chirurgia in ordine agli interventi urologici presso il P.O. di Stigliano dove da poco è stato attivato il Servizio. Detto progetto prevede di incrementare l'attività chirurgica urologica di 150 interventi nel periodo aprile-maggio 2005, di cui 100 per interventi di prostata e 50 di altri interventi urologici.

Al raggiungimento degli obiettivi spiega il Direttore Sanitario, l'Azienda provvederà ad erogare ai partecipanti dei relativi progetti così come illustrati compensi stabiliti per un importo complessivo che di seguito viene riportato:

| | |
|--|-------------|
| Progetto incremento attività chirurgiche di Urologia | € 15.000,00 |
| Progetto Riduzione Liste di Attesa per esami Doppler ed Ecodoppler Vascolare | € 20.000,00 |
| Progetto Riduzione Liste di Attesa per esami Senologici | € 20.000,00 |

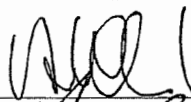
Per quanto riguarda la proroga dei progetti già avviati precedentemente per la riduzione delle liste di attesa delle visite cardiologiche e di quelle ortopediche durante il periodo di esecuzione del progetto verrà erogato ai partecipanti al progetto il compenso precedentemente stabilito per ogni accesso ambulatoriale, derivante dal risparmio che si realizza dalla mancata copertura di n. 2 posti di Dirigente Medico di Cardiologia e di Ortopedia.

Sentita la proposta del Direttore Sanitario Aziendale il Collegio, dopo ampia discussione in considerazione della necessità di raggiungere i suddetti obiettivi di riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni da parte dei cittadini procede ad approvare la proposta e dà mandato allo stesso di trasmettere il verbale al Direttore Generale per i successivi adempimenti.

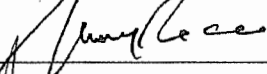
La seduta si conclude alle ore 15,45.

Del che si è redatto il presente verbale che previa lettura e conferma dello stesso viene sottoscritto come in appresso:

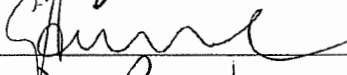
➤ Dott. Antonio P. Colasurdo



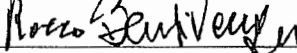
➤ Dott. Rocco Ierone



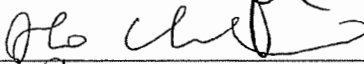
➤ Dr. Gaetano Annese



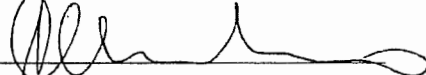
➤ Rag. Rocco Bentivenga



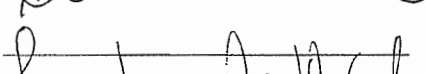
➤ Dott. Angelo Carlomagno



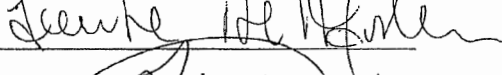
➤ Dott. Alfonso D'Alessandro



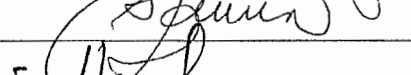
➤ Dott. Berardino D'Alessandro



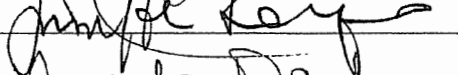
➤ Dott. ssa Santa De Agostino



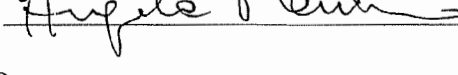
➤ Dott. Antonio Ferrara



➤ Dr. Giuseppe Longo



➤ Dr.ssa Angela Montesano



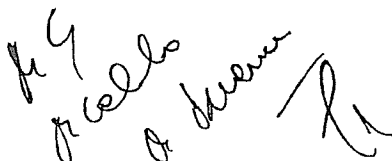
➤ Dr.ssa Antonio Montesano

| |
|--|
| AZIENDA SANITARIA U.S.L. N° 5 MONTALBANO JONICO (MT) U.O. DIPARTIMENTO AMM.VA P.O.U. |
| 21 MAR. 2005 |
| Prot. N°..... <i>193</i> OSPEDALE DI STIGLIANO |

Al Direttore del
Dipartimento di Chirurgia Generale

e p.c.: al Direttore Generale

della A.S.L. n° 5
Montalbano Jonico



Oggetto: *proposta di "Progetto-obiettivo per attività specialistica urologia presso l'Ospedale di Stigliano.*

Così come è noto, da pochi mesi è stata avviata presso questo Ospedale -individuando l'U.O. di Chirurgia ed Ortopedia come centro di afferenza e riferimento- una promettente attività specialistica urologia grazie alla convenzione stipulata con il dottor F. Ventura.

Tale attività prevedeva -almeno in una prima stesura programmatica e lavorativa- l'impegno dell'*équipe* chirurgico-anestesiologica di Stigliano (affiancata da altre Professionalità provenienti dalla sede di Policoro) per le procedure operatorie da eseguirsi in tale prospettiva.

Effettivamente quanto previsto e concordato si è regolarmente realizzato nelle settimane successive ai primi incontri avuti tra Staff chirurgico e Direzione strategica.

Come in tutti i processi nuovi ed inesplorati, dopo il primo pionieristico avvio, sono stati anche criticamente individuati -finalizzandoli ad un generale miglioramento dell'intera offerta specialistica- alcuni punti organizzativi che potevano limitare l'effettiva complessiva crescita della nuova attività. Grazie a tali "aggiustamenti" si è certamente ottenuta e verificata un'ulteriore migliore *compliance* da parte di tutta l'Utenza, che si sta già traducendo in un sensibile incremento dei parametri previsti.

Tutto ciò -evidentemente- sottende anche l'impegno personale e professionale dell'*équipe medica* (ed infermieristica) a ciò destinata, in termini di flessibilità di orario di servizio, di disponibilità umana, di controllo e monitoraggio del territorio e delle risorse professionali che su di esso gravitano, di assidua presenza lungo il percorso che deve accompagnare il potenziale Paziente dal "reclutamento" sul territorio all'eventuale trattamento chirurgico.

Se questo rinnovato impegno persiste e si rafforza nel tempo, non potrà che produrre soddisfazioni ad ogni livello, con un generale miglioramento delle potenzialità di questa Divisione, dell'intero Dipartimento e, non ultima, con comprensibile soddisfazione di tutta la struttura aziendale.

Considerando infine i limiti strutturali e di risorse umane a disposizione per tutto questo processo (personale medico ormai da tempo ridotto a pochissime unità e comunque impegnato a mantenere inalterati gli standard fino ad ora garantiti -*reparto di chirurgia con annessa sezione di*

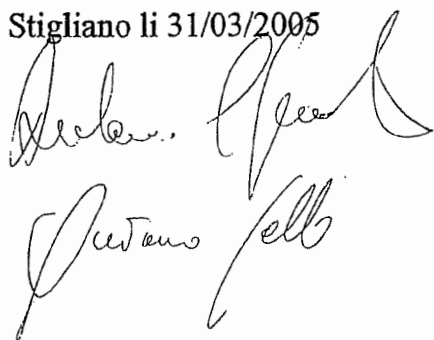
Oggetto: Progetto mirato alla riduzione della mobilità passiva per l'anno 2005.

Facendo seguito ai diversi incontri tenuti presso la Direzione Generale con i vari Dirigenti delle UU.OO chirurgiche aziendali dei tre presidi ospedalieri di Policoro, Tinchì e Stigliano, le comunico quali sono gli obiettivi individuati insieme e concordati poi per i tre presidi ospedalieri e che ci auguriamo di portare a buon fine nell'intento di ridurre la mobilità passiva per l'anno 2005.

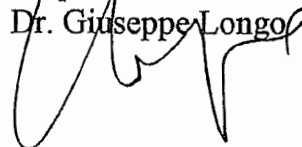
Questi obiettivi concordati vengono riportati nel seguente schema:

| Descrizione delle attività | Numero interventi previsti nel 2005 | Scostamento% Rispetto all'obiettivo assegnato | Risorse assegnate | Responsabile del progetto |
|--|-------------------------------------|---|-------------------|---------------------------|
| Interventi sul ginocchio | 100 | ± 10 | 20.000,00 | Dr. Domenico Spadaro |
| Interventi di tunnel carpale | 80 | ±10 | 20.000,00 | Dr. Domenico Spadaro |
| Interventi di colecistectomia | 200 | ±10 | 40.000,00 | Dr. Vincenzo Sassone |
| Interventi di tiroide | 180 | | 40.000,00 | Dr. Paolo Panetta |
| Interventi di ernia inguinale (DS) e della parete addominale | 100 | | 10.000,00 | Dr. Pietro Borraccia |
| | 120 | | 15.000,00 | |
| Interventi di prostata | 100 | ±10 | 15.000,00 | Dr. Giuseppe Longo |
| Interventi urologici | 50 | | | |

Stigliano li 31/03/2005



Il Capo Dipartimento di Chirurgia
Dr. Giuseppe Longo



COPIAProt. N. 840.....**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**

Nominato con D.G.R. n° 1147 del 28.06.2003 e D.P.G.R. n° 150 del 17.07.2003

N. 840del 29-12-2004**OGGETTO: Carenza dirigenti medici cardiologi: acquisto prestazioni aggiuntive.
PROROGA.****- Immediatamente eseguibile -**

| DESCRIZIONE Documenti integranti il provvedimento | Data | Allegati n° |
|--|------|-------------|
| | | |
| | | |

U.O. PROPONENTE "SEGRETERIA DIREZIONALE"

Si attesta che la spesa di relativa alla presente deliberazione costituisce:

- costo di competenza dell'esercizio
 incremento patrimoniale

e che la spesa stessa rientra nelle previsioni dell'U.O. proponente - conto economico/patrimoniale
 del bilancio corrente, attribuibile alla struttura:
 - centro di costo/responsabilità

Il Dirigente della Segreteria Direzionale
(f.to dott.ssa Maria Benedetto)

....., li

U.O. ECONOMICO - PATRIMONIALE

Si riscontra la corretta qualificazione contabile della spesa proposta dall'U.O. di cui sopra.

Il Dirigente dell'U.O. Econ. - Patrim.
(f.to dott. Francesco Savino)

Montalbano Jonico, li

Viene espresso parere favorevole del Direttore Amministrativo *(f.to dott. Rocco Ierone)*Viene espresso parere favorevole del Direttore Sanitario *(f.to dott. Antonio Prospero Colasurdo)*

In data 29 DIC 2004 nella sede dell'Azienda Sanitaria U.S.L. N° 5 di Montalbano Jonico, il Direttore Generale Dr. Pietro Quinto, acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo Dr. Rocco Ierone e del Direttore Sanitario Dr. Antonio Prospero Colasurdo;

IL DIRETTORE GENERALE

RICHIAMATA la deliberazione n.400 dell'11.06.2004 con la quale veniva stato autorizzato l'acquisto di prestazioni aggiuntive da parte di dirigenti medici cardiologi del P.O. di Policoro a tutto il 31.12.04, in considerazione della cronica carenza del personale medico ortopedico;

RILEVATO che:

- le difficoltà del reclutamento di medici cardiologi persistono;
- che tale carenza durerà fino all'espletamento delle procedure concorsuali per la copertura dei posti vacanti già avviate;

RITENUTO che allo stato l'unica alternativa percorribile sia quella di continuare a fare ricorso all'istituto contrattuale delle prestazioni aggiuntive, che i Dirigenti Medici Cardiologi dovranno assicurare fuori dall'orario di servizio, per un periodo di mesi tre ed alle stesse condizioni di cui alla deliberazione n.400/04;

ACQUISITO il parere favorevole del Collegio di Direzione, giusta verbale n. 28 del 28.12.04 con il quale è stato stabilito di prorogare il ricorso a tale istituto a tutto il 31.03.2005, e comunque non oltre l'effettiva copertura dei posti di che trattasi;

ACQUISITO il parere favorevole del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo;

DELIBERA

Per le ragioni espresse in narrativa che qui si intendono integralmente riportate e confermate:

- di prorogare l'autorizzazione all'acquisto di prestazioni aggiuntive da parte dei Dirigenti Medici cardiologi del P.O. di Policoro, da erogare fuori dall'orario di servizio, per mesi tre a decorrere dal 1° Gennaio 2005 e comunque non oltre la effettiva copertura dei posti messi a concorso, giusta verbale n.28 del 28.12.04 del Collegio di Direzione;
- di dare atto che l'espletamento delle prestazioni aggiuntive dovrà essere effettuato alle stesse condizioni di cui alla deliberazione n.400/04 e verrà costantemente monitorato a cura della Direzione Sanitaria del P.O.U.;
- di dare atto che alla spesa derivante dall'adozione del presente provvedimento, ammontante a complessivi € 32.670,50, comprensivi di oneri riflessi a carico dell'Azienda, e si farà fronte con le economie derivanti dalla mancata assunzione dei Dirigenti Medici Cardiologi;
- di stabilire che alla liquidazione delle prestazioni aggiuntive provvederà il Direttore Sanitario del P.O.U., con propria determinazione, previa verifica dell'attività resa in conformità a quanto stabilito nel presente atto;
- di trasmettere copia del presente atto al Direttore del Dipartimento dei Servizi Ospedalieri, al Responsabile dell'U.O. di Ortopedia del P.O. di Policoro, al Direttore Sanitario di P.O.U., al Direttore Amministrativo di P.O.U. ed all'U.O. "Amministrazione del Personale" per gli adempimenti di competenza;
- di dare opportuna informazione alle OO.SS. dell'adozione del presente provvedimento;

COPIAProt. N. 131.....**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**
Nominato con D.G.R. n° 1147 del 28.06.2003 e D.P.G.R. n° 150 del 17.07.2003N. 131del 01-03-2005**OGGETTO:** Carenza dirigenti medici cardiologi: integrazione somma impegnata con deliberazione n° 840 del 29.12.2004 per acquisto prestazioni aggiuntive cardiologiche.

| DESCRIZIONE | Data | Allegati n° |
|---------------------------------------|------|-------------|
| Documenti integranti il provvedimento | | |
| | | |
| | | |

PROPONENTE : "Segreteria Direzionale"

Si attesta che la spesa di € _____ relativa alla presente deliberazione costituisce:

- costo di competenza dell'esercizio
 incremento patrimoniale

e che la spesa stessa rientra nelle previsioni dell'U.O. proponente - conto economico/patrimoniale _____ del bilancio corrente, attribuibile alla struttura: Sede Centrale _____ centro di costo/responsabilità _____.

Il Dirigente dell'U.O.
(f.to Dott.ssa Maria Benedetto)

_____, li _____

U.O. ECONOMICO - PATRIMONIALE

Si riscontra la corretta qualificazione contabile della spesa proposta dall'U.O. di cui sopra.

Il Dirigente dell'U.O. Econ. - Patrim.
(f.to dott. Francesco Savino)

Montalbano Jonico, li _____

Viene espresso parere favorevole del Direttore Amministrativo (f.to dott. Rocco Ierone)

Viene espresso parere favorevole del Direttore Sanitario (f.to dott. Antonio Prospero Colasurdo)

In data 01 MAR. 2005 nella sede dell'Azienda Sanitaria U.S.L. N° 5 di Montalbano Jonico, il Direttore Generale Dr. Pietro Quinto, acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo Dr. Rocco Ierone e del Direttore Sanitario Dr. Antonio Prospero Colasurdo

COPIAProt. N. 321.....**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**
Nominato con D.G.R. n° 1147 del 28.06.2003 e D.P.G.R. n° 150 del 17.07.2003N. 321del 26-04-2005

OGGETTO: Attivazione sedute aggiuntive per effettuazione prestazioni di senologia (mammografia ed ecografia). Immediatamente esecutiva.

| DESCRIZIONE | Data | Allegati n° |
|---------------------------------------|------|-------------|
| Documenti integranti il provvedimento | | |
| | | |
| | | |

PROPONENTE : "Segreteria Direzionale"

Si attesta che la spesa di € _____ relativa alla presente deliberazione costituisce:

- costo di competenza dell'esercizio anno _____
- incremento patrimoniale

e che la spesa stessa rientra nelle previsioni dell'U.O. proponente - conto economico/patrimoniale _____ del bilancio corrente, attribuibile alla struttura _____ centro di costo/responsabilità _____.

Il Dirigente dell'U.O.
(f.to Dott.ssa Maria Benedetto)

_____, il _____

U.O. ECONOMICO - PATRIMONIALE

Si riscontra la corretta qualificazione contabile della spesa proposta dall'U.O. di cui sopra.

Il Dirigente dell'U.O. Econ. - Patrim.
(f.to dott. Francesco Savino)

Montalbano Jonico, il _____

Viene espresso parere favorevole del Direttore Amministrativo (f.to dott. Rocco Ierone)

Viene espresso parere favorevole del Direttore Sanitario (f.to dott. Antonio Prospero Colasurdo)

In data 26 apr. 2005 nella sede dell'Azienda Sanitaria U.S.L. N° 5 di Montalbano Jonico, il Direttore Generale Dr. Pietro Quinto, acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo Dr. Rocco Ierone e del Direttore Sanitario Dr. Antonio Prospero Colasurdo

Prot. N. 678**COPIA****DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**

Nominato con D.G.R. n° 1147 del 28.06.2003 e D.P.G.R. n° 150 del 17.07.2003

N. 679del 16-06-2005**OGGETTO:** Carezza dirigenti medici ortopedici: acquisto prestazioni aggiuntive - Proroga

| DESCRIZIONE | Data | Allegati n° |
|---------------------------------------|------|-------------|
| Documenti integranti il provvedimento | | |
| | | |
| | | |

PROPONENTE : "Segreteria Direzionale"

Si attesta che la spesa di € _____ relativa alla presente deliberazione costituisce:

- costo di competenza dell'esercizio anno _____
- incremento patrimoniale

e che la spesa stessa rientra nelle previsioni dell'U.O. proponente - conto economico/patrimoniale _____ del bilancio corrente, attribuibile alla struttura _____ centro di costo/responsabilità _____.

Il Dirigente dell'U.O.
(f.to Dott.ssa Maria Benedetto)

_____, li _____

U.O. ECONOMICO - PATRIMONIALE

Si riscontra la corretta qualificazione contabile della spesa proposta dall'U.O. di cui sopra.

Montalbano Jonico, li _____

Il Dirigente dell'U.O. Econ. - Patrim.
(f.to dott. Francesco Savino)

Viene espresso parere favorevole del Direttore Amministrativo (f.to dott. Rocco Ierone)

Viene espresso parere favorevole del Direttore Sanitario (f.to dott. Antonio Prospero Colasurdo)

In data 16 GIU. 2005 nella sede dell'Azienda Sanitaria U.S.L. N° 5 di Montalbano Jonico, il Direttore Generale Dr. Pietro Quinto, acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo Dr. Rocco Ierone e del Direttore Sanitario Dr. Antonio Prospero Colasurdo.

Prot. N. 510COPIA**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**
Nominato con D.G.R. n° 1147 del 28.06.2003 e D.P.G.R. n° 150 del 17.07.2003N. 510del 04-06-2005**OGGETTO:** Autorizzazione all'acquisto di prestazioni aggiuntive dai Dirigenti Medici Radiologi del P.O. di Policoro. Immediatamente Esecutiva.

| DESCRIZIONE | Data | Allegati n° |
|---------------------------------------|------|-------------|
| Documenti integranti il provvedimento | | |
| | | |
| | | |

PROPONENTE : "Segreteria Direzionale"

Si attesta che la spesa di € _____ relativa alla presente deliberazione costituisce:

- costo di competenza dell'esercizio anno _____
- incremento patrimoniale

e che la spesa stessa rientra nelle previsioni dell'U.O. proponente - conto economico/patrimoniale _____ del bilancio corrente, attribuibile alla struttura _____ centro di costo/responsabilità _____.

Il Dirigente dell'U.O.
(f.to Dott.ssa Maria Benedetto)

_____, li _____

U.O. ECONOMICO - PATRIMONIALE

Si riscontra la corretta qualificazione contabile della spesa proposta dall'U.O. di cui sopra.

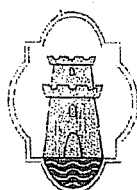
Montalbano Jonico, li _____

Il Dirigente dell'U.O. Econ. - Patrim.
(f.to dott. Francesco Savino)

Viene espresso parere favorevole del Direttore Amministrativo (f.to dott. Rocco Ierone)

Viene espresso parere favorevole del Direttore Sanitario (f.to dott. A. Prospero Colasurdo)

In data 04 LUG. 2005 nella sede dell'Azienda Sanitaria U.S.L. N° 5 di Montalbano Jonico, il Direttore Generale Dr. Pietro Quinto, acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo Dr. Rocco Ierone e del Direttore Sanitario Dr. Antonio Prospero Colasurdo.

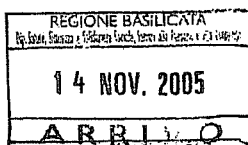


OSPEDALE
S. CARLO

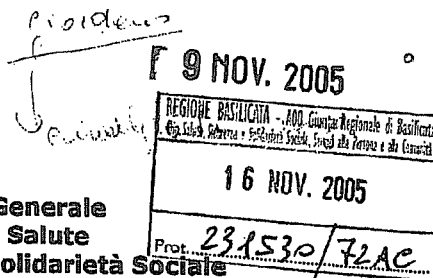
AZIENDA OSPEDALIERA - POTENZA

Direzione Generale

Prot. n. 20050039169



Al Dirigente Generale
Dipartimento Salute
Sicurezza e Solidarietà Sociale
Servizi alla persona e alla Comunità
Regione Basilicata
POTENZA



6.D. – Documentazione sul progetto pilota di sperimentazione dell'A.O.
"San Carlo"

OGGETTO: Relazione sul "Progetto per la riduzione dei tempi di attesa e il contenimento della mobilità sanitaria passiva"

Questa Azienda ha predisposto per l'anno 2005 un progetto finalizzato al contenimento della mobilità sanitaria passiva per alcuni ricoveri relativi a DRG chirurgici, per i quali si registra una significativa mobilità fuori regione, e alla riduzione dei tempi di attesa per alcune prestazioni strumentali ambulatoriali per le quali si registravano lunghi tempi di attesa.

Il progetto è stato elaborato tenendo conto:

1. dei dati di mobilità sanitaria passiva 2003, che evidenziavano il ricorso, da parte di cittadini residenti in Basilicata, a strutture sanitarie fuori regione per l'effettuazione di interventi chirurgici in regime di ricovero che vengono ordinariamente effettuate presso questa Azienda Ospedaliera. In particolare risultavano consistenti i ricoveri fuori regione per l'effettuazione di interventi di protesi d'anca, interventi sul ginocchio, interventi sulla tiroide e di colecistectomia.
2. dei dati relativi a quelle prestazioni strumentali ambulatoriali afferenti alle branche specialistiche di radiologia, neuroradiologia, medicina nucleare, che presentavano tempi di attesa eccessivamente lunghi. La individuazione di tali branche specialistiche è stata motivata, anche, dal fatto che ad esse afferisce buona parte della diagnostica delle patologie indicate al punto 1, come nel caso della RMN per la patologia del ginocchio o la medicina nucleare per la diagnostica tiroidea. Ai fini della elaborazione del progetto, questa analisi è risultata molto importante, in quanto è noto che una ridotta accessibilità alle prestazioni strumentali ambulatoriali, dovuta ai lunghi tempi di attesa, induce spesso il paziente a ricorrere ad altre strutture sanitarie, spesso fuori regione, che, oltre a fornire le prestazioni di diagnostica strumentale in tempi brevi, in molti casi provvedono anche alla terapia chirurgica attraverso le proprie strutture sanitarie.
3. dei dati relativi all'attività del servizio dialisi dell'Azienda che registrava un incremento del numero di pazienti che necessitavano di trattamento dialitico.

Per il raggiungimento dell'obiettivo prioritario del progetto, rappresentato dal contenimento della mobilità sanitaria passiva fuori regione, che tanto negativamente incide sui bilanci delle aziende sanitarie regionali, attraverso un miglioramento dell'accessibilità alle cure da parte dei cittadini residenti in Basilicata, è stato programmato di realizzare le seguenti attività:

1. potenziare l'offerta di prestazioni strumentali ambulatoriali di radiologia, neuroradiologia, medicina nucleare e medicina interna, in quanto presentavano le maggiori criticità, al fine di contenere i tempi di attesa entro valori adeguati e, comunque, al di sotto dei valori previsti dalla normativa nazionale e regionale vigente che stabilisce in 60 giorni il tempo massimo di attesa per le prestazioni strumentali ambulatoriali;
2. potenziare l'offerta di prestazioni chirurgiche necessarie al trattamento delle patologie ortopediche (interventi sul ginocchio e di protesi d'anca) endocrine

(interventi di tiroidectomia) e delle vie biliari (interventi di colecistectomia) per i quali si registravano lungi tempi di attesa.

3. potenziare l'offerta di prestazioni dialitiche attraverso l'attivazione di un terzo turno di dialisi attivato grazie all'acquisto di prestazioni aggluntive da personale medico e paramedico in servizio presso l'U.O. di nefrologia e dialisi.

Il progetto così elaborato con nota prot. n. 7201 del 2 Marzo 2005 è stato sottoposto all'attenzione di codesto Dipartimento richiedendo, qualora se ne condividessero i presupposti, un finanziamento straordinario pari a 2.000.000 di Euro, che potesse garantire a questa Azienda la copertura di parte dei costi sostenuti per il potenziamento delle attività ambulatoriali e di ricovero per interventi chirurgici nonché per il potenziamento delle attività del servizio dialisi.

Con nota prot. 174264 del 9 settembre 2005 codesto Dipartimento ha espresso la propria disponibilità a porre in essere gli atti amministrativi per contribuire alla copertura dei costi sostenuti per la realizzazione dei progetti indicati nella nota, previa verifica al completamento della fase di sperimentazione e valutazione positiva dei risultati del progetto.

Di seguito si riportano i risultati ottenuti rispetto a quelli attesi, relativamente a:

1. contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni strumentali ambulatoriali;
2. potenziamento dell'attività chirurgica per le branche specialistiche di ortopedia, chirurgia generale e endocrinochirurgia;
3. potenziamento delle attività di dialisi.

1) RIDUZIONE TEMPI DI ATTESA

Per quanto concerne il potenziamento delle attività finalizzate al contenimento dei tempi di attesa di neuroradiologia, radiologia, medicina nucleare e medicina interna, si riferisce quanto segue:

- **Neuroradiologia.** L'obiettivo è stato perseguito attraverso l'attivazione di sedute aggiuntive di RMN che hanno garantito il contenimento dei tempi di attesa entro i valori stabiliti dalla normativa vigente, come si può rilevare dai dati medi mensili rilevati direttamente dalla procedura CUP e riportati nella tabella 1:

Tabella 1

| Neuroradiologia - Prestazioni con tempi di attesa oltre i 60 gg | giugno-04 | luglio-04 | settembre-04 | ottobre-04 | novembre-04 | dicembre-04 | gennaio-05 | febbraio-05 | marzo-05 | aprile-05 | maggio-05 | giugno-05 | luglio-05 | agosto-05 |
|---|---------------------|-----------|--------------|------------|-------------|-------------|------------|-------------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | TEMPI MEDI D'ATTESA | | | | | | | | | | | | | |
| Risonanza colonna | 197 | 141 | 107 | 109 | 81 | 76 | 52 | 85 | 71 | 84 | 46 | 98 | 63 | 65 |
| Risonanza encefalo + colonna | 125 | 111 | 124 | 98 | 98 | 79 | 55 | 81 | 58 | 73 | 46 | 31 | 31 | 54 |
| Risonanza encefalo e Angio | 165 | 144 | 109 | 93 | 85 | 74 | 57 | 83 | 55 | 68 | 50 | 45 | 42 | 77 |

- **Radiologia.** L'obiettivo è stato perseguito attraverso il potenziamento delle sedute di ecografia, per la quali si registravano le maggiori criticità. Come si rileva dalla tabella 2 i tempi di attesa per tale prestazione hanno oscillato nel periodo

ottobre 2004 - agosto 2005 intorno al valore di 60 giorni, così come previsto dalla normativa nazionale e regionale.

Tabella 2

| Prestazioni Con tempi oltre 60 gg | ottobre-04 | novembre-04 | dicembre-04 | gennaio-05 | febbraio-05 | marzo-05 | aprile-05 | maggio-05 | giugno-05 | luglio-05 | agosto-05 | |
|---|---------------------|-------------|-------------|------------|-------------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----|
| | TEMPI MEDI D'ATTESA | | | | | | | | | | | |
| Ecografie Prog. Liste d'attesa | attivato marzo '05 | | | | | | | | 60 | 62 | 59 | 52 |
| Eco + Ecodoppler | 72 | 78 | 77 | 74 | 75 | 69 | 71 | 61 | 64 | 60 | 66 | |
| Eco + Osteoart. | 68 | 77 | 69 | 74 | 77 | 71 | 77 | 67 | 73 | 66 | 61 | |
| Ecografia | 76 | 83 | 83 | 78 | 79 | 74 | 78 | 69 | 68 | 74 | 60 | |
| Radiologia / (Pom) Risonanza magnetica | 49 | 28 | 55 | 52 | 50 | 43 | 38 | 46 | 42 | 42 | 40 | |
| Radiologia / (Pom) Risonanza Magnetica senza m.d.c. | 54 | 61 | 56 | 53 | 51 | 51 | 36 | 51 | 51 | 48 | 45 | |

Il mancato ulteriore contenimento dei tempi di attesa, apparentemente in contrasto con la maggiore offerta di prestazioni garantite dall'Azienda, così come si rileva nella tabella 3 che riporta il numero delle prestazioni di ecografia erogate nel periodo considerato, è giustificato dalla rilevante domanda di prestazioni ecografiche che proviene dal territorio di competenza. Appare, pertanto, ragionevole ipotizzare che l'incremento dell'offerta sia stata così rapidamente compensata dalla forte domanda di prestazioni ecografiche, così che non è stato possibile documentarne i positivi effetti sui tempi di attesa. E' evidente che la maggiore offerta di prestazioni avrà, comunque, sicuramente evitato il ricorso da parte dei cittadini ad altre strutture, molto spesso ubicate fuori regione, con conseguenti effetti positivi sulla mobilità sanitaria passiva.

Tabella 3

| Ecografie | ottobre-04 | novembre-04 | dicembre-04 | gennaio-05 | febbraio-05 | marzo-05 | aprile-05 | maggio-05 | giugno-05 | luglio-05 | agosto-05 |
|--------------------------------|--------------------|-------------|-------------|------------|-------------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | numero prestazioni | | | | | | | | | | |
| Ecografie Prog. Liste d'attesa | | | | | | | 45 | 75 | 68 | n.d. | n.d. |
| Eco + Ecodoppler | 77 | 73 | 58 | 45 | 57 | 61 | 55 | 74 | 65 | n.d. | n.d. |
| Eco + Osteoart. | 66 | 57 | 45 | 53 | 41 | 39 | 34 | 56 | 74 | n.d. | n.d. |
| Ecografia | 391 | 414 | 349 | 307 | 414 | 460 | 430 | 436 | 419 | n.d. | n.d. |
| TOTALE | 534 | 544 | 452 | 405 | 512 | 560 | 564 | 641 | 626 | | |

- **Medicina Nuclerare:** L'obiettivo è stato perseguito attraverso l'attivazione di sedute aggiuntive, riportate nella tabella 4, che hanno garantito una drastica riduzione dei tempi di attesa per alcune prestazioni rilevanti ai fini della diagnostica di alcune patologie, quali quella tiroidea o del miocardio.

Tabella 4

| Medicina Nucleare | Novembre 2004 | Settembre 2005 |
|--------------------------------|------------------|-------------------|
| Scintigrafia miocardica | | |
| Giorni di attesa | 150 | 20 |
| Sedute settimanali | 4 | 6 |
| prestazioni settimanali | 45 | 68 |
| Scintigrafia tiroidea | | |
| Giorni di attesa | 15 | 2 |
| Sedute settimanali | 3 | 6 |
| prestazioni settimanali | 40 | 60 |
| Scintigrafia ossea | | |
| Giorni di attesa | 21 | 3 |
| Sedute settimanali | 3 | 6 |
| prestazioni settimanali | 48 | 65 |

- **Medicina Interna per prestazioni Eco-doppler.** L'obiettivo è stato perseguito attraverso un incremento dell'offerta di tali prestazioni, che risulta pari a 816 esami aggiuntivi, distribuiti nei 2 periodi considerati secondo quanto riportato nella tabella 5.

Tabella 5

| | VISITE EFFETTIVE |
|--------------------------|------------------|
| dal 17/05/04 al 30/11/04 | 406 |
| dal 01/12/04 al 16/05/05 | 410 |
| TOTALE | 816 |

- **Dialisi per potenziamento sedute dialitiche.** L'obiettivo è stato perseguito e pienamente raggiunto attraverso l'attivazione di un turno-aggiuntivo di dialisi che ha garantito un incremento medio mensile pari a 250 sedute, che hanno consentito di soddisfare la richiesta dei pazienti che necessitavano di trattamenti dialitici.

2) POTENZIAMENTO ATTIVITA' CHIRURGICA

Per quanto concerne il potenziamento delle attività chirurgiche per interventi di ortopedia (interventi sul ginocchio e di protesi d'anca) endocrinochirurgia (interventi di tiroidectomia) e di chirurgia generale sulle vie biliari (interventi di colecistectomia) nella tabella 6 sono riportati i dati relativi al numero di interventi effettuati dalle rispettive UU.OO. chirurgiche dell'Azienda nei primi nove mesi del 2005 confrontati con i quelli previsti dal progetto, con la relativa differenza percentuale tra valori attesi e quelli ottenuti nel periodo considerato.

Tabella 6

| | Numero Interventi Anno 2004 | Numero Interventi previsti Anno 2005 | Numero Interventi effettuati I° semestre Anno 2005 | Numero Interventi stimati Anno 2005 | Diff % |
|---|-----------------------------------|---|--|--|--------------|
| Intervento di protesi d'anca (DRG 209-210-211) | 156 | 250 | 100 | 200 | -20 |
| Interventi sul ginocchio (DRG 222 -221) | 172 | 300 | 93 | 186 | -38 |
| Interventi di colecistectomia (DRG 198-197) | 237 | 350 | 181 | 362 | 3,4 |
| Interventi sulla tiroide (DRG 290) | 251 | 350 | 182 | 364 | 4 |
| TOTALE | 816 | 1250 | 556 | 1112 | -11,4 |

Come si può rilevare dalla tabella, il numero di interventi chirurgici di colecistectomia e tiroidectomia, effettuati nel primo semestre del 2005, risultano in linea con il numero di interventi indicati nel progetto, per cui si presume che a fine anno gli interventi effettuati risulteranno al di sopra di quelli previsti.

Per quanto riguarda gli interventi relativi alla branca di ortopedia, si registra un incremento dell'attività che potrà garantire nel 2005 un numero maggiore di interventi rispetto all'anno precedente, ma non il raggiungimento degli obiettivi indicati nel progetto.

Nello specifico, per quanto riguarda gli interventi di protesi d'anca, i dati registrati nel primo semestre del 2005 fanno ipotizzare per fine anno la effettuazione di circa 200 interventi, in significativo aumento rispetto ai 156 del 2004 ma, comunque, al di sotto dei 250 previsti dal progetto.

Per quanto riguarda, invece, le patologie del ginocchio, il numero di interventi effettuati nel primo semestre del 2005, pari a 93, se proiettati ad anno, fanno ipotizzare il mancato raggiungimento dei 300 interventi previsti nel progetto, anche se i risultati ottenuti risulteranno, comunque, al di sopra dei valori registrati nel 2004.

Va, tuttavia, specificato che l'attivazione del progetto ha garantito, relativamente agli interventi della branca specialistica di ortopedia, un contenimento dei tempi di attesa e, quindi, un miglioramento delle offerte di tali prestazioni rispetto al 2004.

Nonostante il contenimento dei tempi di attesa e la maggiore offerta di prestazioni chirurgiche di ortopedia, non si è però registrato quell'incremento atteso della domanda, che avrebbe garantito il pieno raggiungimento dell'obiettivo posto.

La causa del mancato incremento della domanda per le prestazioni di ortopedia, particolarmente evidente per gli interventi sul ginocchio, è dovuta al ricorso, ancora oggi, da parte di numerosi pazienti lucani a specifiche e ben individuate strutture sanitarie fuori regione. Tale situazione è stata più volte segnalata a codesto Dipartimento, con l'obiettivo di individuare specifiche e condivise strategie con l'Azienda Sanitaria territorialmente competente, che potessero concretamente bloccare o contenere il più possibile tale fenomeno che, purtroppo, risulta di anno in anno sempre più in crescita e crea, di fatto, un continuo depauperamento di risorse per il sistema sanitario regionale.

Resta inteso che parte delle risorse destinate al potenziamento delle attività chirurgiche di ortopedia è stata utilizzata per il potenziamento degli interventi chirurgici sulla tiroide e sulla colecisti, per i quali si registra, così come riportato in tabella 6, un significativo incremento delle attività.

In conclusione, è possibile prevedere che le attività pianificate nel progetto e realizzate nel corso dell'anno 2005 potranno consentire all'Azienda un significativo contenimento della mobilità sanitaria passiva fuori regione per quelle prestazioni chirurgiche ordinariamente erogate dall'Azienda medesima.

Anche se ad oggi non si dispone dei dati sulla mobilità passiva 2005, si può, infatti, prevedere che il potenziamento dell'attività chirurgica realizzata da questa Azienda potrà produrre rilevanti effetti economici per l'azienda e per l'intero sistema sanitario regionale.

Tale ipotesi è fortemente supportata dall'analisi che deriva dal confronto dei dati dell'attività chirurgica dell'anno 2005 con quelli dell'anno 2004, riportati nella tabella 7, dalla quale si rilevano gli importanti e significativi incrementi di attività ottenuti, che si dovranno necessariamente tradurre in benefici economici per l'Azienda.

In particolare, si può rilevare, per i DRG considerati, un incremento assoluto del numero dei ricoveri, circa 300, ed un corrispondente incremento della valorizzazione economica, pari a circa 1.250.000 €, che si dovrà necessariamente tradurre, in termini di migrazione sanitaria, in un minor ricorso a strutture sanitarie fuori regione da parte di cittadini lucani.

Tabella 7

| Descrizione | Interventi effettuati anno 2004 | Interventi effettuati I° SEMESTRE anno 2005 | Interventi previsti anno 2005 | Differenza 2005 vs 2004 | Tariffa DRG | Incremento 2004 vs 2005 Valore economico € |
|---|---------------------------------|---|-------------------------------|-------------------------|-------------|--|
| Intervento di protesi d'anca (DRG 209) | 156 | 100 | 200 | 44 | 9.479,96 | 417.118,24 |
| INTERVENTI SUL GINOCCHIO (DRG 222 -221-232) | 172 | 93 | 186 | 14 | 2.066,00 | 28.924,00 |
| Interventi di colecistectomia (DRG 198-197) | 237 | 181 | 362 | 125 | 5.000,00 | 500.000,00 |
| Interventi sulla tiroide (DRG 290) | 251 | 182 | 364 | 113 | 2.695,15 | 304.551,95 |
| TOTALE | 816 | 556 | 1112 | 296 | | 1.250.594,19 |

In conclusione, come ampiamente documentato nella presente relazione, è possibile sostenere che, a fronte delle risorse impiegate, sono stati conseguiti per l'Azienda e per i cittadini lucani rilevanti benefici, rappresentati da miglioramenti nelle

attività di diagnosi e cura di alcune patologie a forte prevalenza, che possiamo così riassumere:

- miglioramento dell'accessibilità da parte degli utenti per alcune prestazioni strumentali ambulatoriali attraverso il contenimento di tempi attesa;
- miglioramento dell'accessibilità dei pazienti nefropatici alle prestazioni dialitiche attraverso l'attivazione di sedute aggiuntive di dialisi;
- potenziamento dell'attività per alcuni interventi chirurgici, ordinariamente effettuati dalla struttura e per i quali si registra una consistente mobilità fuori regione, garantita con sedute aggiuntive di chirurgia.

In considerazione dei risultati raggiunti, questa Azienda chiede l'erogazione del finanziamento straordinario pari complessivamente a 2.000.000 di Euro, al fine di procedere alla liquidazione delle somme dovute agli operatori coinvolti.

In attesa di un positivo riscontro, si rimane a disposizione per ogni ulteriore chiarimento e integrazione.

Distinti saluti.


Il DIRETTORE GENERALE
(Dr. Michele CANNIZZARO)

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.to 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'accesso 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 diagnostici 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 perseguibile 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

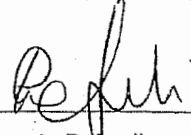
La narrativa che precede in premessa e che si intende qui integralmente riportata è parte integrante della presente deliberazione.

- 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 parte 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 Patondi

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 ricomprendere 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 presente direttiva vincolante.

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

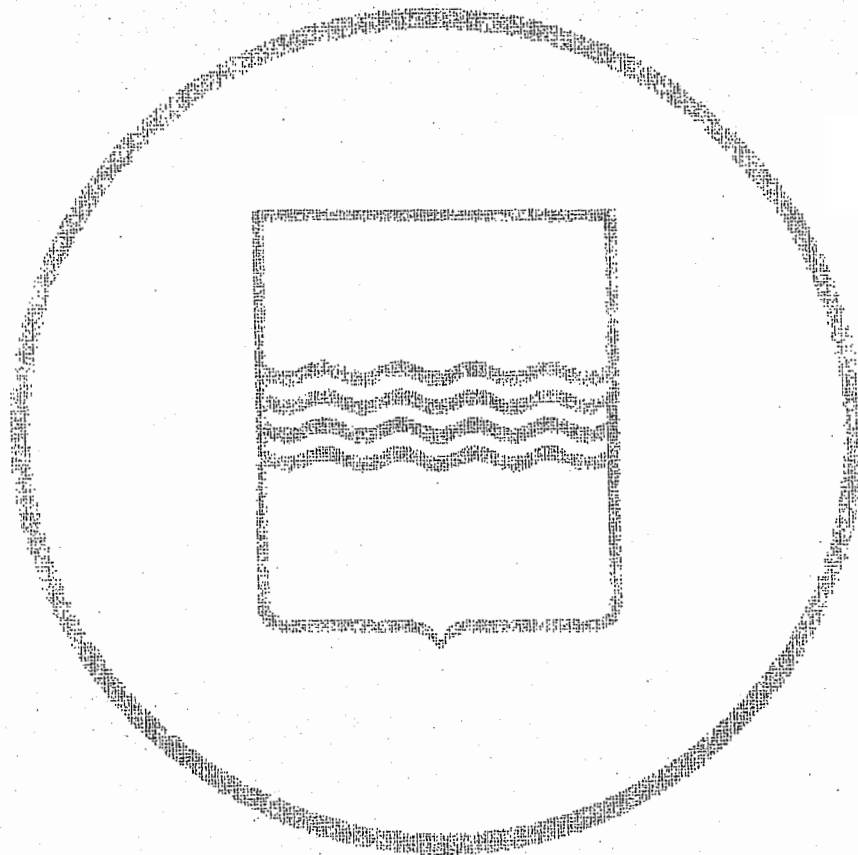
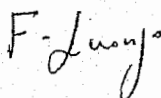


IL PRESIDENTE



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. 2002Delib.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 del Sigg.:

- | | |
|----------------------------|-------------------|
| 1 - Filippo Bubbico | - Presidente |
| 2 - Eminio Restaino | - Vice Presidente |
| 3 - Gennaro Straziuso | - Componente |
| 4 - Carmine Nigro | - Componente |
| 5 - Donato Paolo Salvatore | - Componente |
| 6 - Carlo Chirazzi | - 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

| | | | |
|--|----------|--------------|---------|
| o Assunto impegno contabile n. | sul Cap. | Esercizio 20 | per L. |
| o 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.L.gs 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 dei 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;

DELIBERA

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.

Di seguito si riportano, relativamente alle attività ambulatoriali e di ricovero le prestazioni incluse e quelle escluse, secondo i criteri definiti nell'Allegato tecnico, messo a punto dal Ministero della salute.

Attività ambulatoriali - Prestazioni incluse:

prime visite o prima prestazione diagnostica terapeutica comprese quelle eventualmente classificate per priorità;

Attività ambulatoriali - Prestazioni escluse :

tutte le prestazioni che abbiano carattere di stretta emergenza urgenza clinica,
le visite e gli esami di controllo, di 2° e 3° livello, successivi al primo accesso, programmati dallo specialista che ha in cura il paziente,
le prestazioni incluse nel programma di screening ,
le prestazioni in libera professione intramuraria

Attività di ricovero- Prestazioni incluse

ricoveri programmati,

Attività di ricovero - Prestazioni escluse

ricoveri urgenti e i ricoveri in regime di libera professione intramuraria .

CRITERI DI PRIORITA'

| Classe di priorità per l'ambulatoriale | Indicazioni |
|--|---|
| Classe A | Prestazione la cui tempestività condiziona in un arco di tempo breve la prognosi del paziente o influenza il dolore, la disabilità o la disfunzione. Da eseguirsi entro 10 GG. |
| Classe B | Prestazione la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della disfunzione e della disabilità. Da eseguirsi entro 30 GG per le visite ed entro 60 GG per le prestazioni strumentali. |
| Classe C | Prestazione che non influenza la prognosi, la disfunzione e la disabilità. Da eseguirsi entro 180 GG. |

CAMPO DI APPLICAZIONE

Tabella 1A

| prestazioni di diagnostica strumentale: | tempo max di attesa (da garantire al 50% degli utenti dal 01/01/03) | Tempo max di attesa (da garantire all'80% degli utenti dal 01/07/03) |
|---|--|---|
| RMN cranio e colonna con o senza contrasto | 60 GG | 60 GG |
| RMN altri distretti con o senza contrasto | 60 GG | 60 GG |
| TAC cranio e colonna con o senza contrasto | 60 GG | 60 GG |
| TAC altri distretti con o senza contrasto | 60 GG | 60 GG |
| ECOCOLOR DOPPLER RGRAFIA CARDIACA | 60 GG | 60 GG |
| MAMMOGRAFIA BILATERALE | 120 GG | 120 GG |
| ELETTROMIOGRAFIA | 90 GG | 90 GG |
| ECOCOLOR DOPPLER TSA e distretti periferici | 60 GG | 60 GG |
| EGDS | 60 GG | 60 GG |
| ECO- addome superiore, inferiore, completo | 60 GG | 60 GG |

Tabella 1 B

| Branche a visita | tempo max di attesa (da garantire al 50% degli utenti dal 01/01/03) | Tempo max di attesa (da garantire all'80% degli utenti dal 01/07/03) |
|---------------------|--|---|
| Visita cardiologica | 30 GG | 30 GG |
| Visita oculistica | 30 GG | 30 GG |

Tabella 2A

| Prestazioni di ricovero | tempo max di attesa (da garantire al 90% degli utenti dal 01/01/03) | Tempo max di attesa (da garantire all'50% degli utenti dal 01/07/03) |
|------------------------------|---|--|
| Intervento per cataratta | 180 GG | 90 GG |
| Artroscopia (Day Hospital) | | |
| Intervento di profesi d'anca | 180 GG | 90 GG |
| Colecistectomia | | |
| coronarografia | 120 GG | 60 GG |

Tabella 2B

| Patologia oncologica | tempo max di attesa da garantire al dal 01/01/03 |
|--|--|
| Effettuazione prima visita specialistica | Entro 2 settimane dalla prenotazione |
| Intervento chirurgico per asportazione neoplasia | Entro 30 GG dalla indicazione all'intervento posta dallo specialista |
| Inizio trattamento chemio / radioterapico | Entro 30 GG dal momento indicato dallo specialista |

MODALITA' PER IL RAGGIUNGIMENTO DEI RISULTATI

Le Aziende valuteranno il fabbisogno della popolazione di riferimento e garantiranno la risposta adeguata, determinando il numero di prestazioni che devono essere rese dalle U.O. e dai singoli professionisti.

I Direttori Generali delle Aziende U.U.S.S.L.L., coerentemente con quanto deliberato con la precedente D.G.R. n. 366 del 04/03/02 - Allegato 1, punti A1 e A2 realizzeranno, in base alle loro esigenze di prestazioni, accordi contrattuali tra le stesse Aziende Sanitarie, l'Azienda Ospedaliera San Carlo, il CROB di Rionero in Vulture e le strutture accreditate, per garantire nel rispetto dei vincoli di bilancio, e per l'eventuale modifica, anche in aumento, dei volumi di attività e dei tetti di spesa ai fini dell'abbattimento delle liste d'attesa, utilizzando sistemi di selezione concorsuale per la scelta del contraente, al fine di ottenere prestazioni, che a parità di livello qualitativo, abbiano costi più bassi rispetto alle altre.

Ove non fosse possibile con le misure suindicate e prevedendo lunghi tempi di attesa, le Aziende stesse possono ricorrere a forme specifiche di incentivazione, sulla base di quanto stabilito nella contrattazione collettiva, mediante acquisto di prestazioni libero professionali del proprio personale sanitario dipendente (dirigenti, sanitari, infermieri, ostetriche e tecnici sanitari di radiologia medica), o convenzionato quale ad es. sumaista finalizzate all'assorbimento dei tempi e con oneri a carico dei propri bilanci, limitatamente ai cittadini residenti nel proprio territorio, in quanto dall'applicazione non dovranno derivare oneri finanziari aggiuntivi per la Regione.

Le prestazioni libero professionali devono essere espletate fuori orario di servizio ed in misura non superiore a quelle rese in regime istituzionale, nel rispetto delle linee guida sulla attività libero professionale approvata con D.G.R. n. 2364 del 6/11/00.

Il maggiore onere derivante da prestazioni, rese in regime di libera professione, per rispettare i tempi massimi stabiliti, presso l'Azienda Ospedaliera San Carlo, sarà oggetto di specifica contrattazione interaziendale ed, in particolare, per la ASL n. 2 di Potenza, in riferimento alla definizione del proprio bacino di utenza, già presente nella D.G.R. n. 366/02.

Il C.R.O.B. di Rionero in Vulture è tenuto a rispettare i tempi massimi stabiliti per le specifiche patologie oncologiche, per le quali se necessario potrà attivare l'attività l'intramoenia, con oneri a proprio carico.

Tutte le altre attività, non strettamente correlate alle patologie oncologiche, erogate presso lo stesso C.R.O.B., possono essere rese, secondo le modalità sopradette, nell'ambito degli accordi inter aziendali sottoscritti ai sensi della D.G.R. 366/02 e nell'intesa che non interferiscano in alcun modo con la capacità di erogare le prestazioni oncologiche entro i tempi di attesa predefiniti nel rispetto delle liste di attesa.

SISTEMA DI MONITORAGGIO E DEBITO INFORMATIVO

Le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere attiveranno un flusso informativo nei confronti della Regione, relativamente anche alle strutture accreditate, tale che fornisca elementi, per poter conoscere l'andamento del sistema e avviare gli opportuni correttivi, secondo quanto già definito nella D.G.R. n. 366/02, - Allegato n. 1 - punto A9.

Le modalità di rilevazione sono quelle definite nell'allegato tecnico predisposto dal Ministero della Salute, già trasmesso a tutte le aziende Regionali, e che, dopo la rilevazione sperimentale del giorno 20 novembre 2002, si intendono a regime a partire dal 2003.

INFORMAZIONE AL CITTADINO

Le Aziende porranno molta attenzione alla qualità dei servizi offerti ad alla soddisfazione dell'utente.

Le Aziende offriranno al cittadino in maniera costante ed aggiornata informazioni sulle opzioni offerte dall'intero sistema, sulle modalità di accesso e di prenotazione, sulle azioni intraprese per il miglioramento della qualità, nell'ottica di quanto stabilito dal D.P.C.M. del 19/05/95, con il "metodo dell'albero della qualità" secondo cui in ogni fase dell'esperienza dell'utente, vengono evidenziati dei punti critici e quindi le maggiori esigenze di comunicazione da mettere in atto.

Le modalità e i tempi della comunicazione saranno scelte tenendo conto delle realtà e delle esperienze locali già avviate.

L'ISTRUTTORE

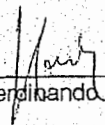
Marco Lupo Zullo

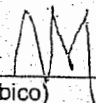
IL RESPONSABILE DI P.O.

IL DIRIGENTE

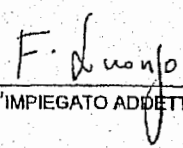
Giuseppe Montagna

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


IL SEGRETARIO (Dott. Ferdinando Giordano)


IL PRESIDENTE (Filippo Bubbico)

Si attesta che copia conforme della presente deliberazione è stata trasmessa al Dipartimento in data 15.1.03


L'IMPIEGATO ADDETTO



REGIONE BASILICATA

GIUNTA REGIONALE

Seduta del

4 MAR, 2002

Delib.n.

356

OGGETTO:

Legge regionale 31.1.2002, n.10. Direttiva vincolante per la gestione delle Aziende Sanitarie Regionali.

Relatore il Sig.

Assessore alla Sicurezza e Solidarietà Sociale

Cod Struttura

72C

LA GIUNTA REGIONALE

Riunitasi il giorno
presenza dei Sigg.:

4 MAR, 2002

alle ore

16,00

nella sede dell'Ente con la

- | | |
|-------------------------|-------------------|
| 1 - Filippo Bubbico | - Presidente |
| 2 - Vito De Filippo | - Vice Presidente |
| 3 - Rocco Vita | - Componente |
| 4 - Salvatore Blasi | - " |
| 5 - Carlo Chiurazzi | - " |
| 6 - Aldo Michele Radice | - " |
| 7 - Carmine Nigro | - " |

| Pres. | Ass. |
|-------|------|
| X | |
| X | |
| X | |
| X | |
| X | |
| X | |
| X | |

Il 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. _____ - Eserc. 20 _____
- Assunto impegno sul bilancio pluriennale 20 _____ -20 _____ per L. _____
- La liquidazione di L. _____ Sul _____ - Eserc. 20 _____ - rientra nell'ambito dell'impegno
- Assunto con delibera _____ del _____

**LA PRESENTE DELIBERA NON
COMPORTA IMPEGNO DI SPESA**

IL RESPONSABILE DELL'UFFICIO RAGIONERIA GENERALE

IL DIRETTORE
dell'Ufficio di Ragioneria Generale
Dott.ssa Rosa AMBROSIO

VISTI

- la legge 23 dicembre 1978 n. 833;
- il decreto legislativo 30.12.1992 n.502 e successive modificazioni ed integrazioni;
- il decreto legislativo 19.6.1999, n.229;
- la legge regionale n. 34 del 27/3/1995 e successive modificazioni ed integrazioni in tema di patrimonio e contabilità delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere;
- la legge regionale 31.10.2001, n.39;
- la legge regionale 31.1.2002, n.10 (legge finanziaria 2002);

RICHIAMATI

In particolare gli articoli 15 e 16 della L.R.10/2002 che prevedono l'adozione di direttive vincolanti per la gestione delle Aziende Sanitarie UU.SS.LL. ed Ospedaliere nonché misure per il contenimento della spesa sanitaria

VISTO

Il D.P.C.M. del 29.11.2001, "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" (G.U. 8.2.2002, n.33) con cui 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 decreto legislativo 30.12.1992, n.502 e successive modificazioni" (G.U.23.1.2002, n.19).

RITENUTO

Di dover dare attuazione a quanto in esso contenuto emanando prime indicazioni sull'applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) riservando ad un successivo provvedimento misure più specifiche in riferimento a particolari prestazioni;

RITENUTO ALTRESÌ

Di dettare, mediante apposita direttiva, puntuali obiettivi per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali al fine di consentire una efficace gestione delle stesse;

CONSIDERATA

La necessità di dover definire, nell'ambito del sistema tariffario vigente nuove tariffe per alcuni particolare episodi di ricovero la cui remunerazione non copre i costi di produzione;

VISTI

L'art.3 del D.M. 15 aprile 1994 (Gazz. Uff. 10 maggio 1994, n. 107) e l'art. 8 sexies del D.Lgs. 229/99 che assegnano competenza specifiche alle regioni nelle determinazioni delle tariffe e dei sistemi tariffari;

CONSIDERATO

Che le tariffe rappresentano la remunerazione massima da corrispondere ai soggetti erogatori a fronte delle singole prestazioni rese agli assistiti (art.1, comma 2 del D.M. 15 aprile 1994)

VISTA

La D.G.R.30.12.1997, n. 9645 con la quale sono state definite le tariffe per le prestazioni di assistenza ospedaliera;

RICHIAMATA

pertanto la propria esclusiva competenza in materia

SU PROPOSTA dell'Assessore al ramo
AD UNANIMITÀ DI VOTI

DELIBERA

- 1) di approvare l'ALLEGATO n° 1 "DIRETTIVA VINCOLANTE PER I DIRETTORI GENERALI DELLE AZIENDE SANITARIE" con le annesse Tabelle che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.
- 2) di approvare l'ALLEGATO n° 2 "NUOVE TARIFFE OSPEDALIERE PER EPISODI DI RICOVERO - VALIDE DAL 1° GENNAIO 2002" che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

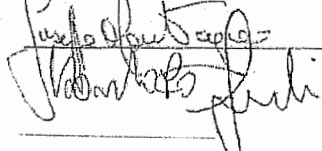
Il presente provvedimento non prevede impegno di spesa sul bilancio corrente

Tutti gli atti ai quali è fatto riferimento nella presente deliberazione sono depositati presso il Dipartimento Sicurezza e Solidarietà Sociale che ne curerà la conservazione nei modi di legge.

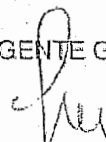
IL MINUTANTE

IL RESPONSABILE DI P.O.

DIRIGENTI D'UFFICIO



IL DIRIGENTE GENERALE



ALLEGATO N. 1

**DIRETTIVA VINCOLANTE PER I DIRETTORI
GENERALI DELLE AZIENDE SANITARIE
DELLA REGIONE BASILICATA**

PAGINA BIANCA

DIRETTIVA VINCOLANTE PER I DIRETTORI GENERALI DELLE AZIENDE SANITARIE

PREMESSA

Il consolidamento del processo del federalismo sanitario culminato con l'accordo Stato Regioni sancito l'8 agosto 2001 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome (G.U. 6.9.2001, n.207), e 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 impone un serio controllo ed un utilizzo razionale delle risorse finanziarie messe a disposizione per garantire ai cittadini uniformi livelli essenziali di assistenza.

Le misure introdotte dal D.L. 18 settembre 2001 n. 347 convertito con modificazioni nella L. 16 novembre 2001 n. 405 impongono d'altronde severe sanzioni nei confronti degli amministratori inadempienti che questa Regione ha fatto proprie nell'ambito della legge regionale 31.1.2002, n.10, (legge finanziaria regionale anno 2002) ritenendo ormai maturo il momento della piena attuazione del modello prefigurato dal legislatore nel D.Lgs 19 giugno 1999, n.229, che ha modificato ed integrato il D.Lgs 30 dicembre 1992, n.502.

Pertanto con la presente DIRETTIVA VINCOLANTE vengono assegnati obiettivi e risorse alle Aziende Sanitarie UU.SS.LL. e alle Ospedaliere della Regione che dovranno essere puntualmente raggiunti per consentire sia il rispetto degli impegni di carattere finanziario e sia la costruzione della rete dei servizi sanitari con il coinvolgimento responsabile di tutti gli attori del sistema.

A) OBIETTIVI GENERALI

A-1) ACCORDI CONTRATTUALI

Il primo obiettivo posto a carico delle Aziende UU.SS.LL. è quello di realizzare gli accordi contrattuali tra esse stesse, tra esse e l'Azienda Ospedaliera S. Carlo, il C.R.O.B. e con le strutture accreditate.

Premesso che gli accordi contrattuali-contratti tra le Aziende Sanitarie UU.SS.LL. e le strutture private accreditate eroganti prestazioni specialistiche ambulatoriali sono state già oggetto dei provvedimenti di Giunta Regionale dell'11.6.2001 n. 1276, e del 4.9.2001, n. 1902, le Aziende medesime potranno, nelle more degli ulteriori accordi a livello regionale con le rappresentanze delle categorie interessate, sulla base delle proprie esigenze di prestazioni sanitarie e nel rispetto della concorrenza tra le strutture stesse, rinegoziare i contratti già sottoscritti sia per garantire il rispetto dei vincoli di bilancio che per l'eventuale modifica anche in aumento dei volumi di attività e dei tetti di spesa ai fini dell'abbattimento delle liste di attesa utilizzando sistemi di selezione concorsuale per la scelta del contraente al fine di ottenere prestazioni che a parità di livello qualitativo abbiano costi più bassi rispetto alle altre.

In analogia a quanto previsto per le strutture private accreditate è fatto obbligo alle Aziende Sanitarie, ivi compreso il C.R.O.B., di stipulare accordi negoziali che prevedano predefiniti volumi di attività e che stabiliscano che oltre una determinata soglia le ulteriori prestazioni vengano remunerate secondo tariffe che prevedano il ristoro dei soli costi variabili, tenuto conto che i costi fissi, oltre un certo volume di prestazioni, rimangono praticamente inalterati, ovvero, al raggiungimento di ulteriori volumi di attività, le prestazioni siano erogate senza alcuna remunerazione, tenuto conto

In ogni caso il valore economico dei volumi di attività ospedaliera infraregionale non potrà superare quello dell'anno 2000 (riportati nella tabella seguente) ad eccezione degli incrementi di attività connessi esclusivamente al recupero della mobilità sanitaria passiva interregionale.

| AZIENDA CREDITRICE | AZIENDA DEBITRICE | | | | | Mobilità attiva infraregionale Totale |
|-----------------------|-------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------------------------------|
| | A.U.S.L. n. 1 | A.U.S.L. n. 2 | A.U.S.L. n. 3 | A.U.S.L. n. 4 | A.U.S.L. n. 5 | |
| Importi in € | | | | | | |
| A.U.S.L. n. 1 | 0 | 2.089.100 | 115.700 | 194.800 | 127.600 | 2.437.200 |
| A.U.S.L. n. 2 | 19.600 | 0 | 713.700 | 8.800 | 161.700 | 903.800 |
| A.U.S.L. n. 3 | 31.000 | 528.300 | 0 | 35.100 | 555.700 | 1.150.100 |
| A.U.S.L. n. 4 | 314.500 | 810.800 | 375.500 | 0 | 4.438.900 | 5.939.700 |
| A.U.S.L. n. 5 | 32.500 | 969.900 | 1.633.600 | 2.672.700 | 0 | 5.308.700 |
| Az. O.S. Carlo | 7.569.200 | 63.665.200 | 5.730.100 | 3.641.000 | 3.331.100 | 83.936.600 |
| Mobilità Pass. Infra. | 7.966.800 | 68.063.300 | 8.568.600 | 6.462.400 | 8.615.000 | 99.676.100 |

Il sistema anzidetto presuppone l'avvio di controlli continui e periodici sui volumi e sulla appropriatezza delle prestazioni erogate che le Aziende Sanitarie dovranno porre in essere sia nei confronti del privato accreditato che tra le Aziende Sanitarie UU.SS.LL. e tra queste e l'Azienda Ospedaliera "San Carlo" e il C.R.O.B.

Per la definizione degli accordi suddetti i Direttori Generali dell'Azienda Sanitaria U.S.L. n.2 e dell'Azienda Sanitaria U.S.L. n.4 sono quelli che dovranno attivare il tavolo negoziale con gli altri Direttori Generali delle Aziende Sanitarie U.U.S.S.L.L. e con il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera "San Carlo", il C.R.O.B. e la Clinica Luccioni s.r.l. per definire entro il prossimo 30 aprile 2002 le intese sulla base dei seguenti criteri:

- 1) la compensazione della mobilità sanitaria ospedaliera infraregionale dovrà essere remunerata, per le specialità di base, secondo il principio dei soli costi marginali sostenuti individuabili in prima applicazione anche mediante abbattimenti percentuali forfetari che non riguarderanno le specialità regionali e provinciali; l'abbattimento non potrà essere inferiore al 20%; al raggiungimento di volumi di attività eccedenti quelli massimi concordati le prestazioni potranno essere erogate senza alcuna remunerazione da parte delle Aziende Sanitarie di provenienza del cittadino.
- 2) tutte le prestazioni ospedaliere rese dall'Azienda Ospedaliera "San Carlo" dovranno essere remunerate a tariffa piena se rivolte a cittadini residenti nei comuni di cui all'allegata Tabella B che individua il bacino di utenza di competenza dell'Azienda Ospedaliera S. Carlo e quello dell'ASL n.2 del potentino. Per le prestazioni di base erogate in favore di cittadini non residenti nel bacino di utenza definito per l'Azienda Ospedaliera S. Carlo saranno applicati i criteri di cui al precedente punto 1.
- 3) le risultanze finali della mobilità infraregionale definite con gli accordi bilaterali predetti dovranno essere notificate al Dipartimento Sicurezza e Solidarietà Sociale per l'erogazione dei finanziamenti al fine di consentire le relative compensazioni economiche rispetto ai fondi già assegnati;
- 4) lo scambio di dati in mobilità sanitaria infraregionale potrà essere effettuato con le stesse modalità, procedure e tempistica definite per la mobilità sanitaria interregionale ed in particolare, in prima applicazione saranno oggetto di compensazione infraregionale le seguenti tipologie di prestazioni:
 - a) Ricoveri ospedalieri e day hospital;
 - b) Specialistica ambulatoriale;

Al fine di evitare dispendiosi impegni di risorse umane nelle elaborazioni aziendali, tenuto conto della esiguità delle poste economiche interessate, non saranno oggetto di compensazione diretta infraaziendale, contrariamente a quanto avviene a livello interregionale, le seguenti prestazioni:

- Medicina generale;
- Somministrazione diretta farmaci;
- Farmaceutica;
- Cure Termali;
- Trasporto con ambulanza ed elisoccorso (non seguito da ricovero);

per le quali la compensazione infraregionale continuerà ad essere effettuata a livello centrale regionale.

Al fine di consentire un monitoraggio in continuo delle attività il flusso dei dati relativi ai ricoveri ospedalieri (S.D.O.) in mobilità infraregionale tra le Aziende deve avvenire nell'anno di competenza con cadenza trimestrale in modo analogo al flusso informativo regionale delle S.D.O. regolamentato dalla D.G.R. 3/11/1998, n.3171.

Le compensazioni economiche interaziendali dovranno essere definite nell'anno successivo a quello di competenza con le seguenti modalità e scadenze:

- 31 maggio Notifica dei valori di mobilità attiva su formato elettronico da parte di ogni

- singola Azienda Sanitaria USL e delle Aziende Ospedaliere a tutte le altre Aziende Sanitarie USL.
- 31 luglio Termine entro il quale ciascuna Azienda Sanitaria USL debitrice può sollevare contestazioni sui dati ricevuti entro il 31 maggio.
La formalizzazione delle contestazioni avviene in formato elettronico nel rispetto di tracciati record predefiniti.
- 31 ottobre Termine entro il quale ciascuna Azienda Sanitaria USL ed Azienda Ospedaliera contestata, dopo avere effettuato le opportune verifiche, invia, a ciascuna Azienda Sanitaria USL, le proprie controdeduzioni relative alle contestazioni ricevute.
Le controdeduzioni avvengono in formato elettronico nel rispetto di tracciati record predefiniti.
- 31 dicembre dell'anno successivo Entro tale data si stabiliscono quali sono le contestazioni risolte (composizione bilaterale) e quali quelle da inviare alla risoluzione di un collegio arbitrale costituito da tre componenti di cui due nominati rispettivamente dalle due Aziende in disaccordo e l'altro, con funzioni di presidente, dal Dipartimento Sicurezza e Solidarietà Sociale.

A-2) CRITERI PER LA DEFINIZIONE DELLE TARIFFE NEGLI ACCORDI INTERAZIENDALI

Con gli accordi contrattuali interaziendali dovranno essere definite anche le tariffe da applicarsi sia in regime di ricovero che ambulatoriale (quelle definite dalla Regione con la D.G.R. del 30.12.1997, n.9645, rappresentano le tariffe massime) per la mobilità infraregionale; dovranno essere previsti abbattimenti tariffari per quelle prestazioni erogate in mobilità che l'Azienda è in grado di erogare con le proprie strutture al fine di disincentivare una deleteria concorrenza interaziendale.

In ogni caso tale abbattimento non potrà essere inferiore al 20%.

Potranno invece essere definite tariffe particolari (incentivanti) per quelle prestazioni che l'Azienda non assicura in proprio ma che possono essere rese previo accordo da presidi di altra Azienda verso cui la domanda verrà opportunamente canalizzata ovvero da professionisti di altra Azienda presso le proprie strutture, anche al fine di ridurre la mobilità interregionale.

A-3) BILANCIO DI ESERCIZIO ANNO 2002

I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, dell'Azienda Ospedaliera S. Carlo sono tenuti al raggiungimento dell'equilibrio di bilancio con le risorse messe a disposizione dal Fondo Sanitario Nazionale ed assegnate loro dalla Regione Basilicata.

La D.G.R. 21.12.2001, n.2696, di approvazione del riparto provvisorio del FSN per l'anno 2001 ha assicurato per l'anno 2002 alle Aziende Sanitarie UU.SS.LL. un incremento del 2,5% delle quote riconosciute in conto competenza ed indicate nella colonna 4 della Tabella F dell'allegato A.

Con la nota dipartimentale del 6.2.2002 n.2686, a seguito della conferenza dei Presidenti delle Regioni di Perugia dei giorni 14 e 15 dicembre 2001 nella quale è stata definita la quota di competenza della Regione Basilicata, veniva garantito alle Aziende Sanitarie Locali un incremento del Fondo in conto competenza del 5% (anziché del 2,5%).

Tale ulteriore incremento previsto dal Dipartimento Sicurezza e Solidarietà Sociale, che riduce sensibilmente il fondo di accantonamento relativo alla spesa diretta regionale di cui

all'art. 9 - comma 1, lettera a, della legge regionale n. 34/95, è stato garantito per consentire a tutte le aziende maggiori capacità programmatiche e di investimento al fine del raggiungimento dell'equilibrio di bilancio nell'anno 2002 che dovrà rappresentare l'anno di riferimento anche per i prossimi esercizi finanziari.

Pertanto le assegnazioni di competenza garantite per l'anno 2002 sono:

| AZIENDA | Totale assegnazione in competenza anno 2002 € |
|---------------|--|
| A.U.S.L. n. 1 | 118.682.000,00 |
| A.U.S.L. n. 2 | 251.489.000,00 |
| A.U.S.L. n. 3 | 99.043.000,00 |
| A.U.S.L. n. 4 | 137.418.000,00 |
| A.U.S.L. n. 5 | 97.094.000,00 |
| Totali | 703.726.000,00 |

Per l'Azienda Ospedaliera San Carlo l'assegnazione per il 2002 sarà pari all'effettivo valore della produzione con il limite posto dai volumi di attività previsti nei punti precedenti (accordo con le AA.SS.LL. e tetto dei ricoveri).

L'Azienda Ospedaliera S. Carlo dovrà comunque tenere presente che il programma di ripartizione provvisorio dell'anno 2001 (DGR 2696/2001) le ha assegnato un importo complessivo di 121,35 milioni di euro (234,969 miliardi di lire); in tale programma è stato comunque preventivato un incremento della produttività, rispetto all'anno 2000, da verificare a consuntivo, di oltre 3,780 milioni di euro (17 miliardi di lire).

Pertanto l'Azienda Ospedaliera S. Carlo al fine di incrementare concretamente la propria produttività dovrà obbligatoriamente indirizzarsi verso il recupero della mobilità sanitaria interregionale drenando non solo dal proprio bacino di utenza ma dall'intera regione relativamente alle alte specialità.

Per l'A.S.L. n.4, considerato l'avvio del nuovo ospedale e di nuove attività, potrà essere attribuito apposito finanziamento aggiuntivo a valere sul fondo di accantonamento regionale di cui all'art. 9 - comma 1, lettera a) della legge regionale n. 34/95, a seguito di specifica negoziazione con il Dipartimento Sicurezza e Solidarietà Sociale che metta in evidenza le ulteriori necessità finanziarie in correlazione con i ritorni previsti in termini di obiettivi di salute e in termini di risultati economici con particolare riguardo al recupero della migrazione sanitaria.

Particolari situazioni che dovessero verificarsi nella gestione delle singole Aziende tali da comportare una revisione delle assegnazioni potranno essere oggetto di apposito approfondimento e potranno comportare una modifica delle assegnazioni medesime se riconosciute dalla Regione.

Per il C.R.O.B. viene definito quale obiettivo di bilancio che il valore della produzione rappresenti almeno il 65% del finanziamento complessivo.

Il mancato raggiungimento dell'obiettivo STRATEGICO di bilancio indicato nel presente capitolo non consentirà ai Direttori Generali e ai Direttori Amministrativi di accedere al fondo

integrativo di risultato del 20%; la giunta regionale, inoltre, potrà valutare l'avvio delle procedure di decadenza dall'incarico del Direttore Generale.

Ad integrazione della D.G.R. 919/1998 sull'attivazione della contabilità economico-patrimoniale è prescritto quale ulteriore documento facente parte integrante dei bilanci aziendali (di previsione e di esercizio) il modello "CE" utilizzato a livello nazionale nei flussi informativi di governo del Ministero della Sanità.

Tale documento dovrà integrare i bilanci e dovrà essere riprodotto anche in formato elettronico utilizzando i file messi a disposizione dalla Regione Basilicata in occasione della rendicontazione al governo dei preconsuntivi dell'anno 2001 richiesti dalla legge 405/2001.

A-4) BILANCI DI ESERCIZIO ANNO 2001 E PRECEDENTI.

Con la D.G.R. 21.12.2001, n.2696, di approvazione del riparto provvisorio del FSN per l'anno 2001, sono state assegnate le seguenti somme in conto competenza:

| AZIENDA | Totale assegnazione in competenza anno 2002 | Totale assegnazione in competenza anno 2002 |
|---------------|---|---|
| | Lire | Euro |
| A.U.S.L. n. 1 | 218.857.000.000 | 113.030.207,56 |
| A.U.S.L. n. 2 | 463.763.000.000 | 239.513.600,89 |
| A.U.S.L. n. 3 | 182.542.000.000 | 94.326.720,96 |
| A.U.S.L. n. 4 | 253.408.000.000 | 130.874.309,68 |
| A.U.S.L. n. 5 | 179.047.000.000 | 92.470.058,41 |
| S. Carlo | 234.969.000.000 | 121.351.361,12 |
| C.R.O.B. | 32.000.000.000 | 16.526.620,77 |
| Totali | 1.554.686.000 | 808.092.879,59 |

Con le risorse messe a disposizione per l'anno 2001 i Direttori Generali devono tendere al raggiungimento dell'equilibrio di bilancio.

Le Aziende che hanno registrato utili negli esercizi precedenti devono utilizzare gli stessi, da appostare nella voce A-IV del netto patrimoniale, in via prioritaria a ripiano delle perdite ancora presenti nel bilancio dell'esercizio 2001, rideterminate, se necessario, con l'applicazione delle linee-guida e delle note tecniche emanate dal Dipartimento di Sicurezza Sociale, al fine di assicurare la comparabilità dei risultati economici fra le aziende.

Qualora l'esercizio amministrativo 2001 dovesse concludersi con un risultato d'esercizio positivo, le Aziende potranno disporre degli utili che residuano dopo l'eventuale copertura delle perdite pregresse nei limiti e per le finalità di cui all'art. 31 della L.R. 34/95 esclusivamente dietro esplicita autorizzazione della Regione.

La chiusura complessiva in utile degli esercizi fino all'anno 2001 (tenendo conto della compensazione degli utili di alcuni esercizi con le perdite di altri) comporterà una particolare valutazione per la Direzione Strategica da parte dell'apposito nucleo di valutazione che potrà riconoscere per l'anno 2001 una maggiorazione del punteggio tale, in presenza anche del parziale raggiungimento di altri obiettivi da far conseguire il compenso aggiuntivo nella misura massima.

La predisposizione del bilancio di esercizio 2001 difforme dallo schema di bilancio regolamentato dalla Regione Basilicata sarà sanzionato per i Direttori Generali e per i Direttori Amministrativi con una riduzione del fondo integrativo di risultato.

Il mancato raggiungimento del pareggio di bilancio dell'esercizio 2001 ovvero la mancata riduzione delle perdite di bilancio del 50% rispetto al valore dell'anno 2000 sarà sanzionato per i Direttori Generali e per i Direttori Amministrativi con una riduzione del fondo integrativo di risultato fino al 5% (Riduzione dal 20% al 15%).

A-5) CONTABILITÀ ANALITICA

Un buon governo del settore sanitario impone altresì un equilibrio del bilancio dei presidi ospedalieri. La misura dell'efficienza degli stessi, sul piano economico ed organizzativo, non può prescindere da un adeguato sistema di contabilità analitica che consente al Direttore Generale di valutare di produrre in proprio od acquistare le prestazioni, ferme restando le scelte di programmazione regionale. Pertanto i Direttori Generali sono impegnati a rilevare con puntualità e rigosità i costi e i ricavi dei singoli presidi per consentire alla programmazione regionale di porre in essere le azioni politiche ed amministrative necessarie per la riconversione delle strutture verso modelli economicamente più sostenibili, ed a fornire a richiesta della Regione i relativi dati nei tempi fissati nella nota di richiesta.

A-6) ACQUISTO DI BENI E SERVIZI

Nell'ambito delle procedure di acquisto le Aziende Sanitarie UU.SS.LL. e le Aziende Ospedaliere dovranno aderire alle convenzioni previste dall'art. 2 del D.Lgs. 347/2001 convertito nella L. 405/2001 e richiamate nella legge regionale 31.1.2002, n.10 (finanziaria regionale).

Il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera assumerà l'iniziativa presso gli altri Direttori Generali per l'insediamento di un apposito gruppo di lavoro che, d'intesa con la CONSIP ~~che~~, contattata dalla Regione si è resa disponibile a fornire il proprio supporto tecnico, dovrà valutare la possibilità di unioni di acquisto tra le Aziende medesime e dovrà redigere capitolati unici per l'acquisto di prodotti omogenei.

Le conclusioni del gruppo di lavoro (le cui risultanze dovranno essere comunicate al Dipartimento Sicurezza e Solidarietà Sociale) dovranno essere ultimate entro il 30 Aprile 2002.

A-7) DIRETTIVE SUL PERSONALE

Altro obiettivo vincolante per le Aziende Sanitarie Regionali è volto alla razionalizzazione della spesa del personale e riorganizzazione dello stesso che non pregiudichi comunque il livello dei servizi sanitari.

Per tale motivo le Aziende sono autorizzate ad assumere il personale per i posti messi a concorso nell'anno 2001 le cui procedure sono state completate entro il 31 dicembre di quell'anno.

Per le vacanze dei posti e la loro copertura a partire dall'1.1.2002 le Aziende richiederanno apposita autorizzazione al Dipartimento Sicurezza e Solidarietà Sociale nell'ambito del piano delle assunzioni certificando la disponibilità delle risorse o le azioni utili per la copertura dei costi.

Non necessita di autorizzazione la copertura dei posti nei settori dell'anestesia-rianimazione, della radiologia e delle figure previste per l'attivazione del servizio di emergenza-urgenza - 118 regionale.

Nel caso di particolari esigenze e per mantenere la flessibilità dei costi le Aziende dovranno utilizzare prioritariamente le modalità di assunzione alternative a quelle a tempo indeterminato previste dai contratti collettivi di lavoro. Sono consentiti senza alcuna autorizzazione regionale i trasferimenti del personale tra le Aziende Sanitarie della Regione.

Nelle strutture ospedaliere che si sviluppano su più plessi di norma non potranno coesistere unità operative semplici o complesse della stessa disciplina, ovvero pur se della stessa disciplina le unità operative dovranno avere una diversa specificità o una particolare specializzazione.

Il mancato rispetto delle prescrizioni contenute nel presente punto non consentirà ai Direttori Generali l'accesso al fondo integrativo di risultato del 20%.

A-8) C.U.P. (Centro Unificato di Prenotazione)

I Direttori Generali devono, entro il 31 marzo 2002, rendere disponibili le agende di tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogabili dalle proprie strutture aziendali da inserire nel C.U.P. regionale che deve rappresentare l'unica modalità di accesso alle prestazioni ambulatoriali programmate.

I Direttori Generali devono garantire e certificare entro il 30 aprile 2002 che tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogabili dalle proprie strutture aziendali sono state inserite nel C.U.P. regionale.

Il mancato rispetto di tale adempimento sarà sanzionato con una riduzione per i Direttori Generali e per i Direttori Sanitari del fondo integrativo di risultato del 10% (dal 20% al 10%).

Per dare piena attuazione al C.U.P. regionale il Dipartimento Sicurezza e Solidarietà Sociale sta elaborando un progetto di CALL CENTER unico regionale; pertanto le Aziende, al fine di evitare duplicazioni di funzioni e di costi, sono tenute a non attivare nuovi CALL CENTER aziendali.

A-9) DEBITO INFORMATIVO

Tutte le Aziende Sanitarie Regionali sono tenute a fornire, nei tempi e con le modalità di volta in volta indicate, i dati richiesti dal Dipartimento Sicurezza e Solidarietà Sociale e dal Ministero della Salute.

In particolare tutte le aziende sono tenute alla trasmissione del flusso di dati previsti dal Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Salute nei termini fissati dalla normativa. Il mancato rispetto di tale adempimento può causare alla Regione Basilicata una riduzione della quota spettante del Fondo Sanitario Nazionale fino al 3% (art.32, comma 2, della legge 27.12.1997, n.449- Legge finanziaria anno 1998).

Le Aziende sono tenute a fornire al Dipartimento regionale alla Sanità, nel rispetto dei tempi e delle modalità indicate nella nota di richiesta, i dati indispensabili alle attività di programmazione e di controllo.

La nota con la quale verranno richiesti tali dati riporterà esplicitamente sia la dicitura "dati richiesti per finalità di programmazione e controllo" e sia la percentuale di riduzione del Fondo Sanitario Regionale da applicarsi in caso di mancato o ritardato invio dei dati o di inesattezza degli stessi fino ad un massimo del 3%.

Ai sensi di quanto previsto dalla legge regionale 31.1.2002, n.10, il mancato adempimento non consente l'erogazione al Direttore Generale del compenso aggiuntivo ovvero nel caso di ritardato adempimento fino a 15 giorni, il compenso aggiuntivo sarà ridotto del 5% (dal 20 al 15%).

Nel caso di comportamenti recidivanti, laddove il mancato adempimento impedisca il puntuale monitoraggio della spesa sanitaria od altre attività di programmazione e di verifica, la giunta regionale valuterà l'avvio delle procedure di decadenza dall'incarico del Direttore Generale.

B) ASSISTENZA OSPEDALIERA

B-1) RICOVERI OSPEDALIERI

In linea con il D.P.C.M. del 29.11.2001, "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" (G.U. 8.2.2002, n.33) che ha 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 decreto legislativo 30.12.1992, n.502 e successive modificazioni" (G.U.23.1.2002, n.19) si stabilisce quale primo obiettivo nel settore ospedaliero la riduzione della ospedalizzazione in ricovero ordinario che risente sia dell'inappropriatezza per i ricoveri individuati nei LEA dal citato D.P.C.M. che dei tassi di riammissione.

Gli obiettivi di riduzione dei ricoveri ospedalieri e del corretto regime di ricovero sono riportati nel successivo paragrafo relativo ai livelli essenziali di assistenza.

Nel T.O. per l'anno 2002 di cui alle tabelle colà indicate non vanno compresi le percentuali rinvenienti esclusivamente dal recupero di mobilità sanitaria interregionale.

Sono esclusi dagli abbattimenti tutte le prestazioni erogate a cittadini non residenti in regione per i quali deve essere sempre e comunque garantita l'appropriatezza del ricovero e del relativo regime.

Per quanto riguarda il CROB e la relativa gestione sperimentale è fissato, per l'anno 2002, quale obiettivo l'incremento delle prestazioni oncologiche rispetto all'anno precedente nel rispetto dei criteri di appropriatezza dei regimi di ricovero.

Il totale delle prestazioni oncologiche deve rappresentare almeno l'80% del totale delle prestazioni erogate. L'incremento potrà essere valutato in ragione del tasso di occupazione per posti letto (non inferiore al 75%).

Il mancato raggiungimento da parte dei Direttori Generali degli obiettivi definiti nel presente capitolo sarà sanzionato con una riduzione del fondo integrativo di risultato del 5% (Riduzione dal 20% al 15%).

I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali (con riferimento, per l'A.S.L. n.2, all'intero bacino aziendale) sono inoltre impegnati ad assumere ogni utile iniziativa, con il coinvolgimento dei Medici di Medicina generale e dei Pediatri di libera scelta, con i responsabili dei distretti, affinché in nessuna area del territorio regionale vi sia un ricorso inappropriato al ricovero ospedaliero.

Pertanto non potranno in nessun modo essere ammissibili Tassi di Ospedalizzazione grezzi totali (somma di quello in regione e di quello in mobilità sanitaria passiva) per singolo Comune superiori a 270 ricoveri per 1000 abitanti; tale valore, quale obiettivo per il primo anno (anno 2002) risulta comunque piuttosto elevato rispetto al valore medio regionale del 224‰ e rispetto al valore tendenziale nazionale del 160‰.

Nel caso di superamento del T.O. del 270‰ saranno apportate riduzioni alle Aziende Sanitarie U.U.S.S.L.L. della quota del F.S.R. di competenza in misura pari al 5% della valorizzazione media eccedente il T.O. del 270‰.

B-2) MOBILITÀ SANITARIA

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

Il fenomeno continua ad interessare la Regione Basilicata proporzionalmente in modo superiore rispetto a tutte le altre regioni sebbene nel biennio 1999-2000 si sia registrata una riduzione di 2.614 ricoveri; si è passati dai 35.736 ricoveri dell'anno 1998 a 33.122 ricoveri dell'anno 2000 con un decremento annuo del 3,65% circa.

Il T.O. grezzo medio per prestazioni ospedaliere fuori regione (anno 2000) è uguale al 54,64 e continua ad essere il più elevato tra le regioni italiane; esso rappresenta circa il 24% del T.O. grezzo medio totale pari a 226,21.

La Regione Basilicata oltre ad essere riuscita a livello nazionale a far approvare misure per la verifica dell'appropriatezza dei ricoveri (vedi documento approvato dalla conferenza permanente Stato-Regioni in data 16.3.2000) ha attivato sul proprio territorio una serie di misure con la D.G.R. 15.2.2000, n.275, incentivando il ricorso al ricovero ospedaliero in regione rispetto a quello extraregionale, favorendo la realizzazione della rete dei servizi sanitari delle strutture ospedaliere, incentivando i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, incentivando le prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali a livello distrettuale.

Con tali misure non si è però registrato un adeguato decremento in termini numerici della migrazione rispetto alle risorse finanziarie messe a disposizione dal governo regionale e all'impegno profuso dal Dipartimento Sicurezza e Solidarietà Sociale per la diffusione dell'analisi e della conoscenza della problematica a livello aziendale.

Obiettivo strategico per l'anno 2002 per i Direttori Generali è la riduzione della migrazione sanitaria passiva interregionale.

Ai fini di definire obiettivi specifici per i singoli Direttori Generali e al fine di considerare correttamente e separatamente l'apporto dell'ASL 2 di Potenza e dell'Azienda Ospedaliera San Carlo ubicata nel territorio di tale ASL viene individuato il bacino di utenza di competenza dell'Azienda Ospedaliera San Carlo e quello di competenza dell'ASL n.2. I Comuni rientranti

nei due distinti bacini di utenza sono riportati nella Tabella B allegata al presente provvedimento.

Pertanto viene attribuito anche all'Azienda Ospedaliera San Carlo l'obiettivo di riduzione della migrazione sanitaria al pari delle altre Aziende Sanitarie Locali.

Per ogni azienda sanitaria è fatto obbligo per l'anno 2002 di ridurre il tasso di ospedalizzazione grezzo dei ricoveri ospedalieri fuori regione del 15% rispetto ai dati dell'anno 2000 nel rispetto dei valori della seguente tabella (è da tenere presente che già nell'anno 2001 è stata prevista una riduzione tendenziale complessiva del 3,5%):

| | Valori anno 2000 | | Valori attesi anno 2002 | | |
|---------|------------------|--------------------|-------------------------|--------------------|-------------------|
| | N.Ricoveri | T.O. Fuori Reg. | N.Ricoveri | T.O. Fuori Reg. | Riduz Ricoveri |
| ASL 1 | 7.002 | 71,07 | 5.952 | 60,40 | 1.050 |
| ASL 2 | 2.618 | 46,46 | 2.225 | 39,49 | 393 |
| ASL 3 | 5.760 | 72,05 | 4.896 | 61,24 | 864 |
| ASL 4 | 7.658 | 62,47 | 6.509 | 53,09 | 1.149 |
| ASL 5 | 4.910 | 58,72 | 4.173 | 49,91 | 737 |
| S.Carlo | 5.174 | 31,33 | 4.398 | 26,63 | 776 |

Il mancato raggiungimento di tale obiettivo STRATEGICO non consentirà ai Direttori Generali l'accesso al fondo integrativo di risultato del 20%, ovvero comporterà una riduzione proporzionale al grado di raggiungimento dell'obiettivo.

Dall'anno 2002 sono sospesi gli effetti di cui alla D.G.R. 15.2.2000, n.275.

B-3) FARMACEUTICA OSPEDALIERA

Non potrà essere superato il valore dei costi sostenuti per l'attività farmaceutica interna nel corso del 2001, fatto salvo quanto dovesse essere previsto in materia di distribuzione diretta dei farmaci. Tale obiettivo è posto anche a carico dell'A.O. S.Carlo e del CROB. L'eventuale superamento del valore del costo dell'anno precedente per la farmaceutica interna potrà essere consentito e dovrà essere opportunamente verificato in ragione dell'eventuale maggiore attività posta in essere ovvero della diversificazione dell'attività stessa.

Il mancato raggiungimento dell'obiettivo comporta una riduzione del compenso aggiuntivo, per i Direttori Generali ed i Direttori Amministrativi del 3% (dal 20% al 17%).

B-4) PRONTO SOCCORSO

Obiettivo delle Aziende Sanitarie è quello di attivare entro il 30 giugno 2002 presso ciascun servizio di pronto soccorso la funzione di "triage" all'atto dell'accettazione, come primo momento di accoglienza, valutazione clinica ed indirizzo all'intervento diagnostico.

Le Aziende dovranno a tal fine approntare appositi protocolli operativi ed avviare apposite attività formative e di aggiornamento.

Sono assoggettabili alla compartecipazione alla spesa quelle prestazioni chiaramente non ascrivibili a situazioni di emergenza urgenza (codice bianco).

B-5) EMERGENZA URGENZA

Massima e tempestiva dovrà essere la collaborazione delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere alle iniziative da parte della Regione volte alla realizzazione del sistema di emergenza-urgenza (che sarà oggetto di apposita direttiva). Il mancato ed ingiustificato rispetto dei termini che saranno fissati comporterà la impossibilità di accedere al compenso aggiuntivo per tutti i componenti della Direzione Strategica.

C) ASSISTENZA DISTRETTUALE**C-1) FARMACEUTICA CONVENZIONATA ESTERNA**

Altro obiettivo posto a carico dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie UU.SS.LL. è quello del controllo della spesa farmaceutica. L'Amministrazione regionale sta acquisendo un sistema di controllo del profilo prescrittivo di ogni singolo medico che potrà consentire un adeguato strumento di governo della spesa del settore.

Le Aziende dovranno comunque essere impegnate nella verifica del puntuale rispetto da parte dei professionisti convenzionati e dei propri dipendenti delle disposizioni dettate dalla Giunta Regionale in materia, in particolare nel rispetto delle norme contenute nella D.G.R. 30.7.2001, n.1660 e successiva deliberazione di modifica ed integrazione del 21.12.2001, n.2728.

In particolare le Aziende sono tenute alla verifica:

- 1- del dispositivo sull'esclusività della prescrizione dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta fatte salve le eccezioni previste;
- 2- delle prescrizioni dei farmaci e delle relative confezioni più convenienti per il Sistema Sanitario Regionale;
- 3- della congruità del numero di pezzi per ricetta rispetto alla copertura terapeutica;
- 4- della verifica puntuale per i professionisti dipendenti del Sistema Sanitario Regionale dell'applicazione in materia di prescrizioni dell'apposito consiglio terapeutico con indicazione del solo principio attivo da effettuarsi anche in caso di dimissione ospedaliera, non essendo ammesse modalità diverse di prescrizione.

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

In ogni caso a livello distrettuale dovranno essere poste in essere iniziative volte ad una corretta politica del farmaco anche attraverso gli appositi organismi previsti dagli accordi regionali sulla medicina generale, la pediatria di base e la specialistica ambulatoriale con il coinvolgimento della componente ospedaliera. Dovranno essere previsti incontri periodici (almeno mensili) con i medici di medicina generale, con i pediatri di libera scelta e con gli altri specialisti per valutare a livello distrettuale l'andamento della spesa farmaceutica relativa alle farmacie operanti nel distretto ed adottare eventuali misure correttive dei comportamenti prescrittivi.

Devono infine essere poste in essere azioni di formazione, aggiornamento ed educazione sanitaria sul farmaco.

Potranno essere sperimentate forme particolari di distribuzione di farmaci e presidi nel rispetto degli accordi tra la Regione e la Federfarma o comunque con il coinvolgimento dei rappresentanti dell'Associazione dei titolari di farmacia.

Viene fissato quale obiettivo tendenziale per i Direttori Generali il mantenimento della spesa del settore farmaceutico rispetto ai valori dell'anno 2001.

Il mancato raggiungimento dell'obiettivo comporta una riduzione del compenso aggiuntivo, per i Direttori Generali, Sanitari e Amministrativi del 3% (dal 20% al 17%).

C-2) ASSISTENZA PROTESICA

Al fine del contenimento della spesa per l'assistenza protesica i Direttori Generali dell'Azienda Sanitaria U.S.L. n. 2 e dell'Azienda Sanitaria U.S.L. n. 4 attiveranno le procedure per l'acquisto in unione per conto di tutte le Aziende Sanitarie regionali dei dispositivi protesici nel rispetto degli standard di qualità garantendo la disponibilità di una gamma di modelli idonea a soddisfare le specifiche esigenze degli assistiti.

A tal scopo entro il prossimo 30.4.2002 insedieranno un apposito gruppo di lavoro che dovrà predisporre, d'intesa con l'Ufficio Attività Sanitarie di Prevenzione e Politiche del Farmaco del Dipartimento Sicurezza e Solidarietà Sociale i capitolati per le relative gare di appalto entro il 30 giugno 2002.

D) LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (LEA)

Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

Con il D.P.C.M. del 29.11.2001, "*Definizione dei livelli essenziali di assistenza*" (G.U. 8.2.2002, n.33) 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 decreto legislativo 30.12.1992, n.502 e successive modificazioni*" (G.U.23.1.2002, n.19).

Nelle more dell'adozione di un apposito provvedimento in ordine ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) erogabili nella Regione Basilicata sono esclusi dagli stessi e quindi non a carico del S.S.R. le prestazioni incluse nell'allegato 2A del DPCM 29.11.2001 fatte salve le certificazioni sanitarie per attività sportive di cui all'art.9 della L.R. n.59/1996 come modificato dalla legge regionale 31/1/2002 n. 10.

Alle prestazioni di cui al punto e) dell'allegato 2A del predetto DPCM si applicano le tariffe di cui alla D.G.R. 3/4/2000, n.648.

Le prestazioni sanitarie in corso di erogazione (cicli di terapia) alla data di entrata in vigore del D.P.C.M. del 29.11.2001 sono a carico del S.S.R.

Per quanto riguarda l'allegato 2B) lett. a), b) e d), del predetto DPCM, nelle more della individuazione delle condizioni di erogabilità, si ritiene di ricomprendere le stesse tra quelle non erogabili con oneri a carico del S.S.R. fatte salve le eccezioni puntualmente già individuate dal decreto medesimo.

Per le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa ambulatoriale di cui al punto c) dell'allegato 2B) si fa riferimento a quanto previsto dalle linee guida sulla riabilitazione approvate con D.G.R. del 14.1.2002, n.39. Ovviamente le prestazioni sanitarie non ricomprese nei livelli potranno essere erogate con oneri a carico degli utenti.

Per quanto riguarda i DRG chirurgici di cui all'allegato 2C) del DPCM sopra citato viene fissato quale obiettivo per le Aziende Sanitarie per l'anno 2002 l'uso appropriato dei due regimi di assistenza ospedaliera: "Ricovero Ordinario", - Day Surgery" così come previsto dalle linee-guida sul Day-Surgery e Day-Hospital approvate con DGR del 16.7.2001, n.1565.

I valori delle percentuali da garantire in regime di Day Surgery per ogni singolo DRG sono riportati nella colonna 8 della allegata TABELLA A-1). Essi sono stati calcolati sulla base dell'attività delle strutture regionali dell'anno 2000 (con esclusione dal calcolo delle strutture con meno di 10 ricoveri) attribuendo il valore percentile pari a 90 (Tabella A-3) applicando la media matematica di tale valore percentuale con il maggiore valore medio percentuale riscontrato a livello nazionale e a livello regionale.

Solo in pochi casi (DRG che nella letteratura hanno una chiara definizione dell'appropriatezza del regime di ricovero) si è tenuto conto del riferimento espresso dal miglior performer regionale in rapporto al miglior performer nazionale.

Le elaborazioni sono state effettuate sulla base dei dati nazionali relativi all'anno 1999 (ultimo anno validato) e dei dati regionali dell'anno 2000 (ultimo anno validato).

Così come già previsto nell'ambito delle linee guida regionali sul totale dei ricoveri effettuati verranno comunque tariffate in Day Surgery le percentuali stabilite come obiettivo.

Per quanto riguarda i DRG medici di cui all'allegato 2C) del citato DPCM diviene obiettivo delle Aziende Sanitarie per l'anno 2002 la riduzione del numero totale dei ricoveri nonché l'uso appropriato dei due regimi di assistenza ospedaliera (Ordinario e Day Hospital).

I tassi di ospedalizzazione grezzi totali (espressi per 10.000 abitanti) per ognuna delle cinque Aziende Sanitarie UU.SS.LL. e per l'Azienda Ospedaliera S. Carlo non potranno essere superiori a quelli indicati nella colonna 7 dell'allegata Tabella A-2) con riferimento alla popolazione del proprio bacino di utenza.

I valori delle percentuali da garantire in Day Hospital per ogni singolo DRG sono riportati nella colonna 8 dell'allegata Tabella A-2) e sono stati calcolati sulla base dei dati nazionali relativi all'anno 1999 (ultimo anno validato) e dei dati regionali dell'anno 2000 (ultimo anno validato).

Coloro che hanno già raggiunto gli obiettivi ovvero abbiano una migliore performance devono naturalmente consolidare almeno la percentuale raggiunta nell'anno 2001.

Gli interventi previsti dalle linee guida di cui al DGR 1565/2001 da eseguirsi in regime ambulatoriale verranno remunerate per l'80% del totale dei ricoveri secondo le corrispondenti tariffe ambulatoriali anche se erogate in diverso regime.

Il mancato raggiungimento degli obiettivi sopra esposti comporta la impossibilità di erogazione dei compensi incentivanti al personale dirigente delle strutture aziendali interessate nonché una penalizzazione del compenso aggiuntivo spettante al Direttore Generale ed al Direttore Sanitario delle Aziende del 5% (dal 20 al 15%).

CONCLUSIONI

Con successivi provvedimenti verranno definiti ulteriori obiettivi per i settori farmaceutici e della prevenzione e verrà definita la normativa per la piena attivazione dell'Osservatorio Prezzi e Tecnologie nel settore sanitario.

Il raggiungimento degli obiettivi previsti dalla presente direttiva rappresenta un preciso adempimento per i Direttori Generali e le Aziende da esse dirette.

Gli obiettivi contenuti nel presente documento sono relativi all'intero anno 2002; pertanto essi si riterranno comunque raggiunti in rapporto ai dodicesimi di anno a disposizione a far data dall'approvazione della deliberazione di Giunta Regionale.

Pertanto, fermo restando le percentuali di abbattimento del compenso aggiuntivo ad essi spettante ovvero la impossibilità di accedere allo stesso per il mancato raggiungimento di alcuni

particolari obiettivi, in presenza di una gestione che non garantisca un sufficiente grado di realizzazione di tutti gli obiettivi fissati la Giunta Regionale valuterà la possibilità di attivare le procedure di revoca dell'incarico.

PAGINA BIANCA

ALLEGATO N. 1

**DIRETTIVA VINCOLANTE PER I DIRETTORI GENERALI DELLE AZIENDE
SANITARIE DELLA REGIONE BASILICATA**

TABELLE

PAGINA BIANCA

**DIRETTIVA VINCOLANTE PER I DIRETTORI GENERALI DELLE AZIENDE
SANITARIE
DELLA REGIONE BASILICATA**

TABELLA A-1

LEA CHIRURGICI

PAGINA BIANCA

TABELLA A-1
LEA CHIRURGICI

| Tipo | DaF | Descrizione | Nazionali | | | | | | Basilicata | | | Percentile 90 | | Valori attesi anno 2002 | | |
|------|-----|--|-----------|--------|--------|-------|----------|--------|------------|-----|------|---------------|------|-------------------------|------|--|
| | | | 10000 ab | | D.H. | | Ordinari | | 10000 ab | | D.H. | | D.H. | | D.H. | |
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | | | | | | |
| C | 006 | Decompressione del tunnel carpale | 12,61 | 55,65% | 44,35% | 5,08 | 49,02% | 50,97% | 80,32% | 68% | | | | | | |
| C | 039 | Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia | 58,10 | 27,01% | 72,99% | 28,25 | 30,12% | 69,87% | 62,08% | 46% | | | | | | |
| C | 040 | Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita età > 17 | 9,18 | 43,76% | 56,24% | 3,21 | 60,04% | 39,35% | 81,14% | 71% | | | | | | |
| C | 041 | Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita età < 17 | 8,43 | 20,93% | 79,07% | 3,16 | 58,33% | 41,66% | 80,00% | 69% | | | | | | |
| C | 042 | Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina iride e cataratta | 7,54 | 24,36% | 75,64% | 6,26 | 86,31% | 13,68% | 82,23% | 86% | | | | | | |
| C | 055 | Miscellanea di interventi su orecchio naso bocca e gola | 11,19 | 8,86% | 91,14% | 3,76 | 14,47% | 85,52% | 24,91% | 20% | | | | | | |
| C | 119 | Legatura e stripping di vene | 17,65 | 19,36% | 80,64% | 3,77 | 17,90% | 82,09% | 30,00% | 25% | | | | | | |
| C | 158 | Interventi su ano e sigma senza cc | 11,64 | 10,80% | 89,20% | 6,10 | 19,72% | 80,27% | 59,59% | 40% | | | | | | |
| C | 160 | Interventi per ernia eccetto inguinale e femorale età > 17 sc | 4,90 | 4,98% | 95,01% | 3,24 | 8,12% | 91,87% | 30,13% | 19% | | | | | | |
| C | 162 | Interventi per ernia inguinale e femorale età > 17 senza cc | 30,05 | 13,27% | 86,72% | 25,76 | 22,79% | 77,20% | 29,91% | 26% | | | | | | |
| C | 163 | Interventi per ernia età < 18 | 18,00 | 10,23% | 89,77% | 8,17 | 15,05% | 84,94% | 48,67% | 32% | | | | | | |
| C | 222 | Interventi sul ginocchio senza cc | 21,53 | 12,53% | 87,47% | 16,00 | 13,87% | 84,12% | 48,30% | 32% | | | | | | |
| C | 232 | Artroscopia | 5,91 | 13,63% | 86,37% | 1,64 | 3,00% | 97,00% | 0,00% | 14% | | | | | | |
| C | 262 | Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasia | 4,98 | 34,38% | 65,62% | 5,21 | 66,45% | 33,54% | 98,82% | 80% | | | | | | |
| C | 267 | Interventi perianali e pilonidali | 4,37 | 21,71% | 78,29% | 4,53 | 45,09% | 54,90% | 81,67% | 63% | | | | | | |
| C | 270 | Altri interventi su pelle tessuto sottocutaneo e mammella sc | 10,92 | 47,70% | 52,30% | 8,62 | 62,14% | 37,85% | 83,72% | 73% | | | | | | |
| C | 364 | Dilatazione e raschiamento conizzazione eccetto per uropoli | 37,92 | 37,62% | 62,38% | 12,98 | 49,55% | 50,44% | 85,29% | 67% | | | | | | |

PAGINA BIANCA

**DIRETTIVA VINCOLANTE PER I DIRETTORI GENERALI DELLE AZIENDE
SANITARIE
DELLA REGIONE BASILICATA**

TABELLA A-2

LEA MEDICI

PAGINA BIANCA

PAGINA BIANCA

**DIRETTIVA VINCOLANTE PER I DIRETTORI GENERALI DELLE AZIENDE
SANITARIE
DELLA REGIONE BASILICATA**

TABELLA A-3

LEA CHIRURGICI — CALCOLO CON PERCENTILE

PAGINA BIANCA

TABELLA A-3 - LEA CHIRURGICI - CALCOLO PERCENTILE
Indice percentile = 0,9

| 006 | Decompressione del tunnel carpale | | | | | | Valore percentile |
|-----|---|--------------------------------|-----------------------------|--------------------|-------------------------|--|-------------------|
| DRG | Struttura Ospedaliera | N. Ricoveri D.H. Ord. 1 giorno | N. Ricoveri Ordinari > 1 gg | N. Ricoveri Totale | % D.H. e 1 gg su totale | | |
| | ASL 3 - Ospedali Riuniti del Lagonegrese | 12 | 12 | 24 | 50,0% | | |
| | ASL 4 - Ospedale Provinciale di Matera | 61 | 2 | 63 | 96,8% | | |
| | ASL 5 - Presidio Ospedaliero Unificato | 5 | 36 | 41 | 12,2% | | |
| | Az. Osp. S. Carlo - POTENZA- | 40 | 32 | 72 | 55,6% | | |
| | Casa di Cura Luccioni - Potenza | 1 | 38 | 39 | 2,6% | | |
| | ricoveri osservati | 119 | 120 | 239 | 49,8% | | |
| | ricoveri attesi | 192 | 47 | 239 | 80,3% | | 0,9 |
| | Percentuali attese per ricoveri anno 2002 | 80% | 20% | | | | |

| 039 | Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia | | | | | | Valore percentile |
|-----|--|--------------------------------|-----------------------------|--------------------|-------------------------|--|-------------------|
| DRG | Struttura Ospedaliera | N. Ricoveri D.H. Ord. 1 giorno | N. Ricoveri Ordinari > 1 gg | N. Ricoveri Totale | % D.H. e 1 gg su totale | | |
| | ASL 1 - Presidio Ospedaliero Unificato | 495 | 64 | 559 | 88,6% | | |
| | ASL 4 - Ospedale Provinciale di Matera | 0 | 213 | 213 | 0,0% | | |
| | ASL 5 - Presidio Ospedaliero Unificato | 0 | 132 | 132 | 0,0% | | |
| | Az. Osp. S. Carlo - POTENZA- | 2 | 627 | 629 | 0,3% | | |
| | ricoveri osservati | 497 | 1.036 | 1.533 | 32,4% | | |
| | ricoveri attesi | 952 | 581 | 1.533 | 62,1% | | 0,9 |
| | Percentuali attese per ricoveri anno 2002 | 62% | 38% | | | | |

| 040 | Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita età > 17 | | | | | | Valore percentile |
|-----|---|--------------------------------|-----------------------------|--------------------|-------------------------|--|-------------------|
| DRG | Struttura Ospedaliera | N. Ricoveri D.H. Ord. 1 giorno | N. Ricoveri Ordinari > 1 gg | N. Ricoveri Totale | % D.H. e 1 gg su totale | | |
| | ASL 1 - Presidio Ospedaliero Unificato | 126 | 10 | 136 | 92,6% | | |
| | ASL 4 - Ospedale Provinciale di Matera | 57 | 48 | 105 | 54,3% | | |
| | ASL 5 - Presidio Ospedaliero Unificato | 1 | 49 | 50 | 2,0% | | |
| | Az. Osp. S. Carlo - POTENZA- | 65 | 57 | 122 | 53,3% | | |
| | ricoveri osservati | 249 | 164 | 413 | 60,3% | | |

| | | | | | | |
|--|---|-----|-----|-----|-------|-----|
| | ricoveri attesi | 335 | 78 | 413 | 81,1% | 0,9 |
| | Percentuali attese per ricoveri anno 2002 | 81% | 19% | | | |

| DRG | Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita età < 18 | | | | | |
|---|---|--------------------------------|-----------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------|
| | Struttura Ospedaliera | N. Ricoveri D.H. Ord. 1 giorno | N. Ricoveri Ordinari > 1 gg | N. Ricoveri Totale | % D.H. e 1 gg su totale | Valore percentile |
| ASL 1 - Presidio Ospedaliero Unificato | | 10 | 2 | 12 | 83,3% | |
| ASL 4 - Ospedale Provinciale di Matera | | 5 | 5 | 10 | 50,0% | |
| ricoveri osservati | | 15 | 7 | 22 | 68,2% | |
| ricoveri attesi | | 18 | 4 | 22 | 80,0% | 0,9 |
| Percentuali attese per ricoveri anno 2002 | | 80% | 20% | | | |

| DRG | Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina iride e cristallino | | | | | |
|---|--|--------------------------------|-----------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------|
| | Struttura Ospedaliera | N. Ricoveri D.H. Ord. 1 giorno | N. Ricoveri Ordinari > 1 gg | N. Ricoveri Totale | % D.H. e 1 gg su totale | Valore percentile |
| ASL 4 - Ospedale Provinciale di Matera | | 0 | 14 | 14 | 0,0% | |
| Az. Osp. S. Carlo - POTENZA- | | 307 | 29 | 336 | 91,4% | |
| ricoveri osservati | | 307 | 43 | 350 | 87,7% | |
| ricoveri attesi | | 288 | 62 | 350 | 82,2% | 0,9 |
| Percentuali attese per ricoveri anno 2002 | | 82% | 18% | | | |

| DRG | Miscellanea di interventi su orecchio naso bocca e gola | | | | | |
|---|---|--------------------------------|-----------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------|
| | Struttura Ospedaliera | N. Ricoveri D.H. Ord. 1 giorno | N. Ricoveri Ordinari > 1 gg | N. Ricoveri Totale | % D.H. e 1 gg su totale | Valore percentile |
| ASL 1 - Presidio Ospedaliero Unificato | | 7 | 20 | 27 | 25,9% | |
| ASL 4 - Ospedale Provinciale di Matera | | 20 | 76 | 96 | 20,8% | |
| Az. Osp. S. Carlo - POTENZA- | | 3 | 77 | 80 | 3,8% | |
| ricoveri osservati | | 30 | 173 | 203 | 14,8% | |
| ricoveri attesi | | 51 | 152 | 203 | 24,9% | 0,9 |
| Percentuali attese per ricoveri anno 2002 | | 25% | 75% | | | |

| | | | | | | |
|-----|------------------------------|--|--|--|--|--|
| 119 | Legatura e stripping di vene | | | | | |
|-----|------------------------------|--|--|--|--|--|

XIV LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

| DRG | Struttura Ospedaliera | N. Ricoveri D.H. Ord. 1 giorno | N. Ricoveri Ordinari > 1 gg | N. Ricoveri Totale | % D.H. e 1 gg su totale | Valore percentile |
|-----|--|--------------------------------|-----------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------|
| | ASL 1 - Presidio Ospedaliero Unificato | 20 | 60 | 80 | 25,0% | |
| | ASL 3 - Ospedali Riuniti del Lagonegrese | 3 | 22 | 25 | 12,0% | |
| | ASL 4 - Ospedale Provinciale di Matera | 4 | 8 | 12 | 33,3% | |
| | Az. Osp. S. Carlo - POTENZA- | 7 | 52 | 59 | 11,9% | |
| | Casa di Cura Luccioni - Potenza | 0 | 12 | 12 | 0,0% | |
| | ricoveri osservati | 34 | 154 | 188 | 18,1% | |
| | ricoveri attesi | 56 | 132 | 188 | 30,0% | 0,9 |
| | Percentuali attese per ricoveri anno 2002 | 30% | 70% | | | |

| 158 | Interventi su ano e stoma senza cc | N. Ricoveri D.H. Ord. 1 giorno | N. Ricoveri Ordinari > 1 gg | N. Ricoveri Totale | % D.H. e 1 gg su totale | Valore percentile |
|-----|--|--------------------------------|-----------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------|
| | ASL 1 - Presidio Ospedaliero Unificato | 5 | 54 | 59 | 8,5% | |
| | ASL 2 - Ospedale Civile di Villa d'Agri | 12 | 12 | 24 | 50,0% | |
| | ASL 3 - Ospedale di Zona - Chiaromonte | 1 | 11 | 12 | 8,3% | |
| | ASL 3 - Ospedali Riuniti del Lagonegrese | 1 | 19 | 20 | 5,0% | |
| | ASL 4 - Osdelade di Zona - Tricarico | 15 | 8 | 23 | 65,2% | |
| | ASL 4 - Ospedale Provinciale di Matera | 25 | 18 | 43 | 58,1% | |
| | ASL 5 - Presidio Ospedaliero Unificato | 0 | 24 | 24 | 0,0% | |
| | Az. Osp. S. Carlo - POTENZA- | 6 | 68 | 74 | 8,1% | |
| | Casa di Cura Luccioni - Potenza | 4 | 58 | 62 | 6,5% | |
| | ricoveri osservati | 69 | 272 | 341 | 20,2% | |
| | ricoveri attesi | 203 | 138 | 341 | 59,6% | 0,9 |
| | Percentuali attese per ricoveri anno 2002 | 60% | 40% | | | |

| 160 | Interventi per ernia eccetto inguinale e femorale età > 17 senza cc | N. Ricoveri D.H. Ord. 1 giorno | N. Ricoveri Ordinari > 1 gg | N. Ricoveri Totale | % D.H. e 1 gg su totale | Valore percentile |
|-----|---|--------------------------------|-----------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------|
| | ASL 1 - Presidio Ospedaliero Unificato | 0 | 27 | 27 | 0,0% | |
| | ASL 2 - Ospedale Civile di Villa d'Agri | 0 | 14 | 14 | 0,0% | |
| | ASL 3 - Ospedali Riuniti del Lagonegrese | 1 | 18 | 19 | 5,3% | |
| | ASL 4 - Osdelade di Zona - Tricarico | 11 | 9 | 20 | 55,0% | |

| | | | | |
|---|-----|-----|-----|-------|
| ASL 5 - Presidio Ospedaliero Unificato | 1 | 32 | 33 | 3,0% |
| Az. Osp. S. Carlo - POTENZA- | 3 | 56 | 59 | 5,1% |
| ricoveri osservati | 16 | 156 | 172 | 9,3% |
| ricoveri attesi | 52 | 120 | 172 | 30,1% |
| Percentuali attese per ricoveri anno 2002 | 30% | 70% | | 0,9 |

| 162 | Interventi per ernia inguinale e femorale età > 17 senza cc | | | | | Valore percentile |
|-----|---|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------|----------------------|
| DRG | Struttura Ospedaliera | N. Ricoveri D.H. Ord. 1 giorno | N. Ricoveri Ordinari > 1 gg | N. Ricoveri Totale | % D.H. e 1 gg su totale | |
| | ASL 1 - Presidio Ospedaliero Unificato | 2 | 161 | 163 | 1,2% | |
| | ASL 2 - Ospedale Civile di Villa d'Agri | 0 | 73 | 73 | 0,0% | |
| | ASL 3 - Ospedale di Zona - Chiaromonte | 0 | 38 | 38 | 0,0% | |
| | ASL 3 - Ospedali Riuniti del Lagonegrese | 0 | 124 | 124 | 0,0% | |
| | ASL 4 - Osdelade di Zona - Tricarico | 278 | 34 | 312 | 89,1% | |
| | ASL 4 - Ospedale Provinciale di Matera | 0 | 94 | 94 | 0,0% | |
| | ASL 5 - Presidio Ospedaliero Unificato | 6 | 204 | 210 | 2,9% | |
| | Az. Osp. S. Carlo - POTENZA- | 52 | 292 | 344 | 15,1% | |
| | Casa di Cura Luccioni - Potenza | 1 | 91 | 92 | 1,1% | |
| | ricoveri osservati | 339 | 1.111 | 1.450 | 23,4% | |
| | ricoveri attesi | 434 | 1.016 | 1.450 | 29,9% | 0,9 |
| | Percentuali attese per ricoveri anno 2002 | 30% | 70% | | | |

| 163 | Interventi per ernia età < 18 | | | | | Valore percentile |
|-----|---|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------|----------------------|
| DRG | Struttura Ospedaliera | N. Ricoveri D.H. Ord. 1 giorno | N. Ricoveri Ordinari > 1 gg | N. Ricoveri Totale | % D.H. e 1 gg su totale | |
| | ASL 1 - Presidio Ospedaliero Unificato | 0 | 14 | 14 | 0,0% | |
| | ASL 4 - Osdelade di Zona - Tricarico | 7 | 3 | 10 | 70,0% | |
| | ASL 5 - Presidio Ospedaliero Unificato | 2 | 10 | 12 | 16,7% | |
| | Az. Osp. S. Carlo - POTENZA- | 1 | 24 | 25 | 4,0% | |
| | Casa di Cura Luccioni - Potenza | 2 | 11 | 13 | 15,4% | |
| | ricoveri osservati | 12 | 62 | 74 | 16,2% | |
| | ricoveri attesi | 36 | 38 | 74 | 48,7% | 0,9 |
| | Percentuali attese per ricoveri anno 2002 | 49% | 51% | | | |

| 222 | Interventi sul ginocchio senza cc | |
|-----|-----------------------------------|--|
| | | |

| DRG | Struttura Ospedaliera | N. Ricoveri D.H. Ord. 1 giorno | N. Ricoveri Ordinari > 1 gg | N. Ricoveri Totale | % D.H. e 1 gg su totale | Valore percentile |
|-----|--|--------------------------------|-----------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------|
| | ASL 1 - Presidio Ospedaliero Unificato | 85 | 0 | 85 | 0,0% | |
| | ASL 4 - Ospedale Provinciale di Matera | 14 | 163 | 177 | 7,9% | |
| | Az. Osp. S. Carlo - POTENZA- | 1 | 412 | 413 | 0,2% | |
| | Casa di Cura Luccioni - Potenza | 101 | 677 | 778 | 13,0% | |
| | ricoveri osservati | 376 | 402 | 778 | 48,3% | 0,9 |
| | ricoveri attesi | | | | | |
| | Percentuali attese per ricoveri anno 2002 | 48% | 52% | | | |

| DRG | Struttura Ospedaliera | N. Ricoveri D.H. Ord. 1 giorno | N. Ricoveri Ordinari > 1 gg | N. Ricoveri Totale | % D.H. e 1 gg su totale | Valore percentile |
|-----|--|--------------------------------|-----------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------|
| | ASL 5 - Presidio Ospedaliero Unificato | 0 | 13 | 13 | 0,0% | |
| | Casa di Cura Luccioni - Potenza | 0 | 38 | 38 | 0,0% | |
| | ricoveri osservati | - | 51 | 51 | 0,0% | 0,9 |
| | ricoveri attesi | - | 51 | 51 | 0,0% | |
| | Percentuali attese per ricoveri anno 2002 | 0% | 100% | | | |

| DRG | Struttura Ospedaliera | N. Ricoveri D.H. Ord. 1 giorno | N. Ricoveri Ordinari > 1 gg | N. Ricoveri Totale | % D.H. e 1 gg su totale | Valore percentile |
|-----|--|--------------------------------|-----------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------|
| | ASL 4 - Ospedale Provinciale di Matera | 170 | 76 | 246 | 69,1% | |
| | Az. Osp. S. Carlo - POTENZA- | 21 | 0 | 21 | 100,0% | |
| | C.R.O.B. - Rionero in V. | 195 | 86 | 281 | 69,4% | |
| | ricoveri osservati | 284 | 17 | 301 | 94,3% | 0,9 |
| | ricoveri attesi | 284 | 17 | 301 | 94,3% | |
| | Percentuali attese per ricoveri anno 2002 | 94% | 6% | | | |

| DRG | Interventi perianali e pilonidali |
|-----|-----------------------------------|
| | |

XIV LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

| DRG | Struttura Ospedaliera | N. Ricoveri D.H. Ord. 1 giorno | N. Ricoveri Ordinari > 1 gg | N. Ricoveri Totali | % D.H. e 1 gg su totale | Valore percentile |
|-----|--|--------------------------------|-----------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------|
| | ASL 1 - Presidio Ospedaliero Unificato | 3 | 31 | 34 | 8,6% | |
| | ASL 2 - Ospedale Civile di Villa d'Agri | 26 | 12 | 38 | 68,4% | |
| | ASL 4 - Osdelade di Zona - Tricarico | 12 | 3 | 15 | 80,0% | |
| | ASL 4 - Ospedale Provinciale di Matera | 55 | 11 | 66 | 83,3% | |
| | ASL 5 - Presidio Ospedaliero Unificato | 8 | 34 | 42 | 19,0% | |
| | Az. Osp. S. Carlo - POTENZA | 13 | 27 | 40 | 32,5% | |
| | ricoveri osservati | 117 | 118 | 235 | 49,8% | |
| | ricoveri attesi | 192 | 43 | 235 | 81,7% | 0,9 |
| | Percentuali attese per ricoveri anno 2002 | 82% | 18% | | | |

| 270 | Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza cc | N. Ricoveri D.H. Ord. 1 giorno | N. Ricoveri Ordinari > 1 gg | N. Ricoveri Totali | % D.H. e 1 gg su totale | Valore percentile |
|-----|---|--------------------------------|-----------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------|
| | Struttura Ospedaliera | 29 | 11 | 40 | 72,5% | |
| | ASL 1 - Presidio Ospedaliero Unificato | 26 | 10 | 36 | 72,2% | |
| | ASL 2 - Ospedale Civile di Villa d'Agri | 30 | 4 | 34 | 88,2% | |
| | ASL 4 - Osdelade di Zona - Tricarico | 92 | 22 | 114 | 80,7% | |
| | ASL 4 - Ospedale Provinciale di Matera | 20 | 27 | 47 | 42,6% | |
| | ASL 5 - Presidio Ospedaliero Unificato | 12 | 26 | 38 | 31,6% | |
| | Az. Osp. S. Carlo - POTENZA | 86 | 83 | 169 | 50,9% | |
| | Casa di Cura Luccioni - Potenza | 295 | 183 | 478 | 61,7% | |
| | ricoveri osservati | 400 | 78 | 478 | 83,7% | 0,9 |
| | ricoveri attesi | 400 | 78 | 478 | 83,7% | |
| | Percentuali attese per ricoveri anno 2002 | 84% | 16% | | | |

| 364 | Dilatazione e raschiamento conizzazione eccetto per neoplasie maligne | N. Ricoveri D.H. Ord. 1 giorno | N. Ricoveri Ordinari > 1 gg | N. Ricoveri Totali | % D.H. e 1 gg su totale | Valore percentile |
|-----|---|--------------------------------|-----------------------------|--------------------|-------------------------|-------------------|
| | Struttura Ospedaliera | 45 | 107 | 152 | 29,6% | |
| | ASL 1 - Presidio Ospedaliero Unificato | 36 | 30 | 66 | 54,5% | |
| | ASL 2 - Ospedale Civile di Villa d'Agri | 43 | 34 | 77 | 55,8% | |
| | ASL 3 - Ospedale di Zona - Chiaromonte | 86 | 3 | 89 | 96,6% | |
| | ASL 3 - Ospedali Riuniti del Lagonegrese | 37 | 9 | 46 | 80,4% | |
| | ASL 4 - Osdelade di Zona - Tricarico | | | | | |

| | | | | |
|---|-----|-----|-----|-------|
| ASL 4 - Ospedale Provinciale di Matera | 58 | 30 | 88 | 65,9% |
| ASL 5 - Presidio Ospedaliero Unificato | 32 | 86 | 118 | 27,1% |
| Az. Osp. S. Carlo - POTENZA | 14 | 74 | 88 | 15,9% |
| ricoveri osservati | 351 | 373 | 724 | 48,5% |
| ricoveri attesi | 618 | 106 | 724 | 85,3% |
| Percentuali attese per ricoveri anno 2002 | 85% | 15% | | 0,9 |

PAGINA BIANCA

**DIRETTIVA VINCOLANTE PER I DIRETTORI GENERALI DELLE AZIENDE
SANITARIE
DELLA REGIONE BASILICATA**

TABELLA B

**Bacini di Utenza Azienda Ospedaliera San Carlo e Azienda Sanitaria U.S.L. n.2
— Potenza**

PAGINA BIANCA

BACINO AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALE SAN CARLO

| | COMUNE | Cod Az. | Abitanti '96 |
|-----|-------------------|---------|----------------|
| 1) | Abricola | 901 | 1.933 |
| 2) | Acerenza | 901 | 3.019 |
| 3) | Albano di Lucania | 901 | 1.672 |
| 4) | Anzi | 901 | 2.071 |
| 5) | Avigliano | 901 | 12.034 |
| 6) | Balvano | 901 | 2.086 |
| 7) | Baragiano | 901 | 2.720 |
| 8) | Bella | 901 | 6.312 |
| 9) | Brindisi Montagna | 901 | 962 |
| 10) | Calvello | 901 | 2.233 |
| 11) | Campomaggiore | 901 | 1.042 |
| 12) | Cancellara | 901 | 1.674 |
| 13) | Castelgrande | 901 | 1.306 |
| 14) | Castelmezzano | 901 | 980 |
| 15) | Filiario | 901 | 3.335 |
| 16) | Laurenzana | 901 | 2.478 |
| 17) | Muro Lucano | 901 | 6.397 |
| 18) | Oppido Lucano | 901 | 3.981 |
| 19) | Picerno | 901 | 6.128 |
| 20) | Pietragalla | 901 | 4.532 |
| 21) | Pietrapertosa | 901 | 1.371 |
| 22) | Pignola | 901 | 5.225 |
| 23) | Potenza | 901 | 69.662 |
| 24) | Ruoti | 901 | 3.810 |
| 25) | San Chirico Nuovo | 901 | 1.722 |
| 26) | Savcia di Lucania | 901 | 1.282 |
| 27) | Tito | 901 | 6.119 |
| 28) | Tolve | 901 | 4.595 |
| 29) | Trivigno | 901 | 839 |
| 30) | Vaglio Basilicata | 901 | 2.263 |
| 31) | Vietri di Potenza | 901 | 3.203 |
| | TOTALE | | 170.274 |

BACINO AZIENDA SANITARIA U.S.L. n.2 POTENZA

| | COMUNE | Cod Az. | Abitanti '96 |
|----|----------------------|---------|---------------|
| 1 | Corleto Perticara | 102 | 3.192 |
| 2 | Armento | 102 | 859 |
| 3 | Brienza | 102 | 4.191 |
| 4 | Galicchio | 102 | 1.083 |
| 5 | Grumento Nova | 102 | 1.922 |
| 6 | Guardia Perticara | 102 | 784 |
| 7 | Marsico Nuovo | 102 | 5.455 |
| 8 | Marsicovetere | 102 | 4.523 |
| 9 | Missanello | 102 | 672 |
| 10 | Moliterno | 102 | 4.924 |
| 11 | Montemurro | 102 | 1.592 |
| 12 | Paterno | 102 | 4.182 |
| 13 | San Chirico Raparo | 102 | 1.550 |
| 14 | San Martino d'Agri | 102 | 1.071 |
| 15 | San'Angelo Le Fratte | 102 | 1.543 |
| 16 | San'Arcangelo | 102 | 7.018 |
| 17 | Sarconi | 102 | 1.411 |
| 18 | Sasso di Castalda | 102 | 997 |
| 19 | Satriano di Lucania | 102 | 2.364 |
| 20 | Spinoso | 102 | 1.803 |
| 21 | Tramutola | 102 | 3.232 |
| 22 | Viggiano | 102 | 3.149 |
| | TOTALE | | 54.325 |

ALLEGATO N. 2

**NUOVE TARIFFE OSPEDALIERE PER EPISODI DI RICOVERO
VALIDE DAL 1° GENNAIO 2002**

PAGINA BIANCA

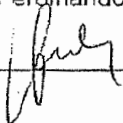
XIV LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

| DRG | MDC | Tipo | Onc | Descrizione | Valore regolia gg | Lire | | | Euro | | | Oltre Soglia | Oltre Soglia | Oltre Soglia | |
|-----|-----|------|-----|---|-------------------------|--------------|-----------------|-------------|--------------|-----------------|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | | | | | | Day Hospital | Ordinari 0/1 gg | Euro Soglia | Oltre Soglia | Ordinari 0/1 gg | Euro Soglia | | | | Oltre Soglia |
| 003 | 1 | C | No | Cranioomia età < 18 | 54 | 3.806.000 | 3.806.000 | 18.181.575 | 586.000 | 1.965.63 | 9.990,00 | 9.990,00 | 302,64 | 302,64 | 302,64 |
| 004 | 1 | C | No | Interventi sul rachide spinale | 47 | 3.431.000 | 3.431.000 | 13.205.361 | 318.000 | 1.771,96 | 6.820,00 | 6.820,00 | 164,23 | 164,23 | 164,23 |
| 005 | 1 | C | No | Interventi sui vasi extracranici | 31 | 2.825.000 | 2.825.000 | 9.720.075 | 508.000 | 1.458,99 | 5.020,00 | 5.020,00 | 262,36 | 262,36 | 262,36 |
| 002 | 1 | C | No | Cranioomia età > 17 per traumatismo | 34 | 5.515.000 | 5.515.000 | 17.542.606 | 586.000 | 2.848,26 | 9.060,00 | 9.060,00 | 302,64 | 302,64 | 302,64 |
| 001 | 1 | C | No | Cranioomia età > 17 eccetto per traumatismo | 57 | 4.072.000 | 4.072.000 | 19.401.425 | 500.000 | 2.103,01 | 10.020,00 | 10.020,00 | 258,23 | 258,23 | 258,23 |
| 075 | 4 | C | Si | Interventi maggiori sul torace | 48 | 3.701.000 | 3.701.000 | 15.044.818 | 426.000 | 1.911,41 | 7.770,00 | 7.770,00 | 220,01 | 220,01 | 220,01 |
| 475 | 4 | M | No | Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita | 64 | 915.000 | 915.000 | 19.382.063 | 656.000 | 472,56 | 10.010,00 | 10.010,00 | 338,80 | 338,80 | 338,80 |
| 115 | 5 | C | No | Implanto pace-maker cardiaco permanente con infarto miocardico acuto insufficienza cardiaca o shock | 41 | 11.256.000 | 11.256.000 | 21.705.587 | 846.000 | 5.813,24 | 12.040,00 | 12.040,00 | 436,92 | 436,92 | 436,92 |
| 108 | 5 | C | No | Altri interventi sul sistema cardiovascolare | 32 | 7.919.000 | 7.919.000 | 23.312.691 | 723.000 | 4.089,82 | 12.040,00 | 12.040,00 | 373,40 | 373,40 | 373,40 |
| 110 | 5 | C | No | Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con cc | 61 | 5.444.000 | 5.444.000 | 20.911.716 | 548.000 | 2.811,59 | 10.800,00 | 10.800,00 | 283,02 | 283,02 | 283,02 |
| 114 | 5 | C | No | Amputazione arti superiori e dita piede per malattie apparato circolatorio | 82 | 1.942.000 | 1.942.000 | 13.224.724 | 457.000 | 1.002,96 | 6.830,00 | 6.830,00 | 216,02 | 216,02 | 216,02 |
| 104 | 5 | C | No | Interventi sulle valvole cardiache con cateterismo cardiaco | 48 | 22.195.000 | 22.195.000 | 37.621.726 | 1.306.000 | 11.462,76 | 19.430,00 | 19.430,00 | 674,49 | 674,49 | 674,49 |
| 111 | 5 | C | No | Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con cc | 45 | 3.740.000 | 3.740.000 | 12.818.107 | 448.000 | 1.931,55 | 6.620,00 | 6.620,00 | 231,37 | 231,37 | 231,37 |
| 113 | 5 | C | No | Amputazione arti superiori e dita piede per malattie apparato circolatorio | 87 | 3.529.000 | 3.529.000 | 19.401.425 | 415.000 | 1.822,58 | 10.020,00 | 10.020,00 | 214,33 | 214,33 | 214,33 |
| 105 | 5 | C | No | Interventi sulle valvole cardiache senza cateterismo cardiaco | 38 | 14.024.000 | 14.024.000 | 31.793.553 | 606.000 | 7.242,79 | 16.420,00 | 16.420,00 | 312,97 | 312,97 | 312,97 |
| 106 | 5 | C | No | By-pass coronarico con cateterismo cardiaco | 52 | 8.943.000 | 8.943.000 | 32.025.906 | 1.267.000 | 4.618,67 | 16.540,00 | 16.540,00 | 654,35 | 654,35 | 654,35 |
| 107 | 5 | C | No | By-pass coronarico senza cateterismo cardiaco | 29 | 6.918.000 | 6.918.000 | 26.507.536 | 552.000 | 3.572,85 | 13.690,00 | 13.690,00 | 285,08 | 285,08 | 285,08 |
| 116 | 5 | C | No | Altri interventi per impianto di pace-maker cardiaco permanente o di defibrillatore automatico (aici) o di generatore | 24 | 11.669.000 | 11.669.000 | 14.250.947 | 701.000 | 6.026,54 | 7.360,00 | 7.360,00 | 362,04 | 362,04 | 362,04 |
| 112 | 5 | C | No | Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea | 24 | 4.018.000 | 4.018.000 | 12.721.294 | 677.000 | 2.715,12 | 6.570,00 | 6.570,00 | 349,64 | 349,64 | 349,64 |
| 471 | 8 | C | No | Interventi su articolazioni maggiori e miniori sulle articolazioni degli arti inferiori | 101 | 14.947.000 | 14.947.000 | 28.985.962 | 416.000 | 7.719,48 | 14.970,00 | 14.970,00 | 214,85 | 214,85 | 214,85 |
| 491 | 8 | C | No | Interventi su articolazioni maggiori e miniori sulle articolazioni degli arti superiori | 47 | 4.911.000 | 4.911.000 | 10.378.407 | 344.000 | 2.536,32 | 5.360,00 | 5.360,00 | 177,66 | 177,66 | 177,66 |
| 213 | 8 | C | No | Amputazioni per malattie del sistema muscolo-scheletrico tessuto connettivo | 82 | 2.453.000 | 2.453.000 | 12.004.874 | 307.000 | 1.266,87 | 6.200,00 | 6.200,00 | 158,55 | 158,55 | 158,55 |
| 214 | 8 | C | No | Interventi su dorso e collo con cc | 57 | 3.624.000 | 3.624.000 | 14.096.046 | 381.000 | 1.871,64 | 7.280,00 | 7.280,00 | 196,77 | 196,77 | 196,77 |
| 217 | 8 | C | No | Stigliamento ferita e trapianto cranio eccetto raso per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo | 69 | 4.231.000 | 4.231.000 | 16.729.373 | 493.000 | 2.185,13 | 8.640,00 | 8.640,00 | 254,61 | 254,61 | 254,61 |
| 212 | 8 | C | No | Interventi su anca e femore eccetto articolazioni maggiori età < 18 | 41 | 3.767.000 | 3.767.000 | 11.230.366 | 527.000 | 1.623,22 | 8.040,00 | 8.040,00 | 179,21 | 179,21 | 179,21 |
| 210 | 8 | C | No | Interventi su anca e femore eccetto articolazioni maggiori età > 17 con cc | 62 | 3.143.000 | 3.143.000 | 15.567.611 | 347.000 | 1.623,22 | 8.040,00 | 8.040,00 | 177,1 | 177,1 | 177,1 |
| 211 | 8 | C | No | Interventi su anca e femore eccetto articolazioni maggiori età > 17 senza cc | 37 | 2.648.000 | 2.648.000 | 8.751.940 | 343.000 | 1.367,58 | 4.520,00 | 4.520,00 | 190,0 | 190,0 | 190,0 |
| 209 | 8 | C | No | Interventi su articolazioni maggiori e miniori di arti inferiori | 42 | 7.729.000 | 7.729.000 | 16.380.844 | 368.000 | 3.991,70 | 8.460,00 | 8.460,00 | 190,0 | 190,0 | 190,0 |
| 304 | 11 | C | Si | Interventi su rene e uretere e interventi maggiori su vescica non per neoplasia | 51 | 2.818.000 | 2.818.000 | 13.553.890 | 436.000 | 1.455,38 | 7.000,00 | 7.000,00 | 225,1 | 225,1 | 225,1 |
| 303 | 11 | C | Si | Interventi su rene e uretere e interventi maggiori su vescica non per neoplasia maligna con cc | 58 | 3.486.000 | 3.486.000 | 14.831.828 | 353.000 | 1.800,37 | 7.660,00 | 7.660,00 | 182,3 | 182,3 | 182,3 |
| 305 | 11 | C | No | Interventi su rene e uretere e interventi maggiori su vescica non per neoplasia senza cc | 37 | 2.264.000 | 2.264.000 | 9.971.790 | 425.000 | 1.169,26 | 5.150,00 | 5.150,00 | 219,4 | 219,4 | 219,4 |
| 385 | 15 | | | Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio | 138 | 588.000 | 588.000 | 8.093.609 | 504.000 | 303,68 | 4.180,00 | 4.180,00 | 260,2 | 260,2 | 260,2 |
| 386 | 15 | | | Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio | 138 | 534.000 | 534.000 | 24.919.795 | 320.000 | 275,79 | 12.870,00 | 12.870,00 | 165,2 | 165,2 | 165,2 |
| 388 | 15 | | | Preparazioni senza affezioni maggiori | 48 | 355.000 | 355.000 | 7.706.355 | 349.000 | 183,34 | 3.980,00 | 3.980,00 | 180,2 | 180,2 | 180,2 |
| 387 | 15 | | | Preparazioni con affezioni maggiori | 83 | 505.000 | 505.000 | 13.902.419 | 305.000 | 260,81 | 7.180,00 | 7.180,00 | 157,2 | 157,2 | 157,2 |
| 406 | 17 | C | Si | Alimentazioni nutrizionali o nutrizioni poco differenziate con interventi maggiori con cc | 75 | 3.339.000 | 3.339.000 | 21.434.509 | 471.000 | 1.724,45 | 11.070,00 | 11.070,00 | 245,7 | 245,7 | 245,7 |
| 403 | 17 | C | Si | Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici con cc | 78 | 2.556.000 | 2.556.000 | 10.375.202 | 332.000 | 1.325,36 | 5.330,00 | 5.330,00 | 171,1 | 171,1 | 171,1 |
| 407 | 17 | C | Si | Alimentazioni nutrizionali o nutrizioni poco differenziate con interventi maggiori senza cc | 51 | 2.392.000 | 2.392.000 | 10.320.319 | 332.000 | 1.325,36 | 5.330,00 | 5.330,00 | 171,1 | 171,1 | 171,1 |
| 400 | 17 | C | Si | Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori | 57 | 3.540.000 | 3.540.000 | 19.091.622 | 591.000 | 1.828,26 | 9.860,00 | 9.860,00 | 305,7 | 305,7 | 305,7 |
| 402 | 17 | C | Si | Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza cc | 45 | 1.900.000 | 1.900.000 | 7.725.717 | 289.000 | 981,27 | 3.990,00 | 3.990,00 | 149,7 | 149,7 | 149,7 |

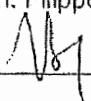
NUOVE TARIFFE DRG ANNO 2002

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

IL SEGRETARIO
(Dott. Ferdinando Giordano)



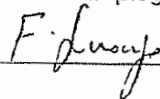
IL PRESIDENTE
(Arch. Filippo Bubbico)



Dipartimento

Si attesta che copia conforme della presente deliberazione è stata trasmessa alla Commissione di
~~Controllo~~ in data 7 3 02

L'impiegato addetto



DECISIONE DELLA COMMISSIONE DI CONTROLLO

DATA _____



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

Servizio III°: Sanità e politiche sociali

Prot. n. 1166./06/4.1.2

ROMA, 23 FEB. 2006

Alla Camera dei deputati
- Ufficio di Presidenza
Palazzo Montecitorio
ROMA

Oggetto: Trasmissione della relazione relativa all'anno 2004 della Regione Abruzzo, riguardante il contenimento delle liste di attesa in materia di servizi sanitari, in attuazione di quanto dispone l'art. 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'art. 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'art. 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 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'art.



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

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 dalla Regione Abruzzo, assicurando sin da ora il tempestivo inoltro delle relazioni delle altre Regioni, non appena saranno nella disponibilità dello scrivente Ufficio.

Il Direttore
Riccardo Carpino

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Riccardo Carpino'.



GIUNTA REGIONALE

Direzione Sanità
Servizio Controllo e Vigilanza
Via Conte di Ruvo n. 74 - PE

Prot. n. 33P1/6/178/F.

Pescara, li

19 FEB. 2006

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
UFFICIO DI SEGRETERIA DELLA COORDINAZIONE
PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO
E LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME

15 FEB. 2006

Prot. n. 1027
REG. 4.1.21.7.1.3

Alla Presidenza del Consiglio dei
Ministri
Conferenza Stato-Regioni
Via della Stamperia 8
00186 ROMA

OGGETTO: Trasmissione relazione annuale sull'attuazione degli adempimenti di cui al comma 4 lett. C dell'art. 52 della L. 289/2002

Si trasmette, in allegato, la relazione concernente le problematiche delle liste d'attesa nelle Aziende Sanitarie Locali della Regione Abruzzo.

Cordiali saluti

Il Dirigente del Servizio
(Dr. Roberto Liberatoscioli)

DIREZIONE SANITA'
Servizio Controllo e Vigilanza

Per quanto riguarda la problematica afferente alle liste di attesa nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, si fa rilevare che è stata predisposta dalla Direzione Sanità della Regione Abruzzo apposita deliberazione, adottata dalla Giunta Regionale in data 31.5.2005 con il numero 496.

Con tale atto sono stati recepiti precedenti accordi Stato-Regioni ed inoltre sono state dettate alle aziende USL della Regione, previo recepimento del progetto predisposto dalle Regioni con l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, disposizioni relative alle sottoelencate materie:

- principi generali di riferimento in materia di liste di attesa;
- aspetti metodologici operativi per la corretta gestione delle liste di prenotazione;
- linee guida per la gestione dell'accesso alle prestazioni secondo criteri di priorità;
- linee guida per la gestione dell'accesso ed il monitoraggio dei tempi di attesa per prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- linee guida per la gestione dell'accesso ed il monitoraggio dei tempi di attesa per ricoveri ospedalieri programmabili;
- linee guida per le agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili;
- linee guida per la sospensione delle attività di prenotazione delle prestazioni in regime ambulatoriale e/o di ricovero;

Con lo stesso atto è stato dato incarico alla Direzione Sanità di prevedere, come elemento di valutazione dei direttori generali, l'inosservanza dei tempi di attesa stabiliti.

E' stata data, infine, disposizione alle ASL di utilizzare la libera professione medica per diminuire le liste di attesa delle prestazioni più critiche.

Sempre in materia di contenimento delle liste di attesa è stata inviata, con nota prot. 14390/6 dell'8.6.2005, circolare ai Direttori Generali della ASL per assicurare lo svolgimento degli accertamenti diagnostici nei sette giorni della settimana da parte del personale addetto. Tale direttiva è stata inviata anche al Dirigente del Servizio Programmazione Sanitaria della Direzione Sanità per l'inserimento di tali finalità nella predisposizione dei progetti obiettivo da assegnare alle ASL e nell'emanande disposizioni di programmazione sanitaria.

Si è inoltre predisposto e curata la deliberazione di Giunta Regionale n. 1050 del 24.10.2005.

Con tale atto sono stati approvati *i percorsi diagnostici* predisposti dagli specialisti della materia e finalizzati ad una maggiore appropriatezza della domanda di prestazioni, ovvero a ridurre le prescrizioni mediche nelle seguenti discipline:

Urologia

Otorinolaringoiatria

Endoscopia

Allergologia

Ematologia (anemia)

Oculistica

Cardiologia

Senologia

Ortopedia (lombalgia)

Chirurgia vascolare.

Con tale provvedimento, inoltre, sono state stabilite le seguenti *priorità di accesso* alle prestazioni sanitarie:

Diagnostica per immagini

Patologia oncologica

Patologia cardiovascolare

Sono stati, altresì, fissati i nuovi *tempi massimi di attesa* per tutte le prestazioni sanitarie nella misura di:

30 giorni per le visite specialistiche;

60 giorni per gli esami strumentali.

Nei casi di documentata impossibilità ad operare nei suddetti tempi occorrerà concordare con la Direzione Sanità eventuali deroghe.

Il Dirigente del Servizio
Dott. Roberto Liberatoscioli

RL/ig
Relazione annuale n.2

Il Direttore Regionale
Dr.ssa Domenica Pacifico