

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO **UFFICIALE**
DELLA REGIONE PUGLIA

Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in Abbonamento Postale - 70% - DCB S1/PZ

Anno XLII

BARI, 12 LUGLIO 2011

N. 109



Sede Presidenza Giunta Regionale

Deliberazioni del Consiglio e della Giunta

Il Bollettino Ufficiale della Regione Puglia si pubblica con frequenza infrasettimanale ed è diviso in due parti.

Nella parte I sono pubblicati:

- a) sentenze ed ordinanze della Corte Costituzionale riguardanti leggi della Regione Puglia;
- b) ricorsi e sentenze di Organi giurisdizionali che prevedono un coinvolgimento della Regione Puglia;
- c) leggi e regolamenti regionali;
- d) deliberazioni del Consiglio Regionale riguardanti la convalida degli eletti;
- e) atti e circolari aventi rilevanza esterna;
- f) comunicati ufficiali emanati dal Presidente della Regione e dal Presidente del Consiglio Regionale;
- g) atti relativi all'elezione dell'Ufficio di Presidenza dell'Assemblea, della Giunta regionale, delle Commissioni permanenti e loro eventuali dimissioni;
- h) deliberazioni, atti e provvedimenti generali attuativi delle direttive ed applicativi dei regolamenti della Comunità Europea;
- i) disegni di legge ai sensi dell'art. 8 della L.R. n. 19/97;
- j) lo Statuto regionale e le sue modificazioni;
- k) richieste di referendum con relativi risultati;
- l) piano di sviluppo regionale con aggiornamenti o modifiche.

Nella parte II sono pubblicati:

- a) decreti ed ordinanze del Presidente della Giunta regionale;
- b) deliberazioni della Giunta regionale;
- c) determinazioni dirigenziali;
- d) decreti ed ordinanze del Presidente della Giunta regionale in veste di Commissario delegato;
- e) atti del Difensore Civico regionale come previsto da norme regionali o su disposizioni del Presidente o della Giunta;
- f) atti degli Enti Locali;
- g) deliberazioni del Consiglio Regionale;
- h) statuti di enti locali;
- i) concorsi;
- j) avvisi di gara;
- k) annunci legali;
- l) avvisi;
- m) rettifiche;
- n) atti di organi non regionali, di altri enti o amministrazioni, aventi particolare rilievo e la cui pubblicazione non è prescritta.

INSERZIONI

Gli atti da pubblicare devono essere inviati almeno 3 giorni prima della scadenza del termine utile per la pubblicazione alla Direzione del Bollettino Ufficiale - Lungomare N. Sauro, 33 - 70121 Bari.

Il testo originale su carta da bollo da € 14,62 salvo esenzioni di legge, deve essere corredato da 1 copia in carta uso bollo, dall'attestazione del versamento della tassa di pubblicazione prevista e da 1 copia in formato elettronico firmata con procedura digitale.

Gli avvisi da pubblicare ai sensi della L.R. n. 11/2001 sono gratuiti.

L'importo della tassa di pubblicazione è di € 154,94 oltre IVA al 20% (importo totale € 185,93) per ogni inserzione il cui contenuto non sia superiore, nel testo, a quattro cartelle dattiloscritte pari a 100 righe per 60 battute (o frazione) e di € 11,36 oltre IVA (importo totale € 13,63) per ogni ulteriore cartella dattiloscritta di 25 righe per 50 battute (o frazione).

Il versamento deve essere effettuato sul c/c/p n. **60225323** intestato a **Regione Puglia - Tasse, Tributi e Proventi regionali - Codice 3119**.

Non si darà corso alla pubblicazione senza la predetta documentazione.

ABBONAMENTI

L'abbonamento, esclusivamente annuo, è di € 134,28 da versare su c/c/p n. **60225323** intestato a **Regione Puglia - Tasse, Tributi e Proventi regionali - Codice 3119**.

I versamenti effettuati entro il 15° giorno di ogni mese avranno validità dal 1° giorno del mese successivo, mentre i versamenti effettuati dopo il 15° giorno e comunque entro il 3° giorno di ogni mese avranno validità dal 15° giorno del mese successivo.

Costo singola copia € 1,34.

Il Bollettino Ufficiale è in vendita presso:

Libreria Piazza - Piazza Vittoria, 4 - Brindisi;

Libreria Patierno Antonio - Via Dante, 21 - Foggia;

Libreria Casa del Libro - Mandese R. - Viale Liguria, 80 - Taranto.

SOMMARIO

“Avviso per i redattori e per gli Enti:

Il Bollettino Ufficiale della Regione Puglia si attiene alle regole della Legge 150/2000 per la semplificazione del linguaggio e per la facilitazione dell'accesso dei cittadini alla comprensione degli atti della Pubblica Amministrazione. Tutti i redattori e gli Enti inserzionisti sono tenuti ad evitare sigle, acronimi, abbreviazioni, almeno nei titoli di testa dei provvedimenti”.

PARTE SECONDA***Deliberazioni del Consiglio e della Giunta***

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 24 giugno 2011, n. 1394

D.G.R. 26/02/2007, n. 179 - Tavolo per la Sanità Elettronica - Modifica ed integrazione. Modello organizzativo di governo dei progetti di Sanità Elettronica di Puglia. Approvazione.

Pag. 20108

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 24 giugno 2011, n. 1396

Risorse vincolate ex art. 1, commi 34-34 bis, della legge n. 662/96 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2010 - Accordo Stato-Regioni 08/07/2010 Rep. Atti n. 76/CSR - Approvazione progetti.

Pag. 20111

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 24 giugno 2011, n. 1397

Piano Regionale per il Governo dei Tempi d'Attesa per il triennio 2011 - 2013.

Pag. 20213

PARTE SECONDA

Deliberazioni del Consiglio e della Giunta

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 24 giugno 2011, n. 1394

D.G.R. 26/02/2007, n. 179 - Tavolo per la Sanità Elettronica - Modifica ed integrazione. Modello organizzativo di governo dei progetti di Sanità Elettronica di Puglia. Approvazione.

L'Assessore alle Politiche della Salute, sulla base dell'istruttoria espletata dal dirigente del Servizio Accreditamento e Programmazione Sanitaria, riferisce:

Premesso che:

- 1) con DGR n. 2005/2006 la Giunta Regionale ha costituito il Tavolo permanente per la Sanità Elettronica di Puglia (TSE Puglia);
- 2) con DGR n. 179/2007 la Giunta Regionale ha approvato lo schema di regolamento regionale "Regolamento del Tavolo permanente per la Sanità Elettronica della Puglia -TSE Puglia" ed ha nominato i componenti del Tavolo permanente per la Sanità Elettronica di Puglia (TSE Puglia), costituito con D.G.R. 22.12.2006, n.2005;
- 3) con Regolamento Regionale 16 luglio 2007, n.19 sono state stabilite, tra l'altro, le finalità, i compiti, le funzioni, l'organizzazione e le modalità di funzionamento, la segreteria tecnica del Tavolo per la Sanità Elettronica di Puglia.

Tenuto conto:

- 1) che sono intervenute modifiche all'assetto organizzativo dell'Area Politiche per la Promozione della Salute delle Persone e delle Pari Opportunità in relazione al modello organizzato della Regione Puglia (n.d.r. GAIA) di cui al Decreto del Presidente della Giunta Regionale n.161/2008 e successive modifiche ed integrazioni;
- 2) che con la legge regionale n. 7 del 21 maggio 2008, sono state dettate norme in materia di rior-

ganizzazione delle società partecipate regionali, volte al fine di rendere più rapido ed efficace il processo di adeguamento delle stesse, al fine di conformarle alla rapida evoluzione della nozione di società in house registrata sia nel diritto comunitario che in quello interno;

- 3) che il processo di razionalizzazione delle società regionali, come previsto dalla LR n. 7/2008, si è sviluppato attraverso l'acquisizione alla proprietà regionale di tutte le quote di partecipazione detenute dai soci della società partecipata TecnoPolis CSATA s.c. a r.l. e l'adeguamento del relativo assetto societario, azioni conclusivamente definite con atto n. 9017 del 31.7.2008 e perfezionate in data 1.8.2008;
- 4) che il processo di razionalizzazione delle società regionali è proseguito attraverso il perfezionamento della fusione tra TecnoPolis e la Finpuglia S.p.A, già di proprietà regionale, con la costituzione, in data 29 dicembre 2008, della società InnovaPuglia S.p.A., totalmente di proprietà della Regione Puglia;
- 5) che con Deliberazione n.751 del 7/5/2009, la Giunta Regionale ha approvato la Convenzione per la disciplina di fornitura dei servizi da parte della società in house InnovaPuglia Spa con riferimento ai settori:
 - a. della progettazione, e assistenza alla realizzazione e gestione di infrastrutture pubbliche telematiche;
 - b. della progettazione, realizzazione e gestione di servizi informativi pubblici;
 - c. della progettazione e realizzazione di progetti di ricerca e di innovazione;
- 6) dello stato di avanzamento delle iniziative e progetti di Sanità Elettronica sia a carattere regionale sia a carattere aziendale che richiedono il rafforzamento del ruolo di monitoraggio e verifica, di governo e coordinamento, di supporto e tutoraggio da parte della Regione;
- 7) dello stato di evoluzione delle iniziative centrali (nazionali) in materia di sistemi e flussi informativi collegate al piano di e-Gov 2012 (Ministero Innovazione), al progetto Tessera Sanitaria (Ministero Economia e Finanze), al progetto N-SIS (Ministero della Salute) ed alle altre iniziative in materia di Innovazione e Sanità Elettronica.

Visto che nell'ambito dell'Assessorato alle Politiche della Salute - Area Politiche per la Promozione della Salute delle Persone e delle Pari Opportunità - Servizio Accreditamento e Programmazione Sanitaria è stato costituito l'Ufficio Sistemi e Flussi Informativi.

Tenuto conto che il governo, il coordinamento e la verifica di una serie di progetti ed iniziative di Sanità Elettronica sono stati affidati, nel tempo, a soggetti istituzionali diversi tra cui l'Agenzia Regionale Sanitaria, gli Uffici e Servizi dell'Area Politiche per la Promozione della Salute delle Persone e delle Pari Opportunità dell'Assessorato alle Politiche della Salute, consulenti esterni, ecc....

Visto che con Deliberazione della Giunta Regionale 16 maggio 2011, n. 1092 è stato nominato quale Direttore dell'Area Politiche per la promozione della Salute, delle Persone e delle pari opportunità, il dott. Vincenzo POMO, Direttore dell'Area Assistenza Ospedaliera e Specialistica dell'Ares Puglia.

Posto in evidenza che:

- l'articolo 10 del Codice dei contratti pubblici (D.Lgs n.163/2006 e s.m.i.) e gli artt. 9, 10, 272 e 273 del Regolamento attuativo del Codice dei contratti pubblici (DPR n.270/2010) disciplinano la individuazione e nomina da parte delle Pubbliche Amministrazioni del Responsabile Unico del Procedimento per le fasi della progettazione, dell'affidamento e dell'esecuzione dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture;
- l'articolo 119 del Codice dei contratti pubblici (D.Lgs n.163/2006 e s.m.i.) e gli artt. 299, 300, 301 del Regolamento attuativo del Codice dei contratti pubblici (DPR n.270/2010) disciplinano l'individuazione, i compiti e le funzioni del Direttore dell'esecuzione dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture.

Ritenuto, per quanto sopra esposto, di proporre alla Giunta Regionale di:

- 1) modificare ed integrare la composizione del Tavolo permanente per la Sanità Elettronica di Puglia (TSE Puglia) di cui alla D.G.R. n.179/2007;

- 2) di definire un modello organizzativo unico ed omogeneo per il governo dei contratti e dei progetti di Sanità Elettronica della Regione Puglia.

SEZIONE COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DELLA L.R. N. 28/01 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

Il Dirigente del Servizio APS
Lucia Buonamico

La presente proposta di deliberazione viene sottoposta all'esame della Giunta regionale ai sensi dell'art.4, comma 4, lett. a), della L.R. 4.2.1997, n.7.

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta regionale l'adozione del conseguente atto finale.

LA GIUNTA

Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;

Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento da parte del Dirigente del Servizio Accreditamento e Programmazione Sanitaria;

A voti unanimi espressi nei modi di legge;

DELIBERA

di approvare la relazione dell'Assessore proponente così come in narrativa indicata, che qui si intende integralmente trascritta e, conseguentemente:

1. di stabilire, a modifica ed integrazione della D.G.R. n.179/2007, che componenti del Tavolo permanente per la Sanità Elettronica della

Puglia - TSE Puglia di cui al Regolamento Regionale n.19/2007 sono:

- a) il Direttore dell'Area Politiche per la Promozione della Salute, delle Persone e delle Pari Opportunità;
 - b) i Dirigenti dei Servizi dell'Assessorato alle Politiche della Salute;
 - c) il Direttore Generale dell'Ares Puglia;
 - d) i Direttori delle Aree dell'Ares Puglia;
 - e) i Responsabili, i Coordinatori degli Organismi formalmente costituiti nell'ambito dell'Assessorato alle Politiche della Salute;
 - f) i Dirigenti degli Uffici dei Servizi dell'Assessorato alle Politiche della Salute;
 - g) i Responsabili dei Progetti regionali di Sanità Elettronica di cui alla DGR n.2005/2006 e successive modifiche ed integrazioni;
2. di affidare il coordinamento del TSE Puglia al Direttore dell'Area Politiche per la Promozione della Salute, delle Persone e delle Pari Opportunità che potrà delegare, di volta in volta, un componente a presiedere i lavori;
 3. di stabilire che il Responsabile del Servizio Sanità ed i referenti tecnici della società InnovaPuglia Spa sono componenti del Tavolo permanente per la Sanità Elettronica della Puglia - TSE Puglia;
 4. di confermare le funzioni di Segreteria Tecnica del TSE Puglia di cui alla DGR n.179/2007;
 5. di stabilire che InnovaPuglia Spa fornisce supporto tecnico - organizzativo per la realizzazione del Piano per la Sanità Elettronica e alle attività del TSE Puglia;
 6. di stabilire che il TSE Puglia per le proprie attività si può avvalere di esperti per le diverse materie correlate alle iniziative di Sanità Elettronica di cui alla DGR n.2005/2006 e successive modifiche ed integrazioni;
 7. di stabilire quale modello organizzativo unico ed omogeneo per il governo dei contratti e dei progetti ed iniziative di Sanità Elettronica della Regione Puglia il seguente:
 - a) un Responsabile Unico del Procedimento - di cui all'articolo 10 del Codice dei contratti pubblici (D.Lgs n.163/2006 e s.m.i.) e gli artt. 9, 10, 272 e 273 del Regolamento attuativo del Codice dei contratti pubblici (DPR n.270/2010) - incaricato per le fasi della progettazione, dell'affidamento e dell'esecuzione dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture;
 - b) un Responsabile di Progetto con le funzioni di direzione dell'esecuzione dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture - di cui all'articolo 119 del Codice dei contratti pubblici (D.Lgs n.163/2006 e s.m.i.) e gli artt. 299, 300, 301 del Regolamento attuativo del Codice dei contratti pubblici (DPR n.270/2010);
 8. di stabilire che - entro 90 giorni dalla data del presente provvedimento e mediante atti dirigenziali - tutti i contratti relativi a progetti ed iniziative di Sanità Elettronica e le relative provviste finanziarie siano trasferite all'Ufficio Sistemi Informativi e Flussi Informativi il cui Dirigente assume, entro il suddetto termine, l'incarico di R.U.P. dei medesimi progetti;
 9. di stabilire che il nominativo incaricato quale Responsabile Interno del Progetto N-SISR (Edotto) di cui alla DGR n.2306/2007 e del progetto e-Cup di cui alla DGR n.1953/2009 è incaricato quale Responsabile di Progetto - con le funzioni di direzione dell'esecuzione dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture di cui all'articolo 119 del Codice dei contratti pubblici (D.Lgs n.163/2006 e s.m.i.) e gli artt. 299, 300, 301 del Regolamento attuativo del Codice dei contratti pubblici (DPR n.270/2010) - di tutte le iniziative e progetti di Sanità Elettronica di cui alla DGR n.2005/2006 in sostituzione dei nominativi precedentemente incaricati;
 10. di incaricare il Direttore dell'Area Politiche per la Promozione della Salute, delle Persone e delle Pari Opportunità nell'ambito dei processi di riorganizzazione, di potenziare la dotazione organica dell'Ufficio Sistemi Informativi e Flussi Informativi e del TSE Puglia;

11. di stabilire che nell'ambito degli affidamenti già operati per il governo e/o la direzione e/o il coordinamento e/o la progettazione e/o il supporto tecnico - consulenziale e/o il monitoraggio dei progetti di Sanità Elettronica la società InnovaPuglia Spa uniforma la propria organizzazione a quanto previsto dal presente provvedimento;
12. di confermare che nell'ambito del Documento di Indirizzo Economico Funzionale del Servizio Sanitario Regionale sono appostate le risorse necessarie per il funzionamento del TSE Puglia;
13. di dare mandato al Direttore dell'Area ed al Servizio Accreditamento e Programmazione Sanitaria, per quanto di rispettiva competenza, di provvedere con atti dirigenziali all'attuazione di quanto stabilito con il presente provvedimento;
14. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

Il Segretario della Giunta
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 24 giugno 2011, n. 1396

Risorse vincolate ex art. 1, commi 34-34 bis, della legge n. 662/96 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2010 - Accordo Stato-Regioni 08/07/2010 Rep. Atti n. 76/CSR - Approvazione progetti.

L'Assessore alle Politiche della Salute, prof. Tommaso Fiore, sulla base delle risultanze istruttorie espletate dal Dirigente dell'Uff. n. 3 Servizio PAOS, e confermate dai Dirigenti dei Servizi AOS e ATP riferisce:

La Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome nella seduta del 08 luglio 2010 ha sancito

l'Accordo (Rep. Atti n. 76/CSR), sulle linee progettuali per l'utilizzo, da parte delle Regioni, delle risorse vincolate ai sensi dell'art. 1, commi 34 - 34 bis, della legge 662/96 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario di rilievo nazionale del P.S.N. 2006/2008 per l'anno 2010, al quale occorre fare riferimento non essendo ancora approvato il Piano Sanitario Nazionale 2009/2011 e che riconosce quale obiettivo centrale del SSN la garanzia dell'effettiva capacità del sistema di erogare i livelli essenziali di assistenza (LEA) nel rispetto delle caratteristiche fondanti del servizio stesso.

Visto l'Accordo dell' 08 luglio 2010 (Rep. Atti 76/CSR) tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano per l'utilizzo, da parte delle Regioni, delle risorse di cui alla citata legge n. 662/96 che ha individuato le linee progettuali di seguito sintetizzate:

Linea progettuale 1: "Le Cure primarie";

Linea progettuale 2: "La non autosufficienza";

Linea progettuale 3: "La promozione di modelli organizzativi e assistenziali dei pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza nella fase di cronicità;

Linea progettuale 4: "Le cure palliative e la terapia del dolore";

Linea progettuale 5: "Interventi per le biobanche di materiale umano";

Linea progettuale 6: "La sanità penitenziaria";

Linea progettuale 7: "L'attività motoria per la prevenzione delle malattie croniche e per il mantenimento dell'efficienza fisica nell'anziano";

Linea progettuale 8: "Tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita";

Linea progettuale 9: "Malattie Rare";

Linea progettuale 10: "Valorizzazione dell'apporto del volontariato";

Linea progettuale 11: "Riabilitazione";

Linea progettuale 12: "La salute mentale"

Linea progettuale 13: "Piano Nazionale della Prevenzione".

Vista l'Intesa del 29 aprile 2010 (Rep. Atti n. 13/CSR) sulla proposta del Ministero della Salute

di deliberazione CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge n. 662/96, per l'anno 2010 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale definiti dal PSN 2006-2008;

Verificato che la tabella allegata alla citata Intesa del 29 aprile 2010, ha definito le risorse disponibili per le singole Regioni e ha assegnato alla Regione Puglia risorse pari ad € **109.096.000,00**

Dato atto che l'Accordo dell'08 luglio 2010 prevede vincoli specifici sulle risorse ministeriali per l'anno 2010, che sono stati rispettati;

Dato atto che le risorse necessarie per l'implementazione delle progettualità rappresentate dall'allegato 1 al presente atto sono state acquisite al bilancio regionale dopo l'inizio dell'esercizio;

Dato atto che le attività relative alle linee progettuali di cui sopra sono state già avviate a sostegno dell'attività istituzionale delle Aziende costituendo vincolo per le Aziende e Istituti del SSR, indipendentemente dalla burocratizzazione dei procedimenti e dalla materiale erogazione dei fondi che costituisce supporto aggiuntivo per detto perseguimento; le linee programmatiche approvate rivestono particolare interesse e rilievo per l'intera pianificazione regionale;

Ritenuto di dare mandato al Direttore dell'Area "Politiche per la promozione della salute, delle persone e delle pari opportunità" di inviare al Ministero della Salute il presente provvedimento, corredato dalle schede di progetto, onde consentire l'effettivo riconoscimento delle risorse assegnate alla Regione Puglia con la citata Intesa del 29 aprile 2010;

Nel rispetto delle suddette linee e vincoli, la Agenzia Regionale Sanitaria (A.Re.S.) ha predisposto i progetti e ne assicura il monitoraggio. A tal fine le ASL trasmettono annualmente ai referenti dei progetti, la relazione finale in merito all'attuazione degli stessi e la rendicontazione della relativa spesa, anche tenuto conto che gli stessi si integrano a pieno titolo nelle attività istituzionali riferite ai livelli essenziali di assistenza.

1. Cure Primarie

Potenziamento delle forme evolute di associazione

La Casa della Salute

Sostegno ai pazienti oncologici

Potenziamento dell'assistenza domiciliare per pazienti oncologici

Implementazione del disease and care management (D&CM)

2. La non autosufficienza

Rete di Assistenza ai pazienti con Demenza

Creazione di una rete regionale per la verifica dell'appropriatezza diagnostica e terapeutica in pazienti con Sclerosi Multipla

Assistenza ai pazienti con Sclerosi laterale Amiotrofica: Continuità Ospedale - Territorio

Facilitazione della comunicazione nei pazienti con gravi patologie neuromotorie

3. La promozione di modelli organizzativi e assistenziali dei pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza nella fase di cronicità

Potenziamento dell'Unità Spinale Unipolare dell'Azienda Ospedaliero Universitaria

Policlinico di Bari

4. Le cure palliative e la terapia del dolore

Attivazione della Rete di cure palliative pediatriche

Attivazione di "Unità" di cure palliative domiciliari

Realizzazione di un Centro di raccolta dati e ricerca della rete regionale delle Cure Palliative (adulto bambino)

La terapia del dolore

5. Interventi per le biobanche di materiale umano

Biobanche di sangue cordonale (SCO)

6. La Sanità Penitenziaria

Interventi di riabilitazione e inserimento sociale per persone dimesse dall'OPG ed in carico al servizio territoriale

Macroprogetto interregionale per livelli assistenziali omogenei e condivisi in ambito penitenziario

Prevalenza e caratteristiche di infezione e malattia tubercolare e di altre malattie trasmissibili

nella popolazione ristretta in Istituti Penitenziari della Puglia

7. L'attività motoria per la prevenzione delle malattie croniche e per il mantenimento dell'efficienza fisica nell'anziano

Non presentata alcuna progettualità

8. Tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita

Screening neonatale allargato per le malattie metaboliche ereditarie

Piano Regionale per il sostegno al Percorso di Adozione dei Minori

Percorsi assistenziali per la tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita

9. "Malattie Rare"

Attivazione di modelli di assistenza integrata ai soggetti con malattia rara

Registro per la Telangectasia Emorragica Ereditaria (HHT)

10. "Valorizzazione dell'apporto del volontariato"

Non presentata alcuna progettualità

11. "Riabilitazione"

Non presentata alcuna progettualità

12. "La salute mentale"

Valutazione della qualità delle residenze e semi-residenze psichiatriche e della appropriatezza delle prestazioni

Apertura h.12 dei Centri di Salute Mentale

Progetto di riabilitazione psichiatrica nel paziente acuto ricoverato in SPDC

Potenziamento della rete assistenziale territoriale dedicata ai disturbi del comportamento Alimentare

Assistenza ai soggetti con disturbo dello spettro autistico: potenziamento della rete dei servizi territoriali di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza

13. "Piano Nazionale della Prevenzione"

Delibera di Giunta Regionale (DGR) n. 2991 del 28 dicembre 2010.

Per quanto sopra si propone alla Giunta di approvare i progetti previo recepimento dell'Accordo Stato-Regioni dell' 08 luglio 2010 (Rep. Atti n. 76/CSR) -Linee Progettuali anno 2010 e dell' Intesa Stato-Regioni 29 aprile 2010 (Rep. Atti n.13/CSR) - Assegnazione risorse anno 2010.

COPERTURA FINANZIARIA DI CUI ALLA L.R. n. 28/01 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

Il Dirigente di Ufficio
Rag. Vito Parisi

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta, ai sensi della L.R. n. 7/97 art. 4, comma 4, lettera d), l'adozione del conseguente atto finale.

LA GIUNTA

udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;

viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Dirigente dell'Uff. n. 3 Servizio PAOS, e confermate dai Dirigenti dei Servizi AOS e ATP

a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

1. di **recepire** l'Accordo Stato-Regioni dell' 08 luglio 2010 (Rep. Atti n. 76/CSR) -Linee Progettuali anno 2010 e l'Intesa Stato-Regioni 29 aprile 2010 (Rep. Atti n.13/CSR) -Assegnazione risorse anno 2010
2. di **approvare** le schede di progetto -di cui all'allegato 1 al presente atto -parti integranti del presente provvedimento elaborate secondo le linee progettuali indicate nell'Accordo Stato-Regioni

dell'08 luglio 2010 (Rep. Atti n. 76/CSR) e relative alle risorse assegnate per l'anno 2010, pari a € **109.096.000,00** per la realizzazione degli obiettivi definiti dal Piano Sanitario Nazionale 2006-2008;

3. di **disporre** che le linee progettuali, di cui al presente provvedimento, siano attuate di supporto all'attività istituzionale delle Aziende Sanitarie al fine di assicurare i livelli essenziali di assistenza (LEA);
4. di **disporre** che i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie interessate trasmettano annualmente la relazione finale in merito alla realizzazione dei progetti stessi e la rendicontazione della relativa spesa ai referenti dei progetti;

5. di **riservarsi**, sulla base di eventuali rimodulazioni di progetto definite dai relativi Servizi dell'Assessorato alle Politiche della Salute, la ridestinazione e/o la riassegnazione delle risorse anche tra le suddette aree;

6. di **trasmettere** i progetti di cui al precedente punto 1. al Ministero della Salute per gli adempimenti di competenza a cura del Servizio proponente;

7. di pubblicare il presente provvedimento sul B.U.R.P.

Il Segretario della Giunta
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola

LINEA PROGETTUALE 1

CURE PRIMARIE

1. Potenziamento delle forme evolute di associazione.
2. La Casa della Salute.
3. Sostegno ai pazienti oncologici.
4. Potenziamento dell'assistenza domiciliare per pazienti oncologici.
5. Implementazione del Disease & Care Management

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	CURE PRIMARIE
TITOLO DEL PROGETTO	Potenziamento delle forme evolute di associazione
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi (II Annualità)
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione – Via Caduti tutte le guerre, 15 – BARI Telefono 080.540.3649 – e-mail f.longo@regione.puglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 20.000.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Nell'ottica di favorire lo sviluppo di una maggiore integrazione tra le attività sanitarie e quelle assistenziali il Distretto Socio Sanitario (DSS) acquista un crescente ruolo strategico universalmente riconosciuto e richiede un potenziamento ed una ridefinizione del proprio modello organizzativo e del sistema di servizi in cui si articola, al fine di dotare il territorio di forme organizzative ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale, in grado di offrire risposte complesse al bisogno di salute della popolazione e garantire, quindi, un "governo" effettivo del complesso delle attività di assistenza primaria.
----------	---

DESCRIZIONE	L'attuale progetto, nell'ottica di una riorganizzazione complessiva della assistenza territoriale secondo modelli gestionali di tipo integrato, intende sostenere forme evolute di collaborazione tra medici di medicina generale e pediatri di libera scelta con il personale dei distretti sociosanitari (in particolare infermieri e fisioterapisti). Il progetto, in coerenza con i principi affermati nel Piano Regionale di Salute 2008-2010 e con gli impegni di riqualificazione del sistema sanitario regionale assunti dal governo regionale pugliese a seguito dell'accordo tra i Ministri della Salute, della Economia e delle Finanze e la Regione Puglia per la approvazione del Piano di Rientro, sottoscritto in data 29/11/2010, si ispira ad un modello organizzativo di distretto in grado di assicurare l'integrazione ospedale-territorio ed il coordinamento delle attività di assistenza primaria (che vedono al centro il medico di medicina generale), anche attraverso la valorizzazione delle forme complesse di associazionismo. Col presente progetto si intende favorire, inoltre, un incremento dell'impegno dei medici di continuità assistenziale finalizzato al miglioramento delle attività inerenti le cure primarie. Il DSS rappresenta il "luogo" deputato a garantire attraverso il ricorso a strumenti condivisi con la Medicina Convenzionata: a) una risposta h 24 ai bisogni socio-sanitari del territorio di riferimento, b) una presa in carico globale dei pazienti (con particolare riferimento a quelli affetti da patologie croniche ed invalidanti), b) una efficace continuità assistenziale erogando attività di counseling, prestazioni ambulatoriali, assistenza domiciliare e favorendo lo sviluppo della pratica dell'utilizzo di linee guida e dei percorsi diagnostico-terapeutici. Dal punto di vista organizzativo, ogni ASL provinciale, secondo un criterio di coerenza con gli atti programmatori regionali e aziendali e in continuità con analoghe esperienze sviluppate nell'ambito delle progettualità di piano degli anni precedenti, deve promuovere lo sviluppo del presente progetto all'interno del territorio di competenza, attraverso il coinvolgimento del maggior numero di MMG e di PLS. Le risorse, di cui al presente progetto saranno utilizzate nella misura di: - € 14.000.000 da destinare ai medici di medicina generale per garantire la realizzazione delle attività previste nell'ambito del progetto, con una particolare attenzione alla assistenza infermieristica
-------------	--

	a domicilio - € 6.000.000 per l'organizzazione delle forme evolute di associazione.
OBIETTIVI	Per realizzare compiutamente un tale processo di riorganizzazione del sistema di cura, focalizzato in particolare sulla presa in carico della cronicità, è necessario responsabilizzare e valorizzare i professionisti, compresi i Medici dell'emergenza territoriale attraverso: la <u>promozione di forme associative</u> dei MMG e degli altri professionisti sanitari (forme di associazionismo medico, di messa in rete e, di medicina di gruppo.); il <u>potenziamento dell'assistenza a domicilio</u> organizzata e coordinata in ambito di distretto, garantendo appropriatezza, efficacia e umanizzazione delle cure e riducendo l'uso improprio dell'ospedale. la <u>promozione delle attività di autogestione</u> con conseguente responsabilizzazione (empowerment) degli stessi pazienti nella gestione attiva di tutti gli aspetti di prevenzione e cura che la loro patologia richiede. Obiettivo del progetto è mettere le ASL in condizione di favorire lo sviluppo di questo modello complesso di assistenza integrata in tutto il territorio regionale, con una particolare attenzione nei confronti di quei Comuni sedi di Ospedali destinatari di provvedimento di disattivazione e/o riconversione in applicazione di quanto previsto dal Piano di Riordino Ospedaliero e dal Piano di Rientro.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMA)	Entro il primo semestre: ricognizione delle forme di associazione già attivate nel territorio di ciascun distretto coinvolto nel progetto, delle relative attività e bisogni Al termine della attività progettuale: trasmissione all'A.Re.S. dei dati raccolti, con particolare riferimento alla realizzazione di forme evolute di associazione
INDICATORI	Tasso di ricoveri ripetuti Tasso di accesso al Pronto Soccorso N. di prestazioni specialistiche per abitante Tasso di utilizzo per le prestazioni diagnostiche
RISULTATI ATTESI	Garantire nelle 24 ore una efficace continuità assistenziale e presa in carico dei pazienti, erogando tra l'altro attività di counseling, prestazioni ambulatoriali, assistenza domiciliare e favorendo, al contempo, lo sviluppo della pratica dell'utilizzo di linee guida e dei percorsi diagnostico-terapeutici.

RELAZIONE ANNO 2009	Complessivamente sono 798 le associazioni di medici di medicina generale presenti in Puglia, per un numero di medici di medicina generale coinvolti pari a 3.296, a cui si aggiungono 425 pediatri di libera scelta. La medicina di gruppo è la forma di associazionismo medico più praticata, 266 unità, per un numero di medici di medicina generale inseriti in questa tipologia pari a 952; seguono le esperienze di medicina in rete che presentano un numero inferiore di associazioni (209) ma un numero superiore di medici di medicina generale inseriti (1.001). Infine, con minore densità sul territorio regionale figura la modalità più semplice, la medicina in associazione, per un numero di 123 unità ed il coinvolgimento di 451 medici di medicina generale. Per quanto riguarda la diffusione delle associazioni di medicina generale più complesse esse naturalmente riguardano un numero più esiguo di casi e ed un numero inferiore di medici di medicina generale.
---------------------	--

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	CURE PRIMARIE
TITOLO DEL PROGETTO	La Casa della Salute
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi (II annualità)
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE -Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione - Via Caduti tutte le guerre, 15 - BARI Telefono 080.540.3649 - e-mail f.longo@regione.puglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 8.280.384
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	La istituzione della Casa della Salute ha come principale obiettivo quello di favorire , attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, la unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie, principi fondamentali, affermati esplicitamente dalla legge n. 229/99 e dalla legge n. 328/2000, ma finora scarsamente applicati. La realizzazione della Casa della Salute è ovviamente possibile laddove le condizioni geografiche di non eccessiva dispersione territoriale consentano l'aggregazione dei servizi e non comportino una difficoltà di accesso per i cittadini. Per tali motivi la Casa della Salute deve intendersi come un presidio delle aree sub distrettuali corrispondenti all'incirca ad un bacino di 5-10.000 persone.
----------	--

DESCRIZIONE	Il presente progetto, iniziato nel corso dell'anno 2009 con l' avvio della sperimentazione della Casa della Salute presso la ASL Bari, prevede l'attivazione di ulteriori strutture presso le altre ASL provinciali della regione. La Casa della Salute è una sede fisica e insieme un centro attivo e dinamico della comunità locale per la salute e il benessere che raccoglie la domanda dei cittadini e organizza la risposta nelle forme e nei luoghi più appropriati, nell'unità di spazio e di tempo. La Casa della salute deve: garantire la continuità assistenziale e terapeutica per 24 ore e sette giorni su sette aderire al sistema della "Porta Unico di Accesso" dei cittadini alla rete dei servizi e la presa in carico della domanda operare sulla base del Programma delle Attività Territoriali del distretto (PAT) e del Piano sociale di Zona (PZS), per promuovere e valorizzare la partecipazione attiva dei cittadini, soprattutto delle loro Associazioni, assicurando forme di gestione sociale (programmazione dei servizi e valutazione dei risultati) nei vari presidi e servizi ricomporre le separazioni storiche esistenti tra le professioni sanitarie, realizzare concretamente l'attività interdisciplinare tra medici, specialisti, infermieri, terapisti e di integrare operativamente le prestazioni sanitarie con quelle sociali organizzare e coordinare le risposte da offrire al cittadino nelle sedi più idonee, privilegiando il domicilio e il contesto sociale delle persone sviluppare programmi di prevenzione per tutto l'arco della vita, basati su conoscenze epidemiologiche e sulla partecipazione informata dei cittadini sviluppare, tramite il DSS (Distretto Socio-Sanitario), rapporti di collaborazione con l'ospedale di riferimento sia per l'interdipendenza tra cure primarie, cure specialistiche e diagnostica strumentale, che per la definizione di protocolli per accessi e dimissioni programmate favorire il controllo collegiale delle attività, e la valutazione degli outcomes interni ed esterni ai servizi
-------------	---

	curare la comunicazione sanitaria a vari livelli: 1. Micro, cioè della relazione terapeutica medico operatore/paziente; 2. Meso, della comunicazione tra le strutture; 3. Macro, nei confronti della cittadinanza e della pubblica opinione offrire occasioni di formazione permanente degli operatori, con particolare riguardo al lavoro di gruppo. Per la realizzazione del presente progetto, le risorse economico-finanziarie saranno distribuite tra le ASL provinciali, così come già indicato nel progetto di piano 5/LP1/09 al fine di: • utilizzare i medici di Continuità Assistenziale, già operativi nel/nei distretto/i individuato/i in ciascuna ASL, per la copertura delle fasce orarie non assicurate dai MMG e dai PLS operanti all'interno della/e Casa/e della Salute in forma associativa, ad integrazione dell'orario di servizio previsto dal contratto, collocando la postazione di Continuità Assistenziale all'interno della/e stessa/e e prevedendo un max di n. 2 medici di continuità assistenziale per turno aggiuntivo e un max di complessive 32 ore settimanali aggiuntive per ciascuna casa della salute; • potenziare la dotazione organica del/dei distretto/i individuato/i, in ciascuna ASL; • collocare un Punto di Primo Intervento dotato di Postazione 118 Medicalizzata (già operativo nel/nei distretto/i individuato/i in ciascuna ASL) all'interno di ciascuna casa della salute attivata, per il trattamento in loco delle patologie caratterizzate da Codice Verde e Bianco (al fine di decongestionare l'affluenza di urgenze differibili o non urgenze ai Pronto Soccorsi Ospedalieri) e l'eventuale trasferimento dei pazienti con patologie non gestibili direttamente; • integrare la dotazione di beni e servizi di ciascun distretto interessato per la realizzazione del progetto, qualora necessario; • formare ed aggiornare il personale interessato dal presente progetto.
OBIETTIVI	Estendere la sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute o di forme similari di aggregazione dei servizi avviate nel corso dell'anno 2009, in particolare in quei Comuni sedi di Ospedali

	destinatari di provvedimento di disattivazione e/o riconversione in applicazione di quanto previsto dal Piano di Riordino Ospedaliero e dal Piano di Rientro 2010-2012 sottoscritto con Accordo tra i Ministri della Salute, della Economia e delle Finanze e dalla Regione Puglia in data 29/11/2010.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	Primo semestre: -Ricognizione delle modalità di sviluppo della sperimentazione della Casa della Salute Secondo Semestre: -Potenziamento della dotazione organica e strumentale dei distretti coinvolti ai fini della attivazione e sviluppo di Case della Salute nel territorio regionale
INDICATORI	- n. di Case della Salute attivate per ASL - n. codici bianchi e verdi gestiti nel territorio e non inviati ai Pronto Soccorsi Ospedalieri - n. protocolli diagnostico-terapeutici condivisi - n. corsi formazione per MMG
RISULTATI ATTESI	Attivazione di ulteriori strutture presso le ASL Provinciali della Puglia.
RELAZIONE ANNO 2009	Nel corso del biennio 2008/2009 sono state già attivate in alcuni comuni modelli di "Case della Salute": a Bari nel quartiere San Paolo, la seconda è in via di realizzazione a Casamassima, provincia di Bari, mentre è in fase di avanzata progettazione quella di Biccari (Fg). Nella Casa della Salute realizzata presso il quartiere San Paolo sono stati attivati Poliambulatori specialistici, Consultorio familiare, Ambulatorio vaccinale, Servizio di Guardia medica, oltre tutti i Servizi di Assistenza Amministrativa distrettuali (CUP Ticket, Anagrafe assistiti, Porta Unica di Accesso per le attività che prevedono integrazione socio-sanitaria con il Comune).

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	CURE PRIMARIE
TITOLO DEL PROGETTO	Sostegno ai pazienti oncologici
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi (II Annualità)
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione - Via Caduti tutte le guerre, 15 – BARI Telefono 080.540.3649 – e-mail f.longo@regione.puglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 8.645.754
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Molti pazienti oncologici devono recarsi, in genere per periodi lunghi, presso strutture sanitarie per essere sottoposti a terapie non erogabili a domicilio. Si rende pertanto necessario il trasporto di tali pazienti, frequentemente debilitati e che in molti casi vivono da soli o con familiari non in grado di organizzare quotidianamente il loro spostamento, vuoi perché non autosufficienti, vuoi per mancanza di mezzi economici, vuoi per oggettiva incompatibilità con altri impegni, ad esempio di lavoro. Si configura in tali circostanze una grave difficoltà (quando non un vero e proprio impedimento) di
----------	---

	accesso all'assistenza per questi pazienti particolarmente bisognosi di cure.
DESCRIZIONE	Con il presente progetto diviene strategico, in una ottica di presa in carico globale e continua del paziente oncologico, garantire da parte del distretto socio sanitario il mantenimento di uno specifico servizio dedicato al trasporto dei pazienti oncologici assistiti a domicilio (grazie anche alla implementazione delle forme di assistenza domiciliare prevista dal Piano Regionale di Salute 2008-2010). Per la realizzazione del presente progetto le risorse economico-finanziarie saranno distribuite tra le ASL provinciali, così come già indicato nel progetto di piano 3/LP1/09, con il quale si pone in diretta continuità.
OBIETTIVI	Facilitare il percorso oncologico offrendo al paziente l'accompagnamento assistito dal proprio domicilio alla struttura sanitaria aziendale.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMA)	Entro il primo semestre: ricognizione delle modalità di trasporto domicilio-strutture sanitarie per pazienti oncologici già attivate nel territorio di ciascun distretto coinvolto nel progetto. Al termine della attività progettuale: trasmissione all'A.Re.S. dei dati raccolti con particolare riferimento alla effettiva erogazione del servizio.
INDICATORI	-N. pazienti oncologici trasportati nelle strutture sanitarie per effettuare terapie non effettuabili a domicilio -N. di autovetture acquistate
RISULTATI ATTESI	Facilitare il percorso terapeutico dei pazienti oncologici debilitati, che vivono soli o con familiari non in grado di organizzare il loro spostamento.
RELAZIONE ANNO 2009	Nel corso del 2009 il progetto si è sviluppato in particolare presso le seguenti ASL: ASL di Taranto ha acquistato 23 autovetture (di cui 2 con pedana per disabili), ha assunto n. 35 operatori tecnici autisti e n. 42 operatori socio-sanitari. Il Servizio è stato dotato di 3 automezzi, 5 autisti, 6 operatori socio sanitari, per ciascuno dei Distretti Socio-Sanitari interessati. Il personale di nuova assunzione, prima della immissione in servizio, è stato avviato ad un breve percorso formativo. I Distretti e le Oncologie sono stati corredati di stazioni multimediali avanzate. Inoltre per una più confortevole accoglienza dei pazienti si è provveduto a dotare tutte le oncologie complessivamente di 21 poltrone polifunzionali. La ASL di Brindisi ha dotato ciascun Distretto di un automezzo (n. 4 autovetture) specifico per il servizio, che andranno ad integrare quelli generici.

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	CURE PRIMARIE
TITOLO DEL PROGETTO	Potenziamento della assistenza domiciliare per pazienti oncologici
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi (II Annualità)
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione - Via Caduti tutte le guerre, 15 – BARI Telefono 080.540.3649 – e-mail f.longo@regione.puglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 1.800.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	La patologia oncologica rappresenta un grave problema di salute pubblica; in Puglia si stima che su 8.000 pazienti terminali presenti in un anno, circa 6.000 necessitano di assistenza a domicilio. Da queste premesse nasce la necessità di garantire ad ogni cittadino la possibilità di ricevere nei tempi e nelle modalità più appropriate il massimo in termini di diagnosi e di cura.
-DESCRIZIONE	Con il presente progetto, iniziato nel corso dell'anno 2009, e in coerenza con il Piano Regionale di Salute 2008 – 2010 , che ha previsto la istituzione di una rete oncologica , si intende mettere le ASL in grado di potenziare le "Unità Oncologiche" previste

	all'interno dei Dipartimenti Integrati di Oncologia, anche attraverso l'attivazione di forme di collaborazione con le associazioni di volontariato, mediante la stipula di specifiche convenzioni.
OBIETTIVI	Potenziare ed estendere l'attività di assistenza domiciliare oncologica garantita dai Distretti socio sanitari delle ASL Provinciali, operando in piena sinergia con i MMG (anche attraverso il sostegno allo sviluppo delle forme di Assistenza Domiciliare Programmata - ADP) ed integrando la dotazione organica, laddove necessario, delle figure professionali competenti.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	primo trimestre ricognizione delle modalità di assistenza domiciliare per pazienti oncologici già attivate nel territorio di ciascun distretto coinvolto nel progetto e individuazione delle principali criticità. secondo trimestre potenziamento della dotazione organica per la assistenza domiciliare dei distretti coinvolti; stipula e/o conferma di apposite convenzioni con organizzazioni non appartenenti al SSR, laddove necessario. al termine della attività progettuale trasmissione all'A.Re.S. dei dati raccolti con particolare riferimento ai dati di attività di assistenza domiciliare oncologica ed alla integrazione con l'attività delle altre figure che intervengono sul paziente oncologico.
INDICATORI	Indicatore di struttura: -n.convenzioni stipulate con associazioni per integrare l'assistenza domiciliare oncologica Indicatore di processo: -n. pazienti assistiti a domicilio Indicatore di risultato: - n. incontri operativi con i responsabili del distretto e con gli altri operatori coinvolti nell'assistenza ai pazienti oncologici con particolare riferimento al medico di medicina generale
RISULTATI ATTESI	Aumento dei pazienti oncologici assistiti a domicilio
RELAZIONE ANNO 2009	E' in corso ancora l' analisi delle attività svolte e dei dati elaborati.

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	CURE PRIMARIE
TITOLO DEL PROGETTO	Implementazione del Disease & Care Management
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE	A.Re.S. Puglia – Via Caduti di tutte le guerre, 15 – 70100 BARI telefono 080-5403483; fax 080-5403411; e-mail dirgen@arespuglia.it ,

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 8.500.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Il Disease and Care Management (D&CM) rappresenta un approccio sistemico ed Evidence-based alle patologie croniche, che vede il coinvolgimento di tutti gli “erogatori di assistenza” per la presa in carico “dei fabbisogni complessi” di salute del paziente (non soltanto bisogni di tipo clinico, diagnostico-terapeutico, ma anche quelli relativi alla di “qualità di vita” secondo il concetto di “salute globale” indicato dall’OMS). L’Agenzia Regionale Sanitaria A.Re.S. (Puglia) ha già sperimentato un modello di gestione territoriale delle patologie croniche (Progetto Leonardo), che
----------	---

	si è realizzato nell'ambito delle forme complesse di associazione dei MMG, con un riscontro positivo sugli output clinici ed organizzativi e sulla soddisfazione dei soggetti coinvolti.
DESCRIZIONE	La Regione Puglia è impegnata nella realizzazione del "Piano di Rientro" 2010-2012 sottoscritto a seguito di accordo con i Ministri della Salute, della Economia e delle Finanze in data 29/11/2010 e approvato con Delibera di Giunta regionale n. 2624 del 30/11/2011. Il suddetto Piano prevede la disattivazione e/o riconversione di alcuni plessi ospedalieri e l'attivazione contestuale di Strutture Territoriali e di nuovi Servizi di Assistenza alla Persona, secondo modalità alternative al ricovero ospedaliero. Pertanto nei Comuni pugliesi e, in particolare, in quelli interessati dai processi di disattivazione/riconversione previsti dal Piano di Riordino Ospedaliero vi è la necessità di attivare forme di Assistenza Primaria in grado di offrire una risposta ottimale, in termini di efficienza, efficacia e gradimento, nella gestione dei pazienti cronici, in particolare, di quelli che presentano condizioni cliniche e socioeconomiche di maggiore fragilità e vulnerabilità.
OBIETTIVI	Il presente progetto ha come principale obiettivo favorire lo sviluppo di processi di innovazione organizzativa attraverso l'implementazione di un "modello assistenziale" (già definito durante la sperimentazione del Progetto Leonardo) che prevede un programma articolato di interventi: -mappatura degli Ospedali di cui si prevede la riconversione/disattivazione -analisi del bacino d'utenza che afferisce storicamente agli Ospedali interessati dai processi di riconversione -presenza e distribuzione di forme complesse di associazione dei MMG nei territori -valutazione dei bisogni prevalenti in relazione alle casistiche trattate (numerosità dei DRG per patologie da Scompenso cardiaco, Malattie Cardio Vascolari, Diabete, BPCO prodotti dagli ospedali interessati dal riordino) -formazione degli operatori e gestione del software del Disease and Care Management (D&C) Si tratta, dunque, di realizzare una "Governance" dell'assistenza, per affermare un modello assistenziale al centro del quale è inserita "una persona" con un problema clinico ed "un piano di cure" individualizzato su cui convergono gli interventi di tutti gli attori coinvolti, incluso il paziente impegnato in un ruolo attivo di protagonista. L'intervento è basato sul rapporto

	fiduciario medico-paziente e si esplicita attraverso la definizione di percorsi clinici per le patologie ad andamento cronico-invalidante (e per la prevenzione primaria e secondaria delle stesse), lungo i quali sia i Medici che i Pazienti ricevono il supporto di Infermieri/Care manager specificatamente formati alle tecniche del coaching. Il programma viene attuato attraverso 7 passaggi governati dal MMG, che guida e supervisiona gli operatori che con lui collaborano alla gestione del percorso salute: -verifica dei criteri di inclusione ed esclusione (arruolamento) -valutazione del paziente (verifica dello stato di salute del paziente e stratificazione del livello di gravità della patologia) -definizione degli obiettivi di salute -impostazione e sviluppo del Piano di Salute personalizzato (piano clinico-terapeutico integrato dal piano assistenziale) -monitoraggio e valutazione della corretta attuazione del piano di salute -formazione del paziente -ricorso appropriato ai servizi. I modelli organizzativi complessi (Super Gruppo, Super Rete e Centri Polifunzionali Territoriali – CPT) sono la sede ideale per la realizzazione del predetto modello in quanto in grado di garantire al meglio: -un'assistenza continuativa nell'arco delle 10 o 12 ore giornaliere -una moderna gestione delle condizioni croniche attraverso una migliore organizzazione ed integrazione tra le varie figure professionali -un'attività orientata ad obiettivi di salute e di prevenzione. Le risorse economico-finanziarie saranno assegnate all'Agenzia Regionale Sanitaria per l'attuazione del progetto.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	I Trimestre: -Valutazione del contesto e analisi della domanda e dell'offerta II Trimestre: -Definizione del percorso formativo alla metodologia generale di tutte le professionalità coinvolte: MMG, medici specialisti, infermieri CM. la formazione viene estesa anche ai componenti dell'Ufficio distrettuale per la programmazione ed il monitoraggio delle attività di medicina generale (UDMG) III Trimestre: -Arruolamento dei pazienti affetti da Diabete, Malattia Cardio Vascolare ad alto Rischio Cardio Vascolare, Scompenso Cardiaco e BPCO e

	responsabilizzazione del paziente ad agire coerentemente con gli obiettivi individuati nel Piano Assistenziale Individuale (PAI). IV Trimestre: -Analisi conclusiva
INDICATORI	1. Numero di modelli organizzativi complessi realizzati (Super Gruppo, Super Rete e Centri Polifunzionali Territoriali – CPT) 2. Numero di pazienti coinvolti nel progetto 3. Numero dei DSS coinvolti nel progetto
RISULTATI ATTESI	1. Integrazione del Cronich Care Model come riferimento culturale e assistenziale nelle cure primarie, a partire dal livello assistenziale di base 2. Diffusione del ruolo e delle competenze professionali dell'infermiere delle cure primarie 3. Definizione di modelli efficaci di collaborazione interdisciplinare ed interprofessionale per garantire la realizzazione dei Piani assistenziali Individualizzati 4. Miglioramento dell'aderenza dei pazienti al trattamento e al follow-up, secondo le raccomandazioni proposte dalle specifiche Linee Guida e Protocolli di assistenza 5. Miglioramento degli esiti clinici 6. Incremento del numero di pazienti che adottano stili di vita salutari 7. Riduzione della mobilità sanitaria 8. Riduzione dell'impatto sulle liste di attesa, programmando gli accessi in agende dedicate 9. Ridurre il numero di ricoveri sia programmati che in urgenza.
RELAZIONE ANNO 2009	In Puglia si è sviluppata una interessante esperienza nell'ambito delle medicine di gruppo dei MMG, nelle quali un infermiere Care Manager, ha consentito la attuazione di un modello assistenziale all'interno del quale i pazienti cronici hanno potuto sperimentare i vantaggi di un processo partecipativo per l'autogestione delle cure, per la modifica degli stili di vita non salutari, per il miglioramento della appropriatezza clinica e della compliance ai protocolli diagnostico-terapeutici. Con il progetto sperimentato a Lecce, risultano in servizio, presso le rispettive Medicine di Gruppo, 30 care manager dipendenti a tempo pieno della AUSL. I pazienti arruolati sono in totale 1148, ripartiti nei tre moduli di patologia (522 con rischio MCV, 433 diabetici, 193 con scompenso cardiaco). I pazienti

	sono stati reclutati dalle 20 Medicine di Gruppo aderenti al Programma (85 MMG), tramite screening opportunistico in occasione delle visite presso gli ambulatori. A sei mesi dall'inizio del Progetto Leonardo, ai pazienti arruolati da almeno 3 mesi, è stato chiesto di compilare un questionario che ne rilevasse il grado di soddisfazione rispetto al care manager e ad alcune componenti essenziali del Programma. Dal punto di vista dei pazienti migliora il loro rapporto con il MMG, ma anche lo stato di salute generale e delle abilità funzionali. I Care Manager svolgono un ruolo attivo nel coordinamento dei servizi specialistici al fianco degli MMG e degli Specialisti. Dopo circa 9 mesi di follow-up, si osserva che i pazienti partecipanti al Progetto Leonardo stanno introducendo positivi cambiamenti degli stili di vita con riferimento alla dieta e all'attività fisica. Nel campione di 850 pazienti, in fase di valutazione iniziale, solo il 29% dei pazienti era collocabile nello stadio d'azione o mantenimento per quanto riguarda l'attività fisica. Al follow-up, il 67% dei pazienti risulta in tali stadi, a suggerire che l'attività fisica si annovera ormai tra le scelte di vita adottate. Appena il 28% dei pazienti (in un campione di 864) si atteneva a una dieta sana all'atto della valutazione iniziale; un dato che è salito al 77% nel follow-up a 9 mesi.
--	---

LINEA PROGETTUALE 2

LA NON AUTOSUFFICIENZA

1. Rete di Assistenza ai pazienti con demenza
2. Creazione di una Rete regionale per la verifica dell'appropriatezza diagnostica e terapeutica in pazienti con Sclerosi Multipla.
3. Assistenza ai pazienti con Sclerosi Laterale Amiotrofica: Continuità Ospedale –Territorio.
4. Facilitazione della comunicazione nei pazienti con gravi patologie neuromotorie.

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	LA NON AUTOSUFFICIENZA
TITOLO DEL PROGETTO	RETE DI ASSISTENZA AI PAZIENTI CON DEMENZA
DURATA DEL PROGETTO	24 mesi
REFERENTE	A.Re.S. Puglia – Via Caduti di tutte le guerre, 15 – 70100 BARI telefono 080-5403483; fax 080-5403411; e-mail dirgen@arespuglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 1.524.457
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Lo studio ILSA indica una prevalenza delle Demenze in Italia, negli ultra 65enni, del 6,4%. Questo stesso studio, tra l'altro, non comprendeva gli ultra85enni che al 01/01/2010 erano in Italia già 1.600.000 circa. Lo stesso studio, che dal punto di vista epidemiologico è tuttora una fonte inesauribile di dati, evidenziava per la Puglia un dato ancora più preoccupante rilevando, sempre tra gli ultra65enni, una percentuale maggiore rispetto alle altre regioni e cioè circa il 9%. Ancora, dati recenti, non ancora pubblicati, parlano di una attuale prevalenza dell'11,7% su una popolazione ultra65enne destinata a raddoppiare entro il 2050. L'Associazione
----------	--

	Alzheimer Bari riferisce la presenza in Puglia di circa 65.000 soggetti malati. Sono questi dati impressionanti se pensiamo ai costi (diretti, indiretti, intangibili) di quello che, giustamente, è stato definito un “problema sociale” nell’ambito di una “epidemia silente”. Tra il 01/10/2000 e il 30/03/2003 nasceva e si concludeva il progetto CRONOS che attivava circa 500 UVA (Unità Valutative Alzheimer) in Italia.
DESCRIZIONE	L’ <u>obiettivo generale di salute</u> è: <u>contenere il declino cognitivo e della disabilità</u> del malato, agendo sia sul livello clinico che comportamentale e ambientale, prevenendo e contenendo contestualmente le componenti di fragilità fisica, relazionale, sociale; La cura si fonda sulla precisione e tempestività nella definizione diagnostica e nella stadiazione, quindi con una valutazione della guaribilità della patologia, e nella valutazione dei problemi e delle abilità residue del malato.
OBIETTIVI	Appare quindi opportuno <u>predisporre indirizzi</u> che definiscano un livello minimo uniforme di cure alle persone su tutto il territorio regionale e correggano verso una semplificazione del sistema delle relazioni tra malato e operatori, evitando la frammentazione delle competenze e delle referenze. <u>Attivare percorsi diagnostici</u> facilitati improntati alla logica del Day service ambulatoriale.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	Motivati e coinvolti tutti gli attori, i tempi di attuazione degli obiettivi del breve-medio termine , possono essere raggiunti al termine del primo anno. Ogni ASL dovrà dotarsi di un gruppo di lavoro.
INDICATORI	Riduzione del numero di ospedalizzazioni, conseguente alla riduzione delle ricadute e della necessità di trattamenti con corticosteroidi
RISULTATI ATTESI	I principali risultati attesi sono: -Raggiungere e stabilire a livello regionale (Regione Puglia) criteri per migliorare, controllare e velocizzare l’accuratezza diagnostica, e per ottimizzare i trattamenti in base al profilo clinico dei pazienti e tenendo conto della loro efficacia a medio e lungo termine, sicurezza, tollerabilità e costi. -Migliorare l’assistenza ai malati con Demenza e alle loro famiglie inserendo nell’offerta anche la Formazione e l’Assistenza Domiciliare nelle fasi della malattia in cui maggiore è il rischio di istituzionalizzazione e/o ospedalizzazione.

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	LA NON AUTOSUFFICIENZA
TITOLO DEL PROGETTO	Creazione di una Rete regionale per la verifica dell'appropriatezza diagnostica e terapeutica in pazienti con Sclerosi Multipla.
DURATA DEL PROGETTO	24 mesi
REFERENTE	A.Re.S. Puglia – Via Caduti di tutte le guerre, 15 – 70100 BARI telefono 080-5403483; fax 080-5403411; e-mail dirgen@arespuglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 1.000.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Cronicità e disabilità costituiscono per il neurologo importanti sfide con cui confrontarsi nel trattamento e nella assistenza a soggetti affetti da patologie degenerative e/o infiammatorie di lunga durata. Modello caratteristico di progressiva disabilità e cronicità è la Sclerosi Multipla (SM), malattia infiammatoria del sistema nervoso centrale con elevata incidenza nelle fasce d'età giovanili e notoriamente una delle patologie neurologiche ad evoluzione cronica a maggiore impatto sociale e sulla spesa sanitaria. Circa l'85% dei pazienti esordisce con una forma recidivante-remittente, caratterizzata da esacerbazioni di malattia seguite da fasi di
----------	--

	recupero completo o parziale, ma il 50% dei pazienti entro 10 anni ed il 90% dopo 25 anni sviluppa una fase graduale ed irreversibile di progressione di disabilità: si parla di forma secondariamente progressiva . Il 10-15% dei pazienti manifesta fin dall'esordio della malattia una progressione irreversibile della disabilità non accompagnata da effettive esacerbazioni: la forma primariamente progressiva. Non esistono attualmente terapie in grado di modificare il decorso della malattia nella fase di progressione, ma esistono evidenze, basate sui risultati di recenti studi clinici, che trattamenti precoci, instaurati all'esordio di malattia, possano ridurre significativamente il numero di ricadute e ritardare l'instaurarsi della disabilità permanente.
OBIETTIVI	Gli obiettivi che il progetto si prefigge di ottenere, sono: <u>Obiettivi principali:</u> 1) Costituzione di un Network Regionale (Regione Puglia) tra i Centri Neurologici impegnati nella diagnosi e cura della SM, implementando l'uso del sistema informatico iMed 2) Verifica dell'appropriatezza diagnostica "in tempi brevi" dall'esordio della malattia 3) Verifica del profilo farmaco-epidemiologico completo (efficacia a medio e lungo termine, sicurezza, tollerabilità, e costi) e comparativo di differenti schemi terapeutici basati su immunomodulanti (Interferoni beta, Copolimero, Natalizumab, Rituximab) ed immunosoppressori (Ciclofosfamide, Mitoxantrone, Azatioprina) attualmente utilizzati dai pazienti con SM nella Regione Puglia. 4) Formazione ed aggiornamento di tutte le figure professionali coinvolte nell'assistenza multidisciplinare e interdisciplinare dei pazienti con SM (medici di base, pediatri libera scelta, neurologi del territorio, psicologi, fisioterapisti, urologi, oculisti) per una precoce individuazione di casi. <u>Obiettivi secondari</u> 1) Utilizzo di un Registro di Safety standardizzato per il monitoraggio di farmaci innovativi (Fingolimod, Cladribina, Alemtuzumab) con dimostrata maggiore efficacia, ma con possibili maggiori rischi (neoplasie e m. infettive) di quelli già in uso. 2) Informazione e comunicazione continua ai pazienti ed ai familiari sull'appropriatezza di nuove procedure diagnostiche e terapeutiche.

	3) Confronto con il profilo dei pazienti trattati nella pratica clinica nei centri Regionali Pugliesi con Centri di altre Regioni Italiane con differenti livelli di organizzazione di assistenza. 4) Validazione di fattori clinici, di RMN e biologici predittivi di decorso clinico di malattia e di risposta al trattamento
DESCRIZIONE	In Italia è stata istituita una rete informatica che collega i principali Centri Clinici SM, denominata: <i>Imedweb</i>. Il Centro coordinatore di tale Rete è il Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università degli Studi di Bari. Attualmente una Banca dati, ubicata presso il Consorzio Mario Negri-Sud, contiene i dati di circa 16.000 pazienti SM provenienti da 25 Centri SM Italiani. L'impiego di tale Banca-dati rappresenta il primo tentativo in Italia di condivisione di dati in questa patologia e può consentire di studiare vari aspetti della storia naturale della malattia ed il reale impatto di efficacia e sicurezza a lungo termine dei farmaci in uso, inoltre può facilitare la selezione di coorti con differenti fenotipi clinici e biologici per ulteriori studi e progetti di ricerca e per la risoluzione di problemi clinico-assistenziali ancora aperti. La disponibilità di un sistema standardizzato di gestione e catalogazione elettronica di dati (iMED) permette di archiviare ed utilizzare le più importanti informazioni riguardanti la storia naturale ed i trattamenti dei pazienti ed , inoltre, dati di Risonanza Magnetica per Immagini (RMI), di esami di laboratorio su sangue e liquor cerebro-spinale e di esami elettrofisiologici. La collaborazione con il Consorzio Mario Negri Sud garantisce un supporto tecnico ed offre la possibilità di analisi periodiche di qualità del data-entry e di analisi statistiche sulle informazioni disponibili. In ogni Centro è identificato un neurologo responsabile del data-entry. Con l'impiego dei dati ad oggi raccolti, attraverso la rete informatica Italiana Imedweb, sono stati condotti una serie di studi (Ref 1-21) pubblicati su rilevanti riviste internazionali. Le risorse messe a disposizione per la realizzazione del progetto saranno impegnate per la costruzione della Rete Regionale dei Centri SIM
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	Entro 6 mesi <i>Attivazione di nuovi Centri SM a livello Regionale e raccolta dati</i> Entro 12 mesi <i>Verifica della qualità dei dati raccolti e monitoraggio dei Centri</i>

INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	1) Numero di Centri Regionali SM con implementazione ed utilizzo del sistema informatico Imed 2) Riduzione del numero di ospedalizzazioni, conseguente alla riduzione delle ricadute e della necessità di trattamenti con corticosteroidi
RISULTATI ATTESI	I principali risultati attesi sono: raggiungere e stabilire a livello regionale (Regione Puglia) criteri per migliorare, controllare e velocizzare l'accuratezza diagnostica, e per ottimizzare i trattamenti in base al profilo clinico dei pazienti e tenendo conto della loro efficacia a medio e lungo termine, sicurezza, tollerabilità e costi. I risultati attesi risulteranno di grande utilità per pianificazioni sanitarie nel campo della SM nella Regione Puglia. Sarà, infatti, possibile raggiungere un'adeguata stima dell'efficacia e sicurezza sul medio e lungo termine dei farmaci correntemente in uso per la SM e del loro rapporto costi/benefici. Le informazioni derivate dal progetto miglioreranno il grado di qualità di assistenza dei Centri Regionali SM con una particolare attenzione alla riduzione dei rischi connessi alle terapie (prevenzione e/o adeguato trattamento). Ricaduta essenziale dei risultati del progetto sarà la loro utilizzazione per la formazione ed aggiornamento di tutte le figure professionali coinvolte nell'assistenza multidisciplinare e interdisciplinare dei pazienti con SM (medici di base, pediatri libera scelta, neurologi del territorio, psicologi, fisiatri, urologi, oculisti). Particolare cura verrà posta ai processi di informazione e comunicazione ai pazienti, ai familiari e a tutte le figure professionali impegnate nei diversi aspetti della malattia sul territorio regionale (attraverso es. portale Web dedicato, supporti multimediali), sull'appropriatezza di nuove procedure diagnostiche e terapeutiche a grande impatto sull'opinione pubblica e molto spesso pubblicizzate in maniera non completa e corretta dai Mass-Media.
RELAZIONE ANNO 2009	

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	LA NON AUTOSUFFICIENZA
TITOLO DEL PROGETTO	Rete di assistenza nei pazienti con Sclerosi Laterale Amiotrofica: Continuità Ospedale – Territorio
DURATA DEL PROGETTO	24 mesi
REFERENTE	A.Re.S. Puglia – Via Caduti di tutte le guerre, 15 – 70100 BARI telefono 080-5403483; fax 080-5403411; e-mail dirgen@arespuglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 700.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	La Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) è una malattia neurodegenerativa a decorso progressivo e a prognosi frequentemente infausta. In un quarto dei casi la morte interviene entro due anni dall'esordio del primo sintomo, nella metà dei casi entro tre anni; poco meno di un quarto dei pazienti sopravvive otto o più anni. Il decesso si verifica, in genere, per insufficienza respiratoria. Nella Regione Puglia negli anni 1998-1999 è stato istituito il Registro Regionale della SLA. L'incidenza annuale della SLA in Puglia è di 1.6/100000 abitanti, con una età media di esordio di 65 anni (range 19-80)
----------	--

anni), prevalenza nel sesso maschile e tempo medio di sopravvivenza di 28 mesi (Logroscino et al, JNNP 2005).

L'European Federation of Neurological Societies ha recentemente stabilito le linee guida per la cura dei pazienti con SLA, definendo raccomandazioni per la accuratezza della diagnosi e per la totale presa in carico dei pazienti. Centri specializzati con approccio multidisciplinare certamente possono contribuire al miglioramento della cura e all'aumento della sopravvivenza dei pazienti.

La mancanza di definitivi test diagnostici, di specifiche terapie e l'elevato impatto della patologia in relazione all'elevato grado di disabilità clinica rende necessario un piano di assistenza e di cura integrato tra ospedale e territorio che coinvolga tutte le figure professionali e non, rivolte all'assistenza del malato di SLA.

Negli ultimi anni è sempre più riconosciuta l'evidenza dell'utilità di tecnologie informatiche nel decision/support making, con raccolta di dati standardizzati e prospettici, derivanti da più centri coinvolti nello studio di una stessa patologia. La necessità di sviluppare soluzioni per la integrazione tra diversi ambiti diagnostico-terapeutici ed assistenziali e le diverse professionalità che intervengono nella cura del medesimo paziente, soprattutto a livello territoriale, ha portato allo sviluppo di una strategia di sorveglianza e conoscenza epidemiologica estesa all'intero territorio regionale pugliese, premessa questa imprescindibile per ottimizzare l'offerta diagnostica e la risposta qualificata alla domanda di assistenza. Nell'ambito di un Progetto ordinario del Ministero della Salute, anno 2007, proponente la Regione Puglia, responsabile il Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche dell'Università Ospedale Consorziale Policlinico di Bari, si è proceduto alla realizzazione e strutturazione di una "Cartella Clinica Informatizzata per la Standardizzazione e Ottimizzazione della Gestione della SLA", in versione web, che consente l'accesso ad utenti accreditati con credenziali di accesso. La cartella prevede la raccolta di dati clinici: caratteristiche di esordio clinico, progressione di malattia con valutazione di parametri motori, respiratori, nutrizionali, funzionali, cognitivi e di qualità della vita. Una sezione è dedicata alle necessità assistenziali: supporti per la motilità, supporti per la comunicazione, supporti per la ventilazione e la nutrizione, necessità di care-giver. Una scheda prevede l'aggiornamento clinico da parte del medico di medicina generale che ha in carico il paziente con SLA. La progettazione, lo

	studio e la diffusione della Cartella Informatizzata per le Malattie del motoneurone è stata inquadrata nel ruolo di programmazione e coordinamento del Centro di riferimento della Rete dei Presidi Regionali per le Malattie del motoneurone, identificato presso l' Unità Operativa Neurologia "Amaducci" del Policlinico di Bari.
OBIETTIVI	Il principale obiettivo del progetto è quello di intercettare tutti i casi incidenti e prevalenti di SLA nella Regione Puglia e garantire una continuità assistenziale attraverso una stretta interrelazione di tre livelli di assistenza clinica: I° livello rappresentato dai medici di medicina generale II° livello rappresentato dagli ospedali provinciali e dagli specialisti territoriali, III° livello rappresentato dai centri di riferimento per la diagnosi e cura dei malati con l'integrazione di un team multidisciplinare.
DESCRIZIONE	Lo studio prevede l'intervento di diversi livelli di intervento clinico (Rete Multilivello) e prevede tre fasi (NB le tre fasi devono considerarsi interconnesse tra loro e non strettamente sequenziali) FASE 1: I soggetti con sospetta malattia del motoneurone individuati da medici di medicina generale o da specialisti territoriali afferriranno ai centri di riferimento regionali per le malattie del motoneurone (uno per provincia) per la definizione diagnostica. I pazienti verranno attentamente valutati sul piano clinico. In accordo alle linee guida internazionali, l'accuratezza della diagnosi dovrà essere assicurata attraverso l'utilizzo di criteri standardizzati sia clinici che elettrofisiologici, (EL Escorial Revisited Criteria, 1998), ai fini di ridurre misdiagnosi con sindromi cliniche che possano mimare la SLA. Su tutti i soggetti, con diagnosi di SLA, dopo acquisizione di consenso informato verrà effettuato un prelievo di sangue periferico dal quale purificare il DNA genomico che verrà inviato al Centro di Riferimento delle Malattie del Motoneurone del Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche dell'Università degli Studi - Policlinico di Bari, il quale provvederà allo stoccaggio del DNA. In tutti i soggetti verrà condotta una valutazione neuropsicologica per esplorare i diversi domini cognitivi (memoria, attenzione e funzioni esecutive, linguaggio, funzioni pratto-gnosiche). Presso ogni centro di riferimento si provvederà alla coordinazione di un team multidisciplinare coinvolto nella cura di pazienti SLA. Il team multidisciplinare include neurologi, pneumologi, psicologi, nutrizionisti,

	fisiatri fisioterapisti, logopedisti, otorinolaringoiatri, chirurghi anestesisti, rianimatori. Tutti i dati clinici e strumentali utili per la diagnosi e per il monitoraggio saranno raccolti sulla "Cartella Clinica Informatizzata" per la Standardizzazione e Ottimizzazione della Gestione della SLA. Per la compilazione adeguata della cartella è prevista una fase di training. Particolare ruolo verrà svolto dai medici di medicina generale sia nella individuazione dei casi da diagnosticare, sia nella continuità assistenziale domiciliare attraverso controlli clinici periodici e compilazione trimestrale (previa fase di training) di schede strutturate "ad hoc" da riportare sulla cartella clinica informatizzata FASE 2: Il Centro Interdipartimentale per lo Studio delle Malattie del Motoneurone del Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche dell'Università degli Studi di Bari-Policlinico rappresenterà il Centro di Riferimento regionale a cui afferiranno pazienti per esecuzione di indagini più specifiche. Previo consenso informato, verranno eseguite indagini di neuroimaging strutturale e analisi su campioni sierici e liquorali di biomarkers di neurodegenerazione (N-acetil-aspartato, Neurofilamento). Il Centro Interdipartimentale per lo Studio delle Malattie del Motoneurone del Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche dell'Università degli Studi di Bari-Policlinico rappresenterà la sede per la costituzione di una banca del DNA. FASE 3: La terza fase prevede a) la validazione della raccolta dati da parte del Laboratorio di Epidemiologia Assistenziale e Sistemi Informatici del Consorzio Mario Negri Sud (CMNS), sede del Server e gestore del portale web; b) la creazione di una banca dati regionale, strumento indispensabile ai fini di una valutazione sulla distribuzione della patologia nella Puglia, di una analisi sui fattori rischio e comorbidità, e sui principali outcomes (mortalità, tracheotomia, gastrostomia). Per la realizzazione del progetto l'80% del finanziamento servirà per garantire la disponibilità del personale necessario e del 20% per la formazione delle figure professionali coinvolte.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	I SEMESTRE: Valutazione iniziale dei pazienti inviati dai medici di medicina generale e da specialisti del territorio II SEMESTRE: Screening diagnostico (strumentale e laboratorio) dei pazienti III SEMESTRE: Validazione dello screening

	IV SEMESTRE: Creazione di una banca dati regionale, strumento indispensabile ai fini di una valutazione sulla distribuzione della patologia nella Puglia, di una analisi sui fattori rischio e comorbidità, e sui principali outcomes (mortalità, tracheotomia, gastrostomia).
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	-Numero di casi pazienti incidenti e prevalenti di SLA nella Regione Puglia, con valutazione della distribuzione geografica dei casi -Numero di casi con diagnosi confermata (correttezza diagnostica) -Numero di ricoveri per diagnosi -Numero di ricoveri in emergenza -Numero di interventi PEG -Numero di interventi tracheotomia
RISULTATI ATTESI	Il principale obiettivo del progetto è quello di intercettare tutti i casi incidenti e prevalenti di SLA nella Regione Puglia e garantire una continuità assistenziale.
RELAZIONE ANNO 2009	

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	LA NON AUTOSUFFICIENZA
TITOLO DEL PROGETTO	Facilitazione della comunicazione nei pazienti con gravi patologie neuromotorie
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi (II Annualità)
REFERENTE	A.Re.S. Puglia – Via Caduti di tutte le guerre, 15 – 70100 BARI telefono 080-5403483; fax 080-5403411; e-mail dirgen@arespuglia.it .

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 1.500.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Il Piano Regionale di Salute 2008-2010 e il Piano Regionale delle Non Autosufficienze (D.G.R. n.1984/08) hanno individuato tra le priorità del SSR e del sistema dei Comuni, la attivazione di modalità di presa in carico della persona non autosufficiente attraverso un piano individualizzato di assistenza, favorendo la prevenzione e il mantenimento di condizioni di autonomia, anche attraverso l'uso di nuove tecnologie.
DESCRIZIONE	Con il presente progetto si intende continuare a mettere a disposizione dei pazienti affetti da gravi patologie neuromotorie sistemi di comunicazione da destinarsi a soggetti con fonazione di grado 2 (sostanziale perdita della parola) e motilità di grado

	4 (tetra parsi). Le risorse economico-finanziarie saranno assegnate alle AA.SS.LL., che provvederanno all'acquisto dei comunicatori da assegnare in comodato ai pazienti (attraverso modalità che garantiscano la formazione del caregiver e le spese di assistenza), così come già indicato nel progetto di piano 6/LP1/09.
OBIETTIVI	Favorire la prevenzione e il mantenimento di condizioni di autonomia della persona non autosufficiente, attraverso l'uso di nuove tecnologie.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMA)	Entro il primo semestre: ricognizione del fabbisogno, sulla base delle richieste pervenute, di sistemi di comunicazione, da destinarsi prioritariamente a soggetti con fonazione di grado 2 (sostanziale perdita della parola) e motilità di grado 4 (tetraparsi). Al termine della attività progettuale: trasmissione all'A.Re.S. dei dati raccolti con particolare riferimento alla effettiva dotazione dei beni e servizi necessari alla comunicazione del paziente con gravi patologie neuromotorie.
INDICATORI	Indicatore di processo -% di soggetti sul totale, destinatari della predetta tecnologia Indicatore di risultato -% di soggetti sul totale, che ottengono i trattamenti e i benefici previsti -Valutazione del tempo di attesa tra momento in cui si avvia la richiesta ed il momento in cui tale intervento viene eseguito
RISULTATI ATTESI	Presenza in carico omogenea e soddisfazione del bisogno di comunicazione del paziente con gravi patologie neuromotorie. Aggiornamento e formazione del personale.
RELAZIONE ANNO 2009	E' in corso ancora l'analisi delle attività svolte e dei dati elaborati.

LINEA PROGETTUALE 3

LA PROMOZIONE DI MODELLI ORGANIZZATIVI E ASSISTENZIALI DEI PAZIENTI IN STATO VEGETATIVO E DI MINIMA COSCIENZA NELLA FASE DI CRONICITÀ

1. Potenziamento dell'Unità Spinale Unipolare dell'Azienda Ospedaliero
Universitaria Policlinico di Bari.

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLE UNITÀ SPINALI E DELLE STRUTTURE PER PAZIENTI GRAVI CELEBROLESÌ.
TITOLO DEL PROGETTO	Potenziamento della Unità' Spinale Unipolare della Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari.
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi (II Annualità)
REFERENTE	A.Re.S. Puglia – Via Caduti di tutte le guerre, 15 – 70100 BARI telefono 080-5403483; fax 080-5403411; e-mail dirgen@arespuglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 3.500.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	In Italia l'incidenza di lesioni midollari post-traumatiche viene stimata, in studi a valenza regionale, su 18-20 nuovi casi per milione di abitanti per anno. Le cause più frequenti delle lesioni midollari in Italia, come in altri paesi, sono legate a fattori traumatici; in particolare, gli incidenti stradali e quelli sportivi costituiscono il 60% di tutte le lesioni midollari con proporzione quasi identica tra paraplegie e tetraplegie. Altre cause frequenti di lesione midollare sono gli infortuni sul lavoro e gli
----------	---

	episodi di violenza contro la persona. L'età dei traumatizzati dimostra due picchi di frequenza a 20 e 59 anni. Il rapporto maschi – femmine risulta essere di 4:1. Alla luce di questi dati e considerando la popolazione della Regione Puglia pari a 4 milioni di abitanti, una stima attendibile di prevalenza è di 80 nuovi casi di mielolesione traumatica l'anno, a cui vanno aggiunti circa 24 casi non traumatici che corrispondono al 30% circa di quelli traumatici. Bisogna inoltre considerare che la prevalenza di PLM è stimata a 1:900 il che fa presupporre che nella nostra Regione ci siano attualmente 4400 persone con lesione midollare. L'attuale situazione regionale determina due componenti principali: l'avvio di questi pazienti lungo un percorso clinico non appropriato l'incremento dei flussi di mobilità passiva extra-regionale ed extra-nazionale.
DESCRIZIONE	Il progetto conferma ed integra gli obiettivi già previsti dal Progetto 5/AP4/07 "Sviluppo della funzione di eccellenza della Struttura Complessa di Medicina Fisica e Riabilitativa dell'AO Policlinico Consortziale di Bari" e dal Progetto 4/LP3/09 (DGR n. 1222 del 13/07/09). Le risorse sono attribuite in maniera tale che possa essere potenziata la dotazione organica della UOC di Medicina Fisica e Riabilitativa dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari. Il trasferimento della suddetta unità operativa all'interno del nuovo complesso chirurgico della emergenza "Asclepios" del Policlinico, ha comportato, la messa a norma dei requisiti strutturali ed impiantistici e, al contempo, ha creato le premesse logistiche per il potenziamento delle risorse umane e strumentali adeguate al livello di complessità assistenziale richiesto dalla USU, alle quali si potrebbe fare fronte con il presente progetto.
OBIETTIVI	- Rafforzamento della funzione di eccellenza di Medicina Fisica e Riabilitativa con particolare riferimento a quella relativa all'assistenza in Unità Spinale, già esistente, anche per ciò che riguarda l'assetto organizzativo - Condivisione di percorsi assistenziali integrati con le strutture riabilitative di 1° e 2° livello
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	Primo Semestre - Formazione ed addestramento del personale reclutato per l'assistenza a soggetti affetti da lesioni midollari Secondo Semestre - Elaborazione e condivisione di criteri di accesso,

	di percorsi diagnostico terapeutici integrati con altre discipline ospedaliere e con altri livelli di assistenza (strutture riabilitative di 1° e 2° livello), di procedure cliniche ed organizzative - Potenziamento dell'attività della USU implementata
INDICATORI	- Rapporto personale assunto / personale richiesto per specifico profilo professionale - Numero di posti letto attivati in USU - Numero di pazienti assistiti in US - N. di opuscoli informativi, rivolti agli utenti, distribuiti - Formazione specifica sull'assistenza a pazienti mielolesi rivolta al personale reclutato
RISULTATI ATTESI	L'acquisizione di specifiche competenze di elevata specializzazione e l'attivazione di percorsi integrati tra diverse discipline e tra diversi livelli assistenziali avrà come effetto un innalzamento complessivo della qualità dell'assistenza nelle attività riabilitative. Infine, dalla piena operatività di uno specifico modello assistenziale per soggetti mielolesi ci si attende sia l'ottimizzazione dell'outcome e quindi il massimo recupero delle funzioni residue, che la prevenzione dell'aggravamento delle sequele.
RELAZIONE ANNO 2009	La completa attivazione dell'USU è ipotizzabile in un arco temporale di 3-4 aa. Sono state effettuate riunioni periodiche, da parte di una Commissione di esperti, al fine di monitorare, verificare e sanare le eventuali criticità riscontrabili durante il percorso attuativo. Con l'utilizzo dei fondi stanziati, nel primo semestre, si è proceduto all'attivazione di processi formativi per il personale individuato. Inoltre si è proceduto al perfezionamento delle procedure di acquisizione delle apparecchiature necessarie al reparto di Degenza e della Palestra, nonché all'individuazione di referenti progettuali per la ristrutturazione della Piscina per idrokinesiterapia in Asclepios. Si sta procedendo alla stesura di un protocollo definito per la gestione dei posti di terapia intensiva e sub-intensiva e alla predisposizione di una cartella informatizzata.

LINEA PROGETTUALE 4

LE CURE PALLIATIVE E LA TERAPIA DEL DOLORE

1. Attivazione della Rete di cure palliative pediatriche.
2. Attivazioni di “Unità” di cure palliative domiciliari.
3. Realizzazione di un centro di raccolta dati e ricerca della rete regionale delle Cure Palliative (adulto-bambino).
4. La Terapia del dolore.

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE
TITOLO DEL PROGETTO	Attivazione della Rete di Cure Palliative Pediatriche
DURATA DEL PROGETTO	24 mesi (II Annualità)
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione - Via Caduti tutte le guerre, 15 – BARI Telefono 080.540.3649 – e-mail f.longo@regione.puglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 2.000.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	La prevalenza in ambito pediatrico della malattia cronica severa e/o terminale nei paesi Occidentali è in aumento. Nuove tecnologie e il miglioramento generale dell'assistenza hanno portato ad allungare progressivamente la sopravvivenza in malattia. Questo ha portato alla crescita della prevalenza di minori bisognosi di interventi complessi, anche per un lungo periodo di tempo e attraverso diverse fasi
----------	---

	della vita, dall'infanzia all'adolescenza e da questa all'età adulta. Queste situazioni necessitano di un ripensamento della modalità di erogare assistenza sia a livello culturale che organizzativo e normativo, nell'ottica di riaffermare, accanto agli obiettivi di cura, obiettivi di qualità della vita per il piccolo paziente e la sua famiglia. Le cure palliative rappresentano in questo ambito la risposta più adeguata. L'OMS definisce infatti le cure palliative pediatriche come l'attiva presa in carico globale del corpo, della mente e dello spirito del bambino e comprende il supporto attivo alla famiglia. Infatti gran parte della gestione di un bambino inguaribile ricade tuttora sulla famiglia.
DESCRIZIONE	Il progetto conferma ed integra gli obiettivi già previsti dal Progetto 1/LP4/09 (DGR n. 1222 del 13/07/09). Infatti, con DGR n.900 del 25/03/2010, è stato istituito il "Centro di Riferimento Regionale per le Cure Palliative Pediatriche".
OBIETTIVI	Il predetto Centro, ubicato presso il Plesso Ospedaliero "Giovanni XXIII" dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Policlinico" di Bari coordina anche le Unità di Cure Palliative Pediatriche Territoriali, cui spetta il compito di offrire la prima risposta al bisogno del paziente terminale, al fine di privilegiarne la permanenza nel luogo abituale di vita, anche attraverso collaborazioni con Associazioni di Volontariato. Per la realizzazione del progetto, il finanziamento disponibile viene ripartito tra il Centro di Riferimento e le Aziende Sanitarie Locali.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	Entro il primo semestre -Attivazione delle Unità Periferiche Territoriali. Entro il secondo semestre -Convenzione con Associazioni di Volontariato e analisi dei dati
INDICATORI	-Riduzione del numero di ricoveri di pazienti pediatrici terminali -Numero di pazienti e familiari, per i quali è stato attivato un programma di rilevazione costante della qualità di vita e di soddisfazione per le cure prestate
RISULTATI ATTESI	Risposta al bisogno di cura globale del Paziente e della sua Famiglia nella propria abitazione di residenza.
RELAZIONE ANNO 2009	E' in corso ancora l' analisi delle attività svolte e dei dati elaborati

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE
TITOLO DEL PROGETTO	Attivazione di "Unità" di Cure Palliative Domiciliari
DURATA DEL PROGETTO	24 mesi
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione - Via Caduti tutte le guerre, 15 – BARI Telefono 080.540.3649 – e-mail f.longo@regione.puglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 2.600.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	La rete delle cure palliative prevede un articolato sistema di offerta che comprende al suo interno: l'Hospice, le cure palliative domiciliari, l'ambulatorio di cure palliative, il Day Hospice. Nella Regione Puglia a giugno 2009 risultavano operativi 6 hospice, di cui 2 pubblici, 3 del terzo settore e 1 a gestione mista pubblico-privato per un totale di Posti Letto complessivi pari a n. 96.
----------	---

	L'attuale offerta del territorio regionale risulta pari a 0.24 pl in hospice ogni 10.000 ab. A fronte della implementazione di posti letto-Hospice (sia pubblici che privati accreditati), si registra una presenza disomogenea di Unità di Cure Palliative domiciliari, attivate o sostenute dal privato no-profit convenzionato.
DESCRIZIONE	Il progetto conferma ed integra gli obiettivi già previsti dal Progetto 2/LP4/09 (DGR n. 1222 del 13/07/09). Per la realizzazione del progetto, il finanziamento disponibile viene ripartito tra le Aziende Sanitarie Locali per l'implementazione e potenziamento, laddove partite, delle UCPD. Il Coordinatore della UCPD predispone il piano attuativo per la presa in carico dei pazienti ed il programma formativo e di aggiornamento per il personale della propria unità operativa. L'Azienda organizza, in accordo con il Comitato Aziendale della Medicina generale, il programma formativo rivolto ai medici di famiglia. Ogni UCPD deve : • inviare all'Osservatorio Regionale un flusso informativo trimestrale sull'attività svolta: <i>rapporto fra numero di giornate effettive di assistenza (con almeno un accesso domiciliare giornaliero di un operatore dell'equipe di cure palliative) e numero di giornate di presa in carico (dalla attivazione del piano di cure alla dimissione)</i> • garantire il servizio di reperibilità h 24, tutti i giorni dell'anno; • utilizzare la cartella clinica domiciliare; • assicurare la fornitura diretta di farmaci, presidi, ausili a domicilio del malato, attraverso i servizi aziendali e/o distrettuali; • promuovere la integrazione operativa con l'Hospice di riferimento.
OBIETTIVI	-Favorire la presa in carico domiciliare dei pazienti terminali, assicurando loro una migliore qualità di vita -Realizzare un sistema integrato di risposte ai bisogni dei pazienti e dei loro familiari -Migliorare la integrazione Ospedale-Territorio, al fine di garantire la continuità assistenziale -Progressiva aderenza ai LEA
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<i>Entro il primo semestre</i> -Ulteriore implementazione delle attività delle UCPD, laddove partite <i>Entro il secondo semestre</i> -Formazione degli operatori dell'UCPD e dei MMG

INDICATORI	-Numero di pazienti e familiari, per i quali è stato attivato un programma di rilevazione costante della qualità di vita e di soddisfazione per le cure prestate -Numero dei MMG che richiedono la presa in carico da parte dell'UCPD -Programmi di comunicazione e informazione alla popolazione sui problemi legati alle cure di fine vita e sulle soluzioni assistenziali possibili.
RISULTATI ATTESI	Completamento dell'offerta assistenziale di cure palliative (domicilio, hospice, day hospice ed ambulatorio) e soddisfazione dei bisogni dell'utenza.
RELAZIONE ANNO 2009	E' in corso ancora l' analisi delle attività svolte e dei dati elaborati

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE
TITOLO DEL PROGETTO	Realizzazione di un Centro di raccolta dati e ricerca della Rete Regionale delle Cure Palliative (adulto-bambino)
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi (II Annualità)
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione - Via Caduti tutte le guerre, 15 – BARI Telefono 080.540.3649 – e-mail f.longo@regione.puglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 354.518
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Il Piano regionale della salute 2008-2010, approvato con L.R. n. 23 del 19 settembre 2008, fa proprio il modello organizzativo delle Unità Operative di Cure Palliative e definisce la programmazione di una rete di cure palliative pediatriche. La legge prevede altresì la creazione dell'Osservatorio Regionale per lo sviluppo delle
----------	---

	cure palliative, costituito in un secondo momento con DGR n. 545 del 7 aprile 2009.
DESCRIZIONE	Il progetto conferma ed integra gli obiettivi già previsti dal Progetto 3/LP4/09 (DGR n. 1222 del 13/07/09) .
OBIETTIVI	Avviare una attività di raccolta dati per il completamento della Rete Regionale. Creare un flusso corrente di dati.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMA)	I Trimestre -Attivazione di un flusso centripeto. II Trimestre -Attivazione di un flusso centrifugo (sito web e call center) III Trimestre -Presentazione dei dati.
INDICATORI	-Utilizzo dei dati raccolti per l'elaborazione di linee guida e strumenti normativi -Presentazione e pubblicazione di lavori scientifici.
RISULTATI ATTESI	-Realizzazione del Centro di raccolta dati regionale -Realizzazione del sito web e call center, consultabile da Operatori e Utenti
RELAZIONE ANNO 2009	E' in corso ancora l' analisi delle attività svolte e dei dati elaborati

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	LE CURE PALLIATIVE E LA TERAPIA DEL DOLORE
TITOLO DEL PROGETTO	La Terapia del dolore
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE	A.Re.S. Puglia – Via Caduti di tutte le guerre, 15 – 70100 BARI telefono 080-5403483; fax 080-5403411; e-mail dirgen@arespuglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 3.500.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Da una indagine condotta in Europa nel 2003 (Pain in Europe) è emerso che la prevalenza del Dolore Cronico su 46.394 pazienti esaminati è pari al 19%; tale prevalenza è risultata ancora maggiore in Italia dove su 3849 pazienti presi in esame è risultata del 26% (13% per il dolore cronico moderato e 13% per il dolore cronico grave); poiché nelle regioni del centro-sud e del sud dell'Italia la prevalenza è risultata compresa fra il 24.1% ed il 21.7%, è possibile affermare che nella nostra regione 1 abitante su 4-5 è affetto da un dolore cronico che spesso dura da alcuni anni; poiché il 42% di questi pazienti si sottopone ad un trattamento sanitario di tipo farmacologico e/o di altra natura ne deriva che la spesa
----------	---

	sanitaria che il trattamento del dolore cronico comporta, quantunque non facilmente quantificabile, risulta necessariamente assai rilevante. La legge 38 del 15 marzo 2010, dopo aver dichiarato che è tutelato e garantito ad ogni cittadino che ne abbia necessità l'accesso alla Terapia del Dolore (riconosciuto come obiettivo prioritario del piano sanitario nazionale) ha aggiunto la Terapia del Dolore ai livelli essenziali di assistenza (LEA) stabiliti nel decreto legge 2001 disponendo che sia assicurato un programma di cura individuale; dopo aver definito caratteristiche della Terapia del Dolore, ha riconosciuto l'utente del servizio come una "persona affetta da patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate ed efficaci".
DESCRIZIONE	Si pone la necessità di procedere ad una riorganizzazione complessiva del sistema di cura dedicato alla Terapia del Dolore (con particolare riferimento a quello cronico) secondo un modello a rete capace di garantire la continuità assistenziale nei pazienti affetti da dolore cronico, dalla struttura ospedaliera al proprio domicilio ed in questa rete devono integrarsi le strutture sanitarie (ospedaliere e territoriali) e assistenziali, le figure professionali e gli interventi diagnostici e terapeutici che devono essere erogati. Attraverso la realizzazione di questi obiettivi la Terapia del Dolore potrebbe configurare un nuovo modello di organizzazione sanitaria nel quale l'integrazione fra attività di cura territoriali e centri di ricovero può consentire di ridurre la ripetizione e la pleora di esami diagnostici che caratterizzano la storia clinica dei pazienti affetti da dolori cronici. Fondamentale è l'individuazione, a tale scopo, dei criteri per i percorsi formativi del personale medico e sanitario in materia di Terapia del Dolore, con specifica attenzione alla formazione dei medici di medicina generale il cui contributo è fondamentale per la realizzazione del progetto. Il finanziamento disponibile viene ripartito tra le Aziende Provinciali per il raggiungimento dell'obiettivo formativo.
OBIETTIVI	1. Censimento dell'esistente nella Regione Puglia per quanto riguarda le strutture (Centri di Terapia del Dolore - Centri di Riferimento - e gli Ambulatori di

	Terapia del Dolore) che attualmente nell'ambito del SSN si occupano di pazienti affetti da dolore cronico. 2. Individuazione dei livelli di operatività delle singole strutture, censimento delle prestazioni erogate e loro valutazione in relazione alle modalità di organizzazione dell'attività. 3. Organizzazione di un percorso formativo didattico/clinico che consenta ai medici e i professionisti sanitari impegnati negli Ambulatori di Terapia del Dolore della Regione Puglia di erogare prestazioni di livello omogeneo.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	PRIMO SEMESTRE Censimento dell'esistente nella Regione Puglia per quanto riguarda le strutture (Centri di Terapia del Dolore - Centri di Riferimento - e gli Ambulatori di Terapia del Dolore) che attualmente nell'ambito del SSN si occupano di pazienti affetti da dolore cronico e della loro operatività. SECONDO SEMESTRE Organizzazione di un percorso formativo didattico/clinico che consenta a tutti gli operatori medici e paramedici impegnati Ambulatori di Terapia del Dolore della Regione Puglia di erogare prestazioni di livello omogeneo.
INDICATORI	- Variazioni nel numero e nella tipologia delle prescrizioni di farmaci ordinariamente utilizzati per la Terapia del Dolore; - Formulazione e validazione di una cartella clinica unificata per i pazienti in trattamento per dolore cronico.
RISULTATI ATTESI	-Variazioni nel numero e nella tipologia delle prescrizioni di farmaci ordinariamente utilizzati per la Terapia del Dolore
RELAZIONE ANNO 2009	

LINEA PROGETTUALE 5

INTERVENTI PER LE BIOBANCHE DI MATERIALE UMANO

1. Biobanche di sangue cordonale (SCO).

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	INTERVENTI PER LE BIOBANCHE DI MATERIALE UMANO
TITOLO DEL PROGETTO	Biobanche di sangue cordonale (SCO)
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi (II Annualità)
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE Servizio Assistenza Ospedaliera e Specialistica - Via Caduti tutte le guerre, 15-BARI Telefono 080.540.3493 – e-mail s.papini@regione.puglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 1.200.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Attualmente il trapianto di cellule staminali emopoietiche (CSE), prelevate dal midollo osseo o dal sangue venoso periferico, rappresenta una procedura terapeutica largamente impiegata nel trattamento di numerose patologie. Per alcuni pazienti la difficoltà a reperire un donatore compatibile o la necessità di un intervento terapeutico rapido ha spinto a ricercare delle fonti alternative di CSE rispetto al midollo. L'identificazione di CSE nel sangue cordonale e la possibilità di effettuare trapianti con
----------	--

	queste cellule hanno indotto la costituzione di vere e proprie "banche", dove vengono conservate le unità di sangue cordonale raccolte. Negli ultimi anni, si è assistito anche in Italia ad un aumento del numero dei trapianti effettuati con cellule staminali cordonali, che sono passati da 72 nel 2007 a 98 nei primi 9 mesi del 2008.
DESCRIZIONE	L'obiettivo principale del progetto è stato quello di incrementare il numero delle unità bancate effettivamente disponibili all'uso trapianto logico.
OBIETTIVI	Il progetto conferma ed integra gli obiettivi già previsti dal Progetto 2/LP5/09 (DGR n. 1222 del 13/07/09) .
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	I- II trimestre -Potenziamento dell'attività di formazione degli operatori impegnati nelle fasi della raccolta I-IV trimestre -Attività di raccolta nelle varie fasi, con particolare alla standardizzazione delle procedure per il miglioramento della qualità
INDICATORI	-Incremento delle raccolte effettuate e dell'inventario delle unità conservate (n. delle unità bancate per anno sulla base del piano definito) -Numero di donazioni solidaristiche rispetto alle conservazioni
RISULTATI ATTESI	-incremento delle raccolte effettuate, con riferimento alle unità totali raccolte sul territorio nazionale nel 2008 (11.517 unità); -incremento delle unità criopreservate; -incremento delle rivalutazioni a sei mesi/1 anno dalla donazione.
RELAZIONE ANNO 2009	La Banca del Sangue Cordonale della Regione Puglia viene istituita presso il Servizio Trasfusionale dell'Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza. Dopo le certificazioni necessarie e l'adeguamento strutturale dei locali agli standard nazionali ed internazionali, si comincia l'attività. Viene individuata prima la Rete dei Centri di Raccolta (14 in tutta la Puglia, in Ospedali con più di 1000 parti/anno). Nel 2009, primo anno pieno di attività, la Banca del Sangue Cordonale della Regione Puglia registra il record nazionale (sono 18 le Banche operative in Italia) di Unità donate e bancate. Nel 2010, siamo sugli stessi livelli dell'anno precedente. Durante l'anno in corso, la Banca ha avuto 6 richieste di Unità conservate a fini trapiantologici ed una di queste si è concretizzata nello scorso mese di giugno. Infatti, un bambino francese ha potuto usufruire con successo del dono del sangue cordonale di una donna pugliese.

LINEA PROGETTUALE 6

LA SANITÀ PENITENZIARIA

1. Interventi di riabilitazione e inserimento sociale per persone dimesse dall'OPG ed in carico al servizio territoriale.
2. Macro progetto interregionale per livelli assistenziali omogenei e condivisi in ambito penitenziario.
3. Prevalenza e caratteristiche di infezione e malattia tubercolare e di altre malattie trasmissibili nella popolazione ristretta in Istituti Penitenziari della Puglia.

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	PROMOZIONE DI ATTIVITA' DI INTEGRAZIONE TRA DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI
TITOLO DEL PROGETTO	Interventi di riabilitazione e inserimento sociale per persone dimesse dall'OPG ed in carico al servizio territoriale
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi (II Annualità)
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE: -Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione - Via Caduti tutte le guerre, 15 - BARI Telefono 080.540.3649 – e-mail f.longo@regione.puglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 3.000.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Dal 2002 non è più automatico l'internamento in ospedale psichiatrico giudiziario. Oggi queste strutture sono sotto la gestione delle ASL e non più solo del Ministero della Giustizia, pertanto è necessario un lavoro integrato tra l'O.P.G., le Case di Cura e Custodia (CCC) ed i servizi di salute mentale delle zone di origine delle persone internate. Ove non vi sia pericolosità sociale accertata, deve essere privilegiato l'itinerario terapeutico e di reinserimento sociale rispetto alla permanenza in O.P.G.
----------	---

DESCRIZIONE	Il presente progetto, in continuità con il precedente progetto per l'anno 2009, ha visto l'implementazione di un "<i>sistema strutturale regionale</i>", capace di: - monitorare la presenza di internati residenti nella regione - garantire una rete permanente di contatti tra i DSM degli internati e l'équipe sanitaria dell'ASL che opera all'interno degli OPG - evitare il protrarsi della misura di sicurezza, quando si creino le condizioni per una dimissione e presa in carico da parte dei servizi anche con misure non detentive (vedi le sentenze 253/03 e 367/04) - intervenire fin dalla fase di primo invio in carcere nel caso di utenti psichiatrici autori di reato, per evitare, quando possibile, il ricorso all'OPG. L'attività della struttura deve essere finalizzata alla predisposizione di piani di trattamento concordati, per il reinserimento degli internati nel territorio di provenienza. Inoltre tra la Regione titolare della competenza gestionale dell'OPG e le regioni limitrofe e/o viciniori devono essere predisposti programmi di cura, di riabilitazione e di recupero sociale di ciascuno degli internati prevedendo rapporti tra i diversi servizi sociali e sanitari necessari per realizzare il programma di ulteriore decentramento nelle Regioni di provenienza.
OBIETTIVI	Il progetto è legato al reinserimento dei pazienti dimessi dagli OPG, affinché il contatto con la società esterna non si trasformi in una ulteriore fonte di esasperazione della malattia psichiatrica e, di conseguenza, del rischio di commettere nuovi reati e ciò attraverso la: - predisposizione di uscite dall'OPG per avviare, già a partire dagli ultimi mesi di permanenza in tale struttura, un programma di sperimentazione "esterna", al fine di "stemperare" la tensione emotiva causata dall'internamento e per valutare il progressivo riadattamento comportamentale del paziente alla vita esterna, attraverso uscite programmate per partecipare a gruppi di riabilitazione esterni - risposta al bisogno urgente della richiesta di un <i>alloggio</i> da parte dei pazienti dimessi da OPG, per i quali non è possibile un ricongiungimento familiare - attività di formazione e di inserimento lavorativo ideati unitamente al progetto personalizzato che l'équipe multidisciplinare dispone, in collaborazione con soggetti esterni,

	per ogni paziente dimesso.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<i>Entro il primo semestre</i> Reperimento di “un alloggio” per i pazienti dimessi dall’OPG. <i>Entro il secondo semestre</i> Formazione ed inserimento lavorativo dei pazienti dimessi.
INDICATORI	- N. percorsi di formazione attivati - N. percorsi lavorativi attivati - N. assegni di cura erogati - N. alloggi messi a disposizione
RISULTATI ATTESI	L’ <u>obiettivo generale</u> del Progetto è, quindi, il raggiungimento di miglioramenti significativi nel reinserimento dei pazienti dimessi dagli OPG nel contesto sociale di riferimento, affinché il contatto con la società esterna non si trasformi in una ulteriore fonte di esasperazione della malattia psichiatrica e, di conseguenza, del rischio di commettere nuovi reati.
RELAZIONE ANNO 2009	L’Assessorato Politiche della Salute della Regione Puglia ha presentato e co-finanziato il precedente Progetto annuale “Interventi di riabilitazione e reinserimento sociale per persone dimesse dall’OPG ed in carico al Servizio territoriale”. L’attenzione della Regione Puglia al problema delle dimissioni dei pazienti psichiatrici dagli OPG è confermata dalla partecipazione del Gruppo Tematico, (costituito presso il Tavolo Tecnico Interregionale Salute Mentale), alla stesura delle “Linee di Indirizzo sulle Misure di Sicurezza alternative all’OPG”, mirate non solo alla gestione delle dimissioni, ma anche ad evitare gli inserimenti. Tale Documento – approvato in sede tecnica - è in procinto di essere sottoposto al vaglio della Commissione Salute del Governo. Appare di particolare rilievo, nell’ambito del citato Documento, il fatto che sia prevista una puntuale regolamentazione dei rapporti fra Autorità Giudiziaria e DSM nel rispetto del delicato equilibrio fra la funzione di tutela della salute mentale e la funzione del controllo sociale. I pazienti psichiatrici di provenienza regionale ricoverati negli OPG, risultano complessivamente: 70 Il Progetto ha perseguito il reinserimento sociale dei pazienti dimessi dagli OPG, al fine di favorire la graduale integrazione socio-relazionale ed impedire il riacutizzarsi di stati di scompenso emotivo e psicologico. Le azioni sono state caratterizzate da adeguato accompagnamento da parte di personale tecnico specializzato e mirate alla <u>promozione della persona</u> nei suoi diversi ambiti esistenziali: dal reperimento di una dignitosa situazione abitativa, alla crescita culturale e dell’istruzione, alla cura e al rispetto del proprio corpo, all’inserimento lavorativo.

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	LA SANITÀ PENITENZIARIA
TITOLO DEL PROGETTO	Macro progetto interregionale per livelli assistenziali omogenei e condivisi in ambito penitenziario.
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi (II Annualità)
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione - Via Caduti tutte le guerre, 15 – BARI Telefono 080.540.3649 – e-mail f.longo@regione.puglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 800.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Il Piano regionale di Salute 2008 – 2010 , approvato con L.R. 19 settembre 2008, n. 23, riafferma l' assoluta priorità di dare piena attuazione al DPCM 1/4/2008, in tutti i suoi aspetti, alla riforma della Medicina Penitenziaria garantendo in ogni Istituto Penitenziario, negli istituti penali per minori, nei centri di prima accoglienza, nelle comunità e negli ospedali psichiatrici giudiziari, una più efficace assistenza sanitaria, migliorando la qualità delle prestazioni di diagnosi, cura e
----------	--

	riabilitazione.
DESCRIZIONE	Il progetto conferma ed integra gli obiettivi già previsti dal Progetto 1/LP6/09 (DGR n. 1222 del 13/07/09) .
OBIETTIVI	Prima Area di intervento: -Mediazione culturale negli Istituti di pena Gli indicatori di progetto sono: -numero di nuclei per mediazione culturale attivati negli istituti di pena; -numero di interventi effettuati. Seconda Area di intervento: -Protesi odontoiatriche Gli indicatori di progetto sono: -numero prestazioni protesiche erogate; -spesa totale annua non superiore al 10% della spesa specialistica complessiva. Terza Area di intervento: -Prestazioni di fisioterapia Gli indicatori di progetto sono: -numero di prestazioni eseguite; -spesa totale annua non superiore al 15% della spesa specialistica complessiva. -Fornitura farmaci fascia C e H Gli indicatori di progetto sono: -numero di richieste eseguite nell'anno; -spesa complessiva sostenuta. L'importo assegnato sarà ripartito tra le ASL per la prosecuzione del progetto già avviato.
RISULTATI ATTESI	Ridurre in modo significativo il numero delle prestazioni erogate in favore dei detenuti al di fuori delle strutture carcerarie, favorire una migliore conoscenza e cura delle malattie dei detenuti stranieri e migliorare il rapporto costi-benefici degli interventi.
RELAZIONE ANNO 2009	E' in corso ancora l' analisi delle attività svolte e dei dati elaborati.

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	LA SANITÀ PENITENZIARIA
TITOLO DEL PROGETTO	Prevalenza e caratteristiche di infezione e malattia tubercolare e di altre malattie trasmissibili nella popolazione ristretta in Istituti Penitenziari della Puglia.
DURATA DEL PROGETTO	36 mesi
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione - Via Caduti tutte le guerre, 15 – BARI Telefono 080.540.3649 – e-mail f.longo@regione.puglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 700.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	I soggetti reclusi negli Istituti Penitenziari presentano un aumentato rischio di infezione e malattia tubercolare. Dalla letteratura internazionale, infatti, si evince che l'incidenza della tubercolosi (TB) nei soggetti reclusi è significativamente più elevato (sino a 50/100 volte) rispetto alla popolazione generale. Inoltre,
----------	--

l'aumentato rischio di infezione e malattia tubercolare coinvolge non solo i detenuti ma anche il personale (sanitario, di custodia e amministrativo) e la comunità libera residente nell'area geografica dove sono situati gli istituti penitenziari (in particolare i conviventi e gli altri contatti dei detenuti dopo il loro rilascio e del personale). In particolare, sono state descritte epidemie di TB negli Istituti Penitenziari in svariati Paesi, compresi quelli ad elevato tenore economico; tali epidemie hanno coinvolto, oltre agli stessi detenuti, anche il personale e la comunità libera circostante.

Le ragioni di tale elevato rischio tubercolare sono molteplici

- la proporzione, tra la popolazione detenuta, di soggetti che rientrano in gruppi a rischio di infezione/malattia tubercolare è ben maggiore rispetto alla comunità libera. Tali gruppi comprendono: immigrati da paesi ad elevata endemia tubercolare, alcolisti, tossicodipendenti, soggetti con infezione da HIV senza fissa dimora e rientranti in altre condizioni di disagio sociale, soggetti affetti da patologia psichiatrica o con storia di precedenti detenzioni.

- negli Istituti Penitenziari la trasmissione di *M. tuberculosis* è favorita spesso da vari fattori quali la tardiva identificazione dei casi di TB attiva, un tardivo e/o inadeguato isolamento respiratorio, i continui trasferimenti dei soggetti reclusi e il loro rapido turn-over con la comunità libera, il sovraffollamento e le condizioni igienico ambientali frequentemente non idonee (ristrette dimensioni dei locali, carente ventilazione ed esposizione solare, ecc.);

Ancora, diversi studi hanno dimostrato come la detenzione sia significativamente associata a forme di tubercolosi multi farmaco-resistente, particolarmente temibili in termini di mortalità, complessità di trattamento e costi di gestione.

Per tutti i motivi suddetti, l'O.M.S. e le principali istituzioni sanitarie internazionali sottolineano come le strutture penitenziarie rappresentino un contesto cruciale per l'applicazione di adeguati programmi di controllo della tubercolosi, sia al fine di prevenire un pericoloso fenomeno di amplificazione intramurario di tale patologia, sia per consentire interventi efficaci di prevenzione, screening e terapia a vantaggio di categorie di soggetti difficilmente raggiungibili da programmi sanitari quando presenti nella comunità libera

	(categorie “hard to reach” della letteratura anglosassone). Non solo per infezione e malattia tubercolare, ma anche per infezioni da HIV, epatiti virali croniche, lue, i dati di incidenza disponibili riferiti alla popolazione detenuta sono del tutto carenti. In merito alla patologia tubercolare sono disponibili solo dati limitati e sporadici sulle caratteristiche cliniche ed evolutive della malattia nei detenuti e particolarmente carenti sono i dati sulla verifica dell’esito dei trattamenti antitubercolari in questa categoria di pazienti. È evidente che le profonde lacune conoscitive ricordate ostacolano profondamente la definizione di adeguati programmi di controllo delle richiamate patologie infettive e contagiose. Appare quindi fondamentale “acquisire, disporre, scambiare, elaborare informazioni all’interno delle ASL, in ambito regionale, tra Regione e Regione e tra Regioni e Stato”. Ciò è inoltre , particolarmente vero quando si tratta della popolazione detenuta, spesso sottoposta a mobilità tra carceri di regioni differenti.
. DESCRIZIONE	Il presente progetto si propone di chiarire, tra la popolazione detenuta della Puglia, prevalenza e caratteristiche dell’infezione e della malattia tubercolare, nonché di altre patologie frequentemente interessanti la stessa popolazione (epatiti croniche, HIV, Lue), spesso in associazione reciproca e con la tubercolosi. Lo studio valuterà inoltre, efficacia, fattibilità e costo/beneficio delle indagini di screening mirate, fornendo dati conoscitivi idonei a pianificare appropriati interventi di controllo delle problematiche infettive critiche negli Istituti Penitenziari della nostra regione. I dati prodotti risulteranno utili alla salute individuale e collettiva della popolazione ristretta, del personale operante in queste strutture e, per le motivazioni sopra illustrate, dell’intera comunità libera della nostra regione. Per la natura stessa e le caratteristiche della popolazione reclusa, le modalità operative sperimentate nel presente progetto saranno esportabili anche in altre Regioni. Procedura di progetto. <u>Visita di arruolamento:</u> In occasione della visita di arruolamento ciascun detenuto incluso nello studio sarà sottoposto a: - Raccolta delle principali informazioni demografiche, epidemiologiche, e clinico-

	anamnestiche. - Questionario di screening della tubercolosi polmonare e laringea. Un eventuale esito positivo del questionario sarà immediatamente segnalato ai sanitari dell'Istituto Penitenziario al fine di disporre i necessari accertamenti per una TB attiva (comprensivi di Rx torace e ricerca di micobatteri nell'escreato mediante esame microscopico e colturale) nonché le opportune misure preventive del contagio. Per i soggetti stranieri ci si avvarrà di stampati nella rispettiva lingua di appartenenza. - Prelievo ematico per il test di rilascio dell'interferone gamma (IGRA) - Prelievo ematico per la ricerca di HBsAg, anti-HBc, anti-HIV, anti-HCV, TPHA, VDRL - Intradermoreazione tubercolinica secondo Mantoux <u>Lettura della I.R. secondo Mantoux:</u> In occasione di una seconda visita, effettuata 72 ore dopo il test di screening, i detenuti precedentemente sottoposti al test tubercolinico saranno richiamati per la lettura dello stesso. L'esito del test sarà comunicato ai sanitari degli Istituti Penitenziari, onde consentire, in caso di positività, gli accertamenti diagnostici per una eventuale malattia tubercolare attiva e la valutazione di un eventuale trattamento dell'infezione tubercolare latente. <u>Altri dati raccolti:</u> Per i detenuti sottoposti ad accertamenti diagnostici per la TB attiva, sarà registrato l'esito degli stessi. Per i detenuti che risultino positivi ad uno dei tests di screening per HIV, virus epatitici cronici, <i>T.pallidum</i>, sarà acquisito successivamente l'esito degli accertamenti diagnostici essenziali per ciascuna di tali patologie. Tutte le anzidette informazioni raccolte saranno registrate in apposito database computerizzato, in formato idoneo all'analisi statistica. Per la realizzazione del presente progetto il finanziamento disponibile viene assegnato all'U.O.C. Malattie Infettive A.O.U. Consorziale Policlinico Bari, quale Centro di riferimento Regionale.
OBIETTIVI	Per quanto detto, è necessario raggiungere i seguenti obiettivi: 1. Studiare prevalenza e caratteristiche di infezione e malattia tubercolare in una popolazione rappresentativa detenuta in

	Istituti Penitenziari della Puglia. 2. Confrontare (Esito, Concordanza, Fattori Correlati a positività e concordanza, Fattibilità, Costi), nella stessa popolazione, l'efficacia di un test di screening dell'infezione tubercolare basato sul rilascio dell'interferone gamma (test IGRA, Quantiferon-TB Gold In-tube) rispetto al test tubercolinico convenzionale secondo Mantoux (I.R. Mantoux). A tal fine saranno in particolare studiati, per entrambi i tests, i seguenti parametri: - Esito - Concordanza - Correlati di positività e di concordanza - Fattibilità - Costi 3. Studiare prevalenza e caratteristiche di altre infezioni ritenute "critiche" nel contesto penitenziario e frequentemente associati alla Tubercolosi: epatiti croniche (HBV, HCV), HIV, Lue.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	I quadrimestre Formazione ed informazione del personale II e III quadrimestre/ 2° e 3° anno del progetto Effettuazione dello screening nelle carceri
INDICATORI	- Numero di soggetti sottoposti a screening - Numero di Istituti Penitenziari in cui lo screening viene effettuato - Numero di tubercolosi ed altre infezioni diagnosticate
RISULTATI ATTESI	- Diagnosticare una infezione tubercolare nel 7% della popolazione screenata - Diagnosticare una Tubercolosi attiva nel 3% della popolazione screenata - Diagnosticare una infezione da virus epatitici, HIV o Lue nel 10% dei soggetti screenati - Divulgare mediante pubblicazioni i più opportuni percorsi di screening delle malattie infettive nella popolazione carceraria
RELAZIONE ANNO 2009	

LINEA PROGETTUALE 7

**L'ATTIVITÀ MOTORIA PER LA PREVENZIONE DELLE
MALATTIE CRONICHE E PER IL MANTENIMENTO
DELL'EFFICIENZA FISICA NELL'ANZIANO**

(linea progettuale, non presentata)

LINEA PROGETTUALE 8

TUTELA DELLA MATERNITÀ E PROMOZIONE DELL'APPROPRIATEZZA DEL PERCORSO NASCITA

1. Screening neonatale allargato per le malattie metaboliche ereditarie
2. Piano Regionale per il sostegno al Percorso di Adozione dei Minori
3. Percorsi assistenziali per la tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	TUTELA DELLA MATERNITÀ E PROMOZIONE DELL'APPROPRIATEZZA DEL PERCORSO
TITOLO DEL PROGETTO	Screening neonatale allargato per le malattie metaboliche ereditarie
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi (II Annualità)
REFERENTE	A.Re.S. Puglia – Via Caduti di tutte le guerre, 15 – 70100 BARI telefono 080-5403483; fax 080-5403411; e-mail dirgen@arespuglia.it ,

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 400.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Al fine di evitare diagnosi mancate o tardive che comporterebbero exitus o gravi disabilità per il paziente e/o nascite nella stessa famiglia di altri soggetti affetti dalla medesima patologia, col presente progetto, si intende allargare lo screening neonatale ad altre 40 malattie metaboliche ereditarie.
DESCRIZIONE	Il progetto conferma ed integra gli obiettivi già previsti dal Progetto 1/LP9/09 (DGR n. 1222 del 13/07/09) .

OBIETTIVI	Allargamento dello screening neonatale per le malattie metaboliche ereditare e potenziamento del servizio.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMA)	<i>Entro il primo semestre</i> Potenziamento del servizio <i>Entro il secondo semestre</i> Trasmissione all'Ares, di una relazione nella quale verranno riportate le attività svolte ed i relativi risultati.
INDICATORI	-numero delle malattie metaboliche ereditarie per le quali si effettua lo screening sul totale della popolazione screenata.
RISULTATI ATTESI	Incremento delle malattie metaboliche ereditarie per le quali si effettua lo screening neonatale.
RELAZIONE ANNO 2009	E' in corso ancora l' analisi delle attività svolte e dei dati elaborati.

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	TUTELA DELLA MATERNITÀ E PROMOZIONE DELL'APPROPRIATEZZA DEL PERCORSO NASCITA
TITOLO DEL PROGETTO	Piano Regionale per il sostegno al Percorso di adozione dei minori.
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi
REFERENTE	A.Re.S. Puglia – Via Caduti di tutte le guerre, 15 – 70100 BARI telefono 080-5403483; fax 080-5403411; e-mail dirgen@arespuglia.it ,

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 700.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	La Giunta Regionale con Deliberazione n. 405 del 17 marzo 2009, relativa alla realizzazione della Legge 296/2006, ha approvato le Linee Guida e Progetti Sperimentali per la riorganizzazione della rete consultoriale, nell'ambito della quale è stato approvato il "Piano Regionale per il sostegno al Percorso di Adozione dei Minori". Visto il ruolo svolto dai consultori, in riferimento
----------	--

	specifico al percorso adottivo, si impone innanzi tutto la implementazione di eventi formativi agli operatori dei consultori che affiancano la famiglia nel processo adottivo e la definizione di linee guida regionali.
DESCRIZIONE	A tal fine si identifica un “nucleo regionale di professionisti” che dovranno organizzare dei focus group di livello distrettuale per l’analisi dello stato dell’arte, delle criticità dei processi organizzativi, e successiva ridefinizione del modello regionale di intervento e produzione di linee guida. A queste figure spetterà di organizzare e condurre la formazione nell’ambito del territorio regionale e realizzare uno studio di fattibilità per la costruzione di un Sistema Informativo alimentato dai diversi nodi della rete (Uffici Adozioni, Tribunali per i Minorenni, Consultori familiari) e di un Piano di Comunicazione finalizzato a promuovere l’esatta informazione su tutto il territorio regionale.
OBIETTIVI	Le risorse disponibili vengono assegnate all’ A.Re.S per garantire: a) la disponibilità del personale necessario per la realizzazione del progetto: b) l’acquisizione di beni e servizi e la formazione e aggiornamento delle figure professionali coinvolte.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	primo quadrimestre Costituzione del gruppo regionale secondo quadrimestre Organizzazione di eventi formativi ad operatori da parte del nucleo regionale di professionisti esperti terzo quadrimestre del progetto Produzione di linee guida e di un piano di comunicazione finalizzato a promuovere l’esatta informazione su tutto il territorio regionale.
INDICATORI	- Numero di incontri di lavoro - Numero di atti e vademecum prodotti per le coppie
RISULTATI ATTESI	Ridefinizione del modello regionale di intervento e produzione di linee guida.
RELAZIONE ANNO 2009	

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	TUTELA DELLA MATERNITÀ E PROMOZIONE DELL'APPROPRIATEZZA DEL PERCORSO NASCITA
TITOLO DEL PROGETTO	Percorsi assistenziali per la tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita
DURATA DEL PROGETTO	24 mesi
REFERENTE	A.Re.S. Puglia – Via Caduti di tutte le guerre, 15 – 70100 BARI telefono 080-5403483; fax 080-5403411; e-mail dirgen@arespuglia.it ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE:-Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione - Via Caduti tutte le guerre, 15 – BARI Telefono 080.540.3649 – e-mail f.longo@regione.puglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 834.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	L'accesso alle cure di tutela della maternità e al percorso nascita presenta notevoli criticità nel territorio regionale. In particolare risulta complicato realizzare la vera "presa in carico" della paziente guidandola nei percorsi diagnostico-terapeutici. Tale mancanza di un accesso chiaro e univoco comporta una serie conseguenze di particolare impatto negativo sulla gestione appropriata del percorso: • crescente divaricazione tra la dimensione assistenziale territoriale e quella ospedaliera, in contrasto con il Piano Regionale di Salute che prevede l'integrazione Territorio-Ospedale e con le recenti direttive intervenute nell'Accordo Stato- Regioni del 16/12/2010 "Linee di indirizzo percorso nascita e riduzione taglio cesareo" • mancata esecuzione di esami diagnostici ecografici con il giusto "timing" Da questo scaturisce una difficoltà non solo per la paziente, con il frequente ricorso a strutture private, ma anche per il medico che non viene messo in grado di operare con maggiore appropriatezza e migliori risultati terapeutici.
DESCRIZIONE	Istituzione di un corretto "percorso nascita" per tutte le pazienti sull'intero territorio regionale. Tale percorso deve essere necessariamente condiviso con gli operatori sanitari operanti sul territorio (consultori e ambulatori specialistici delle ASL), in coerenza con l'Allegato 2 del predetto Accordo che prevede la istituzione di una "rete sanitaria di integrazione tra servizi territoriali ed ospedalieri per l'assistenza in gravidanza". Alle strutture territoriali spetta la presa in carico delle pazienti con gravidanza fisiologica fino a quando non dovranno "prendere contatto" con la struttura ospedaliera di riferimento (36° settimana). Ciascuna paziente a tale epoca potrà esercitare la sua opzione sulle modalità di conduzione del travaglio e dell'espletamento del parto (casa da parto, parto in acqua, ecc.) presso la struttura prescelta. Per le pazienti con gravidanza complicata da patologia deve invece essere creato un percorso preferenziale diretto con l'ospedale di riferimento. Per la realizzazione del presente progetto il finanziamento disponibile viene assegnato alle ASL al fine di garantire la formazione e aggiornamento delle figure professionali coinvolte, proporzionalmente ai punti nascita presenti nel territorio della ASL/popolazione residente/numerosità nascite.

OBIETTIVI	Affinché possa divenire operativo tale percorso sono necessari vari interventi; nello specifico: • Carta dei servizi per ciascuna ASL e punto nascita • Adozione di uniforme modulistica condivisa dai vari operatori per poter avere una corretta trasmissione delle informazioni • Implementazione di corsi di formazione per personale di punti nascita e strutture territoriali
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	Primo semestre -Individuazione dei punti nascita di riferimento per ciascun territorio tenendo conto di quanto meglio specificato negli allegati 1a,1b,1c dell' Accordo Stato- Regioni del 16/12/2010 "Linee di indirizzo percorso nascita e riduzione taglio cesareo" Secondo e terzo semestre -Attuazione degli interventi per l'adeguamento dei punti nascita e delle strutture territoriali (consultori e ambulatori specialistici delle ASL) agli standard previsti (vedi sopra) Ultimo semestre -Verifica assetti definitivi ed eventuali accorgimenti aggiuntivi sulla scorta dei suggerimenti provenienti dal territorio e/o Ospedale
INDICATORI	-Numero di donne seguite dal/i consultorio/i sul numero complessivo di parti di un determinato punto nascita -Numero di donne con deospedalizzazione precoce e presa in carico dalle strutture territoriale -Numero di parti spontanei/TC confrontato con il dato storico dell'ultimo quinquennio
RISULTATI ATTESI	Recepimento ed effettivo raggiungimento degli obiettivi previsti dal POMI 2000, succ. integrazioni e più recenti normative in tema di "Salute Materno-Infantile"
RELAZIONE ANNO 2009	

LINEA PROGETTUALE 9

MALATTIE RARE

1. Attivazione di modelli di assistenza integrata ai soggetti con malattia rara.
2. Registro per la Teleangectasia Emorragica Ereditaria (HHT).

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	MALATTIE RARE
TITOLO DEL PROGETTO	Attivazione di modelli di assistenza integrata ai soggetti con Malattia Rara
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi (II Annualità)
REFERENTE	A.Re.S. Puglia – Via Caduti di tutte le guerre, 15 – 70100 BARI telefono 080-5403483; fax 080-5403411; e-mail dirgen@arespuglia.it .

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 1.500.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	L'OMS stima tra 5000 e 7000 (la cifra subisce continui aggiornamenti) il numero di malattie e sindromi che si possono considerare rare, ovvero di quelle patologie la cui prevalenza oscilla tra 1/100.000 e 5/10.000, anche se, nella loro globalità, le Malattie Rare rappresentano il 10% di tutte le patologie ad oggi conosciute. Il concetto di rarità amplifica in modo smisurato le problematiche legate alla malattia, perché quando una malattia è rara le conoscenze cliniche e diagnostiche, così come le competenze professionali sono poco diffuse. Questo si traduce inevitabilmente, per i soggetti interessati, in un accesso alla diagnosi difficile e spesso tardiva, con conseguenze importanti sullo stato di salute, e in
----------	---

	serie difficoltà di beneficiare di terapie farmacologiche care e non sempre disponibili. Fortunatamente l'interesse della opinione pubblica e delle istituzioni nei confronti delle malattie rare è cresciuto in modo considerevole negli ultimi anni, in seguito alla diffusione di studi ed evidenze scientifiche e all'adozione di provvedimenti normativi in materia, da parte di organismi internazionali, nazionali e regionali. In particolare, la materia viene disciplinata a livello nazionale dal D.M. 18 maggio 2001 n. 279 (attualmente in fase di rielaborazione), recepito a livello regionale dalla D.G.R. 23 dicembre 2003 n. 2238 "Rete regionale per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi, la terapia delle malattie rare ai sensi del DM 279/01".
DESCRIZIONE	Alla luce di quanto sopra esposto, e in ottemperanza a quanto già previsto dalla DGR n. 1222 del 13/07/09: progetto 14/LP1/09, è stato sviluppato nella nostra regione un modello organizzativo integrato ed omogeneo in grado di sostenere azioni diversificate, che includano la individuazione di protocolli di prevenzione pre-concezionale, di diagnosi prenatale e di terapia materno-fetale e neonatale, la rilevazione delle malformazioni congenite e delle malattie oggetto di screening neonatale, l'attuazione di interventi preventivi a livello di territorio (distretto, pediatria di libera scelta, servizi socio-sanitari e socio-assistenziali), la individuazione di percorsi diagnostici-terapeutici specifici. Per quanto detto, è necessario che l'istituto <u>Centro di Coordinamento regionale delle malattie rare</u>, (DGR n. 2485 del 15 dicembre 2009) sia supportato da personale che possa garantire, anche attraverso il suo decentramento presso i Centri di Riferimento regionali (CIR), le attività di cui sopra.
OBIETTIVI	Il presente progetto, che è in continuità con il progetto di piano 14/LP1/09, prevede - l'applicazione dei PDTA, elaborati dai CIR e valutati dal centro di coordinamento regionale; - la realizzazione di ulteriori eventi formativi rivolti agli operatori delle ASL; - la distribuzione di materiale informativo; - la redazione, a cura del Centro di Coordinamento, di un bollettino scientifico. Il finanziamento disponibile viene ripartito, in base al modello di "Governance" sviluppato dalla Regione Puglia, tra A.Re.S., Assessorato alle Politiche della Salute e Aziende Sanitarie (dove sorgono il Centro di Coordinamento e i singoli CIR).
TEMPI DI ATTUAZIONE	Primo Quadrimestre :

(CRONOPROGRAMMA)	- Sviluppo e potenziamento delle attività dei CIR <i>Secondo Quadrimestre:</i> - Applicazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali elaborati e validati <i>Terzo Quadrimestre:</i> - N. di interventi formativi realizzati sugli operatori coinvolti nel presente progetto
INDICATORI	-Numero di pazienti affetti da malattie rare e/o gruppi di malattie per i quali vengono favoriti i percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali -Alimentare il registro regionale
RISULTATI ATTESI	Favorire “Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali” e garantire modelli assistenziali di eccellenza
RELAZIONE ANNO 2009	Le attività inerenti le Malattie Rare hanno avuto inizio con la D.G.R. n. 2485 del 15 dicembre 2009, che ha visto l’istituzione del Coordinamento, investito di funzioni sia programmatiche che assistenziali, quest’ultima assolta attraverso la individuazione: Centro di Assistenza Sovraziendale. Il Coordinamento si è insediato il 1 marzo 2010 e le attività hanno avuto immediatamente inizio con la realizzazione del 1° Congresso Regionale delle Malattie Rare. Il Coordinamento è composto di 10 componenti. Inoltre il Coordinamento ha definito le modalità di riorganizzazione della Rete dei Presidi ed ha dato avvio alle procedure per l’implementazione di un sistema informatico dedicato alle Malattie Rare.

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	MALATTIE RARE
TITOLO DEL PROGETTO	Registro per la teleangectasia emorragica ereditaria (HHT)
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi (II Annualità)
REFERENTE	A.Re.S. Puglia – Via Caduti di tutte le guerre, 15 – 70100 BARI telefono 080-5403483; fax 080-5403411; e-mail dirgen@arespuglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 427.804
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	La teleangectasia emorragica ereditaria (HHT) o malattia di Rendu-Osler-Weber richiede un impegno assistenziale complesso e multidisciplinare. Per tale motivo è stato allestito un registro epidemiologico per tale malattia.
DESCRIZIONE	Tale registro è alimentato non solo dai dati relativi a pazienti che si rivolgono al Centro di riferimento presso l' A.O. Policlinico di Bari, ma anche da quelli ottenuti dall'esecuzione degli esami di genetica e dalla costruzione degli alberi genealogici. L'importo, di cui sopra, verrà assegnato all'A.O. Policlinico di Bari per garantire la disponibilità del personale necessario per la realizzazione del

	progetto, l'acquisizione di beni e servizi, la formazione e l'aggiornamento delle figure professionali coinvolte.
OBIETTIVI	Mettere a disposizione dati ed elementi per una corretta e mirata assistenza ai pazienti affetti da HHT.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	Primo Semestre - Raccolta dei dati dei pazienti affetti da teleangectasia emorragica ereditaria (HHT) o malattia di Rendu-Osler-Weber Secondo Semestre - Integrazione dei nuovi casi nel registro epidemiologico, già istituito
INDICATORI	- Numero di nuovi casi da inserire nel registro epidemiologico - Flusso informativo dal Centro di Riferimento HHT al NSISR Puglia
RISULTATI ATTESI	Disponibilità di dati ed elementi relativi alla HHT
RELAZIONE ANNO 2009	<u>Attività assistenziale:</u> - Visite ambulatoriali per sospetto di HHT 521 - Diagnosi clinica di HHT in 305 pazienti * (considerata la prevalenza della malattia di 1:8000) - 425 ricoveri in Medicina Interna - Su 511 pazienti che si sono sottoposti a prelievo per analisi genetica, attualmente hanno ricevuto risposta molecolare 490. Per 21 pazienti l'analisi è ancora in corso. - Sono state effettuate terapie chirurgiche in 146 pazienti (nello specifico 28 trattamenti con laser a diodi ed una settodermoplastica nasale per teleangectasie nasali, 59 embolizzazioni per malformazioni artero-venose polmonari, 3 embolizzazioni per malformazioni artero-venose cerebrali, 55 terapie chirurgiche dentali e dei tessuti molli) - Sono state somministrate terapie mediche, in particolare terapie farmacologiche (con estro-progestinici, ferro, acido tranexamico) e trasfusionali, durante i ricoveri, oppure durante i Day Hospital terapeutici, secondo esigenza del paziente (in media un accesso al mese per ogni paziente). <u>Attività scientifica:</u> - Lavori scientifici pubblicati: 41 con I.F. totale: 254,3 - Oltre 100 presentazioni a congressi nazionali ed internazionali - Organizzazione di congressi per medici e

	pazienti (Bari 5-6 giugno 2009; Fiumicino 5 giugno 2010) <u>Attività Didattica e di Formazione:</u> - La Teleangiectasia Emorragica Ereditaria è stata introdotta come argomento nelle lezioni di Medicina Interna, Medicina Geriatrica e Medicina d'Urgenza del corso di laurea di Medicina e Chirurgia, Scienze Infermieristiche, Tecnico di Neurofisiopatologia, della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Bari "A. Moro" e nelle lezioni per le Scuole di Specializzazione in Ematologia, Cardiologia, Medicina Interna e Geriatria della medesima facoltà.
--	---

LINEA PROGETTUALE 10

VALORIZZAZIONE DELL'APPORTO DEL VOLONTARIATO

(nuova linea progettuale, non presentata)

LINEA PROGETTUALE 11

RIABILITAZIONE

(nuova linea progettuale, non presentata)

LINEA PROGETTUALE 12

LA SALUTE MENTALE

1. Valutazione della qualità delle residenze e semiresidenze psichiatriche e della appropriatezza delle prestazioni
2. Apertura h12 dei Centri di Salute Mentale
3. Progetto di riabilitazione psichiatrica nel paziente acuto ricoverato in SPDC
4. Potenziamento della rete assistenziale territoriale dedicata ai disturbi del comportamento alimentare
5. Assistenza ai soggetti con disturbo dello spettro autistico: potenziamento della rete dei Servizi territoriali di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	LA SALUTE MENTALE
TITOLO DEL PROGETTO	Valutazione della qualità delle residenze e semiresidenze psichiatriche e della appropriatezza delle prestazioni
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi (II Annualità)
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione - Via Caduti tutte le guerre, 15 - BARI Telefono 080.540.3649 - e-mail f.longo@regione.puglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 180.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Le Linee di indirizzo nazionali per la Salute Mentale, approvate dalla Conferenza Unificata nel corso della seduta del 20 Marzo 2008, prevedono che le Regioni curino costantemente il monitoraggio e la valutazione delle residenze e semiresidenze riabilitative psichiatriche.
DESCRIZIONE	In considerazione dell'obsolescenza dei dati

	attualmente disponibili, si è avviato un processo di valutazione dell'assistenza psichiatrica riabilitativa, con l'obiettivo di porre in essere un sistema di monitoraggio costante e di valutazione periodica e standardizzata, ampliando il monitoraggio alle strutture semiresidenziali, anche al fine di avere utili elementi di valutazione degli esiti del percorso personalizzato di cura e di realizzare interventi mirati di miglioramento della qualità.
OBIETTIVI	Il progetto coinvolge tutte le strutture riabilitative psichiatriche residenziali e semiresidenziali attive sul territorio regionale. L'attività di censimento e la valutazione sarà condotta dai Referenti dei DSM, opportunamente formati alla valutazione, il Coordinamento tecnico-scientifico del progetto sarà attribuito agli esperti che hanno già svolto la medesima funzione nelle rilevazioni precedenti e l'elaborazione dei dati sarà affidata all'O.E.R. Saranno utilizzati i medesimi strumenti di valutazione adottati in precedenza ed aggiornati in relazione all'evoluzione della normativa nazionale e regionale di settore per le residenze; per quanto riguarda le schede di valutazione delle semiresidenze gli strumenti dovranno essere necessariamente adattati e potranno essere utilizzati parzialmente. Il lavoro verrà realizzato dai Coordinatori tecnico-scientifici del progetto e dai Referenti DSM al di fuori dell'orario di servizio.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	Primo semestre: valutazione semiresidenze e verifica della qualità dei dati raccolti e loro imputazione secondo semestre: divulgazione dei risultati, anche attraverso la realizzazione di incontri dipartimentali sui risultati con le strutture coinvolte e la pubblicazione su idonee riviste.
INDICATORI	-n° pazienti valutati sul totale dei pazienti ospitati nelle residenze -n° incontri dipartimentali di discussione realizzati sul totale degli incontri programmati.
RISULTATI ATTESI	Fornire agli Organi di Governo regionali ed aziendali analisi quantitative e qualitative delle strutture, dei pazienti e delle prestazioni, onde supportare adeguatamente l'attività di programmazione.
RELAZIONE ANNO 2009	STRUTTURE RIABILITATIVE RESIDENZIALI: N° totale 113 con 1.505 posti letto (3,59 ogni 10mila abitanti) di essi, 1258 posti letto h. 24, 187 h. 12 e 60 pl in Gruppi Appartamento

	STRUTTURE RIABILITATIVE SEMIRESIDENZIALI – CENTRI DIURNI: N° Totale 43, di cui: 8 ASL FG 3 ASL BAT 14 ASL BARI 4 ASL BRINDISI 7 ASL LECCE 7 ASL TARANTO
--	--

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	SALUTE MENTALE
TITOLO DEL PROGETTO	Apertura h12 dei Centri di Salute Mentale
DURATA DEL PROGETTO	36 mesi
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione - Via Caduti tutte le guerre, 15 - BARI Telefono 080.540.3649 - e-mail f.longo@regione.puglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 7.000.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Il DPR 7/4/94 "Progetto-Obiettivo Tutela della salute mentale 1994-96", nell'ambito della rete dipartimentale dei Servizi per la salute mentale, attribuisce un ruolo centrale al Centro di Salute Mentale (CSM) riconoscendolo quale punto di coordinamento territoriale dell'attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale, indicando, nel contempo, la necessità di apertura del CSM per almeno 12 ore al giorno per 6 giorni la settimana ed elencandone funzioni e compiti. Tale indicazione è recepita e confermata anche in diverse successive normative nazionali e regionali, quali: la Legge Regionale n. 30/98 "Norme e principi per il funzionamento dei Dipartimenti di Salute Mentale previsti dalla Legge Regionale 28 dicembre 1994, n. 36", il DPR 10/11/99 "Progetto-Obiettivo Tutela salute
----------	--

	mentale 1998-2000”, il DPR 14/1/97 su “Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l’esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”. Peraltro, le Linee di indirizzo nazionali per la Salute Mentale, approvate dalla Conferenza Unificata nella seduta del 20 marzo 2008, indicano, quali obiettivi strategici da perseguire, la promozione dei servizi finalizzati ai percorsi di <i>recovery</i> e la promozione della <i>salute mentale nella comunità</i>. A fronte di tale dettagliata articolazione del quadro normativo, tuttavia, si registra una diffusa inadeguatezza organizzativa dei Servizi territoriali preposti alla tutela della salute mentale e, in particolare, dei Centri di Salute Mentale.
DESCRIZIONE	L’ultimo monitoraggio, realizzato dal Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione relativo all’organizzazione dei 48 Centri di Salute Mentale attivi sul territorio e delle 60 sedi decentrate, ha evidenziato i seguenti nodi problematici: - la maggioranza dei CSM è tuttora aperta solo 6 ore al giorno; solo 13 CSM assicurano l’apertura h 12; - permane la grave carenza di personale: il personale che presta servizio nei 48 CSM ammonta a 775 operatori a fronte di un fabbisogno complessivo di 1392 unità (DGR n. 1400/2007) con uno scarto di ben 617 unità, ossia il 44% rispetto al fabbisogno, delle quali un gran numero si concentra in alcune specifiche figure professionali (infermieri, educatori e tecnici della riabilitazione psichiatrica); - gli orari di apertura settimanale all’utenza non risultano adeguati agli standard previsti: dall’indagine effettuata emerge che 2 CSM prevedono l’apertura all’utenza per meno di 6 giorni alla settimana e nessun CSM prevede l’apertura 7 giorni su 7; - sul piano infrastrutturale, infine, si registra una diffusa inadeguatezza delle sedi dei CSM rispetto agli standard previsti ed alle attività da svolgere, correlata alla dislocazione eccessivamente periferica, alle carenze strutturali, alla scarsa accessibilità, alla mancanza di rispetto della privacy.
OBIETTIVI	E’ considerata prioritaria l’apertura per 12 ore al giorno ed il contestuale potenziamento dell’attività dei Centri di Salute Mentale, visto il ruolo centrale da essi svolto nel coordinare e

	garantire il governo clinico e la promozione della salute mentale nel territorio. A tal fine, la Regione Puglia ha approvato la DGR 916/2010, che prevede finanziamenti ad hoc, cronoprogramma ed altresì tutte le attività che il CSM deve garantire nell'arco delle 12 ore di apertura. L'incremento delle risorse umane (attualmente sottodimensionate, con riferimento allo standard tendenziale del DIEF 2007) consentirà: - una gestione più tempestiva ed adeguata delle emergenze-urgenze psichiatriche, attività di filtro ai ricoveri, collaborazione con i SPDC durante i periodi di degenza e per dimissioni concordate. - l'incremento dell'assistenza domiciliare sanitaria ed integrata; - lo sviluppo delle attività finalizzate all'inclusione sociale attraverso l'inserimento lavorativo delle persone con problemi psichici in carico al CSM; - iniziative specifiche per l'identificazione e l'intervento precoce nei disturbi mentali gravi e per il recupero dei drop out; - l'incremento delle attività di integrazione sociosanitaria; - la definizione di piani terapeutici individuali per ogni paziente in carico; - la messa in atto delle azioni opportune per una progressiva riduzione del ricorso alla residenzialità; - la sperimentazione di Centri diurni autogestiti da parte di utenti e gruppi di self-help; - l'offerta di adeguata assistenza nei confronti dei pazienti psichiatrici stabilizzati; - l'assunzione di una piena responsabilità circa la tutela della salute mentale nelle carceri e l'assistenza ai pazienti psichiatrici autori di reato, negli istituti penitenziari o sottoposti a misure alternative alla detenzione; - l'incremento delle attività di prevenzione primaria; - la tempestiva individuazione dei bisogni psichiatrici emergenti, quali la tutela della salute mentale dei migranti e delle persone non pienamente integrate nel tessuto sociale; - il miglioramento dell'integrazione fra CSM e SPDC, per la gestione dell'emergenza-urgenza;
--	--

	- la sperimentazione di CSM h24, dotati di posti letto eccedenti quelli previsti negli SPDC.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	La DGR 916/2010 ha previsto l'adeguamento dei CSM all'apertura h 12 entro giugno 2010, per la misura di almeno due terzi. Tuttavia, tale obiettivo di medio termine non è stato a tutt'oggi conseguito, data l'insufficienza dei finanziamenti messi a disposizione. Pertanto, alla luce del maggiore investimento di risorse che si intende destinare alle ASL, il cronoprogramma dell'intervento viene a modificarsi come di seguito: primo semestre: valutazione delle relazioni da parte dell'Assessorato regionale alle Politiche della Salute sui primi risultati conseguiti dal processo in corso; secondo semestre: apertura e adeguato funzionamento h/12 del 20% dei CSM; terzo semestre: valutazione delle relazioni da parte dell'Assessorato regionale alle Politiche della Salute sui risultati conseguiti; quarto semestre: apertura e adeguato funzionamento h/12 del 40% dei CSM; quinto semestre: valutazione delle relazioni da parte dell'Assessorato regionale alle Politiche della Salute sui risultati conseguiti; sesto semestre: apertura e adeguato funzionamento h/12 del 100% dei CSM; valutazione, da parte dell'Assessorato regionale alle Politiche della Salute, delle relazioni conclusive delle Aziende Sanitarie Locali sui risultati conseguiti.
INDICATORI	-n° Centri di Salute Mentale aperti h 12; -n° degli operatori e tipologie di figure professionali in carico ai CSM (rispetto agli anni precedenti e al precedente assetto dei CSM); -n° pazienti in carico presso i Centri di Salute Mentale; -n° dei Trattamenti Sanitari Obbligatori effettuati (rispetto agli anni precedenti e al precedente assetto dei CSM); -n° delle riunioni e degli interventi congiunti effettuati con le equipe dei SPDC; -n° degli inserimenti nelle Strutture riabilitative residenziali e semi-residenziali (rispetto agli anni precedenti e al precedente assetto dei CSM); -n° dei pazienti psichiatrici detenuti per i quali è in corso di realizzazione un Progetto di assistenza individualizzata e dei Progetti in corso di realizzazione nei confronti dei pazienti autori di reato; -n° degli interventi di prevenzione primaria;

	-n° degli inserimenti lavorativi di pazienti psichiatrici
RISULTATI ATTESI	Migliorare l'offerta qualitativa dei servizi e delle prestazioni nei confronti dei pazienti psichiatrici. Riconversione delle Strutture riabilitative "pesanti" in Strutture "leggere" e consone ai bisogni delle persone. Miglioramento delle sinergie prodotte dalla rete dei Servizi dipartimentali preposti alla tutela della salute mentale (SPDC, CSM, NPJA, Strutture riabilitative). Alleggerire il carico di lavoro degli operatori della psichiatria all'interno dei Servizi, anche mediante la rotazione del personale tra i Servizi e la redistribuzione più equa del personale. Migliorare la qualità della "psichiatria di comunità" in ogni ASL.

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
LINEA PROGETTUALE	LA SALUTE MENTALE
TITOLO DEL PROGETTO	Progetto di riabilitazione psichiatrica nel paziente acuto ricoverato in SPDC
DURATA DEL PROGETTO	24 mesi
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione - Via Caduti tutte le guerre, 15 – BARI Telefono 080.540.3649 – e-mail f.longo@regione.puglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 918.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Nell'ambito dell'ottimizzazione del ricovero psichiatrico è ormai patrimonio comune l'idea della necessità di un intervento integrato al fine di garantire la valutazione clinico-diagnostica, l'impostazione di terapie efficaci, lo sviluppo di condizioni favorevoli alla presa in carico delle strutture territoriali, il recupero funzionale e cognitivo del paziente, la valorizzazione degli aspetti riabilitativi e di integrazione sociale, l'informazione agli utenti e familiari.
DESCRIZIONE	Le risorse disponibili vengono assegnate all'Azienda Ospedaliera Policlinico di Bari per

	garantire: a) la disponibilità del personale necessario per la realizzazione del progetto: b) l'acquisizione di beni e servizi e la formazione e aggiornamento delle figure professionali coinvolte.
OBIETTIVI	Obiettivo primario Migliorare la qualità della vita ed il benessere psico-fisico del paziente affetto da malattia mentale in condizioni di scompenso psicotologico acuto. Migliorare l'atmosfera di reparto, trasformare il ricovero in un momento ed occasione per attivare nuove risorse personali e contestuali, assicurare alle famiglie dei pazienti uno spazio strutturato di ascolto, informazione, sostegno psicologico durante il periodo di ricovero del congiunto in modo da promuovere nuovi stili di comportamento maggiormente funzionali all'efficacia del programma terapeutico. Obiettivo secondario Organizzare eventi formativi indirizzati al personale dell'Azienda, su tematiche inerenti la propria attività, in collaborazione con i servizi territoriali. Tali eventi potranno essere ripetuti in tutte le AASSLL della Regione che ne facciano richiesta, ovvero si potranno organizzare eventi ad hoc su richiesta di Società Scientifiche, Associazioni culturali e simili.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<i>Entro il primo semestre</i> Attività di informazione e formazione <i>Entro il secondo semestre</i> Elaborazione di un report semestrale sullo stato dell'arte.
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	Gli indicatori di esito e di processo devono essere omogenei a quelli standard (Scale standardizzate del VADO-Valutazione di Abilità e Definizione di Obiettivi).
RISULTATI ATTESI	Migliorare la qualità della vita ed il benessere psico-fisico del paziente affetto da malattia mentale in condizioni di scompenso psicotologico acuto.
RELAZIONE ANNO 2009	

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	LA SALUTE MENTALE
TITOLO DEL PROGETTO	Potenziamento della rete assistenziale territoriale dedicata ai disturbi del comportamento alimentare
DURATA DEL PROGETTO	36 mesi (II Annualità)
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione - Via Caduti tutte le guerre, 15 – BARI Telefono 080.540.3649 – e-mail f.longo@regione.puglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 600.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Un numero crescente di studi internazionali e italiani (condotti anche nella nostra regione), evidenzia come i disturbi del comportamento alimentare (Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa, Disturbo da Alimentazione Incontrollata e Disturbi del Comportamento Alimentare non Altrimenti Specificati) presentino una incidenza e una prevalenza in costante aumento fra la popolazione di età compresa tra i 12 e i 25 anni, in particolar modo nella popolazione maschile (10-15% del totale) considerata fino ad oggi solo
----------	--

	marginalmente interessata da questa complessa patologia. Per queste ragioni la Puglia ha recepito, attraverso il Piano di Salute 2008-2010, le <i>"Linee di indirizzo nazionali per la prevenzione, la cura e la riabilitazione nel campo dei disturbi del comportamento alimentare"</i>, diffuse dal Ministero della Salute nel Maggio 2001, adottando il modello organizzativo ivi individuato che si basa sui seguenti criteri di carattere generale: - impiego di operatori esperti - continuità terapeutica - strutture operative che assicurino efficacia ed economicità..
DESCRIZIONE	Il presente progetto prevede l'implementazione delle attività delle strutture regionali: - di 1° livello (ambulatorio) in ciascuna ASL provinciale - di 2° livello con posti letto residenziali - una struttura di 3° livello terapeutico-riabilitativa residenziale e semiresidenziale di riferimento regionale La equipe multidisciplinare, deve essere composta dalle seguenti professionalità: psichiatra, psicologo, terapeuta della riabilitazione psichiatrica, educatore professionale, endocrinologo, dietista, infermiere.
OBIETTIVI	La rete assistenziale territoriale dedicata ai DCA attualmente presente nella regione Puglia è descritta in tabella. Il presente progetto è finalizzato: • a consolidare le attività avviate nell'ambito del progetto di piano 11/LP1/09, con il quale si pone in linea di continuità diretta • a garantire la implementazione di una struttura di 3° livello terapeutico - riabilitativa residenziale e semiresidenziale di riferimento regionale • a favorire un elevato livello di stabilizzazione dei percorsi assistenziali in grado di garantire ai pazienti il raggiungimento della totale autonomia perseguita sia attraverso l'attività terapeutica che attraverso la ricostruzione della rete relazionale e sociale. con l'obiettivo complessivo di avviare il

	completamento della rete assistenziale territoriale dedicata ai DCA . Le risorse economico-finanziarie saranno assegnate come già indicato nel progetto di piano 11/LP1/09 .
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	I trimestre Ricognizione delle strutture esistenti e analisi dei bisogni II trimestre Avvio della realizzazione di una struttura di 3° livello terapeutico-riabilitativa residenziale e semiresidenziale di riferimento regionale III trimestre Elaborazione di protocolli operativi IV trimestre Analisi dei risultati
INDICATORI	equipe completata per le attività ambulatoriali e di DH nei centri attivi della rete n.di strutture di 3° livello implementate nella regione numero di prestazioni complessive erogate (ambulatorio-day hospital-residenza) riduzione della mobilità passiva
RISULTATI ATTESI	Assicurare nelle tre macroaree di Bari, Brindisi/Lecce/Taranto, Foggia/BAT, la rete assistenziale territoriale dedicata ai DCA
RELAZIONE ANNO 2009	Nel Centro Disturbi del Comportamento Alimentare "Salvatore Cotugno", presso l' Ospedale della Murgia (ASL di Bari), Struttura Semplice Dipartimentale del Dipartimento di Salute Mentale (UODCA), nel corso del 2009 è stato attivato un Ambulatorio con organizzazione tipo Day - Service. Il Day Hospital è in fase di attivazione. Al momento è sperimentale per 8 pazienti grazie al supporto di tecnici e operatori del volontariato e di una Cooperativa Onlus operante sul territorio. La attività di Ricovero Ospedaliero, viene erogato secondo due modalità: programmato o in urgenza grazie ad un'integrazione professionale tra le equipe. Nel primo caso può essere diagnostico o terapeutico. Quello in urgenza, in funzione delle condizioni cliniche e psicopatologiche può avvenire presso il Reparto di Psichiatria presente nello stesso nosocomio.

ASL	DENOMINAZIONE	LIVELLO ASSISTENZIALE	SERVIZIO DEDICATO
ASL BA DSM	Centro DCA "Salvatore Cotugno" S-S-Dipartimentale DCA	• Ambulatorio tipo day-service • Ricovero Ospedaliero in Medicina-Lungodegenza • DH: non a regime • Residenza: da programmazione	Si Equipe dedicata (da completare)
ASL FG DSM	Centro di Cura e Studio DCA-c/o SPDC	• Ambulatorio • DH del SPDC con 2 p.l.	No Equipe non dedicata
ASL LE DSM	Centro per la Cura e la Ricerca dei disturbi del Comportamento Alimentare	• Ambulatorio • DH • Residenza: da programmazione	Si Equipe dedicata (da completare)
ASL TA DSM	Unità Operativa semplice per le problematiche adolescenziali e disturbi del comportamento alimentare c/o Servizio di Psicologia Clinica	• Ambulatorio	No Equipe non dedicata
Az. Ospedaliera Universitaria Consortiale Policlinico	Servizio DH per DCA c/o clinica Psichiatrica	• Ambulatorio • DH della Clinica Psichiatrica	Si Equipe dedicata della Clinica Psichiatrica

GENERALITA'

REGIONE PROPONENTE	PUGLIA
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	LA SALUTE MENTALE
TITOLO DEL PROGETTO	Assistenza ai soggetti con disturbo dello spettro autistico: potenziamento della rete dei Servizi territoriali di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza
DURATA DEL PROGETTO	12 mesi (II Annualità)
REFERENTE	ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione - Via Caduti tutte le guerre, 15 – BARI Telefono 080.540.3649 – e-mail f.longo@regione.puglia.it

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 1.200.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2010	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	La Neuropsichiatria Infantile (NPIA) è una branca della medicina che si occupa della prevenzione, diagnosi precoce, cura e riabilitazione dei disturbi neurologici (per es. epilessie, paralisi cerebrali, malattie neurometaboliche, ecc.), psichiatrici (autismo, anoressia, ecc.) e neuropsicologici (ritardo mentale, disturbi dell'apprendimento ecc) dell'età evolutiva. Numerose evidenze scientifiche dimostrano come
----------	---

	un intervento precoce sia in grado di produrre un miglioramento significativo delle risposte comunicative, cognitive e relazionali. Allo stato attuale, la carenza dei servizi territoriali di NPIA deputati al trattamento di tali disturbi non consente una presa in carico adeguata, in termini sia di quantità che di qualità di interventi, ai complessi bisogni di questi pazienti..
DESCRIZIONE	Il presente progetto, iniziato nel corso dell'anno 2009, ha promosso un articolato programma di interventi a favore di queste fasce di età che, ispirandosi al principio della integrazione multidisciplinare e sociosanitaria, prevede in ogni ASL, lo sviluppo di una efficiente/efficace "rete" di servizi di salute mentale, integrati con gli altri servizi sia sanitari che sociali, in grado di rispondere ai bisogni vecchi e nuovi della popolazione di queste fasce di età. Elemento qualificante del programma, all'interno del quale il presente progetto è destinato a rappresentare un elemento strategico, è la implementazione di un sistema di presa in carico globale del paziente, nel quale confluiscono azioni di prevenzione e di educazione alla salute e che richiede, in considerazione della stretta interdipendenza tra sviluppo e contesto relazionale, un intervento allargato alla famiglia, all'ambiente educativo-scolastico e sociale.
OBIETTIVI	In conseguenza di tale situazione, per l'anno 2010 gli organi di governo regionali hanno inserito le azioni di potenziamento dell'offerta assistenziale neuropsichiatrica infantile tra gli obiettivi di rilevanza regionale (DGR n. 2866/2010 – obiettivo "Trattamento disturbi neuropsichiatrici infanzia e adolescenza"). Questo progetto che è in continuità con il progetto di piano 2/LP2/09, prevede la implementazione di almeno 1 unità territoriale di NPIA all'interno del proprio territorio, laddove non ancora realizzata e la messa in rete delle unità attivate, per garantire: - la presa in carico dei minori, con particolare attenzione a quelli affetti da disturbi dello spettro autistico; - la costruzione di un progetto di vita (più che di cura) in collaborazione con le famiglie; - la promozione dell'utilizzo di quei trattamenti comportamentali per i quali esistono attualmente maggiori evidenze scientifiche di efficacia, come ad es. il Programma TEACCH ed il Metodo ABA. Pertanto le risorse economico-finanziarie saranno assegnate, così come già indicato nel progetto di

	piano 2/LP2/09.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	primo semestre: -Implementazione di Unità Territoriali NPJA, laddove non ancora realizzate. secondo semestre: - Ulteriore acquisto di materiale testologico: strumenti diagnostici standardizzati quali questionari, rating-scales validati al livello nazionale ed internazionale per la valutazione diagnostica e le valutazioni di follow-up.
INDICATORI	-n° UU.OO. territoriali NPJA attivate secondo gli standard del POMI -n° progetti di prevenzione su tematiche specifiche realizzati -tempi di attesa per la diagnosi e la presa in carico -n° progetti personalizzati terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi definiti -n° protocolli attivati con i Servizi sanitari e sociali coinvolti nella presa in carico e nella continuità assistenziale -n° di trattamenti riabilitativi domiciliari.
RISULTATI ATTESI	-Riduzione delle liste di attesa per la diagnosi precoce e la presa in carico -Definizione di un progetto di presa in carico globale individualizzato per ogni utente, che comprenda anche la modalità di trattamento riabilitativo domiciliare. -Attivazione di progetti di prevenzione e riabilitazione su tematiche specifiche a elevato impatto medico e sociale come i disturbi dello spettro autistico.
RELAZIONE ANNO 2009	E' in corso ancora l' analisi delle attività svolte e dei dati elaborati.

LINEA PROGETTUALE 13

PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 28 dicembre 2010, n. 2994

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 24 giugno 2011, n. 1397

Piano Regionale per il Governo dei Tempi d'Attesa per il triennio 2011 - 2013.

L'Assessore Regionale alle Politiche della Salute, prof. Tommaso Fiore, sulla base delle risultanze istruttorie espletate responsabile della P.O. Assistenza riabilitativa e Residenze socio-sanitarie e confermate dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica e dal Dirigente del Servizio Accreditamento Programmazione Sanitaria dell'Area Politiche per la Promozione della Salute delle Persone e delle Pari Opportunità, riferisce quanto segue:

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, pubblicato sul S.O. n.26 alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002 definisce i livelli essenziali di assistenza da garantire a tutti gli assistiti del Servizio Sanitario Nazionale.

Il criterio dell'appropriatezza e, quindi, anche l'erogazione delle prestazioni entro tempi appropriati alle necessità di cura degli assistiti rappresenta una componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza.

Nell'accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 14 febbraio 2002, Governo e Regioni hanno convenuto sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa, integrando i livelli essenziali di assistenza sanitaria già definiti con D.P.C.M. del 29 novembre 2001 con apposite linee-guida, di cui alla lettera b) del suddetto accordo.

Il D.P.C.M. 16 aprile 2002 reca le Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa, allegato 5 al DPCM 29 novembre 2001.

Nell'accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta dell'11 luglio 2002, Governo e Regioni hanno convenuto sul documento di indicazioni per l'attuazione dell'accordo del 14 febbraio 2002 sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa.

L'articolo 52, comma 4, lettera c della Legge 289/2002 dispone che, tra gli adempimenti a cui sono tenute, le Regioni provvedano all'attuazione nel proprio territorio, nella prospettiva dell'eliminazione o del significativo contenimento delle liste di attesa, di adeguate iniziative, senza maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato, dirette a 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 tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 14 febbraio 2002, sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa. A tale fine, la flessibilità organizzativa e gli istituti contrattuali della turnazione del lavoro straordinario e della pronta disponibilità, potranno essere utilizzati, unitamente al recupero di risorse attualmente utilizzate per finalità non prioritarie, per ampliare notevolmente l'offerta dei servizi, con diminuzione delle giornate complessive di degenza. Annualmente le regioni predispongono una relazione, da inviare al Parlamento, circa l'attuazione di tali adempimenti e i risultati raggiunti.

L'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, dispone che l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato, di cui al comma 164 del medesimo articolo 1, è subordinato alla stipula di una specifica intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, che contempli, per il rispetto degli obiettivi di finanza pubblica, ai fini del contenimento della dinamica dei costi, specifici adempimenti.

L'intesa sancita dalla Conferenza nella seduta del 23 marzo 2005 dà attuazione all'articolo 1, comma 173 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, (repertorio atti n. 2271), pubblicata nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005.

L'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266, subordina l'accesso al concorso delle somme di cui al suddetto comma 279, tra gli altri, alla stipula di una intesa tra Stato e Regioni, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, che preveda la realizzazione da parte delle Regioni degli interventi previsti dal Piano

nazionale di contenimento dei tempi di attesa, da allegare alla medesima intesa e che contempli:

- c) fermo restando il principio di libera scelta da parte del cittadino, il recepimento, da parte delle unità sanitarie locali, dei tempi massimi di attesa, in attuazione della normativa regionale in materia, nonché in coerenza con i parametri temporali determinati in sede di fissazione degli standard di cui all'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, per le prestazioni di cui all'elenco previsto dalla lettera a), con l'indicazione delle strutture pubbliche e private accreditate presso le quali tali tempi sono assicurati nonché delle misure previste in caso di superamento dei tempi stabiliti, senza oneri a carico degli assistiti, se non quelli dovuti come partecipazione alla spesa in base alla normativa vigente;
- e) l'attivazione nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) di uno specifico flusso informativo per il monitoraggio delle liste di attesa, che costituisca obbligo informativo ai sensi dell'art. 3, comma 6, della citata Intesa Stato - Regioni del 23 marzo 2005;
- f) la previsione che, a certificare la realizzazione degli interventi in attuazione del Piano nazionale di governo dei tempi di attesa, provveda il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), di cui all'articolo 9 della citata intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

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

La sopra richiamata intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 all'articolo 1 prevede che, per il triennio 2005 - 2007, le Regioni e le Province autonome assolvano agli adempimenti previsti dalla normativa vigente riportati nell'Allegato 1 e agli altri adempimenti previsti dalla stessa intesa, tra cui è espressamente previsto il richiamo all'articolo 52,

comma 4, lettera c), della legge 27 dicembre 2002, n. 289, che prevede iniziative in materia di liste di attesa, nella prospettiva dell'eliminazione o del significativo contenimento.

Nella seduta del 28 marzo 2006 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano è stato approvato il Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008.

La Regione Puglia ha assolto a tali adempimenti con l'adozione delle Delibere di Giunta n. 1200 del 4 agosto 2006 e n. 68 del 6 febbraio 2007, con le quali è stato definito il Piano Regionale per il Contenimento dei Tempi d'Attesa per il triennio 2006-2008.

La sopra richiamata intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 all'articolo 9 ha previsto l'istituzione presso il Ministero della Salute del Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse e per la verifica della congruità tra i predetti livelli e le risorse messe a disposizione.

L'anzidetta intesa Stato-Regioni, all'articolo 12, ai fini della verifica degli adempimenti per le finalità di quanto disposto dall'articolo 1, comma 184, lettera c) della legge 30 dicembre 2004, n. 311, prevede l'istituzione presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze - Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato, del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti, che si avvale delle risultanze del Comitato di cui all'articolo 9 della presente intesa, per gli aspetti relativi agli adempimenti riportati nell'Allegato 1, al Punto 2-lettere c), e), f), g), h), e agli adempimenti derivanti dagli articoli 3, 4 e 10 della stessa intesa.

Sono stati considerati i risultati delle attività condotte dal Ministero della Salute e dall'AgeNaS nell'ambito dei Monitoraggi previsti dal Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa 2006/2008.

La Legge n.120 del 3 agosto 2007 dà disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria.

L'aggiornamento del comma 5 dell'art. 50 della legge 326/2003 attraverso il decreto del Ministero dell'Economia e Finanze del 18 marzo del 2008 ha previsto la raccolta delle informazioni relative al monitoraggio dei tempi di attesa in con attuazione di quanto previsto dal punto e) dell'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266.

Il decreto ministeriale 8 luglio 2010 n. 135 sul “Regolamento recante integrazione delle informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera, regolata dal decreto ministeriale 27 ottobre 2000, n. 380” all’art. 1, comma 2, lett. b) prevede l’inserimento della data di prenotazione e della classe di priorità.

La Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni nella seduta del 29 aprile 2010 ha siglato l’intesa sulle Linee guida nazionali del sistema CUP.

Il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 18 novembre 2010 ha siglato l’Accordo, ai sensi dell’art. 4 del d.lgs 28 agosto 1997, concernente l’attività libero-professionale dei dirigenti medici, sanitari e veterinari del SSN.

L’Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, di cui all’articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n.266, siglata dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni nella seduta del 28 ottobre 2010, prevede che le Regioni adottino il proprio Piano regionale entro sessanta giorni dall’emanazione delle “Linea guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei piani regionali”, prodotte dal Comitato permanente per la verifica dell’erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

Il Ministero della Salute, con nota prot. n. 0014288-P del 28/04/2011, ha emanato le “Linea guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei piani regionali”, prodotte dal Comitato permanente per la verifica dell’erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) che le ha approvate in data 25/03/2011 ed ulteriormente modificate in data 31/03/2011.

L’Area Accreditamento, Qualità e Ricerca dell’Agenzia Regionale Sanitaria (AReS) ha formulato la proposta tecnica del Piano Regionale di Governo delle Liste d’Attesa.

Pertanto, si propone di approvare il Piano Regionale di Governo delle Liste d’Attesa per il triennio 2011-2013, che costituisce l’Allegato A e che fa parte integrante e sostanziale della presente deliberazione.

COPERTURA FINANZIARIA

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria né di entrata né di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

L’Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta, ai sensi delle LL.RR. n. 7/97 e n. 7/2004, l’adozione del conseguente atto finale.

LA GIUNTA

Udita la relazione e la conseguente proposta dell’Assessore alle Politiche della Salute;

Vista la sottoscrizione posta in calce al presente provvedimento da parte del Responsabile della P.O. Assistenza Riabilitativa e Residenze socio-sanitarie, dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica e dal Dirigente del Servizio Accreditamento Programmazione Sanitaria;

A voti unanimi, espressi nei modi di legge;

DELIBERA

di approvare la relazione dell’Assessore proponente così come in narrativa indicata, che qui si intende integralmente trascritta, e conseguentemente:

- 1) di approvare l’allegato A), che costituisce parte integrante e sostanziale del presente Atto, contenente il “Piano Regionale di Governo delle Liste d’Attesa per il triennio 2011-2013”, in attuazione dell’art. 9 dell’Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, di cui all’articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n.266, siglata dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni nella seduta del 28 ottobre 2010;
- 2) di disporre che le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliere-Universitarie, gli Istituti di

Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e gli Enti Ecclesiastici adottino il proprio piano attuativo aziendale, in conformità agli Indirizzi in materia di governo delle liste e dei tempi d'attesa contenuti nell'Allegato A), entro sessanta giorni dalla pubblicazione del presente Atto sul B.U.R. della Regione Puglia;

- 3) di stabilire che i piani attuativi adottati dalle Aziende sanitarie locali riguardino anche le strutture private accreditate in accordo contrattuale con il Servizio Sanitario Regionale, le quali devono adeguarsi tempestivamente, per quanto di propria competenza, a quanto contenuto nel presente atto;

- 4) di disporre che le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliero-Universitarie, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e gli Enti Ecclesiastici inviino il piano attuativo all'Assessorato alle Politiche della Salute ed all'AReS, entro venti giorni dalla sua approvazione;

- 5) di disporre la pubblicazione del presente provvedimento nel B.U.R. della Regione Puglia.

Il Segretario della Giunta
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola

REGIONE PUGLIA



ALLEGATO A)

**“Piano Regionale di Governo delle Liste d’Attesa
per il triennio 2011-2013”**

1. Premessa dal Piano Nazionale per il Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA)

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

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

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

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

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

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

Nella ridefinizione di tali modalità operative, devono essere assicurati criteri per garantire l'omogeneità tra quanto indicato nei piani di governo delle liste d'attesa e:

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

Il PRGLA si propone di condividere un percorso per il governo delle liste di attesa finalizzato a garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari che si realizza con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, del rispetto delle classi di priorità e della trasparenza del sistema a tutti i livelli.

2. Gli obiettivi del Piano Regionale per il Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA)

Il presente Piano, in coerenza con quanto specificamente indicato nel Piano Nazionale:

- A) aggiorna l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera per le quali vengono, altresì, recepiti i tempi massimi di attesa relativi alle classi di priorità d'accesso alle prestazioni;
- B) individua le aree cardiovascolare e oncologica quali aree prioritarie per lo sviluppo di percorsi diagnostico terapeutici (PDT) e fissa i relativi tempi massimi di attesa a garanzia della tempestività della diagnosi e del trattamento;
- C) promuove la valutazione ed il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva;
- D) individua quali strumenti di rilevazione per il monitoraggio dei tempi di attesa:
 - il flusso informativo dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali con modalità ex ante, basato sulla rilevazione semestrale in un periodo indice stabilito a livello nazionale;
 - il flusso informativo con modalità ex post, attraverso il flusso ex art. 50 della legge 326/2003 per le finalità di monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali, rendendo obbligatori i campi dei dati relativi alla tipologia di accesso per visite ed esami diagnostici (per differenziare le prestazioni di primo contatto con il SSN rispetto ai successivi controlli), alla classe di priorità indicata dal prescrittore e alla garanzia dei tempi massimi, che permette di distinguere tra chi accede alla garanzia dei tempi massimi e chi vi rinuncia, in conseguenza della libera scelta esercitata dall'utente che rifiuta la prima disponibilità offerta dal SSN;
 - il flusso informativo SDO per le finalità di monitoraggio dei ricoveri ospedalieri;
 - il flusso informativo dei tempi di attesa dei percorsi diagnostico terapeutici nell'area cardiovascolare e oncologica;
 - il flusso informativo dei tempi d'attesa delle prestazioni erogate in libera professione intramuraria;
 - il flusso informativo per il monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni;
- E) individua, a garanzia della trasparenza e dell'accesso alle informazioni su liste e tempi di attesa, la necessità di procedere, in via sistematica, al monitoraggio della loro presenza sui siti web delle Aziende sanitarie pubbliche e private accreditate (in merito a questo punto, si richiama quanto indicato nella sezione 5.1 *Razionalizzazione ed ottimizzazione siti web* nell'Allegato sub A) "*Linee Guida per i siti web delle Aziende ed Istituti Pubblici del Servizio Sanitario Regionale e per l'utilizzo della posta elettronica certificata*" alla D.G.R. 1101 del 16 maggio 2011);
- F) promuove l'acquisto delle prestazioni erogate in regime libero professionale dai professionisti all'interno dell'Azienda sanitaria nell'ambito del governo delle liste d'attesa e prevede il monitoraggio dell'ALPI per verificare il previsto rispetto dell'equilibrio tra prestazioni rese dal professionista in regime istituzionale e, rispettivamente, in libera professione intramuraria;
- G) promuove le attività informatizzate di prenotazione per le prestazioni erogate in libera professione, anche in osservanza a quanto previsto al paragrafo 2.3, punto 2.3.2 delle Linee guida nazionali sul sistema CUP, di cui all'Accordo Stato-Regioni del 29 aprile 2010 e di cui alla DGR n.854/2010 e s.m.i.;
- H) prevede le procedure ai fini della certificazione della realizzazione degli interventi in attuazione del presente Piano da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 9 della citata intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, in relazione agli adempimenti previsti.

In particolare, il presente Piano fornisce alle Aziende Sanitarie, che dovranno recepirle entro il termine di sessanta giorni dalla sua emanazione, indicazioni per:

1. il governo della domanda di prestazioni, in particolare per promuovere un ricorso appropriato alle attività del SSN, attraverso diversi strumenti tra i quali, particolarmente, l'uso sistematico delle classi di priorità, sia nella fase prescrittiva che di prenotazione, e il rispetto dei tempi e delle modalità previste dai sistemi di monitoraggio avviati;
2. la definizione e i criteri di utilizzo delle prestazioni richieste in classe P (*Programmate*);
3. la messa in atto di procedure di verifica dell'appropriatezza prescrittiva, attraverso provvedimenti specifici che regolamentino le condizioni di erogabilità, con particolare riferimento:
 - a. all'utilizzo delle classi di priorità,
 - b. alla presenza del quesito diagnostico
 - c. alla corretta identificazione delle prime visite e dei controlli.
4. la gestione razionale degli accessi, attraverso l'uso diffuso del sistema CUP, al fine di integrare in modo ottimale il complesso dell'offerta pubblica e privata accreditata con quello della domanda, anche per supportare la gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici;
5. la definizione delle modalità alternative di accesso alla prestazione, nel caso in cui con l'ordinaria offerta aziendale non vengano garantite le prestazioni nei tempi massimi di attesa;
6. la trasmissione sistematica dei flussi informativi di monitoraggio delle liste e dei tempi d'attesa;
7. un'adeguata organizzazione delle attività in libera professione erogata dai professionisti per conto e a carico delle aziende, ai fini del contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni particolarmente critiche; nonché la verifica e il controllo delle prestazioni erogate in libera professione dai professionisti a favore e a carico dell'utente che ne fa richiesta, per le quali devono essere attivati percorsi di prenotazione differenziati rispetto alle prenotazioni in regime istituzionale, attraverso numeri telefonici, sportelli e agende dedicati;
8. lo sviluppo di iniziative di Information & Communication Technologies che prevedano lo sviluppo di funzionalità automatizzate per la gestione del processo di prescrizione, prenotazione e refertazione digitale, sistemi per l'accesso informatizzato ai referti e uso della telemedicina;
9. l'informazione e la comunicazione sulle liste d'attesa in coerenza con quanto previsto nel PNGLA e da questo Piano, promuovendo la partecipazione di utenti e di associazioni di tutela e di volontariato, per favorire un'adeguata conoscenza delle attività svolte dalle strutture erogatrici e delle modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni;
10. pubblicare l'andamento dei tempi e delle liste di attesa secondo quanto previsto dal PNGLA e da questo Piano;
11. la vigilanza sistematica sulle situazioni di sospensione dell'erogazione delle prestazioni.

3. Elenco delle prestazioni e tempi massimi di attesa

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

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

3.1 Prestazioni ambulatoriali e relative classi di priorità

Rispetto all'impostazione del Piano Nazionale per il triennio 2006-2008, la **principale novità** di questo PNGLA riguarda l'organizzazione delle agende, poiché dalla gestione della garanzia di tempi massimi per alcune prestazioni da assicurare a particolari categorie di pazienti, si passa alla **gestione degli accessi secondo fasce temporali coerenti con le classi di priorità**.

Il precedente Piano Regionale (definito con D.G.R. n. 1200/2006 e n. 68/2007), avendo come obiettivo quello di assicurare il rispetto del tempo massimo di attesa per alcune categorie di pazienti (pazienti oncologici, cardiopatici, anziani e dell'area materno-infantile), aveva fornito l'indicazione ai prescrittori di contrassegnare tali richieste con codice G (con il significato di "*prestazione garantita*"). Quelle indicazioni non hanno più, quindi, validità con il presente Piano, poiché il tempo massimo per l'esecuzione delle prestazioni assistenziali (in regime ambulatoriale e di ricovero) non è più correlato all'appartenenza degli utenti ad una particolare categoria di pazienti, ma viene definita attraverso un sistema di accesso secondo criteri correlati alla gravità della condizione clinica presente al momento della prescrizione. In sostanza, al cittadino che prenota una prestazione deve essere garantito l'inserimento nelle liste di attesa esclusivamente secondo la classe di priorità della prestazione, a prescindere dal fatto che il paziente sia incluso o meno in una particolare categoria di pazienti.

La letteratura sulla gestione dei tempi di attesa è di recente comparsa e possono essere molteplici gli spunti per la determinazione delle classi di priorità. Tenendo conto che i LEA devono essere attuati in maniera omogenea sul territorio nazionale, si è condiviso un sistema di classificazione unico nazionale, individuando il numero di classi e il loro significato, in maniera distinta per l'attività di ricovero e ambulatoriale. I **codici di priorità per le attività ambulatoriali, da siglare nel campo 26 della ricetta**, indicano i tempi entro i quali devono essere erogate le prestazioni e sono (così come previsti per il flusso ex art. 50 legge 326/2003 e smi) i seguenti:

U (Urgente):	da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore
B (Breve):	da eseguire entro 10 giorni
D (Differibile):	da eseguire entro: - 30 giorni per visite - 60 giorni per accertamenti diagnostici
P (Senza priorità):	prestazione programmata

Vi è da sottolineare che, a regime del nuovo PNGLA, i codici di priorità dovranno essere indicati per tutte le prestazioni LEA, anche quelle non comprese nell'elenco delle prestazioni indicate dal PNGLA. Vi è, tuttavia, l'urgenza di avviare un uso sistematico dei codici di priorità per l'elenco delle prestazioni individuate dal PNGLA, poiché esse sono quelle soggette a monitoraggio specifico. I criteri clinici che l'Accordo Stato-Regioni del 11.7.2002 ha individuato per la prescrizione delle classi di priorità per le prestazioni ambulatoriali vengono riportati nella seguente tabella:

CLASSE DI PRIORITÀ PER PRESTAZIONI AMBULATORIALI	INDICAZIONI
CLASSE A corrispondente al codice di priorità B	Prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità. Da eseguirsi entro 10 giorni
CLASSE B corrispondente al codice di priorità D	Prestazione la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o di disfunzione o disabilità. Da eseguirsi entro 30 giorni per le visite e entro 60 giorni per le prestazioni strumentali
CLASSE C corrispondente al codice di priorità P	Prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, disfunzione, la disabilità. Da eseguirsi secondo la programmazione indicata.

In considerazione dei criteri sopra elencati, è evidente che il **codice U (relativo alle urgenze)**, che in relazione a quanto previsto dall'art. 1 comma 4 lett. d) della legge 3 agosto 2007 n. 120 va garantito **entro le 72 ore**, debba essere riferito a **condizioni di particolare rilevanza e gravità clinica** e che la ratio della norma sia quella di liberare i Pronto Soccorso Ospedalieri da una domanda di prestazioni che, presentando le caratteristiche dell'urgenza differibile, può essere soddisfatta in un setting ambulatoriale, seppur entro tempi ristretti, in quanto appropriato rispetto al bisogno.

Ai fini della verifica del rispetto dei tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali sono prese in considerazione esclusivamente le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto, mentre sono escluse tutte le prestazioni di controllo e le prestazioni di screening.

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

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

VISITE SPECIALISTICHE

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

PRESTAZIONI STRUMENTALI

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore
Diagnostica per Immagini		
15	Mammografia	87.37.1 - 87.37.2
16	TC senza e con contrasto Torace	87.41 - 87.41.1
17	TC senza e con contrasto Addome superiore	88.01.2 – 88.01.1
18	TC senza e con contrasto Addome inferiore	88.01.4 – 88.01.3
19	TC senza e con contrasto Addome completo	88.01.6 – 88.01.5
20	TC senza e con contrasto Capo	87.03 – 87.03.1
21	TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale	88.38.2 – 88.38.1
22	TC senza e con contrasto Bacino	88.38.5
23	RMN Cervello e tronco encefalico	88.91.1 - 88.91.2
24	RMN Pelvi, prostata e vescica	88.95.4 - 88.95.5
25	RMN Muscoloscheletrica	88.94.1 – 88.94.2
26	RMN Colonna vertebrale	88.93 – 88.93.1
27	Ecografia Capo e collo	88.71.4
28	Ecocolordoppler cardiaca	88.72.3
29	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73.5
30	Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77.2
31	Ecografia Addome	88.74.1 - 88.75.1 - 88.76.1
32	Ecografia Mammella	88.73.1 - 88.73.2
33	Ecografia Ostetrica - Ginecologica	88.78 - 88.78.2
Altri esami Specialistici		
34	Colonscopia	45.23 – 45.25 – 45.42
35	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24
36	Esofagogastroduodenoscopia	45.13 – 45.16
37	Elettrocardiogramma	89.52
38	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50
39	Elettrocardiogramma da sforzo	89.41 – 89.43
40	Audiometria	95.41.1
41	Spirometria	89.37.1 – 89.37.2
42	Fondo Oculare	95.09.1
43	Elettromiografia	93.08.1

3.2 Prestazioni in regime di ricovero

Per quanto riguarda l'attività di ricovero, le esperienze maggiormente strutturate si ritrovano in Australia, Canada ed Inghilterra. La sperimentazione che più si avvicina alle necessità italiane e che ha riscontrato buoni risultati nelle sperimentazioni in alcune realtà nazionali è quella australiana dell'*Advisory Committee on Elective Surgery*, che ha definito i criteri per l'individuazione di priorità per i pazienti in lista di attesa per un intervento chirurgico di elezione.

Prendendo come riferimento tale esperienza e apportandovi delle modifiche che più sono consone alla nostra realtà nazionale, i criteri clinici che l'Accordo Stato-Regioni del 11.7.2002 ha individuato per la prescrizione delle classi di priorità per le prestazioni di ricovero ospedaliero vengono riportati nella seguente tabella:

CLASSE DI PRIORITÀ PER IL RICOVERO	INDICAZIONI
CLASSE A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.
CLASSE B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
CLASSE C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
CLASSE D	Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

Questa categorizzazione, nata per i ricoveri chirurgici, può comunque essere di riferimento anche per i ricoveri di tipo medico. Tenendo conto della relativa facilità di applicazione di tali classi, le A.S. devono attivarsi per applicare tali criteri per tutti i ricoveri elettivi, chirurgici e medici, provvedendo a sensibilizzare in maniera adeguata le strutture erogatrici in modo da garantirne l'applicazione.

Le prestazioni individuate dal PNGLA ricomprendono 5 prestazioni erogate prevalentemente in regime di ricovero diurno e 10 in regime in ricovero ordinario.

Per i ricoveri di cui alle tabelle sotto riportate, si deve assicurare l'uso sistematico delle classi di priorità:

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

(1) Qualora la prestazione sia erogata prevalentemente od esclusivamente in regime ambulatoriale, il monitoraggio deve riguardare tale setting assistenziale.

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

(2) Qualora la prestazione venga erogata prevalentemente od esclusivamente in regime di day surgery o one day surgery, il monitoraggio deve riguardare tale setting assistenziale.

4. Indicazioni alle Aziende Sanitarie per la definizione dei Piani aziendali

Il Piano Nazionale, al punto 9 dell'Intesa, ha previsto, a cura del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, l'aggiornamento della precedente Linea Guida, già emanata in vigore del primo Piano nazionale, che definisce la metodologia di valutazione dei Piani regionali per il governo delle liste di attesa (PRGLA) ed individua gli elementi, con i relativi indicatori, per la verifica di coerenza dei Piani regionali con quello nazionale.

Così come è stato in occasione della DGR n. 68 del 20.2.2007, con la quale è stata completata l'emanazione del primo Piano Regionale per il Contenimento dei Tempi d'Attesa, con il presente atto, fermo restando gli indirizzi già formulati nei precedenti paragrafi, viene riproposto lo stesso schema di riferimento per la definizione degli adempimenti aziendali, in piena coerenza con la citata linea guida per la verifica degli adempimenti regionali.

La tabella allegata, riporta i criteri con i relativi indicatori di valutazione, secondo i seguenti raggruppamenti:

- a) **Adozione formale del Piano Regionale sul contenimento dei tempi d'attesa**
- b) **Individuazione dei tempi massimi d'attesa per le prestazioni di cui al punto 3 dell'Intesa**
- c) **Individuazione delle linee generali d'intervento per il contenimento dei tempi d'attesa, degli impegni e previsione di programmi e iniziative per il perseguimento degli obiettivi previsti dal PNGLA**
- d) **Predisposizione di procedure obbligatorie inerenti le attività di ricovero**
- e) **Individuazione degli indirizzi uniformi per la predisposizione di programmi attuativi aziendali e per le attività di monitoraggio degli stessi**
- f) **Attuazione monitoraggi sopra indicati.**

TABELLA - Criteri di valutazione dei PRGLA e dei Piani attuativi aziendali

	INDIRIZZI IN MATERIA DI TEMPI D'ATTESA a beneficio delle Aziende sanitarie, per la definizione dei Piani Aziendali per il Governo delle Liste d'Attesa	INDICATORI DI VALUTAZIONE Nota bene: sub 1) sono indicati quelli utilizzati dal Comitato LEA per la verifica del PRGLA e sub 2) quelli utilizzati dalla Regione per la valutazione degli adempimenti aziendali
A	Adozione formale del Piano Regionale per il governo delle liste d'attesa (PRGLA)	
A1	Atto formale della regione d'adozione del PRGLA. <i>Con il presente Atto, la Regione Puglia emana il secondo Piano Regionale in materia di tempi d'attesa.</i> <u>Adempimenti Aziendali</u> <i>Le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliere, gli IRCCS pubblici e privati e gli Enti Ecclesiastici, ciascuno per quanto di competenza e pertinenza, (da ora in poi "le Aziende Sanitarie" o anche "A.S.") adottano il proprio Piano Aziendale che definisce il programma attuativo per il governo dei tempi d'attesa entro 60 giorni dall'emanazione del presente Atto, in coerenza con quanto definito in ambito regionale.</i>	1) Presenza dell'atto regionale 2) Adozione della Delibera Aziendale entro 60 giorni dall'emanazione del presente atto
A2	Ricognizione degli atti adottati in materia. La DGR n. 1200 del 4.8.2006, a cui si rinvia per consultazione, riporta già la ricognizione degli atti adottati dalla Regione Puglia in materia di governo dei tempi d'attesa dal 2002 sino al giugno del 2006. <i>L'aggiornamento riportato di seguito riguarda, quindi, il periodo dal giugno 2006 sino al presente atto.</i> <u>In ottemperanza al PNCTA per il triennio 2006-2008, sono stati adottati i seguenti atti:</u> Con Deliberazione di Giunta Regionale n. 1200 del 4 agosto 2006 è stato adottato il <i>Piano regionale per il contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008</i> (PRCTA 2006-2008), che recepiva le indicazioni contenute nel <i>Piano nazionale per il contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008</i>, oggetto dell'intesa del 28 marzo 2006, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano (G.U. Serie Generale n. 92 del 20 aprile 2006). Successivamente, con Deliberazione di Giunta Regionale n. 68 del 6 febbraio 2007, il PRCTA 2006-2008 è stato integrato con l'indicazione completa degli indirizzi regionali a carico delle aziende sanitarie, per la definizione dei Piani attuativi per il contenimento dei tempi di attesa. Con tali atti sono stati, tra l'altro, stabiliti: – i tempi massimi per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero	1) Presenza nell'atto regionale 2) Coerenza degli Atti aziendali con le indicazioni normative regionali

da parte delle Aziende Sanitarie da sostanzirsi mediante i Piani Aziendali per il contenimento dei Tempi di Attesa (PACTA) e negli atti attuativi di governo dei tempi d'attesa;

- per quanto riguarda le prestazioni ambulatoriali, la garanzia dei tempi massimi sia per le prestazioni di primo accesso che per quelle inserite in pacchetti da assicurare ai cittadini che necessitano delle prestazioni correlate alle patologie rientranti nell'ambito delle aree individuate dal PNCTA 2006-2008 (Oncologica, Cardiovascolare, Materno-infantile, Geriatrica, Visite specialistiche di maggior impatto);
- i criteri per la regolazione degli accessi secondo criteri di priorità, suddivisi in tre classi con tempi differenziati, in relazione alla gravità del problema: classe A entro 10 giorni per tutte le prestazioni (corrispondente al codice B della ricetta), classe B entro 30 giorni per visite e 60 giorni per la diagnostica (corrispondente al codice D della ricetta), classe C entro 180 giorni per tutte le prestazioni (corrispondente al codice P della ricetta);
- gli indirizzi per la individuazione da parte delle Aziende Sanitarie delle strutture presso le quali garantire le prestazioni entro il tempo massimo stabilito e delle modalità attraverso le quali darne informazione a tutti i soggetti interessati;
- gli indirizzi per garantire, presso tutte le strutture erogatrici, l'accesso alle visite e attività diagnostiche prescritte prioritariamente entro 10 giorni, riservando posti nelle agende relative alle prestazioni per le quali è prevista tale modalità d'accesso ovvero facendo anche ricorso all'overbooking;
- i vincoli da sostanziare in specifiche clausole da prevedersi negli Accordi Contrattuali tra ASL e strutture private accreditate per garantire che l'intera offerta di prestazioni sia gestita attraverso il CUP aziendale.

In materia di riorganizzazione dei CUP, sono stati adottati i seguenti atti:

Con Deliberazione di Giunta Regionale n. 1327 del 19 settembre 2006 è stata approvata la realizzazione del Sistema CUP Regionale, *“in attuazione, tra l'altro, del Piano Regionale per il contenimento dei tempi di attesa”*.

In detto Piano si afferma che *“è indispensabile che venga costituito un CUP sovraaziendale che, tenendo conto delle esigenze dei cittadini, possa indicare, caso per caso, la sede più opportuna per l'esecuzione delle prestazioni richieste nel più breve tempo possibile, soprattutto per garantire l'accessibilità a prestazioni complesse e/o afferenti a discipline ultraspecialistiche non presenti in tutte le Aziende ovvero a quelle erogate da servizi vicini confinanti con i territori delle UU.SS.LL.”*, *“da intendersi [...] come una soluzione di integrazione dei sistemi di prenotazione attuali e futuri”* che *“potrebbe consentire di raggiungere gli obiettivi regionali di facilitare l'accesso alle prestazioni senza imporre nessuna variazione tecnologica e contrattuale alle soluzioni informatiche che ogni azienda sanitaria già utilizza, garantendo l'autonomia gestionale nel governo dell'offerta e della domanda.”*.

Si afferma, ancora, che *“l'adozione del Sistema CUP Regionale consentirà di ottenere numerosi vantaggi, fra i quali assumono particolare rilevanza i seguenti:*

- *favorire la distribuzione della domanda sui punti d'offerta, migliorando la saturazione complessiva e minimizzando la probabilità di lunghe code d'attesa in particolare per le prestazioni ad ampio bacino d'utenza e nelle zone confinanti dei territori dell'AUSL;*
- *abbattere i vincoli territoriali di prenotazione, consentendo di prenotare prestazioni da un qualunque punto, su una qualsiasi struttura;*
- *poter meglio monitorare l'offerta complessiva ambulatoriale, così agevolando chi è preposto alla programmazione sanitaria ed al controllo della spesa.”.*

Con Legge Regionale 12 agosto 2005, n. 11 sono state operate modifiche in materia di definizione degli ambiti territoriali e dei confini amministrativi delle Unità sanitarie locali (USL) della regione facendo coincidere l'ambito territoriale delle amministrazioni locali con i confini dei singoli comuni con particolare riferimento ai territori della provincia di Foggia, di Bari e dei comuni confluiti nella nuova provincia Barletta-Andria-Trani (BAT).

Il Consiglio Regionale ha, inoltre, con l'art. 5 della Legge Regionale 28 dicembre 2006, n. 39 modificato gli ambiti territoriali di tutte le Aziende sanitarie locali, con decorrenza dal 1.1.2007, istituendo le ASL provinciali.

In data 30 marzo 2007 è stato approvato il Regolamento Regionale n. 9 recante “*Disposizioni regolamentari ed attuative per l'applicazione dell'art. 5 (Modifica ambiti territoriali delle AUSL) del Titolo II della Legge regionale 28 dicembre 2006, n. 39*” che ha delineato il percorso organizzativo, amministrativo, tecnologico, contrattuale e gestionale conseguente alla modifica degli ambiti territoriali ed alla creazione delle ASL provinciali.

Con Deliberazione della Giunta Regionale n. 2005 del 22 dicembre 2006 è stato approvato il *Piano per la Sanità Elettronica della Regione Puglia* che ha definito gli elementi di programmazione regionale in materia di sviluppo della società dell'informazione in ambito sanitario stabilendo le iniziative e progetti a prerogativa regionale e quelli di competenza delle Aziende Sanitarie ed Istituti pubblici del Servizio Sanitario Regionale al fine di realizzare un modello unico, coerente e compatibile di Sanità Elettronica nell'ambito della Puglia.

Questi eventi, e le loro molteplici implicazioni, hanno determinato uno scenario profondamente mutato in ragione del quale con Deliberazione n. 1785 del 31 ottobre 2007, la Giunta Regionale ha stabilito di procedere alla revisione del progetto del Sistema CUP Regionale, che nel frattempo era stato predisposto.

La Giunta Regionale, con successiva Deliberazione n. 1079 del 25 giugno 2008, ha confermato la necessità di procedere alla revisione del progetto, per la realizzazione del “*Sistema regionale di monitoraggio dell'accesso alle prestazioni sanitarie e dei tempi di attesa (SovraCUP)*”, ed ha contestualmente disposto “*la predisposizione di un documento di indirizzo strettamente collegato con il progetto di "Sistema regionale di monitoraggio dell'accesso alle prestazioni sanitarie e dei tempi di attesa" e contenente le linee guida e gli standard per la realizzazione e la gestione dei sistemi aziendali di prenotazione ed accesso alle prestazioni sanitarie in linea con il "Piano regionale per il contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008" con l'obiettivo di giungere ad una migliore ed uniforme organizzazione e gestione dei servizi e dei sistemi deputati alla prenotazione delle prestazioni sanitarie, delle agende delle*

prestazioni, delle conseguenti liste di attesa.”.

La Giunta Regionale, con Deliberazione n. 1502 del 4 agosto 2009, ha stabilito che *“a seguito dell’approvazione in sede di Conferenza Stato-Regioni delle linee guida nazionali, si procederà a definire la coerente regolamentazione regionale relativa alla realizzazione e/o l’evoluzione dei Sistemi di prenotazione ed accesso alle prestazioni sanitarie (CUP) e dei sistemi di informazione di livello aziendale.”.*

Con Deliberazione n. 1953 del 20 ottobre 2009 la Giunta Regionale ha approvato la realizzazione del *“Sistema regionale di monitoraggio dell’accesso alle prestazioni sanitarie e dei tempi di attesa”* incaricando, ai sensi della D.G.R. n. 751/2009, la società *“in house”* InnovaPuglia S.p.a. *“della attività di realizzazione dello studio di fattibilità, redazione della documentazione di gara ed espletamento della stessa, monitoraggio del contratto, assistenza consulenziale ed ospitalità delle attrezzature relative al progetto”* ed ha stabilito *“di rimandare a successivo provvedimento l’adozione delle linee guida regionali per la realizzazione e/o l’evoluzione di Sistemi CUP e dei sistemi di informazione di livello aziendale in coerenza con le linee guida nazionali che saranno, a breve, approvate.”.*

Con il medesimo provvedimento la Giunta Regionale ha rimodulato le schede progettuali destinando un importo complessivo di 12.299.521,00 euro di cui alle schede 1/AP1/05 (D.G.R. n. 369 del 24.03.2006) e 1/AP6/07 (D.G.R. n. 2286 e 2287 del 29.12.2007) *“per sostenere il progetto di sistema informativo regionale di Monitoraggio dell’accesso alle prestazioni sanitarie e dei tempi di attesa (sistema e-CUP Puglia), per le integrazioni, per gli interventi di cooperazione applicativa con i Sistemi informativi di Sanità Elettronica e per la loro evoluzione [...]”*, rimandando a successivo provvedimento *“l’approvazione del progetto definitivo e del relativo quadro economico del Sistema informativo regionale di monitoraggio dell’accesso alle prestazioni sanitarie e dei tempi di attesa (sistema e-CUP Puglia).”*

Il 27 ottobre 2009 è stato approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il documento *“Sistema CUP – Linee Guida nazionali”*, contenente le linee guida di riferimento nazionali, per la realizzazione e/o l’evoluzione di Sistemi CUP sia di livello aziendale sia di livello sovraziendale quale esito del lavoro avviato con il progetto Mattoni del Servizio Sanitario Nazionale *“Tempi di Attesa”* cui la Regione Puglia ha fattivamente partecipato.

Va anche ricordato che:

- il Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2009-2011, all’epoca anch’esso all’esame della Conferenza Stato-Regioni ed in via di definizione come Atto d’Intesa, prevede che le Regioni adottino piani attuativi che garantiscano, fra l’altro:
 - il governo della domanda di prestazioni, anche attraverso l’uso delle classi di priorità;
 - l’uso diffuso del sistema CUP, al fine di interfacciare in modo ottimale il complesso dell’offerta con quello della domanda, e per supportare la gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici;
 - attività di verifica e controllo delle liste e dei tempi di attesa per le prestazioni erogate in libera professione al fine di garantire l’equilibrato

	rapporto con quelle rese istituzionalmente. • l'<i>Intesa sul Patto per la Salute 2010-2012</i> del 3 dicembre 2009, prevede, all'art. 19, che le Regioni individuino <i>“adequati strumenti di governo della domanda tramite accordi tra Regioni confinanti per disciplinare la mobilità sanitaria”</i> • il <i>Piano di e-Government 2012</i> comprende il progetto <i>“Rete di centri di prenotazione”</i>, che ha l'obiettivo di <i>“realizzare un sistema articolato a rete di centri unici di prenotazione (CUP) che consentano ai cittadini di prenotare le prestazioni SSN su tutto il territorio nazionale.”</i>. Con la Deliberazione n. 710 del 15 marzo 2010 la Giunta Regionale ha approvato, ai sensi della D.G.R. n. 751/2009, la scheda delle attività che la società <i>in house</i> Innova Puglia s.p.a. deve assicurare per la realizzazione del scheda <i>“Sistema Regionale di Monitoraggio dell'Accesso alle Prestazioni Sanitarie e dei tempi di attesa (e-CUP Puglia)”</i> e che prevede la predisposizione dello studio di fattibilità, la redazione della documentazione di gara e l'espletamento della stessa nonché il monitoraggio del contratto e le attività di assistenza e supporto alla Regione. Si pone in evidenza che in data 2 marzo 2010 si è svolto un incontro, convocato dal TSE Puglia con nota prot. n.AOO/081/893/Coord, con tutti i referenti dei Servizi CUP ed i Referenti dei Sistemi Informativi delle Aziende Sanitarie, Istituti ed Enti del Servizio Sanitario Regionale. Tale incontro ha permesso: – di effettuare un aggiornamento della situazione organizzativa, funzionale e tecnica dei servizi di prenotazione ed accesso alle prestazioni sanitarie nonché dei relativi sistemi informativi; – di condividere i contenuti del documento <i>“Sistema CUP – Linee Guida nazionali”</i> al fine di verificare l'effettiva applicabilità nell'ambito delle realtà regionali e di individuare gli elementi peculiari e caratterizzanti un modello organizzativo, tecnico e funzionale univoco su base regionale; – di valorizzare le positive esperienze sin qui realizzate nelle Aziende ed Istituti del SSR; – di condividere il percorso per realizzare una rete regionale dei sistemi e dei servizi di prenotazione ed accesso alle prestazioni sanitarie grazie anche all'iniziativa e-CUP Puglia. Sulla scorta degli esiti di tale incontro nonché dell'esperienza maturata dalla interazione tra A.Re.S. Puglia, Assessorato alle Politiche della Salute, TSE Puglia e referenti delle Aziende Sanitarie ed Istituti del S.S.R. è stato elaborato un documento denominato <i>“Standard di organizzazione e funzionamento dei sistemi e dei servizi di prenotazione ed accesso alle prestazioni sanitarie della Regione Puglia”</i> contenente le linee guida specifiche utili ad uniformare i modelli ed elevare ulteriormente la qualità dei servizi offerti ai cittadini con l'obiettivo di potenziare gli strumenti diffusi per il governo dei tempi e delle liste di attesa. Tutto ciò premesso, con DGR n. 854 del 23 marzo 2010 è stato recepito il documento denominato <i>“Sistema CUP – Linee Guida nazionali”</i>, in data precedente alla sua approvazione come Intesa Stato-Regioni, al fine di fornire gli elementi di indirizzo sui sistemi di prenotazione aziendali, per applicare regole omogenee nell'organizzazione e nell'implementazione del servizio e dei relativi sistemi informativi di supporto, in modo da facilitare il percorso per la realizzazione del <i>“Sistema regionale di monitoraggio dell'accesso alle</i>	
--	--	--

<i>prestazioni sanitarie e dei tempi di attesa</i>". Con tale DGR si è stabilito: 1) di approvare il documento denominato <i>"Standard di organizzazione e funzionamento dei sistemi e dei servizi di prenotazione ed accesso alle prestazioni sanitarie – Linee di indirizzo regionali"</i>; 2) di costituire un Coordinamento regionale per l'attuazione e l'evoluzione nel tempo, a livello regionale ed aziendale delle linee guida nazionali e regionali in materia di sistemi e servizio di prenotazione ed accesso alle prestazioni sanitarie nonché in materia di governo dei tempi e delle liste di attesa; 3) di stabilire che le Aziende, gli Enti e gli Istituti del Servizio Sanitario Regionale debbano recepire formalmente i contenuti del presente provvedimento e porre in essere le azioni conseguenti; 4) di stabilire che con successivo provvedimento, a seguito dell'approvazione da parte della Conferenza Stato-Regioni del <i>Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2009-2011</i> sarà predisposto il <i>Piano Regionale di governo delle liste di attesa</i>. <u>In materia di governo delle liste d'attesa, di promozione dell'appropriatezza delle prestazioni, di organizzazione dell'offerta e di Accordi contrattuali, nonché in materia di informazione e comunicazione sono stati adottati i seguenti atti:</u> Con Deliberazione 4/8/2009, n.1494 la Giunta regionale ha ridefinito i criteri per le Aziende Sanitarie Locali per la stipula degli accordi contrattuali ex art. 8 quinquies del D.Lgs n. 502/92 e s.m.i. come modificato dalla Legge n. 133/2008 per l'anno 2009, di cui all'Allegato 1 al citato provvedimento. Con Deliberazioni 28/12/2009, n.2671 e n.2672 la Giunta regionale ha confermato anche per l'anno 2010 i criteri stabiliti con DGR n.1494/2009 e, in considerazione della specificità e, per alcune, della numerosità delle prestazioni erogate dalle strutture nella specialistica ambulatoriale, ha proceduto ad approvare modalità e griglie utili per l'applicazione dei criteri previsti dalla DGR n.1494/2009 al fine di riscontrare unitarietà e conformità da parte delle Aziende Sanitarie Locali su tutto il territorio regionale nella definizione degli Accordi Contrattuali con le strutture private accreditate. Con tali provvedimenti la G.R. ha, altresì, confermato per l'anno 2009, il tetto di spesa stabilito per l'anno 2008 dalla l.r. n. 40/2007 e dal DIF 2008 (DGR. n. 95/2008) senza decurtazione del 2% per le prestazioni di specialistica e per le prestazioni di riabilitazione ex art. 26 legge n. 833/79. Con Deliberazione 15/3/2010, n.728 la Giunta Regionale ha confermato per l'anno 2009 il tetto di spesa stabilito per l'anno 2008 dalla l.r. n. 40/2007 e dal DIF 2008 (DGR. n. 95/2008) senza la decurtazione del 2%, per le prestazioni erogate dalle Case di Cura private accreditate. Con Deliberazione 25/6/2010, n.1500 la Giunta Regionale ha specificato che il <i>"tetto di spesa 2008 confermato per l'anno 2009"</i> per le prestazioni di specialistica di cui alla succitata deliberazione, n. 2671/2010 deve intendersi come <i>"fondo aziendale di branca per l'anno 2008 confermato per l'anno 2009... decurtato del 2%"</i> e non già come <i>"tetto di spesa assegnato al singolo erogatore"</i> ed ha altresì modificato a seguito degli incontri con le Organizzazioni rappresentative di categoria, le modalità e le griglie della succitata deliberazione.	
---	--

Con le Deliberazioni sopra richiamate la Giunta Regionale ha, quindi, stabilito i tetti annuali regionali per gli anni 2009 e 2010 per le diverse tipologie di prestazioni erogabili da parte delle strutture sanitarie private accreditate, previa stipulazione di Accordi Contrattuali con le ASL provinciali, prevedendo l'applicazione dei criteri di regressione (di cui all'articolo 17, commi 2 e 3, della legge regionale 4 agosto 2004, n. 14 e agli articoli 16, comma 1, lettera c), e 18, comma 2, della legge regionale 9 agosto 2006, n. 26) per la remunerazione delle prestazioni erogate dalle strutture al di fuori dei tetti contrattualmente stabiliti. Va posto in evidenza che le linee guida regionali: 1) hanno espressamente indicato che ciascuna ASL deve procedere alla determinazione del fabbisogno di prestazioni in considerazione delle liste di attesa rilevate nel proprio territorio, con particolare attenzione all'appropriatezza dei ricoveri e all'appropriatezza delle prescrizioni; 2) hanno stabilito che per l'assegnazione del tetto di spesa per ciascuna struttura ciascuna ASL deve, tra l'altro, assicurare: a) il conferimento delle agende di prenotazione contenenti le prestazioni contrattualizzate al CUP aziendale mediante integrazione tra i sistemi informativi ovvero con altra modalità individuata d'intesa con gli erogatori, che assicuri trasparenza ed immediata disponibilità alle operazioni di prenotazione ed accesso alle prestazioni nell'ambito del Sistema CUP ASL; b) la trasparenza nelle modalità di prenotazione e di accesso alle prestazioni, oggettivamente rilevate attraverso indagini delle ASL, e, più generalmente, la correttezza dei rapporti con l'utenza rilevata attraverso la raccolta delle segnalazioni pervenute agli URP aziendali. Come precedentemente citato, con Deliberazione 23/3/2010, n.854 la Giunta Regionale ha recepito il documento denominato "Sistema CUP – Linee Guida nazionali" al fine di fornire alle Aziende Sanitarie gli elementi di indirizzo sui sistemi di prenotazione aziendali per favorire l'applicazione di regole omogenee nell'organizzazione e nell'implementazione del servizio e dei relativi sistemi informativi di supporto ed ha approvato le Linee di indirizzo regionali contenenti gli "Standard di organizzazione e funzionamento dei sistemi e dei servizi di prenotazione ed accesso alle prestazioni sanitarie" al fine di omogeneizzare e potenziare in tutte le Aziende Sanitarie di Puglia l'organizzazione ed il funzionamento dei servizi e dei sistemi addetti alla prenotazione ed all'accesso alle prestazioni sanitarie da parte dei cittadini. Va posto in evidenza che tale provvedimento prevede che le Aziende Sanitarie assicurino una idonea organizzazione ed un sistema CUP aziendale al fine di garantire, tra l'altro, la gestione centralizzata delle agende di prenotazione (ivi comprese funzionalità per l'individuazione delle strutture che devono garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni indicate nei Piani di governo dei tempi d'attesa regionale ed aziendale), la gestione delle agende delle strutture private accreditate (in relazione agli accordi contrattuali sottoscritti a livello aziendale), la gestione delle agende dell'attività libero professionale intramoenia (ALPI), la gestione delle prenotazioni prevedendo in particolare la gestione delle urgenze differibili, delle priorità di accesso, dei percorsi diagnostico – terapeutici, il rispetto dei tempi massimi di attesa previsti e del bacino territoriale di riferimento, la gestione dell'overbooking.	
---	--

L'art.3 della Legge Regionale 24/9/2010, n.12 "Piano di rientro 2010-2012. Adempimenti" ha previsto che, in attuazione dell'articolo 8 quinquies, comma 2, lettera e-bis), e del comma 2-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, negli accordi contrattuali stipulati con gli erogatori privati, provvisoriamente e/o istituzionalmente accreditati, deve essere garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture in base al tetto di spesa e ai volumi di attività predeterminati annualmente e conseguentemente ha introdotto il divieto di erogazione e relativa remunerazione con oneri a carico del Servizio sanitario regionale di prestazioni sanitarie effettuate al di fuori dei tetti di spesa massimi.

Tale intervento normativo è stato espressamente richiesto dal Governo centrale nell'ambito delle prescrizioni formalizzate dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, dal Ministero della Salute e dal Ministero per gli Affari Regionali e vincolanti per la sottoscrizione dell'Accordo per l'approvazione del Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311.

Quanto previsto dall'art.3 della L.R. n.12/2010 ha determinato l'impossibilità per le Aziende Sanitarie Locali di riconoscere agli erogatori privati accreditati le prestazioni erogate ai cittadini oltre il tetto di spesa annuale e/o oltre i volumi di attività predeterminati annualmente nell'ambito degli Accordi Contrattuali e, di conseguenza, ha prodotto un immediato peggioramento dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni da parte dei cittadini anche per prestazioni già prenotate, per prestazioni urgenti e per prestazioni previste in classi di priorità.

Si è posta, pertanto, l'esigenza urgente ed indifferibile di adottare misure straordinarie per assicurare ai cittadini pugliesi l'accesso alle prestazioni sanitarie secondo criteri di priorità, urgenza e necessità, pur nel rispetto delle limitazioni imposte dalla citata L.R. n.12/2010 relativa agli adempimenti correlati al Piano di rientro 2010-2012.

A tal fine è stata acquisita una proposta tecnica formulata dall'AReS in conformità con quanto indicato in precedenza, recepita dalla Giunta Regionale con la Delibera n. 2268 del 26/10 2010 che all'Allegato A conteneva "Disposizioni urgenti in materia di garanzia dei tempi d'attesa per prestazioni critiche per il quarto trimestre 2010", con cui si è previsto:

- 1) di disporre che le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliero-Universitarie, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico garantiscano l'erogazione delle prestazioni urgenti differibili (codice U della ricetta prescrizione), da erogare nell'ambito dell'attività ambulatoriale istituzionale, entro le 72 ore dalla richiesta così come prescritto dall'art. 1 comma 4 lett. d) della legge 3 agosto 2007 n. 120;
- 2) di stabilire che, data l'urgenza, le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliero-Universitarie, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e le strutture private accreditate del Servizio Sanitario Regionale provvedano alla immediata riclassificazione delle agende di prenotazione delle prestazioni da erogare ai cittadini osservando in modo puntuale le disposizioni approvate con il provvedimento;
- 3) di stabilire che le Aziende Sanitarie Locali devono garantire che l'offerta di prestazioni erogate dalle strutture private accreditate sia gestita tassativamente ed inderogabilmente attraverso il sistema CUP ASL e di stabilire che tale requisito risulti vincolante, ai sensi della D.G.R. n.1494/2009 e s.m.i., per la

	sottoscrizione degli Accordi Contrattuali e per la liquidazione delle prestazioni erogate dalle strutture private che, in ogni caso, devono risultare prenotate dal sistema CUP ASL; 4) di stabilire che le prescrizioni di prestazioni ambulatoriali di primo accesso devono tassativamente ed esplicitamente indicare il sospetto diagnostico ovvero la condizione per la quale viene richiesta la garanzia di accesso, relativamente alle patologie oncologiche, cardiovascolari, materno infantile e geriatrica appartenenti alle aree già individuate con la Deliberazione di Giunta Regionale n.68/2007; 5) di stabilire che le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliero-Universitarie, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici del SSR provvedano a porre in essere ogni intervento di miglioramento organizzativo, nell'ambito di quanto previsto dalle norme, disposizioni, direttive, linee guida nazionali e regionali, volto ad incrementare immediatamente la disponibilità e l'offerta di prestazioni prenotabili ed erogabili ai cittadini con particolare riferimento alle patologie oncologiche, cardiovascolari, materno infantile e geriatrica appartenenti alle aree già individuate con la Deliberazione di Giunta Regionale n.68/2007; 6) di stabilire che le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliero-Universitarie, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici e le strutture private accreditate del Servizio Sanitario Regionale devono assicurare il potenziamento dei servizi e dei sistemi, anche automatici, di recall delle prestazioni prenotate; 7) di stabilire che le Aziende Sanitarie Locali rispettino le procedure operative ed adeguino i sistemi informativi aziendali (in particolare di gestione dei CUP) per la valorizzazione obbligatoria dei campi previsti nei flussi ex art. 50 D.L.269/2003, convertito in legge con modificazioni dalla L. n. 326/2003, per il monitoraggio dei tempi di attesa come da circolare dell'Area Politiche per la Promozione della Salute, delle Persone e delle Pari Opportunità – Servizio PGS prot.AOO_081/4317/PGS2 del 01/10/2010 e che provvedano a diramare la suddetta circolare alle strutture private accreditate e di verificarne l'applicazione; 8) di stabilire che le Aziende Ospedaliero-Universitarie, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici e privati e gli Enti Ecclesiastici del SSR adeguino le proprie procedure operative ed i sistemi informativi aziendali (in particolare di gestione dei CUP) per la valorizzazione obbligatoria dei campi previsti nei flussi ex art. 50 D.L.269/2003, convertito in legge con modificazioni dalla L.n. 326/2003, secondo le ulteriori disposizioni operative che saranno fornite dal competente Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria; 9) di stabilire che, ai sensi dell'art. 3 comma 15 del D. lgs 124 del 29/04/1998 ed al fine di ridurre i tempi di attesa, per le nuove prenotazioni non disdette almeno 48 ore prima della data fissata dai cittadini mediante i diversi canali di comunicazione verso il sistemi CUP aziendali si dovrà applicare una penale equivalente al ticket previsto per quella prestazione; 10) di stabilire che le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliero-Universitarie, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e le strutture private accreditate, i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta del Servizio Sanitario Regionale forniscano mediante idonee e tempestive forme di comunicazione, anche coinvolgendo le associazioni di	
--	--	--

	rappresentanza e tutela dei cittadini, le organizzazioni sindacali, tutte le informazioni necessarie circa i contenuti del presente provvedimento ed i suoi effetti; 11) di stabilire che l'Assessorato alle Politiche della Salute e l'AReS congiuntamente al Servizio Comunicazione Istituzionale, all'Ufficio Stampa della Regione Puglia ed al Call Center Informativo Regionale Sanitario assicurino idonee forme di comunicazione ai cittadini; 12) di stabilire che il Coordinamento regionale di cui alla D.G.R. n.854/2010, da insediarsi entro 10 giorni, effettui la verifica ed il monitoraggio dell'attuazione delle disposizioni di cui al presente provvedimento nonché circa il rispetto delle linee guida e degli standard di cui alla D.G.R. n.854/2010 segnalando le eventuali difformità affinché siano assunte le determinazioni conseguenti. L'Allegato A alla DGR n.2268/2010, al fine di assicurare ai cittadini l'accesso in via prioritaria ed eventualmente esclusiva alle prestazioni relative alle patologie oncologiche, cardiovascolari, materno infantile e geriatrica appartenenti alle aree già individuate con la Deliberazione di Giunta Regionale n.68/2007, ha disposto che le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliere – Universitarie, gli I.R.C.C.S. e le strutture private accreditate con il Servizio Sanitario della Regione Puglia, per le rispettive competenze e per quanto di pertinenza, devono procedere come segue: 1) riclassificare immediatamente, per le branche su cui impattano le prestazioni relative alle patologie oncologiche, cardiovascolari, materno infantile e geriatrica da assicurare entro tempi massimi, tutte le agende di prenotazione per assicurare che l'erogazione delle prestazioni avvenga tassativamente entro i tempi fissati rinviando le prestazioni non prioritarie a partire dall'1/1/2011: a. per le agende di prestazioni "miste" (prestazioni in tabella e non) di specialisti impattati dalle prestazioni previste nella tabella occorre sospendere le prenotazioni sino al 31.12.2010 delle prestazioni non prioritarie e riservare tutta la potenzialità erogativa alle prestazioni prioritarie di cui alla tabella; b. per le agende di prestazioni "non in tabella" di specialisti impattati dalle prestazioni previste nella tabella occorre sospendere le prenotazioni sino al 31.12.2010 di queste agende e re-indirizzare tutta la potenzialità erogativa (in termini di risorse temporali ed umane) sulle agende di prestazioni prioritarie di cui alla tabella; c. per le agende di specialisti impattati da tutte le discipline previste in tabella e con agenda già satura fino al 31.12.2010 si deve prevedere l'overbooking; 2) assicurare che i cittadini forniscano sempre i dati prelevati dalla Tessera Sanitaria all'atto della prenotazione e/o della eventuale disdetta; 3) assicurare che, da parte delle strutture private accreditate, l'erogazione delle prestazioni debba avvenire nell'ambito della compatibilità economica e dei budget ancora disponibili per l'anno 2010 per le attività ambulatoriali e di ricovero per acuti in regime di accreditamento e di accordo contrattuale, relative, in via prioritaria ed eventualmente esclusiva, alle patologie oncologiche, cardiovascolari, materno infantile e geriatrica, di cui alla sotto riportata tabella;	
--	--	--

4) garantire che tutta l'offerta di prestazioni erogate sia gestita unicamente attraverso il sistema CUP aziendale e che, per le ASL, tale sistema debba gestire tassativamente ed inderogabilmente l'offerta delle strutture private accreditate, di cui ai rispettivi Accordi Contrattuali; in assenza, le ASL non possono dar luogo alle liquidazioni delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie private accreditate; 5) dare indicazioni ai soggetti interessati affinché le prescrizioni di prestazioni ambulatoriali indichino tassativamente ed esplicitamente il sospetto diagnostico ovvero la condizione per la quale viene richiesta la garanzia del diritto prioritario, relativamente alle patologie oncologiche, cardiovascolari, materno infantile e geriatrica, di cui alla sotto riportata tabella; a tal fine, i prescrittori segnalano la prestazione inserendo il codice "G" nel campo 16 della ricetta prescrizione come indicato dalla DGR n.68/2007; le richieste che non contengono l'indicazione della lettera "U" o del codice "G" saranno considerate non prioritarie; 6) assicurare la gestione delle disdette di prenotazione che devono essere comunicate dai cittadini almeno 48 ore prima della data fissata ed essere immediatamente rese disponibili per altre persone; in caso di annullamento entro i termini, deve essere comunicato al cittadino il numero di disdetta che deve essere conservato dai cittadini per almeno 6 mesi, a garanzia del cittadino rispetto ad eventuali ingiustificate riverse; 7) garantire forme facilitate ed accessibili dai cittadini (sportello, call center, e-mail, servizi web, sms, ecc.) per effettuare le disdette di prenotazione; 8) potenziare i servizi ed i sistemi anche automatici di recall delle prestazioni prenotate; 9) nei casi di mancata disdetta entro le 48 ore, richiedere ai cittadini, anche in possesso di esenzione, il pagamento di una penale equivalente al ticket previsto per quella prestazione; 10) rispettare le procedure operative ed adeguare i sistemi informativi aziendali (in particolare di gestione dei CUP) per la valorizzazione obbligatoria dei campi previsti dal MEF per il monitoraggio dei tempi di attesa come da circolare del Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria prot.AOO_081/4317/PGS2 del 01/10/2010 diramata alle Aziende Sanitarie Locali, e per il tramite di quest'ultime alle strutture private accreditate, e secondo le ulteriori disposizioni operative che saranno fornite dal competente Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria alle Aziende Ospedaliero-Universitarie, agli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici e privati ed agli Enti Ecclesiastici del SSR. Sono state, altresì, confermate le disposizioni previste dall'art. 1 comma 4 lett. d) della legge 3 agosto 2007 n. 120 relativamente alla garanzia dell'erogazione delle prestazioni urgenti differibili (codice U della ricetta prescrizione) da erogare, entro le 72 ore dalla richiesta, nell'ambito dell'attività ambulatoriale istituzionale delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliero-Universitarie e degli I.R.C.C.S.. Va, peraltro, evidenziato che con nota AOO_081/4317/PGS2 del 01/10/2010 il Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria ha fornito indicazioni alle Aziende Sanitarie Locali per la valorizzazione dei campi "Tipo di Accesso", "Garanzia dei Tempi Massimi" e "Classe di Priorità", necessari per il monitoraggio dei tempi di	
---	--

attesa, previsti nel flusso ex art.50 D.L.269/2003, convertito in legge con modificazioni dalla L.n. 326/2003, e dal Decreto Ministeriale del 18/03/2010 del Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Con la nota AOO_081/337/PGS2 del 24/01/2011, l'Ufficio 2 – Sistemi Informativi e Flussi Informativi del Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria ha trasmesso alle Aziende Sanitarie Locali le Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi d'attesa, come da Accordo Stato-Regioni sul PNGLA stipulato il 28.10.2010, notificato dal Ministero della Salute con nota DGPROG 0042754-P-30/12/2010. A tale invio, ha fatto seguito la nota AOO_081/504/PGS2 del 03/02/2011, sempre a cura dell'Ufficio 2 – Sistemi Informativi e Flussi Informativi del Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria, con la quale sono state emanate specifiche indicazioni per quanto riguarda la codifica delle strutture eroganti le prestazioni da monitorare.

Nel periodo successivo all'adozione della DGR 2268/2010 si sono svolti periodici incontri sia del Coordinamento regionale di cui alla D.G.R. n.854/2010 sia della Rete dei referenti aziendali per:

- Chiarire eventuali dubbi o difficoltà applicative della DGR 2268/2010
- Verifica della scheda CUP, già inviata alle AS in relazione alla DGR 854/2010, anche in considerazione della attuazione delle indicazioni operative previste per l'ALPI e delle specifiche previste dalla DGR 1494/2009 (vedi anche punto successivo).
- Gestione dei CUP nella fase transitoria (DGR 2268/2010) ed a regime (inclusione delle agende dei soggetti accreditati ex DGR 1494/2009), anche alla luce dell'accesso per priorità (quote da destinare a ciascuna fascia temporale).
- Definizione di una metodologia/procedura per il monitoraggio della spesa in rapporto agli accordi contrattuali (tracciato record che includa spesa e tipologia di prestazioni erogate).
- Approfondimento circa la questione del monitoraggio della spesa per i laboratori di analisi per i quali gli utenti, storicamente, hanno avuto accesso libero.
- Diverse tipologie di monitoraggio previste dal PNGTA (previsione dei tracciati record) e modalità di pubblicizzazione dei dati
- Allineamento dei flussi rispetto ai punti precedenti (incluso il problema delle strutture individuate dalle ASL per la garanzia dei TA)

Inoltre, si segnala la formulazione, a cura dell'ARes, di un documento di proposta diffuso ai soggetti interessati dell'Assessorato e delle Aziende sanitarie, per la definizione del presente Piano regionale, con l'obiettivo di superare l'impostazione del precedente Piano, che era basato sulla garanzia di Tmax per aree patologiche, ed avviare l'adeguamento al nuovo, che prevede l'uso sistematico delle priorità per l'accesso alle prestazioni secondo tempi d'attesa differenziati, congrui con le problematiche cliniche degli utenti a prescindere dall'area patologica di appartenenza.

In materia di comunicazione ed informazione ai cittadini in sanità, la Giunta Regionale con D.G.R.1101 del 16.5.2011 stabilisce che tutte le Aziende ed Istituti pubblici del SSR sono tenuti all'attuazione di quanto previsto dai documenti *“Linee Guida per i siti web delle Aziende ed Istituti Pubblici del Servizio Sanitario Regionale e per l'utilizzo della posta elettronica certificata”*, allegato

sub A) e “Linee guida attuative del Sistema Integrato di Comunicazione e Informazione in Sanità”, allegato sub B) che costituiscono parte integrante e sostanziale della delibera e che tale attuazione rappresenta obbligo informativo ai sensi dell’art.39 della L.R. n.4/2010 ed obiettivo posto a carico dei Direttori Generali delle Aziende ed Istituti pubblici del SSR.

In particolare l’allegato sub A alla delibera: “**Linee Guida per i siti web delle Aziende ed Istituti Pubblici del Servizio Sanitario Regionale e per l’utilizzo della posta elettronica certificata**” definisce le linee di indirizzo per la razionalizzazione, la riduzione dei siti web delle Aziende ed Istituti pubblici del Servizio Sanitario Regionale (SSR) in coerenza con quanto previsto dalla Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione e l’Innovazione n.8 del 26.11.2009 e dalle Linee Guida per i siti web della PA del 26.07.2010 previste dall’art.4 della medesima Direttiva.

Il percorso è volto alla riduzione e progressivo assorbimento dei siti web delle Aziende Sanitarie ed Istituti pubblici del SSR da parte del Portale Regionale della Salute di cui alla DGR. n.2005/2006 ed alla DGR. n.1079/2008.

A tal fine viene indicato che “Il Portale Regionale della Salute implementa specifiche e separate sezioni destinate ad ospitare servizi e comunicazioni istituzionali di ciascuna Azienda ed Istituto pubblico del Servizio Sanitario Regionale. **Tali sezioni sono finalizzate a far convergere su un’unica piattaforma i contenuti, le informazioni, i servizi e la comunicazione istituzionale da parte del Servizio Sanitario Regionale al fine, anche, di mantenere una coerenza complessiva, una omogeneità generale nella comunicazione ed offerta di servizi ai cittadini.**

Il processo di razionalizzazione e ottimizzazione dei siti web della PA introdotto dalle già citate Linee Guida nazionali deve essere raccolto nell’ottica della razionalizzazione dei costi complessivi a carico delle Aziende ed Istituti pubblici del SSR (es. gestione e manutenzione di più siti istituzionali e dei relativi servizi, ecc..), del potenziamento e della qualificazione della comunicazione istituzionale e dei servizi *on line* offerti ai cittadini nonché della valorizzazione del ruolo dei responsabili della comunicazione e della pubblicazione dei contenuti come previsto dalla Legge n.150/2000. Il mantenimento dei siti web istituzionali distinti e separati da parte di ciascuna Azienda Sanitaria ed Istituto pubblico del SSR deve, quindi, essere adeguatamente motivato sia sotto il profilo economico che da oggettive ragioni di tipo tecnico-organizzativo e deve considerarsi un’eccezione. In tal caso, ciascuna Amministrazione deve comunque assicurare la non sovrapposizione e ridondanza di contenuti e di servizi presenti sul sito istituzionale rispetto a quelli previsti dal progetto di Portale Regionale della Salute”.

L’allegato sub B) “Linee guida del Sistema Integrato di Comunicazione ed Informazione in Sanità” definisce ruoli, funzioni e responsabilità delle commissioni individuate nel documento di indirizzo sul Sistema Integrato di Comunicazione e Informazione in Sanità, approvato con Delibera di Giunta Regionale 25 giugno 2008, n.1079, con riferimento sia a livello regionale sia a quello aziendale, nonché le modalità di interazione tra gli stessi.

Adempimenti Aziendali

Le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliere, gli IRCCS pubblici e privati e gli Enti Ecclesiastici, ciascuno per quanto di competenza e pertinenza, nella definizione del proprio piano attuativo, tengono conto della normativa prodotta dalla Regione per il governo delle liste d’attesa, per l’organizzazione

	<i>del Sistema CUP e per la comunicazione ed informazione ai cittadini.</i>	
B	Individuazione dei tempi massimi d'attesa per le prestazioni di cui al punto 3 dell' Intesa	
B1	Elenco delle prestazioni Le prestazioni ambulatoriali e quelle di ricovero sono quelle individuate nei paragrafi 3.1 e 3.2 del PNGLA e riportate nei paragrafi 3.1 e 3.2 del presente Atto.	1) Presenza nel PRGLA 2) Recepimento nel piano attuativo aziendale dell'elenco delle prestazioni
B2	Tempi massimi d'attesa fissati per le singole prestazioni I tempi massimi di attesa per le prestazioni di cui al precedente elenco, definiti per ciascuna delle classi di priorità previste sia per le prestazioni ambulatoriali e per le attività di ricovero, sono indicati nei paragrafi 3.1 e 3.2 del presente Atto e devono essere garantiti al 90% degli utenti. <u>Adempimenti Aziendali</u> <i>Le Aziende Sanitarie Locali recepiscono l'elenco delle prestazioni di cui all'elenco precedente e garantiscono il rispetto dei tempi massimi individuati per ciascuna classe di priorità, ad almeno il 90% degli utenti ai quali la prestazione dell'elenco viene prescritta.</i>	1) Presenza nel PRGLA 2) Recepimento nel piano attuativo aziendale dei tempi massimi per l'elenco delle prestazioni
C	Individuazione delle linee generali di intervento per il contenimento dei tempi d'attesa, degli impegni e previsione di programmi e iniziative per il perseguimento degli obiettivi previsti dal PNGLA	
C1	Promozione dell'appropriatezza della domanda Un aspetto decisivo per la riduzione delle liste e dei tempi d'attesa è legato alla capacità di gestire la domanda di prestazioni , attraverso il ricorso appropriato ai servizi diagnostici e terapeutici. Tale obiettivo può essere conseguito attraverso una strategia articolata, di cui gli strumenti prioritari sono rappresentati da: • utilizzo sistematico delle priorità d'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero incluse nell'elenco di cui ai precedenti paragrafi 3.1 e 3.2; • criteri ed interventi operativi/formativi per la verifica dell'appropriatezza delle prescrizioni e per la razionalizzazione della domanda; • criteri ed interventi operativi/formativi per il coinvolgimento e la sensibilizzazione dei medici di Medicina Generale e degli Specialisti Ospedalieri e Territoriali all'adozione di Linee guida e Protocolli diagnostici basati su evidenza di efficienza ed efficacia. Le Aziende sanitarie devono procedere ad un'analisi delle principali criticità ed, attraverso il coinvolgimento degli attori interessati, devono articolare specifici progetti con l'obiettivo di promuovere l'appropriatezza ovvero ridurre i livelli di inappropriata rilevati nel ricorso alle prestazioni del SSR. Nell'articolazione dei progetti, particolare rilievo deve essere dato al ricorso agli strumenti contrattuali dell'incentivazione del personale e della formazione ECM, inserendo specifici corsi nei Piani Formativi Aziendali. La regione Puglia, con Regolamento regionale n. 17/2003, ha già dettato indirizzi per le prescrizioni ed il monitoraggio in materia d'assistenza sanitaria, che	1) Indicazione nel PRGLA delle strategie e metodologie per promuovere il ricorso appropriato alle prestazioni 2) Indicazione nel piano aziendale delle azioni per promuovere l'appropriatezza della domanda e delle procedure per la diffusione e monitoraggio delle L.G. e protocolli diagnostici adottati a livello regionale ed aziendale

	descrivono, ai punti 3-4-5, le modalità per la prescrizione di visite e indagini diagnostiche, responsabilizzando i medici prescrittori a specificare il quesito diagnostico. <u>Adempimenti aziendali</u> <i>Nella definizione dell'atto deliberativo e dei programmi attuativi per il governo dei tempi d'attesa, le Aziende sanitarie devono indicare attraverso quali strategie intendono perseguire una tendenziale riduzione dei livelli di inappropriatezza nel ricorso alle prestazioni diagnostiche del SSR, specificando, nei relativi progetti, le responsabilità, le modalità, i tempi, gli indicatori di valutazione dei processi individuati e le azioni di miglioramento per il raggiungimento degli obiettivi definiti.</i> <i>Le A.S. devono, altresì, adottare una procedura per la notifica ai soggetti interessati degli indirizzi e delle Linee guida adottate sia a livello regionale che aziendale, tenuto conto degli indirizzi contenuti nella Delibera del DG AReS n. 134 del 10.11.2009 "Metodologia per produrre, diffondere, monitorare e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica e la gestione organizzativa" (http://www.arespuglia.it/menusinistro/dettagliSottomenu.asp?Sottomenu=414)</i>	
C2	Predisposizione di iniziative regionali per la condivisione e diffusione di percorsi diagnostico-terapeutici nelle aree oncologica e cardiovascolare Le malattie del sistema cardiocircolatorio e i tumori si confermano essere da ormai molti anni le principali cause di morte nel nostro Paese. Parte di questi decessi potrebbe essere evitata non solo attraverso azioni di prevenzione primaria e secondaria, ma anche attraverso interventi tempestivi in termini di diagnosi e cura, nell'ambito di appropriati percorsi diagnostico terapeutici (PDT). Pertanto, in questi ambiti, va prevista una tempistica nell'erogazione delle prestazioni che consenta di garantire ad ogni paziente lo svolgimento dei PDT in tempi adeguati, nonché modalità di comunicazione e informazione per l'utente e i familiari rispetto ai PDT previsti e alla relativa tempistica di erogazione. Sia in ambito cardiovascolare che oncologico, ai fini dell'erogazione sequenziale e coordinata delle prestazioni ricomprese nei percorsi diagnostico terapeutici, devono essere individuati specifici Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC) attraverso il day service. La Regione Puglia ha emanato direttive alle Aziende Sanitarie per l'erogazione del day service con DGR n.35/2009, n.1492/2009 e n.433/2011. Le Aziende Sanitarie (A.S.), altresì, devono implementare modelli di integrazione territorio-ospedale, affinché siano assicurate le formule organizzative per la presa in carico del paziente che viene avviato ad un PDT. In tal senso, il PDT deve essere inteso come una serie di attività, alcune erogate in regime ambulatoriale altre in condizione di degenza ospedaliera, finalizzate alla gestione programmata ed appropriata di un problema assistenziale complesso, secondo priorità temporali e modalità d'accesso differenziati a seconda della gravità del singolo caso. Nella definizione del PDT, le A.S. devono privilegiare un modello assistenziale di presa in carico del paziente (Disease and care management), prevedendo la possibilità che la/e prenotazione/i delle prestazioni incluse nel pacchetto possa essere effettuata direttamente da chi assume la responsabilità del caso (Care Manager).	1) Presenza nel piano di indirizzi per la implementazione dei percorsi diagnostico terapeutici nell'ambito oncologico e cardiovascolare, con esplicitazione delle prestazioni traccianti d'inizio e termine del PDT. I tempi massimi d'attesa per ciascun PDT, per le patologie oggetto di monitoraggio, non potranno essere superiori ai 30 giorni per la fase diagnostica e 30 giorni per l'inizio della terapia dal momento dell'indicazione clinica per almeno il 90% dei pazienti. Le prestazioni traccianti dovranno garantire l'espletamento dei monitoraggi e la comparabilità dei dati a livello nazionale e, pertanto, dovranno essere le stesse da rilevare in tutte le regioni/PA, rappresentando, detti monitoraggi, espressione diretta della garanzia del diritto alla salute. 2) Recepimento nel

	A tal fine, relativamente alle patologie individuate, devono essere definiti specifici modelli organizzativi per la gestione dei percorsi correlati alle patologie oncologiche e cardio-vascolari, anche in considerazione delle linee guida già disponibili in ambito nazionale e internazionale, con particolare riferimento a quanto prodotto dal Sistema Nazionale Linee Guida (www.snlg-iss.it). La diffusione, l'implementazione ed il monitoraggio delle linee guida adottate per la gestione dei PDT, deve fare riferimento a quanto riportato nel Manuale metodologico per produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica, edito a maggio 2002 dall'ISS e dall'AgeNaS, che l'AReS della Puglia ha già provveduto a recepire con Delibera del DG n. 134 del 10.11.2009 e diffondere alle A.S. quale "Metodologia per produrre, diffondere, monitorare e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica e la gestione organizzativa". I PDT vengono monitorati prendendo in considerazione i tempi massimi d'attesa sia per la formulazione della diagnosi clinica sia per l'avvio della terapia appropriata per quella condizione patologica. Lo scopo del monitoraggio è verificare che i pazienti con determinati problemi di salute abbiano completato i PDT in tempi congrui. Le patologie che saranno oggetto di monitoraggio sono: - Carcinoma della mammella - Carcinoma del colon-retto - Carcinoma del polmone - By pass aorto-coronarico Le prestazioni traccianti per la valutazione dell'inizio e della fine di ciascuna fase del PDT (diagnostica e terapeutica) saranno monitorate secondo la metodologia e la periodicità definita dall'AGeNaS in accordo con Regioni e Ministero della Salute. I tempi massimi d'attesa per ciascun PDT, per le patologie oggetto di monitoraggio, non potranno essere superiori ai 30 giorni per la fase diagnostica e 30 giorni per l'inizio della terapia dal momento dell'indicazione clinica per almeno il 90% dei pazienti. L'AReS, di concerto con i Servizi dell'Assessorato alle Politiche della Salute, svolge ruolo di supporto alle A.S., attivando Gruppi di lavoro con le società scientifiche per la definizione delle Linee guida organizzative e cliniche per la gestione dei PDT delle aree oncologica e cardiovascolare. <u>Adempimenti Aziendali</u> <i>Nella definizione degli atti deliberativi e dei programmi attuativi per il governo dei tempi d'attesa, le Aziende sanitarie definiscono i modelli organizzativi dei PDT e le responsabilità per la gestione del caso (presa in carico) dei cittadini affetti dalle patologie rientranti nell'ambito delle aree Oncologica e Cardiovascolare, assicurando che i tempi massimi d'attesa per ciascun PDT, per le patologie oggetto di monitoraggio, non potranno essere superiori ai 30 giorni per la fase diagnostica e 30 giorni per l'inizio della terapia dal momento dell'indicazione clinica per almeno il 90% dei pazienti .</i>	programma attuativo aziendale dell'indicazione regionale sulla gestione dei PDT e definizione dei modelli organizzativi dei PDT per le aree oncologica e cardiovascolare, (nello stesso atto di recepimento e/o in successivi provvedimenti).
C3	Individuazione dei criteri di priorità d'accesso nell'ambito delle prestazioni oggetto di monitoraggio. L'AReS produrrà un documento d'indirizzo, entro 90 giorni dall'emanazione del presente atto, definito con le associazioni e le società scientifiche e in accordo con	1) Indicazione dell'utilizzo sistematico e obbligatorio dei criteri di priorità per stratificare la domanda

	le organizzazioni dei medici prescrittori, per l'individuazione dei contenuti (specifiche cliniche) delle priorità di accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero per le prestazioni inserite nell'elenco di cui ai precedenti paragrafi 3.1 e 3.2. <u>Adempimenti Aziendali</u> <i>Le Aziende sanitarie recepiscono, entro trenta giorni dalla loro emanazione, gli indirizzi regionali con le specifiche cliniche che devono connotare le diverse classi di priorità d'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero.</i> <i>In via transitoria devono essere, comunque, emanate direttive ai prescrittori ed ai CUP, affinché siano assicurate con classe di priorità B (entro 10 giorni) le visite e le prestazioni diagnostiche, di cui all'elenco del precedente paragrafo 3.1, per sospetta patologia neoplastica (clinicamente o strumentalmente rilevata), per sospetta cardiopatia ischemica o aritmia.</i> <i>Anche le prestazioni richieste per l'inserimento in lista d'attesa per trapianto d'organo (anche quelle non incluse nell'elenco di cui ai precedenti paragrafi 3.1 e 3.2) devono essere prescritte ed assicurate con classe di priorità D, mentre quelle per il mantenimento attivo in lista devono essere tempestivamente prescritte con classe di priorità P ed assicurate entro il tempo indicato dal medico richiedente: per tali prestazioni i prescrittori devono chiaramente specificare nella ricetta il motivo della richiesta.</i>	2)Recepimento degli indirizzi regionali sul contenuto delle classi di priorità. Adozione immediata di provvedimenti per assicurare le disposizioni transitorie
C4	Individuazione degli ambiti territoriali in cui i tempi massimi di attesa sono garantiti, differenziando il ruolo degli ospedali e del territorio, nonché delle modalità con le quali è garantita la diffusione dell'elenco delle strutture presenti nei diversi ambiti. Il PNGLA prescrive che le A.S. individuino, nel proprio ambito territoriale, le strutture erogatrici, tra quelle pubbliche e quelle private accreditate in accordo contrattuale, presso le quali le prestazioni incluse nell'elenco sono garantite entro i tempi massimi definiti, e che sia predisposto un apposito elenco di tali strutture. E', altresì, prevista la comunicazione ai cittadini ed agli altri soggetti interessati (in particolare i MMG e PLS) circa l'ubicazione di tali strutture e la specificazione di quali prestazioni sono ivi fruibili, utilizzando gli strumenti disponibili nonché prevedendo la diffusione delle informazioni anche presso le strutture di abituale accesso dei cittadini (Call Center regionale, CUP, Punti informativi, farmacie, ambulatori di medicina generale e di pediatri di libera scelta ecc.). Le A.S. possono indirizzarsi, nei propri programmi attuativi, verso due opzioni organizzative: 1) individuare specifiche strutture, con agende dedicate per erogare le prestazioni dell'elenco, assicurando i tempi previsti per ciascuna classe di priorità al 90% degli utenti a cui viene prescritta (standard del PNGLA); 2) distribuire la domanda relativa alle prestazioni dell'elenco presso tutti gli erogatori dell'A.S., garantendo, comunque, lo standard di cui al punto precedente. Spetta, quindi, alla A.S. decidere se, per assicurare le prestazioni riportate nei paragrafi 3.1 e 3.2 del presente Atto, sia preferibile individuare strutture dedicate o prevedere che esse possano essere garantite presso tutti gli erogatori. Nel primo caso, le ASL devono assicurare le prestazioni indicate nel PNGLA,	1) Presenza dei criteri con cui i programmi attuativi aziendali delimitano gli ambiti territoriali all'interno dei quali sono individuate le strutture e le relative prestazioni da erogare per la garanzia dei tempi massimi di attesa per le prestazioni da erogare 2) Esplicitazione nel piano attuativo di quanto previsto dagli adempimenti aziendali del punto C4

entro i tempi massimi (Tmax) indicati per ciascuna classe di priorità, ai cittadini che accettano di effettuare tali prestazioni presso le strutture individuate: se gli utenti esercitano la scelta di altra struttura presso cui non vi sia disponibilità entro il Tmax per la priorità richiesta, decade il diritto alla garanzia del Tmax d'attesa (di tale eventualità deve essere data chiara comunicazione all'utente). E' necessario, ovviamente, che il numero e la dislocazione delle strutture individuate dalla ASL per la garanzia del Tmax debba essere commisurato alla frequenza della prestazione richiesta. Nel secondo caso, la prima disponibilità, per assicurare il diritto al Tmax per classe di priorità per le prestazioni dell'elenco, deve essere ricercata in un'agenda tra tutte quelle gestite dal CUP. A tal fine un efficiente sistema di recall e di assicurazione delle disdette di prenotazione ovvero la previsione di un overbooking programmato appare essere una probabile soluzione al problema della garanzia del Tmax. Anche in tale ipotesi gestionale, comunque, se gli utenti ai quali è stata proposta una struttura che consenta di garantire il rispetto del Tmax, coerentemente con la classe di priorità del caso, esercitano la scelta di altra struttura, decade il diritto alla garanzia del Tmax (di tale eventualità deve essere data chiara comunicazione all'utente). In ogni caso, le prestazioni dell'elenco devono essere erogate entro ambiti territoriali appropriatamente definiti, per tutelare in modo adeguato e ragionevole il diritto dei cittadini a fruire dei servizi senza subire particolare disagi. Pertanto, le A.S. devono distinguere: • le prestazioni di base, caratterizzate da un'ampia domanda e da bassa complessità, da erogare presso strutture di ambito distrettuale o sub distrettuale; • le prestazioni caratterizzate da medio-alta complessità e/o più bassa domanda, da garantire presso strutture erogatrici individuate in ambito territoriale sovradistrettuale/aziendale ovvero in strutture assistenziali di più elevata complessità (poli ospedalieri di II o III livello). Solo a titolo esemplificativo e meramente indicativo, si possono considerare prestazioni da erogare in <u>ambito distrettuale</u> le visite specialistiche (eccetto quelle oncologiche che possono essere anche di più ampio bacino) ed alcune prestazioni strumentali quali l'ecografia addominale ed ostetrico-ginecologica, l'ECG ed ECG sec. Holter, l'ecocolordoppler cardiaco e vascolare, mentre le altre possono essere considerate di <u>livello sovradistrettuale</u>. Solo qualora non fossero disponibili servizi eroganti le prestazioni dell'elenco entro l'ambito territoriale corrispondente, le ASL possono definire accordi con le ASL viciniori. <u>Adempimenti aziendali</u> <i>Nella definizione dei programmi attuativi, le Aziende sanitarie devono specificare quale opzione organizzativa intendono adottare per assicurare lo standard definito dal PNGLA per le prestazioni dell'elenco.</i> <i>Qualora optino per l'individuazione di specifiche strutture presso le quali garantire le prestazioni, nel provvedimento devono essere descritte le modalità attraverso le quali ne danno informazione a tutti i soggetti interessati. In ogni caso, le A.S. devono comunicare anche attraverso il Portale Regionale della Salute tutte le informazioni relative alle modalità di accesso alle prestazioni dell'elenco e devono assicurare il tempestivo aggiornamento di tali</i>	
--	--

	informazioni.	
C5	Predisposizione di revisioni periodiche e messa in atto delle relative procedure di verifica dell'appropriatezza prescrittiva attraverso provvedimenti specifici che regolamentino le condizioni di erogabilità con particolare riferimento: all'utilizzo delle classi di priorità; alla presenza del quesito diagnostico; alla corretta identificazione delle prime visite e dei controlli. Le A.S. adottano i seguenti criteri per l'erogabilità delle prestazioni ambulatoriali e per la verifica periodica delle attività prescrittive: 1. Il CUP riconosce attraverso il codice della prestazione che si tratta di una di quelle incluse nel paragrafo 3.1 del presente Atto. 2. La <u>classe di priorità e la definizione del sospetto diagnostico devono, comunque, essere sempre riportate nella ricetta</u> affinché siano chiari il quesito e la motivazione della priorità che viene proposta all'erogatore. La classe di priorità non può essere utilizzata per gli screening. La valorizzazione del campo "classe di priorità", ai fini del monitoraggio nazionale previsto, <u>è obbligatoria solo per il primo accesso delle prestazioni riportate nel paragrafo 3.1 del presente Atto.</u> Nel caso in cui nella ricetta siano presenti più prestazioni, la classe di priorità sarà ricondotta a tutte le prestazioni presenti. Oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, inoltre, saranno esclusivamente le classi di priorità B e D. 3. In ogni caso, i codici di priorità indicati devono essere biffati a stampa o a penna se controfirmati dal prescrittore. 4. Una richiesta con codice di priorità, ma senza formulazione del sospetto diagnostico da parte del prescrittore, non dà diritto alla garanzia prevista dal PNGLA. Le A.S. devono valutare l'opportunità che queste prestazioni siano prenotate in agende diverse da quelle delle strutture eventualmente individuate per la garanzia del Tmax, qualora si sia scelta tale opzione organizzativa, per evitare di intasare tali erogatori. 5. Nel caso in cui il paziente rinunci alla prenotazione prospettata dal CUP, per esercitare una libera scelta presso altro erogatore, decade la garanzia del tempo massimo d'attesa (di tale evenienza deve essere data una chiara informazione all'utente). La L.R. 3 agosto 2006 n.25, all'art 14, comma 16, affida il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva all'Ufficio per la programmazione e il monitoraggio delle attività in medicina generale. Tale ufficio è parte integrante del Distretto e la sua composizione è disciplinata dall'accordo collettivo nazionale di settore. Il medico di medicina generale, membro di diritto, è il responsabile dell'ufficio e referente distrettuale dell'organismo aziendale per il monitoraggio e per l'appropriatezza delle cure primarie. In tutti i casi, pertanto, le ASL devono attivare forme di valutazione/verifica circa l'appropriatezza d'uso dei codici di priorità, utilizzando prioritariamente il metodo della concordanza tra specialisti, che erogano la prestazione, e prescrittori (l'erogatore indica sulla prescrizione se il codice di priorità indicato sia ritenuto congruo con il problema di salute presentato dal paziente/utente). Per prescrittori devono intendersi tutti coloro i quali (MMG, PLS e Specialisti territoriali ed	1) Identificazione dei provvedimenti che regolano le procedure di verifica delle prescrizioni delle prestazioni. 2) Esplicitazione nel piano attuativo di quanto previsto dagli adempimenti aziendali del punto C5

	ospedalieri anche in ALPI) attivano/gestiscono protocolli diagnostici. Tali dati devono essere comunicati e discussi tra operatori (audit), affinché siano avviate forme correttive di eventuali inapproprietezze. <u>Adempimenti aziendali</u> <i>Nella definizione dei programmi attuativi, le Aziende sanitarie recepiscono le indicazioni del presente paragrafo, anche ai fini dell'organizzazione delle agende presso il CUP aziendale, e forniscono direttive ai soggetti interessati, affinché esse siano rigorosamente applicate.</i> <i>Le Aziende Sanitarie definiscono, altresì, le metodologie che intendono attivare per promuovere l'appropriatezza della domanda.</i> <i>Le ASL trasmettono annualmente all'Assessorato alle Politiche della Salute ed all'ARes una relazione sulle attività di verifica effettuate circa l'appropriatezza prescrittiva dei medici di medicina generale e degli specialisti.</i>	
C6	Razionalizzazione/ottimizzazione dell'organizzazione dell'offerta anche in considerazione della necessità di garantire la gestione delle differenti classi di priorità e le diverse modalità di accesso alle prestazioni (primo accesso, ecc). Le A.S., ai fini della razionalizzazione/ottimizzazione dell'organizzazione dell'offerta, anche avvalendosi degli strumenti contrattuali, devono assicurare una rigorosa gestione organizzativa per: 1. programmare adeguati volumi di attività ambulatoriale, privilegiando l'erogazione di prestazioni a più alta criticità per l'impatto sui tempi d'attesa, in particolare quelle dell'elenco riportato nel paragrafo 3.1 del presente Atto; 2. garantire la stabilità dei processi di erogazione delle attività, definendo in maniera programmata le giornate, le fasce orarie ed i volumi di prestazioni da erogare nell'arco dell'anno, anche al fine di scongiurare le sospensioni ingiustificate o non programmate nell'erogazione dei servizi; 3. effettuare la verifica periodica dei volumi di attività erogata in confronto alla domanda, valutando se è stata utilizzata in modo efficiente la potenzialità dei servizi diagnostici; 4. prevedere la definizione di percorsi privilegiati e pacchetti di prestazioni per la gestione dei PDT; 5. gestire la presa in carico dei pazienti per i quali viene formulato un quesito diagnostico ovvero per i quali vi è la necessità di assicurare l'erogazione di particolari piani terapeutici. <u>Disposizioni in materia di gestione delle agende di prenotazione</u> <u>Per la gestione delle prestazioni incluse nell'elenco di cui al paragrafo 3.1 del presente Atto, affinché siano assicurate le garanzie per gli utenti e la correttezza dei relativi flussi informativi previsti, si deve prevedere che:</u> 1. Nel caso in cui una richiesta riporti codice di priorità U, B o D e sospetto diagnostico, le agende da consultare per prime sono quelle delle strutture individuate dalla ASL, qualora si scelga tale opzione, ovvero di qualsiasi agenda se la ASL non ha effettuato tale scelta, anche facendo ricorso all'overbooking in caso di indisponibilità di date utili programmabili. 2. Qualora la richiesta non contenga una priorità di accesso definita (ovvero	1) Identificazione di provvedimenti specifici e recepimento linee guida nazionali CUP per la realizzazione e/o riorganizzazione del sistema CUP 2) Esplicitazione nel Piano attuativo delle azioni realizzate o da realizzare in conformità alle indicazioni contenute nel punto C6

	quando la priorità non sia a stampa o a penna con firma del prescrittore) ma indichi un chiaro quesito diagnostico, se si tratta di un primo accesso il tempo massimo d'attesa da garantire è di 30 giorni per la visita e di 60 giorni per la prestazione diagnostica (vengono cioè assicurati tempi massimi corrispondenti alla classe di priorità D), mentre se si tratta di controllo va gestita come se riportasse il codice P, assegnando la prima data utile in qualsiasi agenda per i controlli (in tali casi, nel flusso ex art. 50 viene registrata, rispettivamente, la classe D e P). 3. Qualora la richiesta contenga la classe di priorità P, deve essere assegnato il tempo indicato dal prescrittore, ovvero, in assenza di un tempo determinato dal prescrittore, si assegna la prima data utile presso l'erogatore indicato dall'utente ovvero (in assenza di scelta dell'utente) in coda alle liste degli erogatori individuati dall'ASL per la garanzia dei tempi d'attesa (ovvero di qualsiasi agenda, se la ASL non ha effettuato tale scelta). 4. Si intende per "primo accesso" la prescrizione di una prestazione derivante da un problema del paziente che viene affrontato per la prima volta e per il quale viene formulato uno specifico quesito diagnostico. Sono prestazioni di 1° accesso anche quelle che lo specialista che osserva per primo il paziente richiede ad un altro specialista, poiché necessarie per l'approfondimento del quesito diagnostico posto dal MMG. Per i pazienti con diagnosi già definita ovvero affetti da malattie croniche, si considera lo stesso come primo accesso la prestazione richiesta nel caso di insorgenza di un nuovo problema o di una riacutizzazione tale da rendere necessaria una rivalutazione complessiva. 5. Si intende per "controllo" l'accesso (visita o prestazione strumentale) per l'approfondimento diagnostico gestito, in un processo di presa in carico, dallo stesso specialista che osserva per primo il paziente (ad es., un Ecocardiografia richiesta ed eseguita dallo stesso cardiologo) e le visite o prestazioni diagnostiche programmate nell'ambito di un follow up. 6. Il codice P (senza priorità) può essere utilizzato sia per il primo accesso che per i controlli programmati; il prescrittore indica nella richiesta il tempo previsto per la prestazione, che deve, ovviamente, essere superiore ai tempi previsti per la classe di priorità D. L'informazione sulla tipologia di accesso è essenziale ai fini del monitoraggio previsto, pertanto, nel caso in cui il prescrittore non abbia indicato la tipologia di accesso sulla richiesta, si dispone, nelle more che sia modificato il modello della ricetta/prescrizione, che la distinzione fra 1° accesso e controllo venga fatta sulla base di una precedente prenotazione della stessa prestazione, per quell'utente, nei 365 giorni precedenti la data della richiesta (se c'è stata prenotazione allora si tratta di un controllo, in caso contrario si tratta di un 1° accesso). Inizialmente la ricerca di una precedente prenotazione potrà essere limitata all'insieme di strutture servite dal CUP presso cui viene fatta la prenotazione; in seguito potrà essere fatta attraverso la piattaforma <i>e-CUP Puglia</i> o attraverso il <i>SIST (Sistema Informativo Sanitario Territoriale)</i>, che ha come obiettivo principale la costituzione del Fascicolo Sanitario Elettronico e conterrà, tra l'altro, le informazioni relative alle prestazioni prescritte/erogate sul territorio regionale). Per favorire la presa in carico dei pazienti, anche da parte dei gestori privati in accordo contrattuale, si ritiene opportuno adottare le seguenti indicazioni: a) definire il volume e la tipologia complessiva di prestazioni da erogare, facendo	
--	---	--

riferimento alle quote prevedibili da contrattualizzare sia come 1° accesso che per approfondimenti o controlli a distanza, da distribuire nell'arco dei dodici mesi nell'agenda CUP relativa all'erogatore;

b) concordare con l'erogatore il numero e la tipologia di prestazioni di 1° accesso, che deve essere prenotata esclusivamente dal CUP, e la quota relativa ad approfondimenti o controlli successivi (per gli odontoiatri il Piano di cure) che può essere prenotata anche dall'erogatore, fermo restando che, se viene esaurito il tetto delle prestazioni prenotabili direttamente dall'erogatore, possano essere prenotate solo le prime visite dal CUP (in tal caso si deve avvisare l'utente che presso quell'erogatore i controlli ed approfondimenti non potranno essere garantiti). In una prima fase appare ragionevole ripartire le agende dei soggetti erogatori in una quota pari al 70% di prestazioni di 1° accesso gestita dal CUP ed una quota pari al 30% di indagini di approfondimento o di controllo a distanza, gestita anche dagli erogatori: le prestazioni prenotate direttamente dagli erogatori devono comunque essere tracciate tramite CUP, attraverso terminali di collegamento messi a loro disposizione.

Disposizioni in materia di disdetta delle prenotazioni

L'esperienza dei primi mesi di applicazione della DGR 2268/2010 ha dimostrato un'efficace risultato utilizzando il sistema del recall (sino al 30-35% di prestazioni recuperate). Si rileva, tuttavia, dal monitoraggio che, anche utilizzando il sistema del recall e sollecitando gli utenti all'avviso di disdetta, resta non trascurabile il numero delle mancate presentazioni, senza preavviso, da parte dei cittadini prenotati. Ciò può tradursi, ove non si adottino delle misure adeguate, in una mancata utilizzazione della capacità erogativa delle strutture sanitarie. Detta C la capacità erogativa di una data struttura, lo standard ottimale sarebbe conseguito se questa fosse saturata con le prestazioni prenotate (Pp): normalmente accade che le prestazioni erogate (Pe) siano minori di Pp. L'obiettivo deve essere quello di ridurre non tanto lo scarto fra Pp e Pe, quanto quello fra C e Pe.

Il recall serve a ridurre lo scarto fra Pp e Pe. L'overbooking di prenotazioni è una modalità che serve a ridurre lo scarto fra C e Pe.

Per tale obiettivo, è necessario effettuare, a cura dei gestori CUP, una verifica dello scarto tra C e Pe, per gestire una quota di overbooking programmato corrispondente al valore medio di questo scarto.

In ogni caso, è essenziale fare acquisire consapevolezza da parte dei cittadini circa la rilevante responsabilità che ricade, in capo a loro stessi, rispetto all'obbligo di disdettare una prenotazione (perché la prestazione non è più necessaria – magari perché è stata già effettuata altrove – o perché si è impossibilitati a presentarsi all'appuntamento prenotato). Al fine di informare adeguatamente il cittadino sulle modalità di cancellazione di una prenotazione, sul coupon di prenotazione devono essere chiaramente riportate le seguenti note:

- i canali attraverso i quali effettuare la cancellazione;
- le informazioni da comunicare per effettuare la cancellazione;
- il termine (giorno e ora) entro il quale farla;
- la sanzione applicata in caso di mancata presentazione all'appuntamento prenotato, senza che sia stata precedentemente cancellata la prenotazione.

Le stesse informazioni devono essere fornite, ovviamente, anche quando il cittadino usa altri canali per la prenotazione (il telefono, ad esempio).

Rispetto al primo punto, devono essere attivati molteplici canali, come da indicazioni della D.G.R. 854/2010.

	Rispetto al secondo punto, le informazioni da comunicare per effettuare la cancellazione sono le seguenti: numero di prenotazione, struttura erogatrice, codice fiscale cittadino Rispetto al terzo punto, il termine entro il quale deve essere comunicata la cancellazione deve essere chiaramente indicato nel coupon e deve essere tale da consentire il recupero del posto prenotato, ossia l'attribuzione dell'appuntamento ad un altro cittadino. In considerazione di ciò è ritenuto congruo un termine che preceda di almeno 48 ore, escludendo la domenica ed i giorni festivi, la data dell'appuntamento. Così, ad esempio, un appuntamento prenotato per il giorno 27 dicembre alle ore 14,00 deve essere cancellato entro le ore 17,00 del 22 dicembre, se il 22, il 23 ed il 24 non comprendono una domenica, oppure entro le ore 17,00 del 21 dicembre, in caso contrario. In questo modo, per ogni cancellazione si dispone di almeno due giornate lavorative per l'assegnazione dell'appuntamento ad altro cittadino. Rispetto al quarto punto, la sanzione non va applicata ove il cittadino dimostri di non aver potuto comunicare, entro il termine indicato, la cancellazione a causa di gravi e giustificati motivi (in tal caso deve essere esibita documentazione comprovante il grave motivo: ad es. certificato di malattia). <u>Adempimenti aziendali</u> <i>Nella definizione dei programmi attuativi, le Aziende sanitarie recepiscono le indicazioni del presente paragrafo, anche ai fini dell'organizzazione delle agende presso il CUP aziendale, e forniscono direttive ai soggetti interessati, affinché esse siano rigorosamente applicate.</i> <i>Le ASL trasmettono annualmente all'Assessorato alle Politiche della Salute ed all'ARes una relazione sulle attività di pulizia ed efficiente gestione delle liste.</i>	
C7	Predisposizione di provvedimenti specifici e definizione di procedure per la riorganizzazione del sistema CUP e per la gestione dell'intera offerta tramite il sistema CUP, in base alla linea guida nazionale sul sistema CUP. Con Deliberazione 23/3/2010, n. 854, la Giunta Regionale ha recepito il documento denominato "Sistema CUP – Linee Guida nazionali" al fine di fornire alle Aziende Sanitarie gli elementi di indirizzo sui sistemi di prenotazione aziendali, per favorire l'applicazione di regole omogenee nell'organizzazione e nell'implementazione del servizio e dei relativi sistemi informativi di supporto, ed ha approvato le Linee di indirizzo regionali contenenti gli "Standard di organizzazione e funzionamento dei sistemi e dei servizi di prenotazione ed accesso alle prestazioni sanitarie", al fine di omogeneizzare e potenziare in tutte le Aziende Sanitarie di Puglia l'organizzazione ed il funzionamento dei servizi e dei sistemi addetti alla prenotazione ed all'accesso alle prestazioni sanitarie da parte dei cittadini. Il Coordinamento regionale di cui alla D.G.R. n.854/2010 effettua la verifica ed il monitoraggio dell'attuazione delle disposizioni nonché del rispetto delle linee guida e degli standard di cui alla stessa D.G.R. n.854/2010, segnalando le eventuali difformità affinché siano assunte le determinazioni conseguenti. <u>Adempimenti aziendali</u> <i>Nella definizione dei programmi attuativi, le Aziende sanitarie danno evidenza</i>	1) Identificazione di provvedimenti specifici e recepimento linee guida nazionali CUP per la realizzazione e/o riorganizzazione del sistema CUP 2) Esplicitazione nel Piano attuativo delle azioni realizzate o da avviare a seguito della emanazione delle Linee Guida regionali sul CUP

	<i>circa i provvedimenti adottati in attuazione della D.G.R. n.854/2010.</i>	
C8	Individuazione di iniziative ICT per lo sviluppo di funzionalità informatizzate per la gestione del processo di prescrizione, prenotazione e refertazione digitale, sistemi per l'accesso informatizzato ai referti e uso della telemedicina. Tra le iniziative di Sanità Elettronica avviate o in via di attivazione da parte della Regione Puglia, le seguenti sono quelle più rilevanti con riferimento ai processi sopra indicati: - Il Sistema Informativo Sanitario Territoriale (SIST) in avanzata fase di attuazione nella Regione Puglia, che svolge, tra l'altro, funzioni di <i>Sistema di Accoglienza Regionale</i> (SAR) per l'invio delle prescrizioni farmaceutiche e specialistiche verso il Ministero dell'Economia e delle Finanze, a seguito dell'adesione della Regione Puglia al comma 1 dell'art. 4 del DPCM 26/03/2008 di attuazione dell'art. 1 comma 810 , lettera c) della legge del 27 dicembre 2006 n. 296. In quanto tale, esso raccoglie tutte le prescrizioni prodotte dai medici prescrittori della Regione Puglia. Attraverso il SIST, inoltre, gli operatori sanitari hanno la possibilità di accedere al Fascicolo Sanitario Elettronico del cittadino per registrarvi, ed acquisire, informazioni relative a prescrizioni farmaceutiche, specialistiche e di ricovero erogate, lettere di dimissioni relative a ricoveri, referti specialistici, certificazioni di malattia INPS e INAIL, SDO. Tutto ciò a condizione che il cittadino abbia espresso esplicito consenso al riguardo, in conformità alle norme sulla privacy. In particolare, allo stato attuale è prevista l'integrazione con il SIST di alcuni degli applicativi di patologia clinica in uso presso le strutture sanitarie pubbliche. - Il Sistema regionale di Monitoraggio dell'accesso alle prestazioni sanitarie e dei tempi di attesa (e-CUP), per il quale è attualmente in corso lo studio di fattibilità da parte di InnovaPuglia S.p.A., società <i>in house</i> della Regione Puglia. L'obiettivo è la realizzazione di un sistema informativo regionale integrato che renda disponibili efficaci strumenti di supporto al governo delle politiche regionali in materia di contenimento dei tempi di attesa. Esso, inoltre, dovrà consentire di prenotare in modo semplice ed uniforme le prestazioni specialistiche ambulatoriali (comprese, pertanto, quelle di diagnostica strumentale, di laboratorio, di fisioterapia, etc.), erogate dalle aziende sanitarie, pubbliche e private accreditate, operanti sul territorio della Regione Puglia. Anche le prestazioni erogate in regime di attività libero professionale intramoenia (ALPI) ed i ricoveri programmati dovranno essere prenotabili (e monitorabili) attraverso l'e-CUP. Per svolgere queste funzioni, l'e-CUP si integrerà, attraverso meccanismi di cooperazione applicativa, con i sistemi CUP aziendali (esso, pertanto sarà piuttosto un sistema di prenotazione di 2° livello). - Il sistema Edotto/Nuovo Sistema Informativo Sanitario Regionale, attualmente in fase di realizzazione, che prevede l'automazione dei processi di lavoro di oltre 30 aree applicative che spaziano dalla Medicina di Base all'Assistenza Territoriale, a quella Ospedaliera, all'Assistenza Farmaceutica, oltre alla Mobilità Sanitaria, l'Assistenza Riabilitativa e Protesica e altro ancora. In particolare, nelle aree applicative Gestione	1) Esplicitazione dei programmi ICT per lo sviluppo di funzionalità automatizzate per la gestione del processo di prescrizione, prenotazione e refertazione digitale, sistemi per l'accesso informatizzato ai referti e uso della telemedicina e sensibilizzazione al perseguimento di iniziative correlate a livello locale 2) Esplicitazione nel Piano attuativo delle azioni realizzate o da realizzare, a seguito di successivi atti regionali, in conformità alle indicazioni contenute nel punto C8

	Ricoveri, Farmaceutica ed Accettazione d'Urgenza è prevista la gestione delle prescrizioni e delle refertazioni, sia pure con riferimento ad ambiti specifici (ad esempio, prescrizione del primo ciclo di terapia, prescrizione del piano terapeutico, produzione di referti di pronto soccorso). - Il sistema di Telecardiologia denominato "Cardio online" a supporto di tutta la rete mobile di emergenza sanitaria (servizio 118) e delle strutture di primo intervento attraverso la messa a disposizione di tecnologie idonee a trasmettere in tempo reale i tracciati elettrocardiografici, direttamente dal luogo in cui si manifesta l'evento di soccorso, verso una apposita Centrale Operativa di Telecardiologia che assicura la diagnosi e la trasmissione del relativo referto alle strutture interessate (ricevimento, lettura, refertazione, trasmissione e gestione degli ECG). Il sistema di Telecardiologia, insieme al sistema di Telediabetologia e Telespirometria, sarà esteso anche agli studi di MMG, per la diagnostica nei confronti dei pazienti cronici, nell'ambito del "Progetto Nardino" di cui alla Delibera del DG AReS n. 175 del 9 maggio 2011 (http://www.arespuglia.it/Delibere/delibere.asp). - Altri sistemi sono in fase di sviluppo / evoluzione (Anatomia Patologica, Gestione Vaccinazioni, ecc..) al fine di rendere disponibili servizi di prenotazione / refertazione on line.	
C9	Indirizzi per la comunicazione e l'informazione sulle liste d'attesa ai cittadini promuovendo la partecipazione di utenti e delle associazioni di tutela e di volontariato. Le A.S. e gli altri erogatori attivano, a cura della Commissione Aziendale per la Comunicazione Istituzionale (D.G.R. 1079/2008 e D.G.R. 1101/2011), un Piano di comunicazione aziendale sulle liste ed i tempi d'attesa, rivolto agli interlocutori interessati (Comitati consultivi misti, farmacie, ambulatori di medicina generale e di pediatri di libera scelta ecc.) ed utilizzano gli strumenti disponibili (Punti informativi, Portale Regionale della Salute, siti web, news, Guide all'uso dei servizi, ecc.), con la finalità di favorire i processi di orientamento dei cittadini nell'accesso alle strutture erogatrici. Le A.S. devono comunicare ai prescrittori ed ai cittadini, in tutti i modi ritenuti opportuni, almeno le seguenti informazioni: - elenco delle prestazioni (di cui ai paragrafi 3.1 e 3.2 del presente Atto) per le quali viene assicurato il tempo d'attesa indicato dalla priorità prescritta; - strutture presso le quali esse sono assicurate (qualora la ASL scelga di individuare specifiche strutture); - condizioni che fanno decadere il diritto alla garanzia del tempo d'attesa (rifiuto della prima disponibilità prospettata dal CUP o dallo specialista ospedaliero per il ricovero); - condizioni di completezza della richiesta per individuare in modo corretto la garanzia di accesso prioritario e le prescrizioni per la disdetta delle prenotazioni (vedi punti C5 e C6). La Regione, sulla scorta dei dati forniti dalla A.S., anche relativi ai monitoraggi periodici sui tempi d'attesa, pubblica sul Portale Regionale della Salute (www.sanita.puglia.it) tutte le informazioni sull'accesso alle prestazioni e sui tempi d'attesa relativi alle prestazioni di cui ai paragrafi 3.1 e 3.2 del presente Atto.	1) Presenza nell'atto regionale degli indirizzi per la predisposizione di un Piano di comunicazione aziendale adeguato, comprese le pagine informative dei siti web 2) Esplicitazione nel piano attuativo di quanto previsto dagli adempimenti aziendali del punto C9 e trasmissione della relazione a cura degli URP

	Attraverso un'informazione puntuale agli utenti sull'offerta di servizi, sulle liste ed i relativi tempi d'attesa, si attende il risultato di favorire una più omogenea distribuzione delle prenotazioni presso tutti i punti d'erogazioni presenti sul territorio. <u>Adempimenti aziendali</u> <i>Nella definizione dell'atto deliberativo e dei programmi attuativi per il governo dei tempi d'attesa, le Aziende Sanitarie devono prevedere le modalità per assicurare il flusso informativo al Portale Regionale della Salute, secondo la procedura indicata dalla Commissione Regionale Comunicazione ed Informazione in Sanità (CICS) d'intesa con il Gruppo regionale per i tempi d'attesa, ed assicurano un coerente Piano di comunicazione aziendale.</i> <i>Le A.S. pubblicano sul proprio sito WEB (qualora non abbiano optato per l'esclusivo utilizzo dello spazio per le A.S. messo a disposizione nel Portale Regionale della Salute) le informazioni sulle liste ed i tempi d'attesa.</i> <i>Le Aziende Sanitarie, altresì, devono assicurare, per il tramite degli U.R.P., il coinvolgimento dei Comitati Consultivi Misti nelle politiche di contenimento dei tempi di attesa e nella definizione di strategie operative finalizzate al monitoraggio, verifica e valutazione dello stato di attuazione del piano attuativo aziendale.</i> <i>Su tali attività viene redatta una relazione annuale a cura della Commissione Aziendale per la Comunicazione Istituzionale, da inviare all'Assessorato, al CICS ed all'AReS.</i>	
C10	Regolamentazione della sospensione dell'attività d'erogazione delle prestazioni. Le sospensioni ingiustificate o non programmate delle attività di erogazione sono chiaramente lesive del diritto del cittadino all'accesso alle prestazioni, come affermato dalla legge 266/2005, che al comma 282 vieta la sospensione delle attività di prenotazione delle prestazioni, prevedendo anche delle specifiche sanzioni amministrative per i contravventori (comma 284). Resta invece la possibilità di interruzione delle attività di erogazione delle prestazioni legata a motivi tecnici (comma 282). Nella DGR 1200/2006, (BURP n.106 del 22.8.06), nell'Allegato, sub C, alla pag. 15523 ed in appendice 1, sono già state riportate le linee guida, prodotte dal gruppo tecnico del Mattone "Tempi d'attesa", per regolare la sospensione dell'erogazione delle prestazioni e sono state dettate precise indicazioni temporali per il loro recepimento da parte delle A.S. e degli erogatori accreditati. Si ritiene di ribadire le indicazioni contenute in quel documento, considerata la particolare delicatezza di queste problematiche e vista anche la non uniformità delle procedure sinora seguite, riportando di seguito i principi e le modalità operative per la gestione del problema della sospensione della erogazione. Linee guida per la sospensione delle attività di erogazione Il realizzarsi di situazioni che oggettivamente impediscono l'erogazione della prestazione (guasto macchina, indisponibilità del personale per motivi vari ecc.) rappresenta un evento che può realizzarsi in qualunque contesto e per molte cause. Tali situazioni possono essere imprevedibili relativamente al momento in	1)Recepimento nel PRGLA delle linee guida per regolare la sospensione dell'erogazione delle prestazioni 2) Esplicitazione nel piano attuativo di quanto previsto dagli adempimenti aziendali del punto C10

cui avvengono, ma sono prevedibili come situazione potenziale, e pertanto devono essere individuate le soluzioni più idonee sia per superare la contingenza “tecnica” sia per garantire la continuità del servizio (intesa come prenotazione e come erogazione della prestazione al cittadino). Per altro, occorre distinguere chiaramente l’impossibilità all’erogazione, per uno dei motivi sopra accennati, dall’attività di prenotazione, che materialmente può invece continuare a svolgersi. Infatti, la prenotazione costituisce una procedura di inserimento della domanda nel sistema di offerta che, entro certi limiti, può prescindere dal fatto che in un determinato momento l’erogazione sia interrotta, potendosi utilizzare, come sotto descritto, procedure che considerino la programmazione delle attività anche prevedendo i momenti di interruzione e la loro durata. D’altra parte, anche la stessa erogazione di prestazioni può essere garantita smistando la domanda già programmata presso altri erogatori dell’A.S.. In linea di principio, pertanto, si deve considerare l’interruzione delle attività di erogazione una situazione che può essere adottata solo in casi eccezionali, e nel rispetto di alcune regole: - La regolamentazione della sospensione delle attività di erogazione di un servizio (solo per gravi o eccezionali motivi) deve essere esplicitamente prevista in specifici documenti aziendali, seguendo procedure formalmente approvate dalle direzioni aziendali, che prevedano anche forme di consultazione dei rappresentanti degli utenti. - Di tutti gli eventi di sospensione dell’erogazione deve essere informato il direttore sanitario di presidio, che deve a sua volta informare la direzione aziendale. - La direzione aziendale deve informare la Regione di ogni sospensione avvenuta, e tali informazioni dovranno essere inviate, nelle forme e nei termini indicati, al Ministero della Salute (vedi punto F2). - Ogni evento di interruzione delle attività di erogazione deve essere registrato con modalità che rendano disponibili almeno le seguenti informazioni: - di quale prestazione si è sospesa l’erogazione (cosa è stato sospeso) - dove - perché - per quanto tempo (da quando a quando). - Anche se l’erogazione delle prestazioni è stata interrotta, il servizio deve proseguire le prenotazioni, calcolando i nuovi tempi in funzione della stima del tempo di interruzione. Nel caso non sia temporaneamente possibile svolgere nemmeno le attività di prenotazione, l’azienda può fare, per i nuovi utenti, dei pre-appuntamenti, ovvero indicare un periodo di massima nel quale si stima potrà essere erogata la prestazione; la data precisa della prestazione può essere successivamente comunicata dall’azienda, che contatta direttamente il cittadino, oppure essere ottenuta dall’utente mediante una telefonata ad un numero indicato dalla azienda stessa, numero che dovrà essere con certezza disponibile nei giorni e negli orari che saranno ugualmente indicati. In ogni caso, per il calcolo dei tempi di attesa per le prestazioni, i tempi vanno calcolati dal primo momento (primo contatto) in cui il cittadino si è rivolto alla struttura per ottenere la prestazione. <u>Adempimenti aziendali</u> <i>Nella definizione dell’atto deliberativo e dei programmi attuativi per il governo dei tempi d’attesa, le Aziende sanitarie devono recepire, qualora non abbiano</i>	
---	--

	<i>già provveduto in tal senso, le “Linee guida per regolare la sospensione dell'erogazione delle prestazioni”, già emanate con la DGR 1200/2006, prevedendone le modalità di diffusione alle strutture erogatrici del territorio ed assicurando il relativo flusso informativo (vedi successivo punto F2).</i>	
C11	Definizione delle condizioni per l'individuazione delle misure da prevedere in caso di superamento dei tempi massimi d'attesa. Anche sulla scorta di quanto è stato condiviso in sede di consultazione delle associazioni dei consumatori già in fase di adozione del 1° Piano Regionale per il Contenimento dei T.A. (DGR 1200/2006 e s.m.i.) si è formulato l'indirizzo per cui non si debbano prevedere forme di ristoro, se non come ultima possibilità, ma che si offrano servizi alternativi aggiuntivi (quali, ad esempio: accompagnamento dell'utente presso strutture in condizione di erogare la prestazione garantita; attività di prevalutazione clinica circa l'appropriatezza della prestazione richiesta, anche al fine di tutelare l'utente dai potenziali rischi connessi alle prestazioni strumentali; la proposizione all'utente ed al suo medico curante di protocolli alternativi per pervenire alla formulazione della diagnosi, in base a considerazioni di appropriatezza d'uso delle risorse tecnologiche e di evidenze scientifiche; la rivalutazione di eventuali indagini già effettuate che consentano di formulare la diagnosi; ecc). In linea di massima, tuttavia, valgono le indicazioni già formulate al punto C6 (<u>Disposizioni in materia di gestione delle agende di prenotazione</u>), in base alle quali, affinché sia assicurata la garanzia del tempo d'attesa per le prestazioni incluse nell'elenco di cui al paragrafo 3.1 del presente Atto, si deve prevedere che nel caso in cui una richiesta riporti codice di priorità U, B o D e sospetto diagnostico, le agende da consultare per prime, qualora si scelga tale opzione, sono quelle delle strutture individuate dalla ASL (in alternativa, in qualsiasi agenda), anche facendo ricorso all'overbooking in caso di indisponibilità di date utili programmabili. <u>Adempimenti aziendali</u> <i>Nella definizione dell'atto deliberativo e dei programmi attuativi per il governo dei tempi d'attesa, le Aziende Sanitarie, sentito il Comitato Consultivo Misto aziendale, esplicitano le condizioni che configurano una violazione del diritto all'accesso alle prestazioni prioritarie incluse negli elenchi di cui ai paragrafi 3.1 e 3.2 del presente Atto e determinano le misure da adottare in caso di superamento del tempo massimo.</i>	1)Indicazione che nei Programmi attuativi aziendali siano esplicitate le misure da prevedere in caso di superamento dei tempi massimi di attesa 2) Esplicitazione nel piano attuativo di quanto previsto dagli adempimenti aziendali del punto C11
C12	Garanzia di coerenza del sistema dell'offerta da erogare in libera professione con l'obiettivo del contenimento dei tempi d'attesa. Con Circolare dell'Assessore alle politiche della salute n. 4719/ASS/ARes del 20.12.2006, avente ad oggetto “Attività libero-professionale intramoenia”, sono state richiamate le responsabilità, sotto diversi profili, delle Direzioni generali delle A.S. circa la puntuale applicazione dell'istituto e si è sottolineato che “... una delle finalità dell'ALPI è da individuare nella riduzione dei tempi d'attesa per l'accesso ... alle prestazioni. Di fatto, il possibile non rispetto delle disposizioni, in particolare nei rapporti spazio-temporali tra attività istituzionale ed ALPI, può creare eccessive sperequazioni nei rispettivi tempi d'attesa portando l'utilizzo dell'ALPI più che in conseguenza di scelte ‘intuitu personae’, al solo fine di ottenere le prestazioni in tempi brevi.”	1)Esplicitazione, nel PRGLA o in successivi atti, delle procedure per garantire la trasparenza della libera professione 2) Esplicitazione nel piano attuativo di quanto previsto dagli adempimenti aziendali del punto C12

Con successiva Circolare dell'Assessore alle politiche della salute n. AOO151-777 del 25.01.2010, in seguito all'emanazione del Decreto-Legge n. 194 del 30.12.2009 "Proroga di termini previsti da disposizioni legislative", che all'art. 6 fissa al 31.01.2011 il termine ultimo per il passaggio definitivo al regime ordinario dell'attività libero professionale intramuraria, si dispone che: *"... è consentito autorizzare fino al 31.01.2011 l'esercizio della libera professione intramuraria allargata e che resta confermato il termine del 31.12.2012 per il completamento degli interventi di ristrutturazione edilizia, fermo restando l'obbligo di rendere immediatamente disponibili i locali interni all'Azienda mediante un utilizzo più razionale degli stessi, anche utilizzando gli ambulatori destinati all'attività istituzionale in orari diversi (ambulatori e relativa strumentazione utilizzati in orario antimeridiano per attività istituzionale e in orario pomeridiano per ALPI, ambulatori utilizzati per poche ore al giorno o per pochi giorni durante la settimana utilizzati nelle restanti ore o giorni per ALPI). Si sottolinea che l'ALPI allargata è consentita solo in mancanza delle condizioni innanzi elencate."*

Con la stessa Circolare, inoltre, si fa obbligo di:

- *"portare a compimento il sistema centralizzato di prenotazione delle prestazioni e di riscossione delle tariffe;*
- *attivare il controllo dei volumi delle prestazioni rese in ALPI, che non devono superare quelli dell'attività istituzionale;*
- *attivare il monitoraggio aziendale dei tempi di attesa delle prestazioni rese nell'ambito dell'attività istituzionale, assicurando il rispetto dei tempi medi fissati e attivazione dei meccanismi di riduzione degli stessi;*
- *allineare progressivamente i tempi di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione intramuraria;*
- *attivare gli Organismi di promozione e di verifica dell'ALPI;*
- *dare adeguata pubblicità dei Piani aziendali e dei Regolamenti ALPI con attuazione di iniziative tipo affissione di locandine, distribuzione di opuscoli presso i locali destinati al CUP, nelle corsie degli ospedali, negli uffici aperti al pubblico che informino gli utenti della possibilità di ricorrere alle prestazioni rese in ALPI e della modalità di svolgimento delle stesse con le relative tariffe, nonché dei tempi di attesa previsti per entrambe le modalità di erogazione delle prestazioni."*

Inoltre, con Circolare n. AOO151-2574 del 05.03.2010 ad oggetto "Liste d'attesa degli interventi chirurgici in regime istituzionale e libero-professionale", ai sensi dell'art.1, co.4, lettera d) della Legge 120/2007 ed al fine di un monitoraggio "ex ante" sui tempi d'attesa degli interventi chirurgici si è richiesto ai Direttori generali di:

- *"inviare elenchi aggiornati in riferimento ai tempi di attesa degli interventi chirurgici eseguiti in day surgery, chirurgia ambulatoriale e ricovero ordinario, sia in regime istituzionale che di libera professione intramuraria suddivisi per Unità Operative;*
- *specificare se le agende di prenotazione sono informatizzate o in formato cartaceo;*
- *specificare da chi sono gestite;*
- *relazionare su come sono garantiti i principi di equità, trasparenza ed*

	<i>efficienza nella gestione delle suddette agende e su quant'altro possa essere utile ai fini del seguente monitoraggio."</i> <u>Adempimenti aziendali</u> <i>Nella definizione dell'atto deliberativo e dei programmi attuativi per il governo dei tempi d'attesa, le Aziende sanitarie devono esplicitare le modalità con le quali viene eseguita la verifica periodica circa il corretto ricorso all'ALPI e viene organizzata la prenotazione delle prestazioni in regime libero-professionale attraverso il CUP aziendale.</i>	
D	Predisposizione di procedure obbligatorie inerenti le attività di ricovero	
D1	Tenuta della "Agenda di prenotazione dei ricoveri" presso le strutture a gestione diretta e quelle accreditate in accordo contrattuale, secondo le "Linee guida per le agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili". Nella DGR 1200/2006, (BURP n.106 del 22.8.06), nell'Allegato, sub C, alla pag. 15523 e in appendice 2, sono riportate le Linee Guida per la tenuta della "Agenda di prenotazione dei ricoveri" prodotte dal Mattone tempi d'attesa e sono state dettate precise indicazioni temporali per il loro recepimento da parte delle A.S. e degli erogatori accreditati. Ad ogni buon conto, esse sono, comunque, consultabili e utilizzabili accedendo al seguente link: http://www.agenas.it/mattone_tempi_conc.html. Le Aziende sanitarie verificano presso le UU.OO. di ricovero dei Presidi a gestione diretta che siano operative le Agende di prenotazione in conformità alle Linee Guida emanate. Tale adempimento deve essere considerato, nella definizione dei contratti con le strutture accreditate di ricovero, quale criterio aggiuntivo rispetto a quelli già indicati nella DGR n. 1494/2009 e s.m.i.. <u>Adempimenti aziendali</u> <i>Nella definizione dell'atto deliberativo e dei programmi attuativi per il governo dei tempi d'attesa, le Aziende sanitarie devono recepire, qualora non abbiano già provveduto in tal senso, le Linee guida per la tenuta della "Agenda di prenotazione dei ricoveri", già emanate con la DGR 1200/2006, prevedendo le modalità di diffusione alle strutture erogatrici pubbliche ed in accordo contrattuale del territorio e di controllo sull'effettivo rispetto.</i> <i>Le Aziende sanitarie inviano entro la fine del primo anno di vigenza del presente Piano una relazione circa le attività di controllo esercitate sull'effettiva tenuta del Registro presso le UU.OO. di ricovero delle strutture pubbliche ed in accordo contrattuale del territorio di competenza.</i>	1) Presenza , nel PRGLA delle procedure di verifica secondo le linee guida del Mattone "Tempi di Attesa" 2) Esplicitazione nel piano attuativo di quanto previsto dagli adempimenti aziendali del punto D1. Trasmissione della prevista relazione a cura delle Direzioni sanitarie aziendali
D2	Inserimento nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) della data di prenotazione e della classe di priorità (DM 8 luglio 2010, come citato in premessa del PNGLA 2010-2012). Nella Regione Puglia sono già inseriti nelle SDO i campi per la registrazione della data di prenotazione e della classe di priorità del ricovero programmato. Con la nota AOO_081/337/PGS2 del 24/01/2011, l'Ufficio 2 – Sistemi Informativi e Flussi Informativi del Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria ha	1)Disposizione per l'adeguamento della SDO e del proprio Sistema Informativo per garantire queste procedure, qualora non già adottate 2) Esplicitazione nel piano attuativo di quanto previsto dagli

	trasmesso alle Aziende Sanitarie Locali le Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi d'attesa, come da Accordo Stato-Regioni sul PNGLA stipulato il 28.10.2010, in cui, tra l'altro, si ribadiscono le disposizioni di cui al DM 8 luglio 2010. Si ritiene, tuttavia, opportuno che, così come per la data di prenotazione, siano previste forme di verifica circa l'effettiva compilazione del campo relativo alla classe di priorità del ricovero programmato. <u>Adempimenti aziendali</u> <i>Nella definizione dell'atto deliberativo e dei programmi attuativi per il governo dei tempi d'attesa, le Aziende sanitarie adottano:</i> - <i>provvedimenti e forme adeguate di comunicazione ai dirigenti delle UU.OO. di ricovero dei Presidi a gestione diretta circa l'obbligatorietà della compilazione dei campi relativi sia alla data di prenotazione che alla classe di priorità prevista per il ricovero programmato;</i> - <i>procedure di verifica circa la completezza e la qualità dei flussi informativi relativi alle SDO.</i>	adempimenti aziendali del punto D2
E	Individuazione degli indirizzi uniformi per la predisposizione di programmi attuativi aziendali	
E1	Definizione della struttura dei Programmi attuativi aziendali. Entro 60 giorni dall'approvazione del presente Piano regionale le Aziende Sanitarie adottano un programma attuativo aziendale, che viene inviato all'Assessorato alle Politiche della Salute che esercita le conseguenti verifiche circa la coerenza con gli indirizzi regionali, avvalendosi della collaborazione dell'ARes e del Coordinamento regionale di cui alla D.G.R. n.854/2010. I Piani attuativi aziendali devono tener conto di tutti indirizzi contenuti sia nella premessa che nella presente tabella contenente i criteri di valutazione, in particolare per quanto riguarda l'erogazione delle prestazioni di cui ai paragrafi 3.1 e 3.2 del presente Atto. Gli elementi che devono caratterizzare i Piani aziendali e che devono essere oggetto di specifici interventi vengono di seguito sintetizzati: 1. recepimento dell'elenco delle prestazioni per le quali garantire i tempi d'attesa secondo classi di priorità, individuando il modello organizzativo per assicurarne il rispetto per almeno il 90% di coloro ai quali viene prescritta la prestazione; 2. recepimento delle Linee guida che riguardano i contenuti delle classi di priorità, la gestione delle agende di prenotazione, l'organizzazione del CUP, la gestione degli episodi di sospensione dell'erogazione delle attività ambulatoriali e le procedure per il monitoraggio dei tempi e liste d'attesa; 3. il governo della domanda di prestazioni, attraverso l'uso sistematico delle classi di priorità, sia nella fase prescrittiva che di prenotazione; 4. organizzazione dell'offerta presso il CUP, con la definizione di agende di prenotazione coerenti con la stratificazione della domanda per classi di priorità; 5. la messa in atto di procedure di verifica dell'appropriatezza prescrittiva, attraverso provvedimenti specifici che regolamentino: a. l'utilizzo delle classi di priorità, b. la presenza del quesito diagnostico	1) Esplicitazione degli elementi che devono caratterizzare i Programmi attuativi aziendali 2) Definizione del piano attuativo in conformità alla struttura indicata al punto E1

	c. la corretta identificazione delle prime visite e dei controlli d. la verifica della congruità circa l'uso delle priorità, attraverso audit tra prescrittori ed erogatori. 6. la definizione dei modelli organizzativi per assicurare la presa in carico e la gestione dei PDT dei pazienti con patologie oncologiche e cardiovascolari; 7. la gestione razionale degli accessi, attraverso il controllo dell'intera offerta tramite il sistema CUP, anche per supportare la gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici; 8. la definizione delle modalità alternative di accesso alla prestazione, nel caso in cui con l'ordinaria offerta aziendale non vengano garantite le prestazioni nei tempi massimi di attesa; 9. l'adeguamento dei contenuti informativi e la trasmissione sistematica dei flussi informativi per il monitoraggio delle liste e dei tempi d'attesa, con il rispetto dei tempi e delle modalità previste; 10. un'adeguata organizzazione delle attività in libera professione erogata dai professionisti per conto e a carico delle aziende, ai fini del contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni particolarmente critiche; nonché la verifica e il controllo delle prestazioni erogate in libera professione dai professionisti a favore e a carico dell'utente che ne fa richiesta; 11. l'informazione e la comunicazione sulle liste d'attesa in coerenza con quanto previsto nel PNGLA e da questo Piano, promuovendo la partecipazione di utenti e di associazioni di tutela e di volontariato, per favorire sia un'adeguata conoscenza delle attività che delle modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni; 12. pubblicare l'andamento dei tempi e delle liste di attesa secondo quanto previsto dal PNGLA e da questo Piano; 13. la vigilanza sistematica sulle situazioni di sospensione dell'erogazione delle prestazioni. <u>Adempimenti aziendali</u> <i>Le Aziende sanitarie devono produrre i propri Piani attuativi aziendali per il governo delle liste d'attesa, in maniera conforme a tutti gli elementi contenuti nel presente atto ed agli indicatori di valutazione - sub 2) nella colonna affianco - che la Regione utilizzerà per la loro verifica.</i>	
E2	Valutazione e monitoraggio dei Programmi attuativi aziendali. I Piani attuativi aziendali saranno valutati facendo riferimento alla presenza di iniziative coerenti con gli elementi precedentemente elencati, agli indicatori contenuti nella presente tabella ed alla regolare trasmissione delle relazioni previste dal presente atto.	1) Esplicitazione dei criteri da utilizzare per la valutazione dei Programmi attuativi aziendali e per il monitoraggio periodico circa lo stato d'attuazione delle attività programmate
F	Individuazione degli indirizzi uniformi per le attività di monitoraggio	
	Con la nota AOO_081/337/PGS2 del 24/01/2011, l'Ufficio 2 – Sistemi Informativi e Flussi Informativi del Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria ha trasmesso alle Aziende Sanitarie le Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi	1) Esplicitazione degli adempimenti per garantire il monitoraggio 2) Individuazione nel piano attuativo della/e

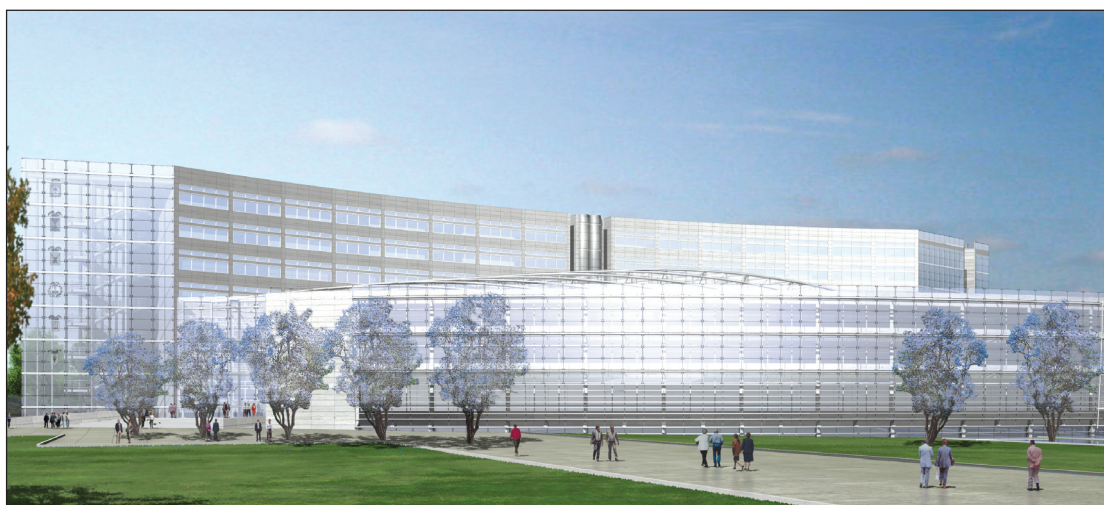
	d’attesa, come da Accordo Stato-Regioni sul PNGLA stipulato il 28.10.2010, notificato dal Ministero della Salute con nota DGPROG 0042754-P-30/12/2010. A tale invio, ha fatto seguito la nota AOO_081/504/PGS2 del 03/02/2011, sempre a cura dell’Ufficio 2 – Sistemi Informativi e Flussi Informativi del Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria, con la quale sono state emanate specifiche indicazioni per quanto riguarda la codifica delle strutture eroganti le prestazioni da monitorare. A tali documenti si rinvia per quanto riguarda le specifiche procedure che le Aziende Sanitarie devono assicurare. <u>Adempimenti Aziendali</u> <i>Le Aziende Sanitarie assicurano la trasmissione dei flussi informativi per i monitoraggi di seguito elencati, secondo le specifiche indicate nelle Linee guida emanate dal Ministero della Salute e secondo le specifiche stabilite dalla Regione, nel rispetto della tempistica prevista.</i>	struttura/e responsabili delle procedure previste per ciascun monitoraggio												
F1	Monitoraggio ex-post. Il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex post, viene effettuato attraverso il flusso informativo ex art. 50 della legge 326/2003 che, nell’aggiornamento del comma 5 del decreto del Ministero dell’Economia e Finanze del 18 marzo 2008, è stato implementato delle informazioni necessarie al suddetto monitoraggio. <u>I dati necessari per il monitoraggio sono quelli relativi alle prestazioni elencate al paragrafo 3.1 del presente Atto</u>, erogate presso le strutture indicate nei programmi attuativi aziendali (qualora l’A.S. abbia optato per questa scelta) o, in alternativa, presso tutte le strutture. In ogni caso le Aziende sono tenute a comunicare alla Regione i codici di tutte le strutture o delle strutture indicate nei programmi attuativi aziendali (qualora l’A.S. abbia optato per questa scelta), con associato il codice da nomenclatore regionale della prestazione erogata. Nello specifico ogni Azienda dovrà fornire alla Regione in formato software (fogli di calcolo, tipo MS Excel) per ciascuna prestazione oggetto di monitoraggio le informazioni contenute nella presente tabella. <table><tr><th>Codice ASL</th><th>Codice Struttura erogatrice (modello STS11 DM 05/12/2006)</th><th>Codice Struttura erogatrice riportata nel flusso ex art.50</th><th>Descrizione struttura erogatrice</th><th>Codice Prestazione da nomenclatore</th><th>Descrizione Prestazione da nomenclatore nazionale</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> <u>Contenuti informativi</u> I campi inseriti nel tracciato del comma 5 dell’art. 50 della L. 326/03 per il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali sono da considerarsi <u>tutti obbligatori</u> ai fini del monitoraggio stesso. In particolare essi riguardano: 1. Data di prenotazione 2. Data di erogazione della prestazione 3. Tipo di accesso 4. Classe di priorità 5. Garanzia dei tempi massimi (la valorizzazione del campo “Garanzia dei tempi	Codice ASL	Codice Struttura erogatrice (modello STS11 DM 05/12/2006)	Codice Struttura erogatrice riportata nel flusso ex art.50	Descrizione struttura erogatrice	Codice Prestazione da nomenclatore	Descrizione Prestazione da nomenclatore nazionale							1)Esplicitazione degli adempimenti per garantire il monitoraggio 2)Individuazione nel piano attuativo della/e struttura/e responsabili delle procedure previste per ciascun monitoraggio
Codice ASL	Codice Struttura erogatrice (modello STS11 DM 05/12/2006)	Codice Struttura erogatrice riportata nel flusso ex art.50	Descrizione struttura erogatrice	Codice Prestazione da nomenclatore	Descrizione Prestazione da nomenclatore nazionale									

	massimi” è obbligatoria <u>solo per il primo accesso e per le classi di priorità B e D</u>). 6. Codice struttura che ha erogato la prestazione Per la codifica delle strutture erogatrici fare riferimento alla nota AOO_081/504/PGS2 del 03/02/2011, con la quale sono state emanate specifiche indicazioni per quanto riguarda la codifica delle strutture eroganti le prestazioni da monitorare.													
F2	Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione. La rilevazione afferisce alle sospensione delle attività di erogazione di prestazioni adottate in casi eccezionali da parte delle aziende sanitarie ed ospedaliere (solo per gravi o eccezionali motivi) e nel rispetto di alcune regole. In tal senso, le sospensioni programmate non sono oggetto di rilevazione in quanto oggetto di pianificazione e quindi gestibili anticipatamente. Il monitoraggio riguarderà le sospensioni relative alle prestazioni, indicate al paragrafo 3.1 del presente Atto, erogate presso tutte le strutture regionali, nel caso in cui la sospensione riguardi l’indisponibilità assoluta dell’erogazione di una certa prestazione in una singola struttura, cioè non ci siano altre risorse che continuino ad erogare tale prestazione garantendo così il servizio. Al fine della rilevazione, si considerano oggetto del monitoraggio gli eventi di sospensione delle attività di erogazione aventi durata superiore a un giorno, mentre non sono oggetto di monitoraggio le chiusure definitive dovute a riorganizzazione dei servizi offerti. Per la rilevazione degli eventi di sospensione dovrà essere utilizzato tassativamente il seguente modello di tabella da fornire alla Regione in formato software (foglio di calcolo, tipo MS Excel). <table><tr><th>Codice ASL</th><th>Codice Struttura erogatrice (modello STS11 DM 05/12/2006)</th><th>Codice Struttura erogatrice riportata nel flusso ex art.50</th><th>Durata della sospensione</th><th>Causa della sospensione</th><th>Codice Raggruppamento Oggetto di sospensione</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Note: Durata della sospensione – Valori Ammessi: 1, se la durata della sospensione è maggiore o uguale a 2 giorni solari e minore o uguale a 7 giorni solari (2gg<= T <=7gg) 2, se la durata è maggiore di 7 giorni solari Causa della Sospensione – Valori Ammessi: 1, inaccessibilità della struttura 2, guasto macchina 3, indisponibilità del personale 4, indisponibilità materiale/dispositivi Codice Raggruppamento – Valori Ammessi: Selezionare tra i valori dell’allegato 4 del documento “Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi d’attesa”, come da Accordo Stato-Regioni sul	Codice ASL	Codice Struttura erogatrice (modello STS11 DM 05/12/2006)	Codice Struttura erogatrice riportata nel flusso ex art.50	Durata della sospensione	Causa della sospensione	Codice Raggruppamento Oggetto di sospensione							1) Esplicitazione degli adempimenti per garantire il monitoraggio 2) Individuazione nel piano attuativo della/e struttura/e responsabili delle procedure previste per ciascun monitoraggio
Codice ASL	Codice Struttura erogatrice (modello STS11 DM 05/12/2006)	Codice Struttura erogatrice riportata nel flusso ex art.50	Durata della sospensione	Causa della sospensione	Codice Raggruppamento Oggetto di sospensione									

	PNGLA stipulato il 28.10.2010, notificato dal Ministero della Salute con nota DGPROG 0042754-P-30/12/2010 e trasmesso con nota AOO_081/337/PGS2 del 24/01/2011.																																																																			
F3	Monitoraggio attività di ricovero. Il monitoraggio riguarda le prenotazioni dei <u>ricoveri ospedalieri programmabili</u> indicati al paragrafo 3.2 del presente Atto erogate presso le strutture indicate nei programmi attuativi aziendali (qualora l’A.S. abbia optato per questa scelta) o, in alternativa, presso tutte le strutture. Contenuti informativi I campi inseriti nel tracciato SDO utili per il monitoraggio dei tempi di attesa dei ricoveri ospedalieri sono: 1. Codice struttura 2. Tipo di ricovero 3. Regime di ricovero 4. Data di prenotazione 5. Classe di priorità 6. Codice intervento chirurgico/procedura diagnostico terapeutica 7. Data intervento chirurgico /procedura diagnostico terapeutica	1)Esplicitazione degli adempimenti per garantire il monitoraggio 2)Individuazione nel piano attuativo della/e struttura/e responsabili delle procedure previste per ciascun monitoraggio																																																																		
F4	Monitoraggio ex-ante. Il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex ante, si basa su una rilevazione, effettuata in un periodo indice, stabilito a livello nazionale, dei dati sui tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali di cui al paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12. In particolare per l’anno 2011 il monitoraggio verrà effettuato sulle seguenti prestazioni: <table><tr><th>Numero</th><th>Prestazioni oggetto di monitoraggio</th><th>Codice nomenclatore</th></tr><tr><td>1</td><td>visita cardiologica</td><td>89.7</td></tr><tr><td>2</td><td>visita chirurgia vascolare</td><td>89.7</td></tr><tr><td>3</td><td>visita endocrinologica</td><td>89.7</td></tr><tr><td>4</td><td>visita neurologica</td><td>89.13</td></tr><tr><td>5</td><td>visita oculistica</td><td>95.02</td></tr><tr><td>6</td><td>visita ortopedica</td><td>89.7</td></tr><tr><td>7</td><td>visita ginecologica</td><td>89.26</td></tr><tr><td>8</td><td>visita otorinolaringoiatra</td><td>89.7</td></tr><tr><td>9</td><td>visita urologica</td><td>89.7</td></tr><tr><td>10</td><td>visita dermatologica</td><td>89.7</td></tr><tr><td>11</td><td>visita fisiatria</td><td>89.7</td></tr><tr><td>12</td><td>visita gastroenterologica</td><td>89.7</td></tr><tr><td>13</td><td>visita oncologica</td><td>89.7</td></tr><tr><td>14</td><td>visita pneumologica</td><td>89.7</td></tr><tr><td>17</td><td>TAC con e senza contrasto Addome superiore</td><td>88.01.2 - 88.01.1;</td></tr><tr><td>18</td><td>TAC con e senza contrasto Addome inferiore</td><td>88.01.4 - 88.01.3;</td></tr><tr><td>19</td><td>TAC con e senza contrasto Addome completo</td><td>88.01.6 - 88.01.5;</td></tr><tr><td>20</td><td>TAC con e senza contrasto capo</td><td>87.03 – 87.03.1</td></tr><tr><td>23</td><td>RMN cervello e tronco encefalico</td><td>88.91.1 - 88.91.2;</td></tr><tr><td>26</td><td>RMN colonna vertebrale</td><td>88.93 – 88.93.1;</td></tr><tr><td>31</td><td>Ecografia Addome</td><td>88.74.1 - 88.75.1 88.76.1;</td></tr></table>	Numero	Prestazioni oggetto di monitoraggio	Codice nomenclatore	1	visita cardiologica	89.7	2	visita chirurgia vascolare	89.7	3	visita endocrinologica	89.7	4	visita neurologica	89.13	5	visita oculistica	95.02	6	visita ortopedica	89.7	7	visita ginecologica	89.26	8	visita otorinolaringoiatra	89.7	9	visita urologica	89.7	10	visita dermatologica	89.7	11	visita fisiatria	89.7	12	visita gastroenterologica	89.7	13	visita oncologica	89.7	14	visita pneumologica	89.7	17	TAC con e senza contrasto Addome superiore	88.01.2 - 88.01.1;	18	TAC con e senza contrasto Addome inferiore	88.01.4 - 88.01.3;	19	TAC con e senza contrasto Addome completo	88.01.6 - 88.01.5;	20	TAC con e senza contrasto capo	87.03 – 87.03.1	23	RMN cervello e tronco encefalico	88.91.1 - 88.91.2;	26	RMN colonna vertebrale	88.93 – 88.93.1;	31	Ecografia Addome	88.74.1 - 88.75.1 88.76.1;	1)Esplicitazione degli adempimenti per garantire il monitoraggio 2)Individuazione nel piano attuativo della/e struttura/e responsabili delle procedure previste per ciascun monitoraggio
Numero	Prestazioni oggetto di monitoraggio	Codice nomenclatore																																																																		
1	visita cardiologica	89.7																																																																		
2	visita chirurgia vascolare	89.7																																																																		
3	visita endocrinologica	89.7																																																																		
4	visita neurologica	89.13																																																																		
5	visita oculistica	95.02																																																																		
6	visita ortopedica	89.7																																																																		
7	visita ginecologica	89.26																																																																		
8	visita otorinolaringoiatra	89.7																																																																		
9	visita urologica	89.7																																																																		
10	visita dermatologica	89.7																																																																		
11	visita fisiatria	89.7																																																																		
12	visita gastroenterologica	89.7																																																																		
13	visita oncologica	89.7																																																																		
14	visita pneumologica	89.7																																																																		
17	TAC con e senza contrasto Addome superiore	88.01.2 - 88.01.1;																																																																		
18	TAC con e senza contrasto Addome inferiore	88.01.4 - 88.01.3;																																																																		
19	TAC con e senza contrasto Addome completo	88.01.6 - 88.01.5;																																																																		
20	TAC con e senza contrasto capo	87.03 – 87.03.1																																																																		
23	RMN cervello e tronco encefalico	88.91.1 - 88.91.2;																																																																		
26	RMN colonna vertebrale	88.93 – 88.93.1;																																																																		
31	Ecografia Addome	88.74.1 - 88.75.1 88.76.1;																																																																		

	Per l'anno 2012, a regime, le prestazioni da monitorare sono tutte quelle contenute nel paragrafo 3.1 del presente Atto. Sono tenute alla rilevazione tutte le strutture pubbliche e private accreditate che erogano prestazioni per conto e a carico del SSN. Il periodo indice è rappresentato dalla prima settimana dei mesi di aprile e ottobre di ciascun anno. Il monitoraggio ex ante si dovrà effettuare <u>solo per il primo accesso e per le classi di priorità B e D.</u> Contenuti informativi I contenuti informativi rilevanti per le finalità connesse al monitoraggio ex ante sono riportati nel disciplinare tecnico che viene inviato dall'AReS alle ASL per le rilevazioni nei periodi indice previsti.	
F5	Monitoraggio siti Web. L'informazione e la comunicazione sulle liste d'attesa, a cura delle Strutture di Informazione e Comunicazione e degli Uffici relazioni con il pubblico (URP), vanno sostenuti e potenziati attraverso strumenti finalizzati a sviluppare e rafforzare la multicanalità nell'accesso alle informazioni, come previsto dalla DGR n.1079/2008 e dalla D.G.R. n.1101/2011, attraverso campagne informative, aggiornamento delle Carte dei servizi aziendali (ovvero attraverso Carte dei servizi tematiche rivolte a target specifici di Utenti), Call Center regionali e aziendali, nonché prevedendo sezioni dedicate e facilmente accessibili sul Portale Regionale della Salute e sul sito WEB delle A.S. (qualora queste non abbiano optato per l'esclusivo utilizzo dello spazio per le A.S. messo a disposizione nel Portale Regionale della Salute). Sulla base delle 3 rilevazioni nazionali condotte dal Ministero della Salute, i cui risultati sono disponibili sul Portale, nel PNGLA si è convenuto di procedere in tale attività di monitoraggio in maniera sistematica sia per l'ambito ambulatoriale che per quello dei ricoveri, con cadenza annuale, su tutto il territorio nazionale secondo modalità condivise tra Ministero della Salute, AgeNaS, Regioni e P.A.. I risultati del monitoraggio saranno diffusi attraverso il Portale del Ministero della Salute.	1)Esplicitazione degli adempimenti per garantire il monitoraggio 2)Individuazione nel piano attuativo della/e struttura/e responsabili delle procedure previste per ciascun monitoraggio
F6	Monitoraggio ALPI. L'AgeNaS, sulla base delle esperienze già maturate relative sia ai monitoraggi sui tempi di attesa delle prestazioni erogate in attività istituzionale e sia alla sperimentazione dei tempi di attesa delle prestazioni erogate in ALPI, condotta su indicazione dell'“Osservatorio Nazionale per l'Attività Libero Professionale”, ha provveduto ad individuare le procedure per il monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali libero professionali di cui al paragrafo 3.1 del presente Atto, erogate a favore e a carico dell'utente, con riferimento alle modalità di prenotazione, al numero di prestazioni erogate e ai relativi tempi di attesa. <u>Le Aziende Sanitarie assicurano la partecipazione alle rilevazioni periodiche che l'AgeNaS promuoverà nonché alle rilevazioni che sullo stesso argomento effettuerà la Regione Puglia.</u>	1)Esplicitazione degli adempimenti per garantire il monitoraggio 2)Individuazione nel piano attuativo della/e struttura/e responsabili delle procedure previste per ciascun monitoraggio
F7	Monitoraggio PDT. Le Regioni Puglia si impegna a monitorare i PDT, in considerazione dei tempi	1)Esplicitazione degli adempimenti per garantire il monitoraggio

massimi d'attesa sia per la formulazione della diagnosi clinica sia per l'avvio della terapia appropriata per quella condizione patologica. Lo scopo del monitoraggio è verificare che i pazienti con determinati problemi di salute abbiano completato i PDT in tempi congrui. I tempi massimi d'attesa per ciascun PDT, per le patologie oggetto di monitoraggio, non potranno essere superiori ai 30 giorni per la fase diagnostica e 30 giorni per l'inizio della terapia dal momento dell'indicazione clinica per almeno il 90% dei pazienti. L'AgeNaS, in collaborazione con le Regioni, le P.A. e il Ministero della Salute, ha predisposto la metodologia per il monitoraggio ed ha individuato le patologie oggetto di monitoraggio, con riferimento alle condizioni cliniche a forte impatto sociale per gravità, frequenza e costi. Nell'ambito dell'area oncologica sono oggetto di monitoraggio i PDT di: - Carcinoma del colon retto - Carcinoma della mammella - Carcinoma del polmone Nell'ambito dell'area cardiovascolare sono oggetto di monitoraggio il PDT di: - By Pass aorto-coronarico L'elaborazione dei tempi d'attesa dei PDT, secondo le scadenze previste, sarà a cura dell'AReS che si avvarrà dei necessari flussi informativi messi a disposizione, nel formato richiesto, dal SISR. <u>Le Aziende Sanitarie emanano circolari alle UU.OO. interessate da tali patologie, affinché sia assicurata la verifica della corretta compilazione delle SDO, per quanto riguarda, in particolare, i campi relativi alle procedure diagnostiche e chirurgiche effettuate.</u>	2)Individuazione nel piano attuativo della/e struttura/e responsabili delle procedure previste per ciascun monitoraggio
--	---



Progetto nuova sede Consiglio Regionale



BOLLETTINO UFFICIALE

DELLA REGIONE PUGLIA

Direzione e Redazione: Lungomare Nazario Sauro, 33 - 70121 Bari

Tel. 0805406317 - 6372 / fax 0805406379

Abbonamenti: 0805406376

Sito internet: <http://www.regione.puglia.it>

e-mail: burp@regione.puglia.it

Direttore Responsabile **Dott. Antonio Dell'Era**