

REGIONE CAMPANIA Giunta Regionale - Seduta del 5 novembre 2004 - Deliberazione N. 2019 - Area Generale di Coordinamento N. 20 - Assistenza Sanitaria - "Approvazione piano triennale per la razionalizzazione della spesa sanitaria in Regione Campania attraverso l'appropriatezza delle prestazioni del diabete mellito e dell'ipertensione arteriosa in applicazione ed integrazione dell'art. 1 bis dell'A.I.R. della medicina generale ex DGR 2128/03".

*omissis*

PREMESSO:

- Che con DGR n. 2128 del 20.06.03, pubblicata sul B.U.R.C. n. 32 del 21.07.03, è stato approvato l'Accordo Integrativo regionale (A.I.R.) della Medicina Generale ai sensi del Capo VI del DPR 270/2000, Accordo in cui - all'art. 1 - si prevede l'istituzione da parte dell'Assessorato alla Sanità dell'Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza in Medicina Generale;

- Che con Decreto n. 572 del 7.8.03, dell'Assessore alla Sanità, è stato costituito l'Osservatorio di che trattasi e che tale organismo - dopo approfonditi lavori in fase tecnico istruttoria - ha licenziato un proprio documento definito "PIANO TRIENNALE PER LA RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA SANITARIA IN REGIONE CAMPANIA", reso ai sensi della normativa citata nel precedente capoverso;

- Che tale documento reso all'Assessore alla Sanità dall'Osservatorio Regionale citato in premessa, viene a formulare un Piano Triennale da ricollegarsi - nella sua attuazione - a quanto previsto in ordine ai risultati da raggiungere, alla organizzazione da prevedersi ed ai corrispettivi da riconoscersi a quanto stabilito dal citato A.I.R., all'art. 1 bis, rivolgendosi alla totalità dei medici di medicina generale, e non soltanto ad una parte di essi, ad integrazione di quanto originariamente definito al comma 2 del citato A.I.R.;

- Che in tale documento vengono delineati obiettivi e modalità attuative di un primo progetto di razionalizzazione della spesa sanitaria in Campania da realizzarsi attraverso la migliore appropriatezza delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche ambulatoriali così come ottenibile dalla prescrizione del Medico di Medicina Generale resa in sintonia con le Linee-Guida sul Diabete Mellito e l'Ipertensione Arteriosa approvate dalla Giunta regionale campana con le deliberazioni nn. 6960 e 6961 del 2001;

RITENUTO:

- Di dover provvedere alla approvazione di detto documento ed alla sua più efficace applicazione, venendo ad integrare ed ampliare la platea dei prescrittori prevista dall'art. 1 bis dell'A.I.R. ex DGR 2128/03;

DELIBERA

per i motivi di cui in premessa e che si intendono qui di seguito integralmente riportati:

- di approvare il documento che allegato al presente deliberato ne costituisce parte integrante e denominato "PIANO TRIENNALE PER LA RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA SANITARIA IN REGIONE CAMPANIA", reso allo scopo di raggiungere l'appropriatezza delle prestazioni diagnostiche - terapeutiche nel diabete mellito e nell'ipertensione arteriosa in applicazione ed integrazione dell'art.1 bis dell'A.I.R. della Medicina generale ex DGR 2128/03;

- di stabilire che il Piano di che trattasi potrà prendere inizio a far data dalla pubblicazione del presente deliberato sul B.U.R.C.;

- di notificare la presente alle Aziende Sanitarie per i provvedimenti di competenza;

- di inviare all'AGC Assistenza Sanitaria, Settore Assistenza Sanitaria ed all'AGC Piano Sanitario Regionale e rapporti con le ASL, Settore Programmazione ed al Settore Stampa, Documentazione ed Informazione per la pubblicazione sul B.U.R.C.

Il Segretario  
Brancati

Il Presidente  
Valiante



**REGIONE CAMPANIA  
ASSESSORATO ALLA SANITA'**

**OSSERVATORIO REGIONALE PER L'APPROPRIATEZZA  
DELLE PRESTAZIONI IN MEDICINA GENERALE**

**"PIANO TRIENNALE PER LA RAZIONALIZZAZIONE DELLA  
SPESA SANITARIA IN REGIONE CAMPANIA"**

**Ai sensi dell' art. 1 bis dell'Accordo Integrativo Regionale  
D.G.R.C. 2128 del 20.06.03 BURC n. 32 del 21.07.03**

---

**Deliberazione N. 2019 del 5 novembre 2004  
Bollettino Ufficiale della regione Campania n. 58 del 29 novembre 2004**

---

## A. PREMESSA

Ai sensi dell'art. 1 bis dell'Accordo Integrativo Regionale (A.I.R.) per la medicina generale, l'Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza delle Prestazioni, istituito con Decreto n.572 del 7 agosto 2003 dell'Assessore regionale alla Sanità, ha elaborato il seguente Piano triennale dettagliato, con i relativi protocolli applicativi, finalizzato, attraverso una strategia complessiva di razionalizzazione del sistema di erogazione delle cure sul territorio, al contenimento della spesa sanitaria della Regione Campania. Sarà compito dell'Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza comunicare agli Osservatori Aziendali per l'Appropriatezza delle A.S.L. i Protocolli Applicativi dello stesso, affinché possano essere portati a conoscenza dei Medici di Assistenza Primaria.

I medici di Assistenza Primaria, in forma singola o che aderiscono alle forme di "medicina in associazione", "medicina in rete" e "medicina in gruppo", nel rispetto di quanto previsto nel D.P.R.270/2000 all'art.40 comma 7 lettera d), comma 8 lettera d), comma 9 lettera g), con lettera raccomandata A/R, indirizzata all'Osservatorio Aziendale per l'Appropriatezza della ASL, dichiarano:

- di conoscere ed aderire all'applicazione dei contenuti dei Protocolli Applicativi del Piano triennale;
- di aderire all'implementazione delle Linee Guida già deliberate dalla Giunta della Regione Campania, e di quante deliberate successivamente, ivi comprese le linee Guida specialistiche per la parte che l'Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza identificherà come applicabili anche ai Medici di Assistenza Primaria;
- di aderire altresì ai programmi regionali di razionalizzazione della spesa sanitaria sia per la farmaceutica, sia per la diagnostica strumentale e di laboratorio che per la riabilitazione;
- di contribuire alla riduzione delle liste di attesa incentivando l'assistenza domiciliare ed evitando il ricovero improprio.

L'Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza provvederà a monitorare, con cadenza trimestrale, l'andamento del programma di razionalizzazione previsto. Nel caso di mancato raggiungimento degli obiettivi di programmazione proposti, al termine di ciascun anno, le OO. SS. rappresentate nell'Osservatorio saranno convocate dall'Assessore alla Sanità per la rivalutazione del programma di razionalizzazione. L'Assessorato si impegna, altresì, a considerare quale criterio di valutazione per la riconferma dei Direttori Generali delle A.S.L. l'esecuzione di quanto previsto dalle deliberazioni di Giunta proposte per la razionalizzazione e il contenimento della spesa, con particolare riguardo a quanto deliberato per l'osservanza delle norme vigenti da parte di tutti i sanitari operanti per il SSR considerati quali "induttori" delle prescrizioni.

Ai Medici che presentano l'adesione al Piano di razionalizzazione è corrisposta una quota capitaria ulteriore di € 3,00 per assistito per anno al raggiungimento a consuntivo, per l'anno considerato, degli obiettivi previsti dal Piano Triennale Regionale. La verifica del raggiungimento degli obiettivi è compito dei Direttori Generali delle ASL che, in caso di verifica positiva sull'operato di ciascun medico e ricevuta specifica indicazione di congruità dall'Osservatorio Regionale, procederanno alla corresponsione della indennità di cui al presente articolo nel rispetto delle percentuali previste. Tali percentuali vengono stabilite come segue:

- per la prima annualità i medici, nel loro complesso, dovranno garantire l'inserimento nei protocolli di una percentuale della popolazione residente nella A.S.L. che parte da un minimo dell'1% sino ad un massimo del 50%;
- per la seconda annualità i medici, nel loro complesso, dovranno garantire l'inserimento nei protocolli di una percentuale della popolazione residente nella A.S.L. che parte da un minimo del 51% sino ad un massimo del 75%;
- per la terza annualità i medici, nel loro complesso, dovranno garantire l'inserimento nei protocolli di una percentuale della popolazione residente nella A.S.L. che parte da un minimo del 76% sino ad un massimo del 90%;

## B. INTRODUZIONE

Con il varo del D.L.vo n.502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni si è prodotta una evoluzione sostanziale del S.S.N. rispetto all'impianto originario della legge 833 del 1978, essendo stato adottato, quale elemento fortemente innovativo della sua organizzazione, il principio della predeterminazione del suo finanziamento.

Per il Medico di Medicina Generale, in base a tale principio, fu introdotta, all'art. 8 del D.L.vo 502/92, la definizione di "ordinatore di spesa", cioè responsabile dei costi generati nel corso del processo di assistenza a favore dei pazienti a lui affidati. La strategia del D.L.vo 502/92 si concretizzava in un Sistema di gestione più responsabilizzante, basato sull'obbligo per gli Amministratori di esibire i bilanci

analitici dei valori economici impiegati nella realizzazione dei servizi. Questo nuovo assetto del sistema di finanziamento faceva sorgere negli operatori l'esigenza culturale di utilizzare strumenti in grado di determinare il peso delle prestazioni sanitarie secondo il principio del rapporto "costo-benefici-efficacia".

Per la Medicina Generale la conferma di questo percorso culturale scaturito dal D.L.vo 502/92 è stata la introduzione delle "Note CUF" per la prescrizione di farmaci, il criterio protocollare per la regolamentazione delle esenzioni dal ticket per patologia e la formulazione in itinere delle "Note CUD" tese a regolare la prescrizione degli accertamenti diagnostici. Questi provvedimenti, pur facendo riferimento per la formulazione scientifica al Sistema della Evidence Based Medicine, nella loro applicazione hanno assunto un carattere fortemente vincolante per il prescrittore perché collegato al principio sanzionatorio. L'introduzione di criteri rigidi nell'applicazione di consigli di buona pratica medica, quali sono definite nella comunità scientifica internazionale le Linee Guida derivate dalla EBM, lungi dal generare gli effetti di razionalizzazione attesi, ha provocato nel contesto della organizzazione dei servizi una permanente conflittualità, risultando estremamente difficile armonizzare, intorno ai "protocolli diagnostico-terapeutici", il comportamento professionale della pluralità di soggetti sanitari che intervengono costantemente nello svolgimento del processo di assistenza al cittadino.

Ciò nonostante, è largamente condivisa la convinzione che, per salvaguardare il principio solidaristico del SSN pubblico, sia indispensabile rapportare i costi della gestione del "diritto alla salute" dei cittadini alle risorse rese disponibili dallo Stato; così come è maturata la consapevolezza di dover adottare e sviluppare nella pratica assistenziale quotidiana criteri scientifici di "appropriatezza" e, soprattutto, la disponibilità ad entrare in un Sistema di Valutazione che, pur strutturato in forme non coercitive e punitive, ma ispirato al principio della libera adesione e condivisione degli obiettivi, consenta la realizzazione di un Sistema il più equilibrato e realistico possibile di "Clinical Governance".

Il presente Piano Triennale, la cui formulazione ed attuazione è prevista nell'A.I.R., vigente in Campania, rappresenta il tentativo di sperimentare la fattibilità e la riproducibilità di tale percorso a partire dalla Medicina Generale che, nel comparto delle Cure Primarie, è il settore in cui si genera e si svolge larga parte del Processo di Assistenza.

### C. RAZIONALE

La strategia ispiratrice del presente Piano Triennale è finalizzata alla realizzazione di un sistema di "Clinical Governance" nel S.S.R. alimentato dall'applicazione operativa di un "Modello Valutativo" delle prestazioni sanitarie, di cui si sia potuta dimostrare la capacità di produrre una razionalizzazione del sistema di erogazione delle cure.

Il "Modello Valutativo" nell'ambito del presente Piano ha, come suo punto di partenza, la delimitazione del campo di studio alle patologie di cui alle Linee Guida Regionali e la individuazione del target per la sua applicazione nella Medicina Generale.

Gli strumenti interni al Piano sono costituiti:

- dai suoi Obiettivi;
- dal Protocollo Applicativo per il Medico di A. P. in cui si trova definita la parametrizzazione della congruità prescrittiva per ciascuna Linea Guida secondo criteri scientificamente certificati;
- dai Protocolli per gli Osservatori Aziendali e per l'Osservatorio Regionale nei quali è descritta la struttura organizzativa, amministrativa e logistica del Piano;
- dagli Allegati;

Lo svolgimento del percorso risulta, per la sua impostazione, assimilabile, dal punto di vista della epidemiologia generale e della farmaco-epidemiologia, a quello proprio degli "studi osservazionali". La materia della osservazione sarà costituita dai report informatizzati quale prodotto dell'attività routinaria dei Medici di Assistenza Primaria aderenti che, convogliati nell'Osservatorio Regionale e negli Osservatori Aziendali, daranno origine alla fonte continuamente alimentata dei dati di cui lo Studio ha bisogno per i momenti di valutazione degli esiti rispetto all'attesa espressa negli Obbiettivi.

Il Razionale, cui si ispira il Piano, è volto a studiare e risolvere in modo diretto e positivo la complessa problematica della Appropriatezza delle prestazioni sanitarie, della cui soluzione, coincidendo in essa una somma di valori etici e scientifici con forti ricadute economiche, si riconosce la fondamentale importanza per la modernizzazione del livello di organizzazione del S.S.R. della Campania.

La scelta di conferire alla Medicina Generale l'onere di cominciare per prima la sperimentazione di questo difficile percorso deriva dal suo essere, all'interno del Processo di Assistenza, la disciplina che interfaccia la domanda e l'offerta di prestazioni sanitarie e, quindi, l'unico comparto in cui può essere

studiata e rettificata la dinamica dell'intera gamma di prestazioni che si dipana tra il primo, il secondo ed il terzo livello di cure.

Il modello valutativo dell'Appropriatezza potrà costituire, secondo il Razionale del presente Piano, la premessa nel raggiungimento dell'equilibrio tra bisogni e risorse che, se non conseguito nel breve periodo, potrebbe portare alla destabilizzazione dell'intero sistema.

#### D. OBIETTIVI

##### 1 - Obiettivi generali

- realizzazione di un "modello valutativo" dei percorsi diagnostico-terapeutici indicati nelle Linee Guida della Medicina Generale adottate dalla Regione Campania con provvedimento deliberativo della Giunta;
- acquisizione dei dati complessivi clinici, epidemiologici e di spesa prodotti dall'attività dei Medici di Medicina Generale (cioè dell'Assistenza Primaria o A.P.) aderenti al Piano, nei modi descritti nelle diverse parti del presente documento, all'interno della struttura dell'Osservatorio Regionale;
- realizzazione, nelle Strutture dell'Osservatorio Regionale, di Sistemi di elaborazione e valutazione di tali dati con adeguati strumenti statistici;
- realizzazione, nelle Strutture dell'Osservatorio Regionale, di sistemi informatizzati per il confronto dei risultati dell'elaborazione dei dati nel punto precedente con i risultati dell'analisi di quelli determinatisi in ambito regionale nel periodo di osservazione (con cadenza annuale) ed in particolare con quelli provenienti dai Medici di A.P. non aderenti al Piano (definiti come "gruppo di controllo");
- elaborazione di tutta la documentazione da sottoporre all'Assessorato alla Sanità relativa ai risultati registrati ed alla loro significatività statistica;
- elaborazione della documentazione ad uso degli Osservatori Aziendali per le esigenze amministrative e contabili connesse alla definizione delle procedure per la corresponsione degli incentivi previsti e consegna dei report relativi ai diversi momenti di analisi prodotti nello Studio, nel quale saranno messi in confronto i risultati registrati nelle A.S.L. della Regione;
- elaborazione di un documento conclusivo con il giudizio complessivo sui risultati ottenuti rispetto alle attese espresse per ciascuna Linea Guida e sulla riproducibilità della sperimentazione.

##### 2- Obiettivi specifici

- realizzare ed utilizzare sistemi di feed-back con i Medici aderenti al Piano, al fine di ottimizzare anche in itinere, se ritenuto necessario e promosso dall'Osservatorio Regionale, il sistema di raccolta dati previsto nel Protocollo Applicativo per il singolo Medico di A.P. ;
- fornire a ciascun Medico aderente al Piano la possibilità di perfezionare i meccanismi di auto valutazione continua nell'applicazione, durante la sua attività, dei percorsi diagnostico terapeutici indicati nelle Linee Guida, favorendo il suo impegno tramite la proposizione di ogni iniziativa ritenuta opportuna dall'Osservatorio Regionale.  
In ogni caso, con cadenza periodica ed attraverso gli Osservatori Aziendali, verranno forniti ai Medici di A. P. report di ritorno, opportunamente organizzati, contenenti tutte le notizie essenziali sull'andamento dello Studio;
- la tempestiva definizione, da parte dell'Osservatorio Regionale sulla Formazione, di un Percorso Formativo da attuare in parallelo all'attuazione del presente Piano Triennale, Percorso Formativo da realizzare al livello delle ASL e dedicato ai medici aderenti, secondo i principi pedagogici e didattici dello Sviluppo Professionale Continuo;

#### E. PROTOCOLLO APPLICATIVO PER IL MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA

In applicazione al disposto di cui all'art .1 bis dell'Accordo Integrativo Regionale vigente, l'Assessore regionale alla Sanità, su proposta dell'Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza delle Prestazioni nella Medicina Generale, approva il presente Piano Triennale per la razionalizzazione della spesa sanitaria in ambito regionale. Tale Protocollo costituisce la parte fondamentale della architettura complessa del progetto di Piano.

Infatti, considerata la particolare funzione disciplinare della Medicina Generale nell'area delle Cure Primarie e, soprattutto, il peculiare ruolo che ne deriva nella gestione dei processi di educazione individuale alla salute, prevenzione individuale primaria e secondaria, diagnosi, terapia, riabilitazione e follow up delle malattie e tenuto conto che all'art. 8 del D.L.vo n° 502/1992, il Medico di Medicina Generale viene considerato ordinatore di spesa - esprimendo il legislatore, con tale definizione, la valenza economica delle decisioni cliniche prese in ambito di assistenza primaria ed il principio di responsabilità

professionale sulla appropriatezza delle stesse in armonia con le evidenze scientifiche ad esse sottese - si determinano due specifiche scelte operative:

1. che i criteri di inclusione nel Piano prevedano che il Medico di A. P. sia dotato del documento fondamentale per consentire la raccolta dei dati ed utilizzi nella pratica clinica quotidiana la Cartella Clinica Orientata per Problemi;
2. che tale documento, se correttamente utilizzato, costituisca una preziosa fonte di dati elaborabili ai fini istituzionali dall'Osservatorio.

Inoltre, il presente Protocollo Applicativo individua un razionale scientificamente determinato che ha come presupposto l'obbligo per il Medico che ha espresso la sua adesione di inserire, nel corso della sua attività assistenziale, tutti i dati così come di seguito riportati.

### 1. RAZIONALE DEL PIANO E DEL RELATIVO PROTOCOLLO

Il razionale del presente Piano e del relativo Protocollo considera, infatti, immediato e logicamente concatenato il rapporto tra:

1. la tipologia dei dati di cui si chiede la raccolta
2. le indicazioni di buona pratica medica contenute nelle Linee Guida
3. la loro implementazione nella prassi ambulatoriale quotidiana.

Tali esigenze portano alla necessità di configurare, come strumento di raccolta dei dati clinici, un modello di report le cui caratteristiche, elaborate con metodologie afferenti alla statistica sanitaria, alla epidemiologia clinica ed alla farmaco-epidemiologia, consentano la valutazione della aderenza dello svolgimento del Processo di Assistenza verso ciascuna delle patologie indicate ai parametri di congruità clinica ed economica predeterminati, secondo lo schema allegato. Questo percorso tende, da una parte, a costruire un Sistema di Monitoraggio globale e continuo dell'Appropriatezza con cui vengono attuate le prestazioni sanitarie necessarie per curare le patologie di cui alle Linee Guida e, dall'altra, a configurare, per ciascun medico, un potente strumento di auto-valutazione che costituisca un incentivo per lo sviluppo della professionalità ed un potenziamento degli strumenti di colloquio/confronto interdisciplinare sul territorio, soprattutto a livello distrettuale.

La dichiarazione di adesione al Piano, di cui al modello allegato (allegato 1), fa parte integrante dei requisiti per l'inclusione nel Progetto.

### 2. CARATTERISTICHE GENERALI E MODALITA' DI ESECUZIONE DEL PIANO E DEL RELATIVO PROTOCOLLO

Per la migliore ed efficace realizzazione del Piano, occorre preliminarmente tenere conto:

1. del carattere innovativo della sua impostazione e della notevole complessità strutturale, organizzativa e logistica che sottende alla sua realizzazione;
2. della oggettiva difficoltà a determinare i parametri di congruità prescrittiva, in termini scientificamente inoppugnabili, in aderenza agli indirizzi proposti dalle Linee Guida;
3. del prevedibile e notevole disagio dei Medici partecipanti allo Studio nell'applicazione dei criteri di raccolta dei dati previsti come essenziali.

In base a tali considerazioni, l'Osservatorio Regionale ha ritenuto che, nel primo anno di sperimentazione, le patologie su cui si testerà la congruità prescrittiva, tra quelle per le quali la Giunta della Regione Campania ha approvato specifiche Linee Guida sono:

- Ipertensione Arteriosa ( DGR 6960/01)
- Diabete Mellito ( DGR 6961/01)

Pertanto il presente Protocollo tratta solo le due Linee Guida succitate e la trascrizione dei dati deve riferirsi solo alle patologie oggetto delle Linee Guida di cui sopra e solo per la popolazione bersaglio che presenta tali patologie classificate secondo la codifica ICD9.

Al termine del primo anno di attuazione del Progetto, valutati i risultati pervenuti, l'Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza si riserva di proporre l'inserimento nella sperimentazione anche delle altre patologie oggetto delle Linee Guida per la Medicina Generale, già deliberate dalla Giunta della Regione Campania o di altre ad adottarsi dall'organo giuntale.

### 3. IL PROTOCOLLO

Al fine di rendere più chiara la sequenza logica secondo cui il Medico di A.P. dovrà modulare la propria attività, il presente Protocollo viene diviso in tre Sezioni distinte:

- La Prima Sezione è rappresentata dalla tipologia dei dati da raccogliere nel corso della normale attività lavorativa

- La Seconda Sezione descrive i Dati Organizzati Complessi da inviare ed esprime il range entro cui viene calcolata la congruità prescrittiva
- La Terza Sezione indica il criterio con cui viene definito il grado di aderenza del Medico allo Studio, considerando il "peso" di ciascun Dato Organizzato Complesso.

Ferma restando la diretta responsabilità di quanto operato, il medico potrà avvalersi dell'apporto organizzativo e logistico di Strutture terze all'uopo formalmente delegate.

### 3.1. PRIMA SEZIONE: LA TIPOLOGIA DEI DATI DA RACCOGLIERE

1. fumo [rilevazione annuale]
2. età e sesso [rilevazione annuale]
3. peso [rilevazione annuale]
4. altezza [rilevazione annuale]
5. BMI (indice di massa corporea).per gli assistiti > 18 anni [rilevazione annuale]
5. trascrizione delle richieste della trigliceridemia
6. trascrizione delle richieste della colesterolemia totale e HDL
7. trascrizione delle richieste di creatinina
8. trascrizione delle richieste di emoglobina glicata
- 9 trascrizione delle richieste di ECG
10. trascrizione delle richieste di ecocardio M-B mode con eco(color)doppler
11. trascrizione delle richieste di fondo oculare
- 12 trascrizione delle misurazioni della pressione arteriosa
13. trascrizione del calcolo del rischio cardiovascolare in ipertesi e diabetici
14. trascrizione di eventi di cardiopatia ischemica in diabetici e ipertesi [rilevazione annuale]
15. trascrizione di eventi di insufficienza renale in diabetici e ipertesi [rilevazione annuale]
16. ricerca e trascrizione delle Familiarità per malattie dismetaboliche (diabete mellito, dis-lipidemie), ipertensione arteriosa e malattie cardiovascolari (morti per IMA in età < 55 in maschi e <65 anni in femmine; morti per ictus) [rilevazione annuale]
17. trascrizione dei dati della spesa per problemi per le patologie in oggetto [rilevazione annuale]
18. eventuale "uscita" transitoria o permanente dei casi dall'osservazione ( default) per cause varie( cambio residenza, ricovero, decesso ecc.) [rilevazione annuale]

Il sistema di raccolta dei dati deve prevedere obbligatoriamente l'adozione nella pratica quotidiana della Prescrizione per Problemi, ovvero il collegamento del dato alla patologia per la quale è stato generato, codificata secondo il sistema ICD9.

La raccolta dei dati secondo la sequenza indicata, costituisce la base di dati che ogni Medico aderente al Piano deve convogliare, attraverso un procedimento di elaborazione informatica, verso i Dati Organizzati Complessi per ciascuna delle Linee Guida in oggetto di studio e enunciati nella successiva Sezione

### 3.2. SECONDA SEZIONE: I DATI ORGANIZZATI COMPLESSI

La Seconda Sezione del Protocollo è costituita dall'insieme dei Dati Organizzati Complessi per le due patologie in esame, dati indispensabili per poter rilevare il grado di coerenza del Medico di A. P. al razionale del Protocollo e agli obiettivi del Progetto. Questa coerenza consente di poter valutare il livello di aderenza a parametri di congruità prescrittiva predefiniti in relazione a quanto previsto nelle rispettive Linee Guida.

#### 3.2.1. DATI ORGANIZZATI COMPLESSI PER IPERTENSIONE ARTERIOSA

1. N° PAZIENTI IPERTESI ASSISTITI NELL'ANNO
2. N° PAZIENTI IPERTESI IN TRATTAMENTO FARMACOLOGICO
3. N° PAZIENTI IPERTESI CON VALUTAZIONE BMI NELL'ANNO
4. N° PAZIENTI IPERTESI FUMATORI
5. N° PAZIENTI IPERTESI CON ALMENO 4 VISITE MMG CON MISURAZIONE PRESSIONE ARTERIOSA NELL'ANNO
6. N° PAZIENTI IPERTESI CON VALUTAZIONE ASSETTO LIPIDICO [ MIN 2 - MAX 5 / ANNO ]
7. N° PAZIENTI IPERTESI CON ESECUZIONE ECG [ MIN 1 - MAX 5 / ANNO ]
8. N° PAZIENTI IPERTESI CON ESECUZIONE ECOCARDIO M-B MODE CON ECO(COLOR)DOPPLER [ MIN 1 - MAX 3 / ANNO]
9. N° PAZIENTI IPERTESI CON VALUTAZIONE FONDO OCULARE

[MIN 1 - MAX 3 / ANNO ]

- 10. N° PAZIENTI IPERTESI CON VALUTAZIONE RISCHIO CARDIOVASCOLARE
- 11. N° PAZIENTI IPERTESI CON ALMENO UN EVENTO DI CARDIOPATIA ISCHEMICA NELL'ANNO
- 12. N° PAZIENTI IPERTESI CON INSORGENZA DI INSUFFICIENZA RENALE NELL'ANNO

**3.2.2. DATI ORGANIZZATI COMPLESSI PER DIABETE MELLITO TIPO II (D.M. II)**

- 13. N° PAZIENTI CON DIABETE MELLITO II (D.M. II) ASSISTITI NELL'ANNO
- 14. N° PAZIENTI D.M. II IN TRATTAMENTO FARMACOLOGICO
- 15. N° PAZIENTI D.M. II CON VALUTAZIONE BMI NELL'ANNO
- 16. N° PAZIENTI D.M. II FUMATORI
- 17. N° PAZIENTI D.M. II CON ALMENO 4 VISITE MMG / ANNO
- 18. N° PAZIENTI D.M. II CON VALUTAZIONE ASSETTO LIPIDICO [ MIN 2 - MAX 5 / ANNO]
- 19. N° PAZIENTI D.M. II CON VALUTAZIONE EMOGLOBINA GLICATA [ MIN 2 - MAX 5 / ANNO]
- 20. N° PAZIENTI D.M. II CON ESECUZIONE ECG [MIN 1 - MAX 3 / ANNO ]
- 21. N° PAZIENTI D.M. II CON VALUTAZIONE FONDO OCULARE [ MIN 1 - MAX 3 / ANNO]
- 22. N° PAZIENTI D.M. II CON VALUTAZIONE RISCHIO CARDIOVASCOLARE
- 23. N° PAZIENTI D.M. II CON ALMENO UN EVENTO DI CARDIO PATIA ISCHEMICA NELL'ANNO
- 24. N° PAZIENTI D.M. II CON INSORGENZA DI INSUFFICIENZA RENALE NELL'ANNO

**Legenda :** la dicitura “( MIN.- MAX.)” indica che, per ciascuno dei Dati per i quali viene previsto il calcolo delle quantità di esami richiesti, il valore numerico costituisce la base di calcolo per esprimere il giudizio di congruità e la differenza rappresenta il “range” entro cui il valore di congruità viene rappresentato.

**3.3. TERZA SEZIONE: I CRITERI DI VALUTAZIONE**

Gli adempimenti relativi a quanto previsto nella presente sezione sono da intendersi relativi all'operato dell'Osservatorio Regionale.

4Tenuto conto dell'opportunità di ridurre al minimo per il Medico di A.P. l'impatto delle inevitabili complicazioni nel management della sua attività professionale in relazione alla applicazione del presente Protocollo e considerato che il livello di compliance dei pazienti ad una razionale ed efficace gestione della loro patologia costituisce una delle più cospicue variabili nella problematica della valutazione dell'appropriatezza e di quelli che vengono definiti come “esiti di processo”, si è stabilito di :

- introdurre un criterio di definizione del Livello Ottimale di Performance da raggiungere per ciascun Dato Complesso che viene calcolato in percentuale e che ha un valore diverso in relazione al “peso” attribuitogli;
- permettere al Medico di A.P. di raggiungere tale livello secondo una scala graduata nell'arco del triennio in cui è fissata la durata dell'applicazione del Piano.

Pertanto, l'algoritmo che deriva da tale indicazione è quello di seguito descritto:

**3.3.1. CRITERI PER L'IPERTENSIONE ARTERIOSA  
RILEVAZIONE ANNUALE CON PAZIENTI DIVISI X SESSO**

N° PAZ. IPERTESI -----	10 % - 20 % dal 1°anno		
N° TOTALE ASSISTIBILI ( risultante dai tabulati ASL )			
	1°anno	2°anno	3°anno
N° PAZ. IPERTESI CON VALUTAZIONE BMI -----	60%	75%	90%
N° PAZ. IPERTESI			
N° PAZ. IPERTESI FUMATORI -----	60%	75%	90%

N° TOTALE PAZ. IPERTESI				
N° PAZ IPERTESI CON ALMENO 4 VISITE MMG / anno				
-----	90%			/ anno
N° TOTALE PAZIENTI IPERTESI				
N° PAZ. IPERTESI CON ALMENO 1 ASSETTI LIPIDICI / anno				
-----	90%			/anno
N° TOTALE PAZ. IPERTESI				
N° PAZ. IPERTESI CON ALMENO 1 ECG / anno				
-----	90%			/ anno
N° TOTALE PAZ. IPERTESI				
N° PAZ. IPERTESI CON ALMENO 1 ECO M-B mode/anno				
-----	60%	75%		90%
N° TOTALE PAZ. IPERTESI				
N° PAZ. IPERTESI CON 1 FONDO OCULARE / anno				
-----	60%	75%		90% / anno
N° TOTALE PAZ. IPERTESI				
N° PAZ. IPERTESI CON VALUTAZIONE RISCHIO CV / anno				
-----	60%	75%		90%
N° TOTALE PAZ. IPERTESI				
N° PAZ. IPERTESI che hanno presentato ALMENO UN EVENTO di CARDIOPATIA ISCHEMICA nell'anno				
-----	100%			/ anno
N° TOTALE PAZ. IPERTESI				
N° PAZIENTI IPERTESI che hanno presentato insorgenza di INSUFFICIENZA RENALE nell'anno				
-----	100%			/ anno
N° TOTALE PAZ. IPERTESI				
<b>3.3.2. CRITERI PER DIABETE MELLITO TIPO II</b>				
<b>RILEVAZIONE ANNUALE CON PAZIENTI DIVISI X SESSO</b>				
N° PAZ. CON DIABETE TIPO II				
-----	3% - 10% dal 1° anno			
N° TOTALE ASSISTIBILI ( risultante dai tabulati ASL )				
	1°anno	2°anno		3°anno
N° PAZ. DIABETICI CON VALUTAZIONE BMI				
-----	60%	75%		90%
N° TOTALE PAZ. DIABETICI				
N° PAZ. DIABETICI FUMATORI				
-----	60%	75%		90%
N° TOTALE PAZ. DIABETICI				
N° PAZ. DIABETICI CON ALMENO 4 VISITE MMG / anno				
-----	100% / anno			
N° TOTALE PAZ. DIABETICI				
N° PAZ. DIABETICI con almeno 2 EMOGLOBINE GLICATE /anno				
-----	80%	100%		100%
N° TOTALE PAZ. DIABETICI				
N° PAZ. DIABETICI con almeno 2 ASSETTI LIPIDICI / anno				

----- N° TOTALE PAZ. DIABETICI	100% / anno
N° PAZ. DIABETICI CON ALMENO 1 ECG / anno -----	90% / anno
N° TOTALE PAZ. DIABETICI	
N° PAZ. DIABETICI CON ALMENO 1 FONDO OCULARE / anno -----	90% / anno
N° TOTALE PAZ. DIABETICI	
N° PAZ. DIABETICI CON VALUTAZIONE RISCHIO CV / anno ..... 60 % 75% 90%	
N° T OTALE PAZ. DIABETICI	
N° PAZ. DIABETICI che hanno presentato ALMENO UN EVENTO DI CARDIOPATIA ISCHEMICA nell'anno ..... 100%	
N° TOTALE PAZ. DIABETICI	
N° PAZ. DIABETICI che hanno presentato insorgenza di INSUFFICIENZA RENALE nell'anno ..... 100%	
N° TOTALE PAZ. DIABETICI	

**Legenda:** dalla lettura dell'algoritmo si evince che le percentuali di "saturazione" frazionate per anno, assegnate a ciascun Indicatore, devono avere come base di calcolo il valore del primo Indicatore di ciascuna Linea Guida, ovvero il numero totale di pazienti classificati dal Medico con la relativa patologia, espresso in percentuale sull'intera popolazione assistibile.

Tale numero deve risultare coerente con la percentuale dei soggetti, ipertesi e diabetici, determinata in base ai dati di prevalenza desunti dalle statistiche espresse dagli studi epidemiologici specifici. Tenuto conto che all'inizio dello Studio il data base del Medico possa non essere aggiornato in relazione a tale problema, nel corso del 1° anno verrà considerato congruo soltanto per tale Indicatore un valore che esprima uno scostamento in più o in meno dal range predefinito non superiore al 10% .

### 3.4. MODALITA' DI ADESIONE E TEMPI DI INVIO

La data di pubblicazione sul B.U.R.C. del Decreto di approvazione del presente Piano da parte dell'Assessore alla Sanità costituirà la data in cui potrà essere dato l'avvio all'arruolamento dei Medici di A.P. nei Distretti Sanitari. Sarà cura delle competenti Unità Operative dei Distretti Sanitari di Base provvedere a fornire ai Medici di A.P. , il testo del Piano Triennale con gli Allegati e la copia del B.U.R.C. con Decreto di approvazione .

La facoltà di arruolamento nel Piano è consentita a tutti i Medici di Assistenza Primaria.

L'Atto di accettazione delle condizioni di arruolamento viene trasmesso con lettera raccomandata A/R , come da Allegato 1.

Per i Medici di AP riuniti in Associazione Semplice , in Rete e in Medicina di Gruppo, l'Atto di accettazione per gli associati che vogliono aderire al "piano" deve essere effettuato tramite A/R dal Referente dell'Associazione con documento unico corredato dagli Atti di sottoscrizione degli Associati costituiti in conformità all'Allegato 1.

La data del Protocollo di ricezione da parte della ASL dell'Atto di accettazione, costituisce, per ciascun medico la data di inizio dell'Applicazione del Protocollo e, contemporaneamente, l'inizio dell'annualità che dà diritto alla corresponsione degli emolumenti ai sensi dell'art.1 bis dell'A.I.R.

Con cadenza trimestrale dal momento dell'arruolamento (che viene riportata all'inizio del mese in corso per tutte le iscrizioni effettuate entro i primi 15 gg e all'inizio del mese successivo per quelle effettuate dopo il 15) è fatto obbligo al Medico di A.P. di consegnare agli Uffici di supporto dell'Osservatorio Regionale, con modalità dettagliatamente descritta nel successivamente riportato Protocollo per l'Osservatorio Regionale, i report dell'attività. La consegna deve essere effettuata entro i venti giorni successivi alla data di inizio del trimestre successivo a quello di competenza e verrà ritenuta regolare se munita della certificazione di ricezione dal parte dei Servizi all'uopo predisposti e dedicati dall'Osservatorio Regionale.

Per i Medici di A.P. riuniti in Associazioni o Medicina di Gruppo, l'inoltro dei Report dei singoli associati può essere effettuato su unico supporto dal referente dell'Associazione.

Per effetto del combinato disposto nell'art. 40 comma 3 lettera b punto A dell'A.I.R. vigente, le Associazioni confluenti in S.c.a.r.l. o Società di Servizi, possono produrre i reports attraverso le stesse S.c.a.r.l. e, in tal caso, la spedizione verrà effettuata direttamente dalla Società Cooperativa o di Servizi o Consorzio di appartenenza, sempre che queste risultino accreditate nell'apposito Albo Regionale.

Le prestazioni effettuate dalle S.c.a.r.l. accreditate per il presente protocollo e secondo le modalità in precedenza descritte nelle tre Sezioni specifiche, non costituiranno alcun costo accessorio per il S.S.R. essendo prevista la loro effettuazione nel capitolato di cui al comma 3 ) lettera b) punto A dell'ex art.40 dell'A.I.R. Sempre in ossequio al citato art. 40 anche i singoli medici di A.P. e le Associazioni e i Gruppi non confluenti in Cooperative o Società di Servizi possono usufruire dei servizi di Banca dati tenuti dalle stesse per l'assolvimento di quanto sopra descritto, tramite la stipula di accordi privati di cui sia stata anche data comunicazione scritta alla ASL di appartenenza.

In tale circostanza le Società di Servizi, nella documentazione inviata trimestralmente all'Osservatorio Regionale sono tenute a fornire dettagliata relazione sulla sua composizione in modo da consentire la corretta ed inequivocabile identificazione dei soggetti produttori dei Report.

### **3.5. MODALITA' DI ASSEMBLAMENTO DEI REPORT. LIQUIDAZIONE SPETTANZE**

Come già indicato nella prima Sezione del Protocollo i dati - raccolti secondo il criterio ivi prescritto - devono essere, con procedura adeguata e variabile a seconda della tipologia di Cartella Clinica Orientata per Problemi in possesso del Medico, estratti ed organizzati in modo da confluire nei Dati Organizzati e negli Indicatori predisposti nella Seconda e Terza Sezione del Protocollo stesso. I risultati di tali procedure devono essere obbligatoriamente riportati su supporto informatico. Le Associazioni e Medicine di Gruppo possono assemblare in un unico supporto informatico (CD) i report degli associati ed il quadro sinottico dei dati della Associazione. Nel caso che il servizio venga espletato dalle S.c.a.r.l. anche in forma di Consorzi, sarà cura di queste ultime di esibire, in uno a quelli dei singoli Medici e delle singole Associazioni, anche il report in cui sono organizzati i dati relativi a tutta la popolazione di Medici cui viene assicurato il servizio. Entro il secondo trimestre successivo a ciascun anno di applicazione del Piano, gli Osservatori Aziendali devono, dopo aver effettuati i necessari controlli sull'attività di ogni singolo medico e ricevuta specifica indicazione di congruità dall'Osservatorio Regionale per il singolo medico di A.P., trasmettere gli atti alla Direzione Generale della ASL, affinché si provveda alla liquidazione degli incentivi previsti all'art. 1 bis.

Il calcolo dell'annualità deve essere effettuato dalla data in cui il medico di A.P. o il Referente dell'Associazione o Medicina di Gruppo ha presentato al Distretto la documentazione richiesta per l'arruolamento e il diritto alla percezione delle spettanze viene acquisito solo se sono stati rispettati nell'anno i quattro invii di Report con la cadenza trimestrale stabilita e nei termini di tempo indicati di seguito (vedi Protocollo per l'Osservatorio Regionale).

MODULO DI ADESIONE AL PIANO TRIENNALE DI APPROPRIATEZZA E RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA  
SANITARIA IN REGIONE CAMPANIA  
ai sensi dell'art. 1 bis dell'Accordo Integrativo Regionale D.G.R.C. 2128 del 20.06.03

REGIONE CAMPANIA

ASL \_\_\_\_\_ DISTRETTO \_\_\_\_\_

All'Osservatorio Aziendale per l'Appropriatezza della ASL \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a dr \_\_\_\_\_ codice \_\_\_\_\_

con studio in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

( aderente all'Associazione \_\_\_\_\_ ( semplice o in rete o in gruppo)

il cui referente è il dr \_\_\_\_\_ )

dichiara

- di conoscere ed aderire all'applicazione dei contenuti del Protocollo applicativo del Piano Triennale di cui all'art. 1 bis dell'Accordo Integrativo Regionale per la M.G.
- di aderire all'implementazione delle Linee Guida già deliberate dalla Giunta della Regione Campania e di quante deliberate successivamente, ivi comprese linee guida specialistiche per la parte che l'Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza identificherà come applicabili anche ai Medici di Assistenza Primaria
- di aderire altresì ai programmi regionali di razionalizzazione della spesa sanitaria sia farmaceutica, sia per la diagnostica strumentale e di laboratorio, sia per la riabilitazione
- di contribuire alla riduzione delle liste di attesa incentivando l'assistenza domiciliare ed evitando il ricovero improprio

lì \_\_\_\_\_

*firma e timbro*

#### 4. PROTOCOLLO PER GLI OSSERVATORI AZIENDALI

Nell'ambito del presente Piano Triennale, gli Osservatori Aziendali costituiscono l'elemento operativo fondamentale e la sede istituzionale in cui è destinata a confluire in via esclusiva tutta la problematica afferente al concetto di appropriatezza delle prestazioni sanitarie considerata sotto il profilo esclusivamente scientifico.

Essi, così come previsti nell'A.I.R. vigente in Campania, consentono alle Aziende di effettuare il monitoraggio e la valutazione dei fenomeni assistenziali. Le funzioni e i compiti ad essi assegnati in relazione alla realizzazione del presente Piano si concretizzano in quattro ordini di adempimenti:

- 1- adempimenti amministrativi
- 2- adempimenti logistici ed infrastrutturali
- 3- adempimenti certificativi
- 4- adempimenti elaborativi

##### **Adempimenti amministrativi**

Sarà cura dei Direttori Generali predisporre gli atti opportuni, affinché pervenga all'ufficio dell'Osservatorio Aziendale la documentazione relativa alla adesione al Piano Triennale di tutti i Medici, in forma singola od aderenti ad Associazioni e Medicine di Gruppo, secondo l'ordine cronologico.

La corretta esecuzione di questo adempimento consentirà di costruire una Anagrafe continuamente aggiornata dei medici aderenti al protocollo e delle Associazioni e dei Medici che le costituiscono e di poter effettuare con puntualità tutte le operazioni contabili, nel momento in cui verrà deliberata dal Direttore Generale la corresponsione degli incentivi agli aventi diritto.

Con cadenza trimestrale l'ufficio dell'Osservatorio Aziendale deve inviare all'Osservatorio Regionale l'aggiornamento dell'Anagrafe dei medici aderenti.

L'ufficio dell'Osservatorio Aziendale provvede alla ricezione, classificazione e archiviazione di tutta la documentazione che verrà inviata dall'Osservatorio Regionale, dopo la fase valutativa per essere sottoposto al successivo momento certificativo e, ancora, al trattamento contabile per la liquidazione delle spettanze.

##### **Adempimenti logistici ed infrastrutturali**

In considerazione del fatto:

- che l'impianto istituzionale del presente Piano Triennale, le sue finalità il suo Razionale e i suoi Obiettivi sono ispirati all'analisi scientifica di fenomeni sanitari complessi che si svolgono prevalentemente sul territorio;
- che lo Studio coinvolge tutte le Aziende Sanitarie della Regione;
- e che, pur essendo in partenza dimensionato su una durata triennale, ha tutte le premesse per diventare un sistema permanente di Clinical Governance;

appare del tutto evidente come l'approntamento di infrastrutture soprattutto di tipo informatico e telematico debba costituire la base indispensabile per supportare e far funzionare con efficienza e prontezza i servizi logistici necessari. Senza voler determinare in modo dettagliato la tipologia di strumentazione informatica e telematica e il livello di performance desiderabile per assicurare la puntuale comunicazione di notizie tra gli Osservatori Aziendali e l'Osservatorio Regionale, devono essere necessariamente adeguate le relative strutture aziendali demandando ad accordi "in itinere" i necessari accorgimenti tecnici per ottimizzare i sistemi di trasmissione di analisi e di archiviazione di quanto sarà oggetto di comune interesse.

##### **Adempimenti certificativi**

Gli Osservatori Aziendali con cadenza trimestrale riceveranno da parte dell'Osservatorio Regionale la documentazione relativa al trimestre precedente, elaborata dalla struttura all'uopo preposta, contenente tutti i dati organizzati in modo coerente con i principi di analisi enunciati nel Protocollo per il Medico di A.P.

##### **Adempimenti elaborativi**

Sarà compito degli Osservatori Aziendali utilizzare i dati elaborati dall'Osservatorio Regionale per il contributo che dal loro studio potrà derivare per il miglioramento dei sistemi di governo dei fenomeni sanitari sul territorio.

La puntuale verifica degli effetti del presente Progetto sulla dinamica dell'assistenza a livello distrettuale e aziendale, e gli studi comparativi con altri dati già adesso in possesso delle direzioni strategiche aziendali sono elementi di arricchimento di primaria importanza per il S.S.R. e costituiscono uno degli obiettivi più importanti che il Piano triennale intende perseguire.

Gli Osservatori Aziendali dovranno dotarsi di efficienti Banche Dati ed di un sistema di elaborazione complesso e continuo intorno alla problematica dell'appropriatezza.

La grande diversità del contesto socio-economico e sanitario in cui si svolge l'attività assistenziale sul territorio regionale consente alle singole Aziende la adozione di strategie di elaborazione e valutazione del lavoro dei loro Medici perfettamente rispondenti alle loro specifiche esigenze.

La documentazione, una volta acquisita, deve essere sottoposta ad un ulteriore processo di controllo soprattutto amministrativo, certificata ed inviata, a consuntivo annuale al Direttore Generale per predisporre la liquidazione delle spettanze.

E', inoltre, necessario sottolineare l'importanza per tutte le ASL della Regione di partecipare attivamente ai progetti regionali di Formazione la cui effettuazione è stata prevista nella parte del presente documento che tratta degli Obiettivi del Piano e la cui impostazione è stata ivi accennata nelle sue linee generali.

## 5. PROTOCOLLO PER L'OSSERVATORIO REGIONALE

Come è chiaramente espresso nell'art.1 bis dell'A.I.R., la costituzione dell'Osservatorio Regionale per l'Appropriatezza delle Prestazioni rappresenta un punto di svolta innovativo per le prospettive che apre alla formazione di una nuova cultura nella interpretazione, valutazione e governo dei fenomeni sanitari nell'area delle Cure Primarie.

Dopo anni in cui l'approccio alla interpretazione globale del valore delle prestazioni sanitarie si era concretizzato nell'applicazione di criteri amministrativi o fiscali, si è approdati, in questa fase della storia del S.S.N., all'acquisizione del convincimento che le prestazioni sanitarie, in un sistema di erogazione delle cure moderno, debbano essere valutate soprattutto sotto l'aspetto della loro appropriatezza scientifica.

Il Piano Triennale rappresenta, dunque, lo strumento attraverso il quale si potranno testare tutte le procedure che sono indispensabili per poter immaginare e realizzare un Sistema di misura dei valori scientifici espressi nella erogazione delle cure nel territorio.

L'Osservatorio Regionale rappresenta l'organismo istituzionale cui è conferito nell'ambito dell'applicazione del Piano, il compito di programmazione delle procedure, l'organizzazione della logistica, l'attuazione della elaborazione e la sintesi dei risultati.

Affinché possa raggiungere l'obiettivo di diventare valido supporto all'Amministrazione del S.S.R. e fornire indispensabili elementi di discernimento alle scelte di Politica Sanitaria, l'Osservatorio Regionale deve assumere responsabilità di attivo coordinamento e forte guida delle attività che l'attuazione del Piano triennale prevede debbano svolgersi in tutto il territorio regionale.

L'Osservatorio è, pertanto, organizzato con:

- 1- una Sede
- 2- un Ufficio Amministrativo con personale dedicato
- 3- un Servizio di Banca Dati fornito dei supporti informatici e telematici adeguati alla dimensione degli impegni cui dovrà far fronte.

Il prospetto generale secondo cui l'Osservatorio svolgerà la sua attività nell'attuazione del Piano Triennale, è il seguente:

- per effetto di quanto previsto nel Protocollo Applicativo per il Medico di Assistenza Primaria, l'Ufficio dell'Osservatorio Regionale comunicherà alle Aziende le modalità informatiche con le quali i singoli Medici di A.P. le Associazioni e Medicine di Gruppo autonomamente o tramite Società di Servizi, dovranno inviare i report così come previsto nelle altre Sezioni del presente Documento, definendo, per esse, i meccanismi di certificazione dell'avvenuta consegna;
- i tempi di invio sono indicati nel Protocollo Applicativo del medico di A.P.;
- l'Osservatorio Regionale, ricevuti i report, attiverà tutte le procedure di controllo e gestione idonee alla salvaguardia del materiale ricevuto e procederà al suo trattamento secondo un protocollo tecnico-scientifico che verrà concordato nel periodo immediatamente successivo all'entrata in vigore del Piano;
- l'Osservatorio Regionale valuterà con cadenza mensile i risultati complessivi del lavoro per il successivo processo di valutazione e l'individuazione della migliore utilizzazione dei dati in coerenza con i suoi fini istituzionali e per lo studio ed il monitoraggio della rispondenza dello sviluppo delle attività in rapporto agli Obiettivi del Piano.

Alla fine di ogni annualità di applicazione del Piano, sarà cura dell'Osservatorio Regionale redigere una relazione da sottoporre all'esame dell'Assessore alla Sanità ed organizzare tutto quanto verrà ritenuto opportuno e necessario per la valorizzazione dei risultati conseguiti.