

TESTA (compresi problemi ORL)					
Problema clinico	Indagine	Raccomandazione	Commento	Dosa	
<i>segue</i>					
Demenza, disordini della memoria, etc.	RM	non indicate	indagini MN utili nella diagnosi differenziale delle demenze e nella loro stadiazione.	0	
	MN (PET/SPECT cerebrale)	di routine B		III	
	RX del cranio	non indicata A	da eseguire solo per dimostrare anomalie delle ossa craniche clinicamente rilevanti.	I	
Lesioni orbitarie	TAC	indagine specialistica A	esame di scelta. RM utile solo se TAC non sufficiente. Considerare il ruolo dell'US nelle lesioni intraoculari.	II	
	RX	non indicata di routine A	sospette lesioni orbitarie richiedono consulenza specialistica.	I	
Lesioni orbitarie: traumi	TAC	indagine specialistica A	indicata se il trauma orbitario è associato a fratture del massiccio facciale. Se si sospetta una frattura blow-out va eseguita solo se è previsto un intervento chirurgico.	II	
Lesioni orbitarie: corpi estranei metallici	TAC	indagine specialistica A	indicata: nel sospetto di un corpo estraneo non identificato radiograficamente; in presenza di corpi estranei multipli; nel dubbio che un corpo estraneo già dimostrato sia intraoculare.	II	
	RX delle orbite	indicata A	una radiografia in proiezione laterale è sufficiente per escludere un corpo estraneo radiopaco; le radiografie con occhi in movimento servono solo per confermare la posizione intraoculare di un corpo estraneo già dimostrato. RX neces-	I	

Il Responsabile del Procedimento

(firma)



16-10-67
18/10/67

TESTA (compresi problemi ORL)					
Problema clinico	Indagine	Raccomandazione	Commento	Dose	
			sarà prima di un esame RM per escludere la presenza di un corpo estraneo metallico.		
Disturbi visivi	RM	indagini specialistiche A	RM preferibile nel sospetto di lesioni del chiasma ottico;	0	II
	TAC		TAC preferibile nel sospetto di lesioni orbitarie.		
	Angiografia cerebrale	non indicata di routine A	utile consulenza specialistica.	II	
	RX cranio	non indicata A		I	
Epilessia (nell'adulto)	RM	indagine specialistica B	molto sensibile e specifica nell'identificare piccole lesioni corticali. Particolarmente utile nelle epilessie parziali come, per esempio, quella del lobo temporale.	0	II
	TAC	indagine specialistica B	dopo un trauma, la TAC può essere complementare alla RM nel caratterizzare una lesione (es: calcificazioni).		
	MN (SPECT/ PET)	indagine specialistica B	la SPECT durante la crisi o la PET nel periodo intercritico, sono utili nella pianificazione della chirurgia dell'epilessia se la RM è negativa o discordante con l'EEG o con le evidenze neurofisiologiche. Utili anche i traccianti del flusso ematico cerebrale.	III	
M. di Parkinson	MN (SPECT/ PET)		nella diagnosi differenziale dei disturbi di movimento sono utili indagini SPECT o PET con traccianti specifici individuanti recettori o trasportatori della dopamina.	II	

Il Rapporto è stato approvato

24/11/67

Il Rapporto è stato approvato

U. - Volpe
19/10/67

COLONNA VERTEBRALE (colonna in toto)

Problema clinico	Indagine	Raccomandazione	Commento	Dose
COLONNA IN TOTO				
Anomalie congenite	RX	indagine specialistica C	es: radiografia panoramica in stazione eretta per individuare scoliosi.	II
	RM	indicata A	utile per identificare tutte le malformazioni del rachide ed escludere anomalie associate del contenuto. La TAC può essere utile per meglio definire la struttura ossea.	0
Mielopatie (tumori, infiammazioni, infezioni, infarti)	RM	indicata B	di prima istanza nel sospetto di lesione del midollo spinale e nel caso di compressione midollare e nella valutazione prognostica post-operatoria.	0
	TAC	indagine specialistica B	la TAC può essere utile per meglio definire la struttura ossea. Mielografia solo se la RM non è disponibile o non è possibile eseguirla. La MN ancora ampiamente utilizzata nella ricerca di metastasi o di lesioni scheletriche focali (osteoma osteoide).	III
COLONNA CERVICALE				
Possibile sublussazione atlantooccipitale	RX	indicata B	una RX laterale del tratto cervicale, con il capo del paziente in flessione è sufficiente per evidenziare sublussazioni significative in soggetti con artrite reumatoide, sindrome di Down etc.	I

Il Responsabile
(Dr. Daniele Zappavigna)

[Signature]

AFFARI GIUNTA
P.....C.....G.....
L'ISTRUTTORE
(Daniele Gattini)

Ue - Mauter
19/10/67

COLONNA VERTEBRALE (colonna in toto)

Problema clinico	Indagine	Raccomandazione	Commento	Dose
<i>segue</i> Possibile sublussazione atlantooccipitale	RM	indagine specialistica B	la RM (flessione/ estensione) evidenzia l' eventuale interes- samento del midollo spinale. Se RX positiva e/o se sono presenti segni neurologici.	0
Dolori cervicali, brachialgia, alterazioni degenerative	RX	non indicata di routine B	le alterazioni degenerative ini- ziano con la mezza età e spes- so non hanno rapporto con la sintomatologia che è dovuta a modificazioni dei dischi/lega- menti non rilevabili con una semplice RX. La RM trova sempre maggiore impiego specialmente quando è presen- te brachialgia.	I
	RM	indagine specialistica B	prendere in considerazione la RM se i dolori modificano la qualità di vita e/o in presenza di segni neurologici. Una mie- lografia (con TAC) può essere talora necessaria per fornire ulteriori informazioni o quan- do la RM non sia disponibile o risultati non eseguibile.	0

**COLONNA
DORSALE**

Dolore senza trauma patologie degenerative	RX	non indicata di routine C	le alterazioni degenerative sono pressochè costanti a partire dalla mezza età. Esame raramente utile in assenza di segni neurologici, sospetto di metastasi o di infezioni. Prendere in esame l'urgenza dell'indagine nei pazienti anziani con dolore improvvi- so, sospetto per crollo verte- brale o altre forme di altera-	I
---	----	---------------------------------	---	---

Il Responsabile
(Dr. Daniela Ruffini)

[Handwritten signature]

AFFARI GIUNTA
P..... C..... O.....
L'ISTRUTTORE
(Daniela Ruffini)

[Handwritten signature]
19/10/67

COLONNA VERTEBRALE (colonna in toto)

Problema clinico	Indagine	Raccomandazione	Commento	Dose
<i>segue</i> Dolore senza trauma patologie degenerative	RM	indagine specialistica C	zioni strutturali ossee. Prendere in considerazione la MN per la identificazione di possibili lesioni metastatiche. indicata se persiste dolore locale resistente alla terapia medica o se vi sono segni di interessamento di più metameri vertebrali.	0

COLONNA LOMBARE

Dolore lombare cronico senza segni di infezione o di neoplasia	RX	non indicata di routine C	le alterazioni degenerative sono comuni e non specifiche. La maggior utilità si incontra nei pz giovani (per esempio con età < 20 anni, spondilolistesi, spondilite anchilosante ecc.) o nei pz anziani (per esempio con età >55 anni).	II
	RM MN (scintigrafia ossea) TAC	indagini specialistiche C	indagini di prima istanza se i sintomi persistono, se sono gravi o se non è facile l'inquadramento clinico del paziente. I reperti dell'esame RM vanno interpretati con cautela in quanto molte "alterazioni" sono rilevabili anche in pazienti asintomatici.	0 II III
Dolori lombari associati a: 1) insorgenza < 20 o >55 anni, 2) disturbi sfinteriali o della deambulazione, 3) anestesia della regione perineale.	RM	indicata B	indagine migliore. Il ricorso all'imaging non deve ritardare la consulenza medica specialistica. MN ampiamente utilizzata in caso di interessamento osseo o nel sospetto di infezione. (UNA RX NEGATIVA PUO' FALSAMENTE RAS-SICURARE).	i)

Il Responsabile del Procedimento
(Dr. *Daniela Gallina*)

AFFARI GIUNTA

P. *11/10/97*
L'ISTRUTTORE
(*Daniela Gallina*)

19/10/97

COLONNA VERTEBRALE (colonna in toto)

Problema clinico	Immagine	Raccomandazione	Commento	Dose
4) perdita grave e progressiva della funzione motrice, 5) esteso deficit neurologico, 6) precedente patologia neoplastica 7) continuo stato di malessere, 8) HIV, 9) calo ponderale 10) tossicodipendenza 11) uso di cortisonici, 12) deformazioni corporee, 13) dolore di origine non meccanica.				
Dolore lombare acuto	RX	non indicata di routine	un dolore lombare acuto è solitamente dovuto a condizioni non sempre diagnosticabili con esame RX ad eccezione del collasso osteoporotico. RX "normali" possono essere falsamente rassicuranti.	II
Ernia discale, sciatica		C		
	RM	immagini	la dimostrazione di un'ernia discale richiede RM o TAC e deve essere presa in considerazione solo dopo che un trattamento conservativo si è rivelato inefficace. La RM è in genere preferibile. La correlazione clinico-radiologica è importante in quanto un gran numero di ernie del disco sono asintomatiche.	0
	TAC	specialistiche		III
		B		

Il Responsabile del Procedimento
(Dr. Daniele Zappavigna)

[Signature]

[Signature]
28/10/67

TRAUMI

Problema clinico Indagine Raccomandazione Commento Dose

CRANIO:

basso
rischio di lesione
endocranica

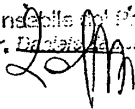
Pz ben orientato nessuna amnesia nessun deficit neurologico. nessuna grave lacerazione al cuoio capelluto nessun ematoma	RXcranio TAC	non indicati B	I pazienti di questo tipo possono di norma tornare a casa con alcune istruzioni su come curare le lesioni craniche sotto la supervisione di un adulto. Devono essere ricoverati in ospedale se non è disponibile un adulto che si occupi di loro.	I II
---	-----------------	-------------------	---	---------

CRANIO:

moderato
rischio di lesione
endocranica

Pz ben orientato o con lieve compromissione dello stato di consapevolezza o amnesia. Fattori di rischio ulteriori: sintomi neurologici "generali" (cefalea severa) venuto > 1 v.	TAC	non indicata di routine	che ancora controversia a proposito dell'indicazione alla TAC. Per i bambini la TAC deve sempre eseguita anche se vi sono problemi di sintomi ed eccherchia. Se la TAC non è disponibile si esegue un esame RX del cranio. Le linee guida locali devono dipendere dalle risorse locali e dall'esperienza nell'imaging e nella sua interpretazione e sulla protezione.	II
---	-----	----------------------------	---	----

Il Responsabile del Procedimento
(Dr. Daniele Savigna)



AFFARI GIUNTA
P..... C..... C.....
L'INTERPRETE
(Daniele Savigna)

19/10/67

TRAUMI

Problema clinico	Indagine	Raccomandazione	Commento	Dose
violenza meccanica del trauma, anamnesi incompleta, uso di anticoagulanti, intossicazione, lacerazione del cuoio capelluto con tumefazione fino al piano osseo o > 5 cm, pregresso idrocefalo trattato con shunt, età > 60 anni, bambini < 5 anni: sospette lesioni non accidentali, tensione fontanellare, caduta da oltre 60 cm di altezza o contro una superficie rigida, anamnesi o esame obiettivo inadeguati (alcool, epilessia, bambino)			osservazione dei pazienti. È necessaria la disponibilità nelle 24 ore di apparecchi TAC per le strutture che ricevono pazienti con trauma cranico.	
	RX cranio	non indicata	ancora controverso è il ricorso all'RX cranio nel trauma cranico con moderato rischio di lesione endocranica. Una recente meta analisi (Hofmann et al.) ha chiaramente dimostrato la bassa sensibilità dell'RX cranio che può essere giustificato solo se la TAC non è disponibile. Nei bambini l'RX cranio può essere giustificato se si sospetta un trauma non accidentale (vedi sezione Pediatria).	1
	B			

Il Responsabile del Procedimento
(Dr. Daniele Zuppeggna)

[Firma]

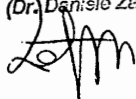
AFFARI GIUNTA
P..... C..... C.....
L'ISTRUTTORE
(Daniele Zupfini)

[Firma]
19/10/67

TRAUMI

Problema clinico	Indagine	Raccomandazione	Commento	Dose
CRANIO: alto o altissimo rischio di lesione endocranica				
Riduzione o deterioramento dello stato di coscienza; sintomi o segni neurologici focali (es. modificazio- ni pupillari) soprattutto se progressivi; confusione o coma persistenti nonostante la rianimazione; sospetta o nota frattura infossa- ta o composta; ferita aperta o penetrante e/o corpo estraneo; evidente frattura della base cranica; fuoriuscita dal naso o dall'orecchio di sangue e/o liquido cefalo-rachidiano; fontanella in tensione o diastasi suturale; diagnosi incerta	TAC	indicata B	si deve eseguire un esame TAC subito dopo aver riani- mato un paziente con GCS < 13 o che peggiora dal punto di vista neurologico. Nei casi gravi prima della TAC è necessaria una consulenza neuro-chirurgica o anestesio- logica. In tutti gli altri casi la TAC deve essere eseguita d' urgenza. RX del cranio non indicata. RX del rachide cervi- cale e/o TAC nei pazienti con perdita di coscienza per visua- lizzare il rachide cervicale sino a D1 in proiezione latera- le. Considerare la TAC per valutare i metameri da C3 a C1. La RM, SPECT e Dop- pler Transcranico sono indagi- ni specialistiche in caso di trauma cranico ma il loro ruolo è ancora in fase di valu- tazione.	II

Il Responsabile del Procedimento
(Dr. Daniele Zappavigna)

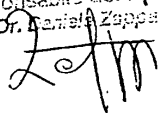



M. Uboldo
19/12/67

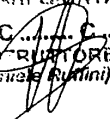
TRAUMI

Problema clinico	Indagine	Raccomandazione	Commento	Dose
MASSICCIO FACCIALE:				
Trauma nasale	RX cranio, ossa nasali e massiccio facciale	non indicati B	RX poco sensibile nella diagnosi di fratture nasali. Anche se RX positivo non influenza di solito la gestione del paziente. Possono essere richiesti da uno specialista ORL o da un chirurgo maxillo-facciale a seconda delle modalità locali di gestione di questi pazienti.	I
Trauma orbitario: lesione chiusa	RX	indicata B	specialmente nei casi in cui si sospetta una lesione "blow-out". RM o TAC con acquisizione coronale diretta, possibilmente a bassa dose possono essere richieste da uno specialista, in presenza di una persistente diplopia o di segni clinici dubbi e reperti radiografici indeterminati.	I
Trauma orbitario: lesione penetrante	RX	indicata B	nel sospetto di corpi estranei debolmente radio opachi intra-orbitari.	I
	TAC	indagine specialistica B	indicata in caso di corpi estranei debolmente radio opachi (piccoli o non metallici) intra-orbitari.	II
	US	indagine specialistica B	indicata in caso di corpi estranei intraoculari anteriori	0
	RM	indagine specialistica B	rischiosa in caso di corpi estranei metallici. In casi di forte sospetto clinico, ma di difficile localizzazione o identificazione del corpo estraneo con le altre metodiche di imaging.	0

Il Responsabile del Procedimento
(Dr. Daniela Zappavigna)



AFFARI GIUNTA
P..... C..... C.....
INSTRUTTORE
(Daniela Rutini)



Me. Uberti
12/10/67

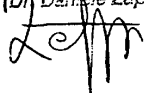
TRAUMI

Problema clinico	Indagine	Raccomandazione	Commento	Dose
Trauma al terzo medio della faccia	RX	indicata B	necessaria la collaborazione del paziente. Consigliabile rinviare l'indagine in caso di pz non cooperanti.	I
	TAC	indagine specialistica B	da valutare con il chirurgo maxillo-facciale per la gestione di lesioni complesse.	II
Trauma mandibolare	RX/OPG	indicati A	OPG non appropriata in pz non collaborante o politraumatizzato.	I

COLONNA CERVICALE

Pz cosciente con sole lesioni al cranio e/o al volto	RX colonna cervicale	non indicata di routine A	per i pz che soddisfano tutti i seguenti criteri: 1) pienamente coscienti, 2) non intossicati, 3) privi di segni neurologici anomali, 4) nessun dolore o rigidità cervicale.	I
Pz con perdita di coscienza e con lesione cranica	TAC, RX colonna cervicale	indicate B	una radiografia di buona qualità dimostra l'intera colonna cervicale fino a D1-D2. Se non è ben visualizzata la giunzione cervicale o vi sono possibili fratture va eseguito un esame TAC. Dove disponibile una TAC spirale può essere utilizzata come alternativa ad un RX ed è indispensabile se non è ben visualizzata all'RX la giunzione cervico-toracica. Le radiografie possono essere di difficile esecuzione nei pz gravemente traumatizzati dove va evitata la mobilizzazione.	II I

Il Responsabile del Procedimento
(Dr. Daniele Zappavigna)



AFFARI GIUNTA
P..... C..... C.....
L'ISPIRATORE
(Daniele Ruffini)

M. Marini
19/10/67

TRAUMI

Problema clinico	Indagine	Raccomandazione	Commento	Dosa
Trauma cervicale con dolore	RX colonna cervicale	indicata B		I
	TAC	non indicata	utili in caso di lesioni dubbie o	II
	RM	di routine B	complesse identificate radio-graficamente.	0
Trauma cervicale con deficit neurologico	RX	indicata B	per valutazione ortopedica.	I
	TAC	indicata B	la mielo TC può essere considerata se la RM non è eseguibile.	II
	RM	indagine specialistica B	limitata dalla presenza dei supporti di rianimazione. È l'indagine migliore e più sicura per dimostrare danni intrinseci al midollo spinale, compressione dello stesso, lesioni legamentose e fratture vertebrali a diversi livelli.	0
Trauma cervicale con dolore ma RX normale. Sospette lesioni legamentose	RX	indagine specialistica B	proiezioni in flessione-estensione	I
	RM	indagine specialistica C	dimostra lesioni legamentose.	0
COLONNA DORSALE E LOMBARE				
Trauma senza dolore e alcun deficit neurologico	RX	non indicata A	l'esame obiettivo è affidabile e sufficiente. Quando il pz è sveglio e asintomatico dal punto di vista neurologico bassissima è la probabilità di reperti radiografici che modifichino la gestione del paziente.	II

Il Responsabile del Procedimento
(Dr. Daniele Zeppavigna)

[Firma]

AFFARI GIUNTA
P..... C..... C.....
L'ISTRUTTORE
(Daniele Ruffini)

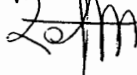
[Firma]
29/06/07

TRAUMI

Problema clinico	Indagine	Raccomandazione	Commento	Dose
Trauma con dolore senza deficit neurologici oppure in pazienti non valutabili clinicamente	RX	indicata B	scarso valore della RX quando vi sono dolori, rigidità, quando vi è stata caduta importante o un incidente stradale ad impatto elevato, quando vi è presenza di altre fratture vertebrali o non è possibile valutare clinicamente i pz. Se la radiografia dimostra frattura di elementi posteriori o instabilità degli stessi essenziale TAC o RM.	II
Trauma con deficit neurologici e/o dolore	RX	indicata B	indagine iniziale	II
	TAC	indicata B	analisi dettagliata della struttura ossea con eventuali ricostruzioni.	III
	RM	indicata B	indicata per lesioni a più livelli o per alterazioni ligamentose e della cauda.	0
BACINO E SACRO				
Caduta con impossibilità di mantenersi in piedi	RX	indicata C	ricerca di frattura del collo femorale all'esame radiografico iniziale. In casi selezionati in presenza di RX normale o dubbio utile TAC o RM o MN.	I
Trauma del bacino con emorragia uretrale	Uretrografia retrograda	indicata C	per evidenziare integrità, stravasamento o rotture dell'uretra. Cistografia o TAC con rinde (acquisizioni tardive) se l'uretra è normale e persiste ematuria alla ricerca di altre lesioni delle vie urinarie. Sempre più utilizzata la RM come prima indagine nelle situazioni non acute.	II

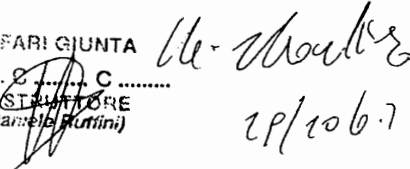
Il Responsabile del Procedimento

Dr. Daniele Zappavigna)



AFFARI GIUNTA

P..... C.....

L'ISTITUTORE
(Daniele Ruffini)


29/10/07

TRAUMI

Problema clinico	Indagine	Raccomandazione	Commento	Dose
Trauma al coccige o coccigodinia	RX	non indicata di routine C	il quadro normale spesso è fuorviante e comunque i reperi radiografici non modi- ficano la gestione del pz.	I

«Si attesta che il presente documento che si
compila 23

trasmesso in copia in atti
del Gen. 18/10/02 20/10/02

Il Responsabile del Procedimento
(Dr. Daniele Zappavigna)

20/10/02

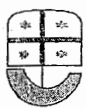
ATTESTO che la presente COPIA, ricavata su n.
..... pagine da me
singolarmente firmata, È CONFORME ALL'ORIGI-
NALE agli atti.
Genova, il 26 OTT. 2007



L'ISTRUTTORE
(Daniele Zappavigna)

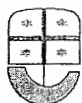
20/10/02

Dr. Zappavigna
19/10/07

SCHEMA N. 151432 DEL PROT. GEN. ANNO 2007		 REGIONE LIGURIA - Giunta Regionale Dipartimento Salute e Servizi Sociali Assistenza Ospedaliera e Specialistica - Settore		AU. 3
OGGETTO : Monitoraggio e verifica dell'applicazione della deliberazione della Giunta Regionale n. 1235/2007.				
DECRETO		N. <u>423</u> del REGISTRO ATTI AFFARI GIUNTA	DATA <u>29/11/07</u> di SOTTOSCRIZIONE	
IL DIRETTORE GENERALE				
VISTE le seguenti deliberazioni della Giunta Regionale: ▪ n. 624 del 23 giugno 2006 ad oggetto "Intesa Stato-Regioni 28 marzo 2006 sul Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006/2008 di cui all'art. 1, comma 280, della legge 266/2005: approvazione e adozione Piano regionale"; ▪ n. 129 del 9 febbraio 2007, ad oggetto "Piano Regionale per la riduzione dei tempi e delle liste di attesa"; ▪ n. 1235 del 19 ottobre 2007, ad oggetto "Misure organizzative per l'abbattimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie maggiormente critiche";				
RICORDATO che la corretta attuazione di quanto previsto dalla delibera in argomento e di quanto previsto dal Piano regionale per la riduzione dei tempi di attesa costituisce obiettivo di primaria rilevanza ai fini della riconferma dei Direttori Generali delle Aziende liguri, nonché elemento di valutazione per la definizione del finanziamento per l'anno 2008 nei riguardi degli Enti ospedalieri convenzionati con il SSR;				
CONSIDERATO che le citate deliberazioni n. 129/2007 e n. 1235/2007, proprio per garantire l'attuazione delle misure previste e il raggiungimento delle finalità individuate, prevedono attività di controllo da attuarsi mediante strumenti di monitoraggio, strumenti sanzionatori e strumenti per l'esercizio del potere ispettivo e sostitutivo, demandandone la definizione operativa a successivo atto del Direttore Generale del Dipartimento Salute e Servizi Sociali;				
Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO <u>26/11/07</u> (Dott. Daniele Zappavigna)				
ATTO		AUTENTICAZIONE COPIE AFFARI A P. L'ISTRUTTORE (Daniele Zappavigna)		CODICE PRATICA : monitazi
PAGINA : 1		COD. ATTO : DECRETO DEL DIRETTORE GENERALE		

SCHEMA N. 151432

DEL PROT. GEN. ANNO 2007

**REGIONE LIGURIA - Giunta Regionale**

Dipartimento Salute e Servizi Sociali

Assistenza Ospedaliera e Specialistica - Settore

RITENUTO quindi necessario, per quanto sopra esposto, individuare i seguenti strumenti per la verifica e il controllo dell'attuazione di quanto disposto dalle deliberazioni in argomento

Strumenti di monitoraggio:

- 1. Reportistica per l'osservazione dei tempi di attesa** delle prestazioni ambulatoriali, secondo le modalità previste dal Ministero della Salute nell'ambito del progetto "Mattoni del SSN", considerando inizialmente le prestazioni oggetto della già citata deliberazione n. 1235/2007. La reportistica in questione, da elaborarsi a cura del Dipartimento Salute e Servizi Sociali, è descritta nell'allegato al presente provvedimento (allegato 1) che ne costituisce parte integrante e necessaria. Onde consentire l'effettuazione di tale elaborazione, si dispone l'obbligo, per le Aziende, gli Enti e gli Istituti scientifici, della compilazione del campo "data di prenotazione" previsto nel flusso della specialistica ambulatoriale (modello ST).
- 2. Mantenimento dell'attuale sistema di monitoraggio dei tempi di attesa**, prevedendo l'esecuzione di controlli anche al di fuori delle date prestabilite, su iniziativa del Direttore Generale del Dipartimento o degli Uffici competenti.
- 3. Indicatori** per la verifica del corretto adempimento alle disposizioni regionali contenute nelle DGR 129 e 1235 del 2007 da parte delle Aziende, nonché per la misurazione dell'efficacia delle azioni intraprese, dettagliati all'allegato 2 del presente atto, del quale costituisce parte integrante e necessaria.

Strumenti sanzionatori e di controllo

- 1. Irrogazione delle sanzioni pecuniarie** previste ai commi 282 e 284 della legge 23 dicembre 2005 n. 266 nei confronti del Direttore Generale, in solido con il Direttore Sanitario, dell'Azienda, Ente o Istituto Scientifico una cui unità erogante abbia sospeso o non attuato l'attività di prenotazione. L'attività di prenotazione si intende sospesa o non attuata per una data unità erogante quando le prestazioni fornite da tale unità non siano rese, anche temporaneamente, disponibili per la prenotazione tramite il CUP dell'Azienda Sanitaria Locale di riferimento. Quanto sopra vale per tutte le prestazioni (tra quelle di cui alla DGR 1235/2007) erogate dall'unità per le quali è disposto l'inserimento a CUP dell'ASL di riferimento, ossia tutte le prestazioni ambulatoriali erogate con l'eccezione delle sole quote di attività dedicate ai pazienti in regime di ricovero e di quelle per cui è già oggi previsto l'accesso senza prenotazione da parte del paziente. In caso di violazione del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione, sono applicate le disposizioni della legge regionale n. 45 del 2 dicembre 1982. La

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

26/11/07
 (Dott. Daniele Zappavigna)

ATTO

AUTENTICAZIONE COPIE

CODICE PRATICA:

AFFARI GIUNTA

P..... C.....

L'ISTRUTTORE

(Dott. F. Fini)

monitazi

PAGINA: 2

COD. ATTO: DECRETO DEL DIRETTORE GENERALE