

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 539 del 26 aprile 2016

Coordinamento Regionale per i controlli sanitari, l'appropriatezza, le liste di attesa e la sicurezza del paziente - aggiornamento del modello organizzativo e funzionale.

[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:

Con il presente provvedimento viene attuata una razionalizzazione del modello organizzativo e funzionale del Coordinamento Regionale per i controlli sanitari, l'appropriatezza, le liste di attesa e la sicurezza del paziente attraverso la definizione di quattro ambiti in intervento.

L'Assessore, Luca Coletto, riferisce quanto segue.

Il Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. all'art. 8-octies rubricato "Controlli" ha previsto che *"la regione e le aziende unità sanitarie locali attivano un sistema di monitoraggio e controllo sulla definizione e sul rispetto degli accordi contrattuali da parte di tutti i soggetti interessati nonché sulla qualità della assistenza e sulla appropriatezza delle prestazioni rese."*

La Regione del Veneto ha dato attuazione alle prescrizioni nazionali precitate con una pluralità di provvedimenti normativi sia di rango primario (da ultimo L.R. n. 23 del 29 giugno 2012) che secondario (D.G.R. n. 4807 del 28 dicembre 1999; D.G.R. n. 3572 del 21 dicembre 2001; D.G.R. n. 4090 del 30 dicembre 2003; D.G.R. n. 2609 del 7 agosto 2007; D.G.R. n. 3444 del 30 dicembre 2010; D.G.R. n. 14 del 11 gennaio 2011; D.G.R. n. 18 del 9 gennaio 2013; D.G.R. n. 1138 del 1 settembre 2015) oltre che con decreti attuativi del Segretario Regionale per la sanità e il sociale - attualmente, ex L.R. n. 54 del 31 dicembre 2012, Direttore dell'Area sanità e sociale.

In particolare, è stato previsto con D.G.R. n. 4090 del 30.12.2003, l'istituzione del Coordinamento regionale per l'appropriatezza delle prestazioni e il controllo dell'attività sanitaria e con l'approvazione delle D.G.R. n. 3444 del 30 dicembre 2010 e D.G.R. n. 14 del 11 gennaio 2011, la nuova qualificazione e l'aggiornamento delle attribuzioni del Coordinamento regionale per i Controlli Sanitari, l'appropriatezza e le liste d'attesa, la cui denominazione è stata ridefinita quale "Coordinamento Regionale per i controlli sanitari, l'appropriatezza, le liste di attesa e la sicurezza del paziente" (d'ora in poi "*Coordinamento*"), giusta D.G.R. n. 18 del 9 gennaio 2013, attesa l'attribuzione anche dei compiti relativi alla sicurezza del paziente.

La D.G.R. n. 1138 del 1 settembre 2015, da ultimo, ha rivisto il modello organizzativo del *Coordinamento*, tenendo conto di:

- una sempre maggiore esigenza di verifica e analisi di prestazioni sanitarie, modelli organizzativi, discipline tecniche, valutazione degli standard di qualità dell'assistenza e proposte di miglioramento;
- le aumentate necessità di una sempre più capillare e multispecialistica verifica della efficienza e congruità erogativa delle prestazioni e correttezza allocativa delle risorse umane e degli strumenti tecnici;
- gli interventi normativi nazionali di razionalizzazione organizzativa e di riduzione di spese.

Il profondo dinamismo che caratterizza il mondo sanitario degli ultimi anni, nonché la necessità sempre maggiore di omogeneizzare le performance delle strutture afferenti all'intero territorio regionale, tendenza confermata da più tavoli Ministeriali - primo tra tutti quello finalizzato alla definizione del Nuovo Sistema di Garanzia - evidenziano come l'estensione delle attività da monitorare, con l'espansione delle competenze correlate agli ambiti oggetto di controllo e verifica, richieda sempre di più un network di competenze trasversali ma gerarchicamente organizzate in chiave funzionale, in grado di interfacciarsi ed operare secondo una logica di rete all'interno del *Coordinamento*.

Al fine di migliorare l'efficacia delle diverse azioni - la cui omogeneità di intenti e progetti resta affidata al Responsabile del *Coordinamento*, nominato con Decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale n. 274 del 16 settembre 2015 - si propone una definita identificazione dei seguenti ambiti di intervento:

1. monitoraggio dei controlli sanitari;
2. appropriatezza delle prestazioni sanitarie;
3. liste di attesa e mobilità sanitaria;
4. rischio clinico e sicurezza del paziente.

In merito all'ambito di intervento 1. "monitoraggio dei controlli sanitari", è opportuno ricordare che l'art. 8-octies del D. Lgs n. 502 del 30 dicembre 1992 e s.m.i. prevede che la Regione eserciti una attività di supervisione sul sistema di erogazione e controllo delle prestazioni prodotte dalle Aziende pubbliche, dagli erogatori privati accreditati e dagli erogatori equiparati che insistono sul suo territorio. L'ultradecennale operatività del *Coordinamento* ha evidenziato la necessità di perfezionare ulteriormente il sistema dei controlli sanitari, aumentando il livello di attenzione sull'analisi avanzata dei controlli interni - in quanto garanzia di miglioramento dell'efficienza delle strutture sanitarie - e dei controlli esterni, per le ricadute economiche implicate.

Si propone pertanto che le competenze dell'ambito di intervento 1. "monitoraggio dei controlli sanitari" siano sintetizzabili come segue:

- assicurare il buon funzionamento del Nucleo Regionale di Controllo (NRC);
- verificare il corretto operato dei Nuclei Provinciali di Controllo (NPC) e dei Nuclei Aziendali di Controllo (NAC);
- standardizzare le procedure applicate dagli organismi di controllo individuati dalla D.G.R. n. 3444 del 30 dicembre 2010.

In relazione all'ambito di intervento 2. "appropriatezza delle prestazioni sanitarie", si precisa che la Regione del Veneto nel tempo ha sostenuto la necessità dell'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali (D.G.R. n. 600 del 13 marzo 2007 e D.G.R. n. 863 del 21 giugno 2011) e delle prestazioni di ricovero (da ultima la D.G.R. n. 3444 del 30 dicembre 2010); il Patto della Salute 2014-2016 (Rep. Atti n.82/CSR del 10 luglio 2014) e - da ultimi - il D.L. n.78 del 19 giugno 2015, art. 9 quater e l'Intesa del 2 Luglio 2015 (Rep. Atti n.113/CSR del 2 Luglio 2015) - da cui la D.G.R. di recepimento n. 1169 del 8 settembre 2015, ribadiscono altresì la necessità di adottare misure efficaci per la riduzione delle prestazioni inappropriate erogate sia in regime di assistenza specialistica ambulatoriale sia di ricovero. Il Decreto del Ministro della Salute 9 dicembre 2015 ha individuato, infine, le condizioni di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale.

Si propone quindi che le attività dell'ambito di intervento 2. "appropriatezza delle prestazioni sanitarie" si sviluppino negli ambiti di seguito enunciati:

- programmazione di attività di verifica nelle Aziende Sanitarie e successiva determinazione delle azioni di miglioramento da intraprendere laddove siano riscontrate criticità;
- definizione e relativo monitoraggio di protocolli e/o documenti di indirizzo in tema di appropriatezza sia clinica che organizzativa, in collaborazione con clinici esperti e Società Scientifiche.

In riferimento all'ambito di intervento 3. "liste di attesa e mobilità sanitaria", appare opportuno ricordare che, con D.P.C.M. 29 novembre 2001, sono stati individuati i Livelli Essenziali di Assistenza, in seguito ridefiniti con D.P.C.M. 23 aprile 2008. La D.G.R. n. 3535 del 12 novembre 2004 ha riorganizzato l'erogazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, al fine del contenimento delle liste di attesa, prevedendo tra l'altro - per gli aspetti relativi alla gestione della domanda - la segmentazione per livelli di urgenza in base alle classi di priorità previste e - per le gli aspetti relativi alla gestione dell'offerta - l'informatizzazione dei sistemi di prenotazione.

Con D.G.R. n. 600 del 13 marzo 2007 è stato recepito il Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2006-2008, introducendo l'obbligatorietà della prescrizione della classe di priorità e del quesito diagnostico, mentre con D.G.R. n. 863 del 21 giugno 2011 è stato recepito il Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2010-2012 prevedendo - tra l'altro - la promozione della presa in carico del paziente, l'attivazione della prescrizione elettronica. Successivamente, con D.G.R. n.320 del 12 marzo 2013, sono stati disposti l'istituzione del tavolo di monitoraggio aziendale, l'ampliamento delle attività ambulatoriali nei giorni festivi, prefestivi e negli orari serali, e l'introduzione della figura del coordinatore dei processi di prenotazione. L'attenzione crescente alla tematica dei tempi di attesa è infine testimoniata dal peso sempre maggiore attribuito a questa materia nella determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende del Veneto, come si evidenzia dalla D.G.R. n. 2072 del 30 dicembre 2015. Considerato pertanto che:

- garantire a tutti i cittadini tempi d'accesso alle prestazioni sanitarie certi ed adeguati ai problemi clinici presentati rappresenta un obiettivo di primaria importanza del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale - in quanto strumento atto a garantire il rispetto di fondamentali diritti della persona, quali la tutela della salute e l'eguaglianza nell'accesso

alle prestazioni sanitarie;

- è riconosciuto che i tempi di attesa costituiscono una delle determinanti della qualità dell'assistenza percepita dagli utenti e una delle problematiche più diffuse in tutti i sistemi sanitari, contribuendo in modo rilevante al rapporto di fiducia verso il sistema sanitario;
- con D.G.R. n.1138 del 1 settembre 2015 il *Coordinamento* è stato individuato quale sede idonea per l'istituzione e la gestione di un servizio di numero verde cui gli assistiti possono rivolgersi per sottoporre richieste, esporre suggerimenti e reclami in merito alla loro esperienza sulle prestazioni sanitarie ricevute;
- il monitoraggio della mobilità sanitaria, con particolare attenzione alla mobilità interregionale e internazionale, è da considerarsi argomento di particolare rilievo per valutare le scelte di salute operate dal Cittadino e conseguentemente l'adeguatezza dell'offerta di prestazioni sanitarie delle Strutture pubbliche e private accreditate della Regione del Veneto.

Si propone pertanto di identificare all'interno dell'ambito di intervento 3. "liste di attesa e mobilità sanitaria" del *Coordinamento* le seguenti linee di azione:

- garantire un continuo monitoraggio delle performance Aziendali attraverso l'implementazione di un sistema di reportistica sempre maggiormente articolato e orientato alle singole criticità;
- offrire la massima trasparenza al Cittadino in materia di performance aziendali sulla erogazione delle prestazioni, pubblicando dati aggiornati all'interno del Portale della Sanità della Regione;
- svolgere funzioni di coordinamento dei sistemi di prenotazione Aziendali, al fine di assicurare l'omogeneità dell'offerta e identificare le migliori pratiche erogate nel territorio regionale;
- garantire il buon funzionamento del servizio di numero verde rivolto al Cittadino;
- supportare le Aziende Sanitarie nella risoluzione delle criticità in materia di tempi di attesa;

- fornire alle Aziende Sanitarie i dati aggiornati relativi alla mobilità sanitaria;
- predisporre un efficiente sistema di gestione delle contestazioni verso le altre Regioni/Province autonome qualora l'attività indicata sia inappropriata.

In merito all'ambito di intervento 4. "rischio clinico e sicurezza del paziente", appare opportuno ricordare che con la D.G.R. n. 2501 del 6 agosto 2004 "Attuazione della L.R. n. 22/02 in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali e adozione del Manuale delle procedure" sono stati approvati i requisiti per l'accreditamento istituzionale. Per quanto riguarda la gestione del rischio è stata richiesta la presenza in ogni struttura sanitaria dei seguenti elementi:

- una apposita scheda/reporting per la segnalazione degli eventi avversi;
- un "clinical incident reporting system" operativo nell'organizzazione.

Con D.G.R. n. 4445 del 28 dicembre 2006, al fine di migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza dei pazienti, è stato istituito il "Coordinamento Regionale per la sicurezza del paziente" con il compito di coordinare le iniziative relative alla sicurezza di pazienti, visitatori, personale ed ambienti sanitari e attribuendo allo stesso le seguenti competenze:

- individuare e proporre alla Giunta Regionale gli obiettivi in tema di sicurezza del paziente nel Servizio socio sanitario regionale;
- definire il Piano annuale delle azioni per l'implementazione delle strategie per la sicurezza del paziente nel Servizio socio sanitario regionale;
- monitorare le iniziative in tema di gestione della sicurezza del paziente poste in essere dalle Aziende Sanitarie;
- armonizzare le iniziative regionali nell'ambito della sicurezza in tutte le parti di cui essa risulta composta (sicurezza delle strutture e degli operatori e sicurezza dei processi assistenziali);
- sviluppare azioni di confronto con le Associazioni Scientifiche, con i rappresentanti dei cittadini, con gli istituti assicurativi privati ed i produttori di farmaci, presidi sanitari e tecnologie elettromedicali;
- approvare la relazione annuale sull'attività svolta;
- promuovere e coordinare le iniziative di formazione a livello regionale in materia di sicurezza del paziente.

Con D.G.R. n. 1831 del 1 luglio 2008 è stato attivato un modello organizzativo per la gestione della sicurezza del paziente, la razionalizzazione e gestione unitaria dei flussi informativi regionali e l'avvio di un piano di formazione di base il cui programma nella sua redazione veniva affidato all'ARSS.

La D.G.R. n. 2364 del 29 dicembre 2011 ha successivamente istituito presso l'ARSS, dal 1 gennaio 2012, il "Centro Regionale per la sicurezza del paziente", attribuendo a questo le seguenti funzioni:

- coordinamento dei responsabili aziendali per la gestione della sicurezza del paziente;

- coordinamento dei gruppi tecnici incaricati della realizzazione di obiettivi specifici, formati da responsabili di strutture pubbliche e private accreditate, con la possibilità di emanare linee guida e raccomandazioni finalizzate alla riduzione del rischio clinico;
- gestione del flusso informativo sulla sicurezza del paziente (eventi sentinella, sinistri - Flussi SIMES - incident reporting, quasi eventi, reclami), avvalendosi del supporto tecnico degli uffici del Sistema informativo socio-sanitario, in adempimento degli obblighi previsti di comunicazione dei dati al Ministero nel settore di competenza, coordinandosi con gli altri flussi già presenti e attivi come previsto dalla D.G.R. n. 4445 del 28 dicembre 2006;
- promozione degli audit regionali di cui alla D.G.R. n. 1831 del 1 luglio 2008;
- formazione dei soggetti coinvolti nella gestione del rischio clinico e del contenzioso.

A seguito dell'abrogazione della legge istitutiva dell'ARSS, avvenuta ai sensi dell'art. 4 della L.R. n. 43 del 23 novembre 2012, il "Centro Regionale per la sicurezza del paziente" è stato allocato presso il "Coordinamento Regionale per i controlli sanitari, l'appropriatezza e le liste d'attesa", rinominato "Coordinamento Regionale per i controlli sanitari, l'appropriatezza, le liste d'attesa e la sicurezza del paziente", giusta D.G.R. n. 18 del 9 gennaio 2013.

La Legge n. 208 del 28 dicembre 2015 ha previsto infine:

- al comma 538: "La realizzazione delle attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario rappresenta un interesse primario del Sistema sanitario nazionale perché consente maggiore appropriatezza nell'utilizzo delle risorse disponibili e garantisce la tutela del paziente;
- al comma 539: "Per la realizzazione dell'obiettivo di cui al comma 538, ai fini di cui all'articolo 3-bis del D.L. n. 158 del 13 settembre 2012, convertito con modificazioni in L. n. 189 del 8 novembre 2012, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano dispongono che tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management), per l'esercizio dei seguenti compiti:
 - ◆ attivazione dei percorsi di audit o altre metodologie finalizzati allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti, con segnalazione anonima del quasi-errore e analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari. Ai verbali e agli atti conseguenti all'attività di gestione aziendale del rischio clinico, svolta in occasione del verificarsi di un evento avverso, si applica l'articolo 220 delle norme di attuazione, di coordinamento e transitorie del codice di procedura penale, di cui al D. Lgs. n. 271 del 28 luglio 1989;
 - ◆ rilevazione del rischio di inappropriata nei percorsi diagnostici e terapeutici e facilitazione dell'emersione di eventuali attività di medicina difensiva attiva e passiva;
 - ◆ predisposizione e attuazione di attività di sensibilizzazione e formazione continua del personale finalizzata alla prevenzione del rischio sanitario;
 - ◆ assistenza tecnica verso gli uffici legali della struttura sanitaria nel caso di contenzioso e nelle attività di stipulazione di coperture assicurative o di gestione di coperture auto-assicurative;
- al comma 540: l'attività di gestione del rischio sanitario è coordinata da personale medico dotato delle specializzazioni in igiene, epidemiologia e sanità pubblica o equipollenti ovvero con comprovata esperienza almeno triennale nel settore.

Ciò premesso, considerati i recenti sviluppi della normativa, per analoghe finalità connesse a garantire operatività del *Coordinamento* alle attività, si evidenzia come queste ultime debbano trovare un necessario raccordo anche con le iniziative del Settore Affari Giuridico Amministrativi dell'Area Sanità e Sociale, specificatamente in ordine al rispetto delle indicazioni di cui alla D.G.R. n. 567 del 21 aprile 2015 che prevede, in una logica reattiva, che le Aziende SSR formalizzino e adottino procedure aziendali per l'analisi degli eventi avversi e pongano in essere le conseguenti azioni di miglioramento e/o gli opportuni provvedimenti organizzativi tesi alla mitigazione del rischio clinico; la precitata recente deliberazione - in una logica proattiva di miglioramento continuo - prevede, inoltre, che le Aziende SSR adottino dei criteri di autovalutazione del livello di sicurezza aziendale, come elaborati nell'ambito del progetto, di approvazione ministeriale, identificato come C.A.R.M.I.N.A., acronimo di "Clinical Assessment of Risk Management: an Integrated Approach".

Per una semplificazione operativa dell'ambito di intervento 4. "rischio clinico e sicurezza del paziente" e una omogeneizzazione rispetto agli altri ambiti di intervento del *Coordinamento*, appare opportuno proporre, con la presente Deliberazione:

- l'assimilazione delle competenze e della struttura organizzativa proprie del "Centro Regionale per la Sicurezza del paziente" all'interno dell'ambito di intervento 4. "rischio clinico e sicurezza del paziente" del *Coordinamento*, ferma restando la sinergia delle attività previste con il Settore Affari Giuridico Amministrativi;
- la soppressione del "Coordinamento Regionale per la Sicurezza del paziente" - di cui alla D.G.R. n. 4445 del 28 dicembre 2006 - le cui competenze saranno trasferite al *Coordinamento* anche in ottemperanza al D.L. 78 del 19 giugno 2015 convertito con modificazioni in L. n. 125 del 6 agosto 2015 che prevede, tra l'altro, la soppressione di plurimi centri di competenza operanti sulle medesime fattispecie.

Si propone che ciascun ambito di intervento sia presidiato da un Dirigente, individuato con decreto del Direttore della Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria.

In merito alle competenze dei Dirigenti di riferimento dei singoli ambiti di intervento, si propone che essi abbiano il compito di:

- individuare e proporre al Responsabile del *Coordinamento* le azioni da intraprendere al fine di realizzare quanto previsto dai contenuti dell'ambito di afferenza;
- mettere in atto tali azioni, una volta approvate dal Responsabile del *Coordinamento*;
- relazionare periodicamente il Responsabile del *Coordinamento* sullo stato di attuazione di quanto assegnato e relativi esiti.

Considerato, inoltre, che le competenze affidate al *Coordinamento* si estendono alla totalità delle tipologie di attività sanitarie erogate all'interno della Regione, tenuto conto anche della struttura del sistema come delineata dal Piano socio sanitario regionale, e con il riparto di funzioni dallo stesso realizzato, si propone che il *Coordinamento*, come sopra tratteggiato, afferisca alla Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria in luogo dell'attuale collegamento con il Settore Assistenza Ambulatoriale.

Al fine di indirizzare in modo efficace l'attività degli ambiti di intervento, si ritiene opportuno che il Direttore della Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria individui, con periodicità annuale, gli obiettivi principali affidati a ciascun ambito. Si ritiene altresì opportuno che il Responsabile del *Coordinamento* sia incaricato di produrre dettagliata relazione al Direttore della Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria sullo stato di raggiungimento degli obiettivi assegnati.

Ai fini del coordinamento delle attività o dell'eventuale esercizio del potere di autotutela in via amministrativa, si propone che il Responsabile del *Coordinamento* possa trattenere a sé, in via d'urgenza, con motivato provvedimento, atti o provvedimenti amministrativi di competenza dei Dirigenti.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, il quale dà atto che la struttura proponente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale, e che successivamente alla definizione di detta istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l'approvazione del presente atto;

VISTE le L. n. 125 del 6 agosto 2015, L. n. 208 del 28 dicembre 2015;

VISTI i D.P.C.M. del 29 novembre 2001, D.P.C.M. 23 aprile 2008;

VISTO il D. Lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992 e ss.mm.ii.;

VISTO il Decreto del Ministro della Salute 9 dicembre 2015;

VISTO il D.L. n. 78 del 19 giugno 2015;

VISTI i Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2006-2008, Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2010-2012

VISTE le L.R. n. 22 del 16 agosto 2002, L.R. n. 23 del 29 giugno 2012, L.R. n. 43 del 23 novembre 2012, L.R. n. 54 del 31 dicembre 2012;

VISTE le D.G.R. n. 4807 del 28 dicembre 1999, D.G.R. n. 3572 del 21 dicembre 2001, D.G.R. n. 4090 del 30 dicembre 2003, D.G.R. n. 2501 del 6 agosto 2004, D.G.R. n. 3535 del 12 novembre 2004, D.G.R. n. 4445 del 28 dicembre 2006, D.G.R. n. 600 del 13 marzo 2007, D.G.R. n. 2609 del 7 agosto 2007, D.G.R. n. 1831 del 1 luglio 2008, D.G.R. n. 3444 del 30 dicembre 2010, D.G.R. n. 14 del 11 gennaio 2011, D.G.R. n. 863 del 21 giugno 2011, D.G.R. n. 2364 del 29 dicembre 2011, D.G.R. n. 18 del 9 gennaio 2013, D.G.R. n. 320 del 12 marzo 2013, D.G.R. n. 567 del 21 aprile 2015, D.G.R. n. 1138 del 1 settembre 2015, D.G.R. n. 1169 del 8 settembre 2015, D.G.R. n. 2072 del 30 dicembre 2015;

VISTO il Decreto del Direttore Generale n. 274 del 16 settembre 2015;

delibera

1. di strutturare, con decorrenza dal 1.4.2016, il Coordinamento Regionale per i controlli sanitari, l'appropriatezza, le liste di attesa e la sicurezza del paziente nei seguenti ambiti di intervento:
 - Ambito di intervento 1. monitoraggio dei controlli sanitari;
 - Ambito di intervento 2. appropriatezza delle prestazioni sanitarie;
 - Ambito di intervento 3. liste di attesa e mobilità sanitaria;
 - Ambito di intervento 4. rischio clinico e sicurezza del paziente.
2. di stabilire che le attività identificate all'interno dei precitati singoli ambiti di intervento siano quelle in premessa identificate e qui da ritenersi integralmente trasfuse;
3. di incaricare il Direttore della Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria di identificare il Dirigente di riferimento per ciascun ambito di intervento;
4. di individuare la Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria quale struttura regionale di riferimento del Coordinamento Regionale per i controlli sanitari, l'appropriatezza, le liste di attesa e la sicurezza del paziente;
5. di incaricare il Direttore della Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria di individuare, con periodicità annuale, gli obiettivi principali affidati a ciascun ambito di intervento;
6. di incaricare il Responsabile del Coordinamento Regionale per i controlli sanitari, l'appropriatezza, le liste di attesa e la sicurezza del paziente di produrre dettagliata relazione al Direttore della Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria sullo stato di raggiungimento degli obiettivi assegnati;
7. di stabilire che le competenze assegnate ai Dirigenti di riferimento dei singoli ambiti di intervento siano sintetizzabili come segue:
 - individuare e proporre al Responsabile del Coordinamento Regionale per i controlli sanitari, l'appropriatezza, le liste di attesa e la sicurezza del paziente le azioni da intraprendere al fine di realizzare quanto previsto dai contenuti dell'ambito di afferenza;
 - mettere in atto tali azioni, a seguito di approvazione di cui al punto precedente;
 - relazionare periodicamente il Responsabile del Coordinamento Regionale per i controlli sanitari, l'appropriatezza, le liste di attesa e la sicurezza del paziente sullo stato di attuazione di quanto assegnato e relativi esiti;
8. di attribuire al Responsabile del Coordinamento Regionale per i controlli sanitari, l'appropriatezza, le liste di attesa e la sicurezza del paziente la facoltà di trattenere a sé, in via d'urgenza, con motivato provvedimento, atti o provvedimenti amministrativi di competenza dei Dirigenti;
9. di stabilire la soppressione del Coordinamento Regionale per la Sicurezza del paziente di cui alla D.G.R. n. 4445 del 28 dicembre 2006 e s.m.i. con il trasferimento delle relative competenze al Coordinamento Regionale per i controlli sanitari, l'appropriatezza, le liste di attesa e la sicurezza del paziente;
10. di ritenere abrogato ogni provvedimento non compatibile con le determinazioni assunte con il presente atto;
11. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spese a carico del bilancio regionale;
12. di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino Ufficiale della Regione.