DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIO-NALE 24 giugno 2011, n. 1397

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sono stati considerati i risultati delle attività condotte dal Ministero della Salute e dall'AgeNaS nell'ambito dei Monitoraggi previsti dal Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa 20062008.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **COPERTURA FINANZIARIA**

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

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

#### LA GIUNTA

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

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

A voti unanimi, espressi nei modi di legge;

#### **DELIBERA**

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

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

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

- di stabilire che i piani attuativi adottati dalle Aziende sanitarie locali riguardino anche le strutture private accreditate in accordo contrattuale con il Servizio Sanitario Regionale, le quali devono adeguarsi tempestivamente, per quanto di propria competenza, a quanto contenuto nel presente atto;
- 4) di disporre che le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliero-Universitarie, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e gli Enti Ecclesiastici inviino il piano attuativo all'Assessorato alle Politiche della Salute ed all'AReS, entro venti giorni dalla sua approvazione;
- 5) di disporre la pubblicazione del presente provvedimento nel B.U.R. della Regione Puglia.

Il Segretario della Giunta Dott. Romano Donno Il Presidente della Giunta Dott. Nichi Vendola

# **REGIONE PUGLIA**



# **ALLEGATO A)**

"Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2011-2013"

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 3. Elenco delle prestazioni e tempi massimi di attesa

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

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

#### 3.1 Prestazioni ambulatoriali e relative classi di priorità

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### VISITE SPECIALISTICHE

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice Disciplina
	77	00.7	
1	Visita cardiologia	89.7	8
2	Visita chirurgia vascolare	89.7	14
3	Visita endocrinologica	89.7	19
4	Visita neurologica	89.13	32
5	Visita oculistica	95.02	34
6	Visita ortopedica	89.7	36
7	Visita ginecologica	89.26	37
8	Visita otorinolaringoiatrica	89.7	38
9	Visita urologica	89.7	43
10	Visita dermatologica	89.7	52
11	Visita fisiatrica	89.7	56
12	Visita gastroenterologica	89.7	58
13	Visita oncologica	89.7	64
14	Visita pneumologica	89.7	68

#### PRESTAZIONI STRUMENTALI

	Prestazione	Codice Nomenclatore
Diagnosti	ca per Immagini	
15	Mammografia	87.37.1 - 87.37.2
16	TC senza e con contrasto Torace	87.41 - 87.41.1
17	TC senza e con contrasto Addome superiore	88.01.2 - 88.01.1
18	TC senza e con contrasto Addome inferiore	88.01.4 - 88.01.3
19	TC senza e con contrasto Addome completo	88.01.6 - 88.01.5
20	TC senza e con contrasto Capo	87.03 – 87.03.1
21	TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale	88.38.2 – 88.38.1
22	TC senza e con contrasto Bacino	88.38.5
23	RMN Cervello e tronco encefalico	88.91.1 - 88.91.2
24	RMN Pelvi, prostata e vescica	88.95.4 - 88.95.5
25	RMN Muscoloscheletrica	88.94.1 – 88.94.2
26	RMN Colonna vertebrale	88.93 – 88.93.1
27	Ecografia Capo e collo	88.71.4
28	Ecocolordoppler cardiaca	88.72.3
29	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73.5
30	Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77.2
31	Ecografia Addome	88.74.1 - 88.75.1 - 88.76.1
32	Ecografia Mammella	88.73.1 - 88.73.2
33	Ecografia Ostetrica - Ginecologica	88.78 - 88.78.2
A 1	10 11 11	
	ni Specialistici	45.00 45.05 45.40
34 35	Colonscopia	45.23 – 45.25 – 45.42
	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24
36	Esofagogastroduodenoscopia	45.13 – 45.16
37	Elettrocardiogramma	89.52
38	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50
39	Elettrocardiogramma da sforzo	89.41 – 89.43
40	Audiometria	95.41.1
41	Spirometria	89.37.1 – 89.37.2
42	Fondo Oculare	95.09.1
43	Elettromiografia	93.08.1

### 3.2 Prestazioni in regime di ricovero

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

prestazioni, delle consequenti liste di attesa.".

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

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

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

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

#### Va anche ricordato che:

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

rapporto con quelle rese istituzionalmente.

- l'Intesa sul Patto per la Salute 2010-2012 del 3 dicembre 2009, prevede, all'art. 19, che le Regioni individuino "adeguati strumenti di governo della domanda tramite accordi tra Regioni confinanti per disciplinare la mobilità sanitaria"
- il Piano di e-Government 2012 comprende il progetto "Rete di centri di prenotazione", che ha l'obiettivo di "realizzare un sistema articolato a rete di centri unici di prenotazione (CUP) che consentano ai cittadini di prenotare le prestazioni SSN su tutto il territorio nazionale.".

Con la Deliberazione n. 710 del 15 marzo 2010 la Giunta Regionale ha approvato, ai sensi della D.G.R. n. 751/2009, la scheda delle attività che la società *in house* Innova Puglia s.p.a. deve assicurare per la realizzazione del scheda "Sistema Regionale di Monitoraggio dell'Accesso alle Prestazioni Sanitarie e dei tempi di attesa (e-CUP Puglia)" e che prevede la predisposizione dello studio di fattibilità, la redazione della documentazione di gara e l'espletamento della stessa nonché il monitoraggio del contratto e le attività di assistenza e supporto alla Regione.

Si pone in evidenza che in data 2 marzo 2010 si è svolto un incontro, convocato dal TSE Puglia con nota prot. n.AOO/081/893/Coord, con tutti i referenti dei Servizi CUP ed i Referenti dei Sistemi Informativi delle Aziende Sanitarie, Istituti ed Enti del Servizio Sanitario Regionale. Tale incontro ha permesso:

- di effettuare un aggiornamento della situazione organizzativa, funzionale e tecnica dei servizi di prenotazione ed accesso alle prestazioni sanitarie nonché dei relativi sistemi informativi;
- di condividere i contenuti del documento "Sistema CUP Linee Guida nazionali" al fine di verificare l'effettiva applicabilità nell'ambito delle realtà regionali e di individuare gli elementi peculiari e caratterizzanti un modello organizzativo, tecnico e funzionale univoco su base regionale;
- di valorizzare le positive esperienze sin qui realizzate nelle Aziende ed Istituti del SSR;
- di condividere il percorso per realizzare una rete regionale dei sistemi e dei servizi di prenotazione ed accesso alle prestazioni sanitarie grazie anche all'iniziativa e-CUP Puglia.

Sulla scorta degli esiti di tale incontro nonché dell'esperienza maturata dalla interazione tra A.Re.S. Puglia, Assessorato alle Politiche della Salute, TSE Puglia e referenti delle Aziende Sanitarie ed Istituti del S.S.R. è stato elaborato un documento denominato "Standard di organizzazione e funzionamento dei sistemi e dei servizi di prenotazione ed accesso alle prestazioni sanitarie della Regione Puglia" contenente le linee guida specifiche utili ad uniformare i modelli ed elevare ulteriormente la qualità dei servizi offerti ai cittadini con l'obiettivo di potenziare gli strumenti diffusi per il governo dei tempi e delle liste di attesa.

Tutto ciò premesso, con DGR n. 854 del 23 marzo 2010 è stato recepito il documento denominato "Sistema CUP – Linee Guida nazionali", in data precedente alla sua approvazione come Intesa Stato-Regioni, al fine di fornire gli elementi di indirizzo sui sistemi di prenotazione aziendali, per applicare regole omogenee nell'organizzazione e nell'implementazione del servizio e dei relativi sistemi informativi di supporto, in modo da facilitare il percorso per la realizzazione del "Sistema regionale di monitoraggio dell'accesso alle

prestazioni sanitarie e dei tempi di attesa". Con tale DGR si è stabilito:

- 1) di approvare il documento denominato "Standard di organizzazione e funzionamento dei sistemi e dei servizi di prenotazione ed accesso alle prestazioni sanitarie Linee di indirizzo regionali";
- 2) di costituire un Coordinamento regionale per l'attuazione e l'evoluzione nel tempo, a livello regionale ed aziendale delle linee guida nazionali e regionali in materia di sistemi e servizio di prenotazione ed accesso alle prestazioni sanitarie nonché in materia di governo dei tempi e delle liste di attesa;
- 3) di stabilire che le Aziende, gli Enti e gli Istituti del Servizio Sanitario Regionale debbano recepire formalmente i contenuti del presente provvedimento e porre in essere le azioni conseguenti;
- 4) di stabilire che con successivo provvedimento, a seguito dell'approvazione da parte della Conferenza Stato-Regioni del *Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2009-2011* sarà predisposto il *Piano Regionale di governo delle liste di attesa*.

In materia di governo delle liste d'attesa, di promozione dell'appropriatezza delle prestazioni, di organizzazione dell'offerta e di Accordi contrattuali, nonché in materia di informazione e comunicazione sono stati adottati i seguenti atti:

Con Deliberazione 4/8/2009, n.1494 la Giunta regionale ha ridefinito i criteri per le Aziende Sanitarie Locali per la stipula degli accordi contrattuali ex art. 8 quinquies del D.Lgs n. 502/92 e s.m.i. come modificato dalla Legge n. 133/2008 per l'anno 2009, di cui all'Allegato 1 al citato provvedimento.

Con Deliberazioni 28/12/2009, n.2671 e n.2672 la Giunta regionale ha confermato anche per l'anno 2010 i criteri stabiliti con DGR n.1494/2009 e, in considerazione della specificità e, per alcune, della numerosità delle prestazioni erogate dalle strutture nella specialistica ambulatoriale, ha proceduto ad approvare modalità e griglie utili per l'applicazione dei criteri previsti dalla DGR n.1494/2009 al fine di riscontrare unitarietà e conformità da parte delle Aziende Sanitarie Locali su tutto il territorio regionale nella definizione degli Accordi Contrattuali con le strutture private accreditate. Con tali provvedimenti la G.R. ha, altresì, confermato per l'anno 2009, il tetto di spesa stabilito per l'anno 2008 dalla l.r. n. 40/2007 e dal DIEF 2008 (DGR. n. 95/2008) senza decurtazione del 2% per le prestazioni di specialistica e per le prestazioni di riabilitazione ex art. 26 legge n. 833/79.

Con Deliberazione 15/3/2010, n.728 la Giunta Regionale ha confermato per l'anno 2009 il tetto di spesa stabilito per l'anno 2008 dalla l.r. n. 40/2007 e dal DIEF 2008 (DGR. n. 95/2008) senza la decurtazione del 2%, per le prestazioni erogate dalle Case di Cura private accreditate.

Con Deliberazione 25/6/2010, n.1500 la Giunta Regionale ha specificato che il "tetto di spesa 2008 confermato per l'anno 2009" per le prestazioni di specialistica di cui alla succitata deliberazione, n. 2671/2010 deve intendersi come "fondo aziendale di branca per l'anno 2008 confermato per l'anno 2009... decurtato del 2%" e non già come "tetto di spesa assegnato al singolo erogatore" ed ha altresì modificato a seguito degli incontri con le Organizzazioni rappresentative di categoria, le modalità e le griglie della succitata deliberazione.

Con le Deliberazioni sopra richiamate la Giunta Regionale ha, quindi, stabilito i tetti annuali regionali per gli anni 2009 e 2010 per le diverse tipologie di prestazioni erogabili da parte delle strutture sanitarie private accreditate, previa stipulazione di Accordi Contrattuali con le ASL provinciali, prevedendo l'applicazione dei criteri di regressione (di cui all'articolo 17, commi 2 e 3, della legge regionale 4 agosto 2004, n. 14 e agli articoli 16, comma 1, lettera c), e 18, comma 2, della legge regionale 9 agosto 2006, n. 26) per la remunerazione delle prestazioni erogate dalle strutture al di fuori dei tetti contrattualmente stabiliti.

Va posto in evidenza che le linee guida regionali:

- 1) hanno espressamente indicato che ciascuna ASL deve procedere alla determinazione del fabbisogno di prestazioni in considerazione delle liste di attesa rilevate nel proprio territorio, con particolare attenzione all'appropriatezza dei ricoveri e all'appropriatezza delle prescrizioni;
- 2) hanno stabilito che per l'assegnazione del tetto di spesa per ciascuna struttura ciascuna ASL deve, tra l'altro, assicurare:
  - a) il conferimento delle agende di prenotazione contenenti le prestazioni contrattualizzate al CUP aziendale mediante integrazione tra i sistemi informativi ovvero con altra modalità individuata d'intesa con gli erogatori, che assicuri trasparenza ed immediata disponibilità alle operazioni di prenotazione ed accesso alle prestazioni nell'ambito del Sistema CUP ASL;
  - b) la trasparenza nelle modalità di prenotazione e di accesso alle prestazioni, oggettivamente rilevate attraverso indagini delle ASL, e, più generalmente, la correttezza dei rapporti con l'utenza rilevata attraverso la raccolta delle segnalazioni pervenute agli URP aziendali.

Come precedentemente citato, con Deliberazione 23/3/2010, n.854 la Giunta Regionale ha recepito il documento denominato "Sistema CUP – Linee Guida nazionali" al fine di fornire alle Aziende Sanitarie gli elementi di indirizzo sui sistemi di prenotazione aziendali per favorire l'applicazione di regole omogenee nell'organizzazione e nell'implementazione del servizio e dei relativi sistemi informativi di supporto ed ha approvato le Linee di indirizzo regionali contenenti gli "Standard di organizzazione e funzionamento dei sistemi e dei servizi di prenotazione ed accesso alle prestazioni sanitarie" al fine di omogeneizzare e potenziare in tutte le Aziende Sanitarie di Puglia l'organizzazione ed il funzionamento dei servizi e dei sistemi addetti alla prenotazione ed all'accesso alle prestazioni sanitarie da parte dei cittadini.

Va posto in evidenza che tale provvedimento prevede che le Aziende Sanitarie assicurino una idonea organizzazione ed un sistema CUP aziendale al fine di garantire, tra l'altro, la gestione centralizzata delle agende di prenotazione (ivi comprese funzionalità per l'individuazione delle strutture che devono garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni indicate nei Piani di governo dei tempi d'attesa regionale ed aziendale), la gestione delle agende delle strutture private accreditate (in relazione agli accordi contrattuali sottoscritti a livello aziendale), la gestione delle agende dell'attività libero professionale intramoenia (ALPI), la gestione delle prenotazioni prevedendo in particolare la gestione delle urgenze differibili, delle priorità di accesso, dei percorsi diagnostico – terapeutici, il rispetto dei tempi massimi di attesa previsti e del bacino territoriale di riferimento, la gestione dell'overbooking.

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

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

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

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

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

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

- sottoscrizione degli Accordi Contrattuali e per la liquidazione delle prestazioni erogate dalle strutture private che, in ogni caso, devono risultare prenotate dal sistema CUP ASL;
- 4) di stabilire che le prescrizioni di prestazioni ambulatoriali di primo accesso devono tassativamente ed esplicitamente indicare il sospetto diagnostico ovvero la condizione per la quale viene richiesta la garanzia di accesso, relativamente alle patologie oncologiche, cardiovascolari, materno infantile e geriatrica appartenenti alle aree già individuate con la Deliberazione di Giunta Regionale n.68/2007;
- 5) di stabilire che le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliero-Universitarie, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici del SSR provvedano a porre in essere ogni intervento di miglioramento organizzativo, nell'ambito di quanto previsto dalle norme, disposizioni, direttive, linee guida nazionali e regionali, volto ad incrementare immediatamente la disponibilità e l'offerta di prestazioni prenotabili ed erogabili ai cittadini con particolare riferimento alle patologie oncologiche, cardiovascolari, materno infantile e geriatrica appartenenti alle aree già individuate con la Deliberazione di Giunta Regionale n.68/2007;
- 6) di stabilire che le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliero-Universitarie, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici e le strutture private accreditate del Servizio Sanitario Regionale devono assicurare il potenziamento dei servizi e dei sistemi, anche automatici, di recall delle prestazioni prenotate;
- 7) di stabilire che le Aziende Sanitarie Locali rispettino le procedure operative ed adeguino i sistemi informativi aziendali (in particolare di gestione dei CUP) per la valorizzazione obbligatoria dei campi previsti nei flussi ex art. 50 D.L.269/2003, convertito in legge con modificazioni dalla L. n. 326/2003, per il monitoraggio dei tempi di attesa come da circolare dell'Area Politiche per la Promozione della Salute, delle Persone e delle Pari Opportunità Servizio PGS prot.AOO\_081/4317/PGS2 del 01/10/2010 e che provvedano a diramare la suddetta circolare alle strutture private accreditate e di verificarne l'applicazione;
- 8) di stabilire che le Aziende Ospedaliero-Universitarie, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici e privati e gli Enti Ecclesiastici del SSR adeguino le proprie procedure operative ed i sistemi informativi aziendali (in particolare di gestione dei CUP) per la valorizzazione obbligatoria dei campi previsti nei flussi ex art. 50 D.L.269/2003, convertito in legge con modificazioni dalla L.n. 326/2003, secondo le ulteriori disposizioni operative che saranno fornite dal competente Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria;
- 9) di stabilire che, ai sensi dell'art. 3 comma 15 del D. lgs 124 del 29/04/1998 ed al fine di ridurre i tempi di attesa, per le nuove prenotazioni non disdette almeno 48 ore prima della data fissata dai cittadini mediante i diversi canali di comunicazione verso il sistemi CUP aziendali si dovrà applicare una penale equivalente al ticket previsto per quella prestazione;
- 10) di stabilire che le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliero-Universitarie, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e le strutture private accreditate, i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta del Servizio Sanitario Regionale forniscano mediante idonee e tempestive forme di comunicazione, anche coinvolgendo le associazioni di

- rappresentanza e tutela dei cittadini, le organizzazioni sindacali, tutte le informazioni necessarie circa i contenuti del presente provvedimento ed i suoi effetti;
- 11) di stabilire che l'Assessorato alle Politiche della Salute e l'AReS congiuntamente al Servizio Comunicazione Istituzionale, all'Ufficio Stampa della Regione Puglia ed al Call Center Informativo Regionale Sanitario assicurino idonee forme di comunicazione ai cittadini;
- 12) di stabilire che il Coordinamento regionale di cui alla D.G.R. n.854/2010, da insediarsi entro 10 giorni, effettui la verifica ed il monitoraggio dell'attuazione delle disposizioni di cui al presente provvedimento nonché circa il rispetto delle linee guida e degli standard di cui alla D.G.R. n.854/2010 segnalando le eventuali difformità affinché siano assunte le determinazioni conseguenti.

L'Allegato A alla DGR n.2268/2010, al fine di assicurare ai cittadini l'accesso in via prioritaria ed eventualmente esclusiva alle prestazioni relative alle patologie oncologiche, cardiovascolari, materno infantile e geriatrica appartenenti alle aree già individuate con la Deliberazione di Giunta Regionale n.68/2007, ha disposto che le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliero – Universitarie, gli I.R.C.C.S. e le strutture private accreditate con il Servizio Sanitario della Regione Puglia, per le rispettive competenze e per quanto di pertinenza, devono procedere come segue:

- 1) riclassificare immediatamente, per le branche su cui impattano le prestazioni relative alle patologie oncologiche, cardiovascolari, materno infantile e geriatrica da assicurare entro tempi massimi, tutte le agende di prenotazione per assicurare che l'erogazione delle prestazioni avvenga tassativamente entro i tempi fissati rinviando le prestazioni non prioritarie a partire dall'1/1/2011:
  - a. per le agende di prestazioni "miste" (prestazioni in tabella e non) di specialisti impattati dalle prestazioni previste nella tabella occorre sospendere le prenotazioni sino al 31.12.2010 delle prestazioni non prioritarie e riservare tutta la potenzialità erogativa alle prestazioni prioritarie di cui alla tabella;
  - b. per le agende di prestazioni "non in tabella" di specialisti impattati dalle prestazioni previste nella tabella occorre sospendere le prenotazioni sino al 31.12.2010 di queste agende e re-indirizzare tutta la potenzialità erogativa (in termini di risorse temporali ed umane) sulle agende di prestazioni prioritarie di cui alla tabella;
  - c. per le agende di specialisti impattati da tutte le discipline previste in tabella e con agenda già satura fino al 31.12.2010 si deve prevedere l'overbooking;
- 2) assicurare che i cittadini forniscano sempre i dati prelevati dalla Tessera Sanitaria all'atto della prenotazione e/o della eventuale disdetta;
- 3) assicurare che, da parte delle strutture private accreditate, l'erogazione delle prestazioni debba avvenire nell'ambito della compatibilità economica e dei budget ancora disponibili per l'anno 2010 per le attività ambulatoriali e di ricovero per acuti in regime di accreditamento e di accordo contrattuale, relative, in via prioritaria ed eventualmente esclusiva, alle patologie oncologiche, cardiovascolari, materno infantile e geriatrica, di cui alla sotto riportata tabella;

- 4) garantire che tutta l'offerta di prestazioni erogate sia gestita unicamente attraverso il sistema CUP aziendale e che, per le ASL, tale sistema debba gestire tassativamente ed inderogabilmente l'offerta delle strutture private accreditate, di cui ai rispettivi Accordi Contrattuali; in assenza, le ASL non possono dar luogo alle liquidazioni delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie private accreditate;
- 5) dare indicazioni ai soggetti interessati affinché le prescrizioni di prestazioni ambulatoriali indichino tassativamente ed esplicitamente il sospetto diagnostico ovvero la condizione per la quale viene richiesta la garanzia del diritto prioritario, relativamente alle patologie oncologiche, cardiovascolari, materno infantile e geriatrica, di cui alla sotto riportata tabella; a tal fine, i prescrittori segnalano la prestazione inserendo il codice "G" nel campo 16 della ricetta prescrizione come indicato dalla DGR n.68/2007; le richieste che non contengono l'indicazione della lettera "U" o del codice "G" saranno considerate non prioritarie;
- 6) assicurare la gestione delle disdette di prenotazione che devono essere comunicate dai cittadini almeno 48 ore prima della data fissata ed essere immediatamente rese disponibili per altre persone; in caso di annullamento entro i termini, deve essere comunicato al cittadino il numero di disdetta che deve essere conservato dai cittadini per almeno 6 mesi, a garanzia del cittadino rispetto ad eventuali ingiustificate rivalse;
- 7) garantire forme facilitate ed accessibili dai cittadini (sportello, call center, email, servizi web, sms, ecc.) per effettuare le disdette di prenotazione;
- 8) potenziare i servizi ed i sistemi anche automatici di recall delle prestazioni prenotate;
- 9) nei casi di mancata disdetta entro le 48 ore, richiedere ai cittadini, anche in possesso di esenzione, il pagamento di una penale equivalente al ticket previsto per quella prestazione;
- 10) rispettare le procedure operative ed adeguare i sistemi informativi aziendali (in particolare di gestione dei CUP) per la valorizzazione obbligatoria dei campi previsti dal MEF per il monitoraggio dei tempi di attesa come da circolare del Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria prot.AOO\_081/4317/PGS2 del 01/10/2010 diramata alle Aziende Sanitarie Locali, e per il tramite di quest'ultime alle strutture private accreditate, e secondo le ulteriori disposizioni operative che saranno fornite dal competente Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria alle Aziende Ospedaliero-Universitarie, agli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici e privati ed agli Enti Ecclesiastici del SSR.

Sono state, altresì, confermate le disposizioni previste dall'art. 1 comma 4 lett. d) della legge 3 agosto 2007 n. 120 relativamente alla garanzia dell'erogazione delle prestazioni urgenti differibili (codice U della ricetta prescrizione) da erogare, entro le 72 ore dalla richiesta, nell'ambito dell'attività ambulatoriale istituzionale delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliero-Universitarie e degli I.R.C.C.S..

Va, peraltro, evidenziato che con nota AOO\_081/4317/PGS2 del 01/10/2010 il Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria ha fornito indicazioni alle Aziende Sanitarie Locali per la valorizzazione dei campi "Tipo di Accesso", "Garanzia dei Tempi Massimi" e "Classe di Priorità", necessari per il monitoraggio dei tempi di

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

Con la nota AOO\_081/337/PGS2 del 24/01/2011, l'Ufficio 2 – Sistemi Informativi e Flussi Informativi del Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria ha trasmesso alle Aziende Sanitarie Locali le Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi d'attesa, come da Accordo Stato-Regioni sul PNGLA stipulato il 28.10.2010, notificato dal Ministero della Salute con nota DGPROG 0042754-P-30/12/2010. A tale invio, ha fatto seguito la nota AOO\_081/504/PGS2 del 03/02/2011, sempre a cura dell'Ufficio 2 – Sistemi Informativi e Flussi Informativi del Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria, con la quale sono state emanate specifiche indicazioni per quanto riguarda la codifica delle strutture eroganti le prestazioni da monitorare.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### Adempimenti Aziendali

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

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

descrivono, ai punti 3-4-5, le modalità per la prescrizione di visite e indagini diagnostiche, responsabilizzando i medici prescrittori a specificare il quesito diagnostico.

#### Adempimenti aziendali

Nella definizione dell'atto deliberativo e dei programmi attuativi per il governo dei tempi d'attesa, le Aziende sanitarie devono indicare attraverso quali strategie intendono perseguire una tendenziale riduzione dei livelli di inappropriatezza nel ricorso alle prestazioni diagnostiche del SSR, specificando, nei relativi progetti, le responsabilità, le modalità, i tempi, gli indicatori di valutazione dei processi individuati e le azioni di miglioramento per il raggiungimento degli obiettivi definiti.

Le A.S. devono, altresì, adottare una procedura per la notifica ai soggetti interessati degli indirizzi e delle Linee guida adottate sia a livello regionale che aziendale, tenuto conto degli indirizzi contenuti nella Delibera del DG AReS n. 134 del 10.11.2009 "Metodologia per produrre, diffondere, monitorare e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica e la gestione organizzativa" (http://www.arespuglia.it/menusinistro/dettagliSottomenu.asp?Sottomenu=414)

# C2 Predisposizione di iniziative regionali per la condivisione e diffusione di percorsi diagnostico-terapeutici nelle aree oncologica e cardiovascolare

Le malattie del sistema cardiocircolatorio e i tumori si confermano essere da ormai molti anni le principali cause di morte nel nostro Paese. Parte di questi decessi potrebbe essere evitata non solo attraverso azioni di prevenzione primaria e secondaria, ma anche attraverso interventi tempestivi in termini di diagnosi e cura, nell'ambito di appropriati percorsi diagnostico terapeutici (PDT).

Pertanto, in questi ambiti, va prevista una tempistica nell'erogazione delle prestazioni che consenta di garantire ad ogni paziente lo svolgimento dei PDT in tempi adeguati, nonché modalità di comunicazione e informazione per l'utente e i familiari rispetto ai PDT previsti e alla relativa tempistica di erogazione.

Sia in ambito cardiovascolare che oncologico, ai fini dell'erogazione sequenziale e coordinata delle prestazioni ricomprese nei percorsi diagnostico terapeutici, devono essere individuati specifici Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC) attraverso il day service. La Regione Puglia ha emanato direttive alle Aziende Sanitarie per l'erogazione del day service con DGR n.35/2009, n.1492/2009 e n.433/2011.

Le Aziende Sanitarie (A.S.), altresì, devono implementare modelli di integrazione territorio-ospedale, affinché siano assicurate le **formule organizzative per la presa in carico del paziente** che viene avviato ad un PDT. In tal senso, il PDT deve essere inteso come una serie di attività, alcune erogate in regime ambulatoriale altre in condizione di degenza ospedaliera, finalizzate alla gestione programmata ed appropriata di un problema assistenziale complesso, secondo priorità temporali e modalità d'accesso differenziati a seconda della gravità del singolo caso. Nella definizione del PDT, le A.S. devono privilegiare un modello assistenziale di presa in carico del paziente (Desease and care management), prevedendo la possibilità che la/e prenotazione/i delle prestazioni incluse nel pacchetto possa essere effettuata direttamente da chi assume la responsabilità del caso (Care Manager).

1) Presenza nel piano di indirizzi per la implementazione dei percorsi diagnostico terapeutici nell'ambito oncologico e cardiovascolare, con esplicitazione delle prestazioni traccianti d'inizio e termine del PDT. I tempi massimi d'attesa per ciascun PDT, per le patologie oggetto di monitoraggio, non notranno essere superiori ai 30 giorni per la fase diagnostica e 30 giorni per l'inizio della terapia dal momento dell'indicazione clinica per almeno il 90% dei pazienti. Le prestazioni traccianti dovranno garantire l'espletamento dei monitoraggi e la comparabilità dei dati a livello nazionale e, pertanto, dovranno essere le stesse da rilevare in tutte le regioni/PA, rappresentando, detti monitoraggi, espressione diretta della garanzia del diritto alla salute.

2) Recepimento nel

A tal fine, relativamente alle patologie individuate, devono essere definiti specifici modelli organizzativi per la gestione dei percorsi correlati alle patologie oncologiche e cardio-vascolari, anche in considerazione delle linee guida già disponibili in ambito nazionale e internazionale, con particolare riferimento a quanto prodotto dal Sistema Nazionale Linee Guida ( www.snlg-iss.it ). La diffusione, l'implementazione ed il monitoraggio delle linee guida adottate per la gestione dei PDT, deve fare riferimento a quanto riportato nel Manuale metodologico per produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica, edito a maggio 2002 dall'ISS e dall'AgeNaS, che l'AReS della Puglia ha già provveduto a recepire con Delibera del DG n. 134 del 10.11.2009 e diffondere alle A.S. quale "Metodologia per produrre, diffondere, monitorare e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica e la gestione organizzativa".

I PDT vengono monitorati prendendo in considerazione i tempi massimi d'attesa sia per la formulazione della diagnosi clinica sia per l'avvio della terapia appropriata per quella condizione patologica. Lo scopo del monitoraggio è verificare che i pazienti con determinati problemi di salute abbiano completato i PDT in tempi congrui.

Le patologie che saranno oggetto di monitoraggio sono:

- Carcinoma della mammella
- Carcinoma del colon-retto
- Carcinoma del polmone
- By pass aorto-coronarico

Le prestazioni traccianti per la valutazione dell'inizio e della fine di ciascuna fase del PDT (diagnostica e terapeutica) saranno monitorate secondo la metodologia e la periodicità definita dall'AGeNaS in accordo con Regioni e Ministero della Salute.

I tempi massimi d'attesa per ciascun PDT, per le patologie oggetto di monitoraggio, non potranno essere superiori ai 30 giorni per la fase diagnostica e 30 giorni per l'inizio della terapia dal momento dell'indicazione clinica per almeno il 90% dei pazienti.

L'AReS, di concerto con i Servizi dell'Assessorato alle Politiche della Salute, svolge ruolo di supporto alle A.S., attivando Gruppi di lavoro con le società scientifiche per la definizione delle Linee guida organizzative e cliniche per la gestione dei PDT delle aree oncologica e cardiovascolare.

#### Adempimenti Aziendali

Nella definizione degli atti deliberativi e dei programmi attuativi per il governo dei tempi d'attesa, le Aziende sanitarie definiscono i modelli organizzativi dei PDT e le responsabilità per la gestione del caso (presa in carico) dei cittadini affetti dalle patologie rientranti nell'ambito delle aree Oncologica e Cardiovascolare, assicurando che i tempi massimi d'attesa per ciascun PDT, per le patologie oggetto di monitoraggio, non potranno essere superiori ai 30 giorni per la fase diagnostica e 30 giorni per l'inizio della terapia dal momento dell'indicazione clinica per almeno il 90% dei pazienti.

C3 Individuazione dei criteri di priorità d'accesso nell'ambito delle prestazioni oggetto di monitoraggio.

L'AReS produrrà un documento d'indirizzo, entro 90 giorni dall'emanazione del presente atto, definito con le associazioni e le società scientifiche e in accordo con

programma attuativo aziendale dell'indicazione regionale sulla gestione dei PDT e definizione dei modelli organizzativi dei PDT per le aree oncologica e cardiovascolare, (nello stesso atto di recepimento e/o in successivi provvedimenti).

1) Indicazione dell'utilizzo sistematico e obbligatorio dei criteri di priorità per stratificare la domanda le organizzazioni dei medici prescrittori, per l'individuazione dei contenuti (specifiche cliniche) delle priorità di accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero per le prestazioni inserite nell'elenco di cui ai precedenti paragrafi 3.1 e 3.2.

#### Adempimenti Aziendali

Le Aziende sanitarie recepiscono, entro trenta giorni dalla loro emanazione, gli indirizzi regionali con le specifiche cliniche che devono connotare le diverse classi di priorità d'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero.

In via transitoria devono essere, comunque, emanate direttive ai prescrittori ed ai CUP, affinché siano assicurate con classe di priorità B (entro 10 giorni) le visite e le prestazioni diagnostiche, di cui all'elenco del precedente paragrafo 3.1, per sospetta patologia neoplastica (clinicamente o strumentalmente rilevata), per sospetta cardiopatia ischemica o aritmia.

Anche le prestazioni richieste per l'inserimento in lista d'attesa per trapianto d'organo (anche quelle non incluse nell'elenco di cui ai precedenti paragrafi 3.1 e 3.2) devono essere prescritte ed assicurate con classe di priorità D, mentre quelle per il mantenimento attivo in lista devono essere tempestivamente prescritte con classe di priorità P ed assicurate entro il tempo indicato dal medico richiedente: per tali prestazioni i prescrittori devono chiaramente specificare nella ricetta il motivo della richiesta.

2)Recepimento degli indirizzi regionali sul contenuto delle classi di priorità. Adozione immediata di provvedimenti per assicurare le disposizioni transitorie

Individuazione degli ambiti territoriali in cui i tempi massimi di attesa sono garantiti, differenziando il ruolo degli ospedali e del territorio, nonché delle modalità con le quali è garantita la diffusione dell'elenco delle strutture presenti nei diversi ambiti.

Il PNGLA prescrive che le A.S. individuino, nel proprio ambito territoriale, le strutture erogatrici, tra quelle pubbliche e quelle private accreditate in accordo contrattuale, presso le quali le prestazioni incluse nell'elenco sono garantite entro i tempi massimi definiti, e che sia predisposto un apposito elenco di tali strutture. E', altresì, prevista la comunicazione ai cittadini ed agli altri soggetti interessati (in particolare i MMG e PLS) circa l'ubicazione di tali strutture e la specificazione di quali prestazioni sono ivi fruibili, utilizzando gli strumenti disponibili nonché prevedendo la diffusione delle informazioni anche presso le strutture di abituale accesso dei cittadini (Call Center regionale, CUP, Punti informativi, farmacie, ambulatori di medicina generale e di pediatri di libera scelta ecc.).

Le A.S. possono indirizzarsi, nei propri programmi attuativi, verso due opzioni organizzative:

- individuare specifiche strutture, con agende dedicate per erogare le prestazioni dell'elenco, assicurando i tempi previsti per ciascuna classe di priorità al 90% degli utenti a cui viene prescritta (standard del PNGLA);
- 2) distribuire la domanda relativa alle prestazioni dell'elenco presso tutti gli erogatori dell'A.S., garantendo, comunque, lo standard di cui al punto precedente.

Spetta, quindi, alla A.S. decidere se, per assicurare le prestazioni riportate nei paragrafi 3.1 e 3.2 del presente Atto, sia preferibile individuare strutture dedicate o prevedere che esse possano essere garantite presso tutti gli erogatori.

Nel primo caso, le ASL devono assicurare le prestazioni indicate nel PNGLA

- 1) Presenza dei criteri con cui i programmi attuativi aziendali delimitano gli ambiti territoriali all'interno dei quali sono individuate le strutture e le relative prestazioni da erogare per la garanzia dei tempi massimi di attesa per le prestazioni da erogare perstazioni da erogare
- 2) Esplicitazione nel piano attuativo di quanto previsto dagli adempimenti aziendali del punto C4

entro i tempi massimi (Tmax) indicati per ciascuna classe di priorità, ai cittadini che accettano di effettuare tali prestazioni presso le strutture individuate: se gli utenti esercitano la scelta di altra struttura presso cui non vi sia disponibilità entro il Tmax per la priorità richiesta, decade il diritto alla garanzia del Tmax d'attesa (di tale eventualità deve essere data chiara comunicazione all'utente). E' necessario, ovviamente, che il numero e la dislocazione delle strutture individuate dalla ASL per la garanzia del Tmax debba essere commisurato alla frequenza della prestazione richiesta.

Nel secondo caso, la prima disponibilità, per assicurare il diritto al Tmax per classe di priorità per le prestazioni dell'elenco, deve essere ricercata in un'agenda tra tutte quelle gestite dal CUP. A tal fine un efficiente sistema di recall e di assicurazione delle disdette di prenotazione ovvero la previsione di un overbooking programmato appare essere una probabile soluzione al problema della garanzia del Tmax. Anche in tale ipotesi gestionale, comunque, se gli utenti ai quali è stata proposta una struttura che consenta di garantire il rispetto del Tmax, coerentemente con la classe di priorità del caso, esercitano la scelta di altra struttura, decade il diritto alla garanzia del Tmax (di tale eventualità deve essere data chiara comunicazione all'utente).

In ogni caso, le prestazioni dell'elenco devono essere erogate entro ambiti territoriali appropriatamente definiti, per tutelare in modo adeguato e ragionevole il diritto dei cittadini a fruire dei servizi senza subire particolare disagi. Pertanto, le A.S. devono distinguere:

- le prestazioni di base, caratterizzate da un'ampia domanda e da bassa complessità, da erogare presso strutture di ambito distrettuale o sub distrettuale:
- le prestazioni caratterizzate da medio-alta complessità e/o più bassa domanda, da garantire presso strutture erogatrici individuate in ambito territoriale sovradistrettuale/aziendale ovvero in strutture assistenziali di più elevata complessità (poli ospedalieri di II o III livello).

Solo a titolo esemplificativo e meramente indicativo, si possono considerare prestazioni da erogare in <u>ambito distrettuale</u> le visite specialistiche (eccetto quelle oncologiche che possono essere anche di più ampio bacino) ed alcune prestazioni strumentali quali l'ecografia addominale ed ostetrico-ginecologica, l'ECG ed ECG sec. Holter, l'ecocolordoppler cardiaco e vascolare, mentre le altre possono essere considerate di livello sovradistrettuale.

Solo qualora non fossero disponibili servizi eroganti le prestazioni dell'elenco entro l'ambito territoriale corrispondente, le ASL possono definire accordi con le ASL viciniori.

#### Adempimenti aziendali

Nella definizione dei programmi attuativi, le Aziende sanitarie devono specificare quale opzione organizzativa intendono adottare per assicurare lo standard definito dal PNGLA per le prestazioni dell'elenco.

Qualora optino per l'individuazione di specifiche strutture presso le quali garantire le prestazioni, nel provvedimento devono essere descritte le modalità attraverso le quali ne danno informazione a tutti i soggetti interessati. In ogni caso, le A.S. devono comunicare anche attraverso il Portale Regionale della Salute tutte le informazioni relative alle modalità di accesso alle prestazioni dell'elenco e devono assicurare il tempestivo aggiornamento di tali

### informazioni.

Predisposizione di revisioni periodiche e messa in atto delle relative procedure di verifica dell'appropriatezza prescrittiva attraverso provvedimenti specifici che regolamentino le condizioni di erogabilità con particolare riferimento: all'utilizzo delle classi di priorità; alla presenza del quesito diagnostico; alla corretta identificazione delle prime visite e dei controlli.

1)Identificazione dei provvedimenti che regolano le procedure di verifica delle prescrizioni delle prestazioni.

Le A.S. adottano i seguenti criteri per l'erogabilità delle prestazioni ambulatoriali e per la verifica periodica delle attività prescrittive:

- 2) Esplicitazione nel piano attuativo di quanto previsto dagli adempimenti aziendali del punto C5
- 1. Il CUP riconosce attraverso il codice della prestazione che si tratta di una di quelle incluse nel paragrafo 3.1 del presente Atto.
- 2. La <u>classe di priorità e la definizione del sospetto diagnostico devono, comunque, essere sempre riportate nella ricetta</u> affinché siano chiari il quesito e la motivazione della priorità che viene proposta all'erogatore. La classe di priorità non può essere utilizzata per gli screening.

  La valorizzazione del campo "classe di priorità" ai fini del monitoraggio.
  - La valorizzazione del campo "classe di priorità", ai fini del monitoraggio nazionale previsto, <u>è obbligatoria solo per il primo accesso delle prestazioni riportate nel paragrafo 3.1 del presente Atto</u>. Nel caso in cui nella ricetta siano presenti più prestazioni, la classe di priorità sarà ricondotta a tutte le prestazioni presenti.
  - Oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, inoltre, saranno esclusivamente le classi di priorità B e D.
- 3. In ogni caso, i codici di priorità indicati devono essere biffati a stampa o a penna se controfirmati dal prescrittore.
- 4. Una richiesta con codice di priorità, ma senza formulazione del sospetto diagnostico da parte del prescrittore, non da diritto alla garanzia prevista dal PNGLA. Le A.S. devono valutare l'opportunità che queste prestazioni siano prenotate in agende diverse da quelle delle strutture eventualmente individuate per la garanzia del Tmax, qualora si sia scelta tale opzione organizzativa, per evitare di intasare tali erogatori.
- 5. Nel caso in cui il paziente rinunci alla prenotazione prospettata dal CUP, per esercitare una libera scelta presso altro erogatore, decade la garanzia del tempo massimo d'attesa (di tale evenienza deve essere data una chiara informazione all'utente).

La L.R. 3 agosto 2006 n.25, all'art 14, comma 16, affida il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva all'Ufficio per la programmazione e il monitoraggio delle attività in medicina generale.

Tale ufficio è parte integrante del Distretto e la sua composizione è disciplinata dall'accordo collettivo nazionale di settore. Il medico di medicina generale, membro di diritto, è il responsabile dell'ufficio e referente distrettuale dell'organismo aziendale per il monitoraggio e per l'appropriatezza delle cure primarie.

In tutti i casi, pertanto, le ASL devono attivare forme di valutazione/verifica circa l'appropriatezza d'uso dei codici di priorità, utilizzando prioritariamente il metodo della concordanza tra specialisti, che erogano la prestazione, e prescrittori (l'erogatore indica sulla prescrizione se il codice di priorità indicato sia ritenuto congruo con il problema di salute presentato dal paziente/utente). Per prescrittori devono intendersi tutti coloro i quali (MMG, PLS e Specialisti territoriali ed

ospedalieri anche in ALPI) attivano/gestiscono protocolli diagnostici. Tali dati devono essere comunicati e discussi tra operatori (audit), affinché siano avviate forme correttive di eventuali inappropriatezze.

# Adempimenti aziendali

Nella definizione dei programmi attuativi, le Aziende sanitarie recepiscono le indicazioni del presente paragrafo, anche ai fini dell'organizzazione delle agende presso il CUP aziendale, e forniscono direttive ai soggetti interessati, affinché esse siano rigorosamente applicate.

Le Aziende Sanitarie definiscono, altresì, le metodologie che intendono attivare per promuovere l'appropriatezza della domanda.

Le ASL trasmettono annualmente all'Assessorato alle Politiche della Salute ed all'AReS una relazione sulle attività di verifica effettuate circa l'appropriatezza prescrittiva dei medici di medicina generale e degli specialisti.

Razionalizzazione/ottimizzazione dell'organizzazione dell'offerta anche in considerazione della necessità di garantire la gestione delle differenti classi di priorità e le diverse modalità di accesso alle prestazioni (primo accesso, ecc).

Le A.S., ai fini della razionalizzazione/ottimizzazione dell'organizzazione dell'offerta, anche avvalendosi degli strumenti contrattuali, devono assicurare una rigorosa gestione organizzativa per:

- programmare adeguati volumi di attività ambulatoriale, privilegiando l'erogazione di prestazioni a più alta criticità per l'impatto sui tempi d'attesa, in particolare quelle dell'elenco riportato nel paragrafo 3.1 del presente Atto;
- 2. garantire la stabilità dei processi di erogazione delle attività, definendo in maniera programmata le giornate, le fasce orarie ed i volumi di prestazioni da erogare nell'arco dell'anno, anche al fine di scongiurare le sospensioni ingiustificate o non programmate nell'erogazione dei servizi;
- 3. effettuare la verifica periodica dei volumi di attività erogata in confronto alla domanda, valutando se è stata utilizzata in modo efficiente la potenzialità dei servizi diagnostici;
- 4. prevedere la definizione di percorsi privilegiati e pacchetti di prestazioni per la gestione dei PDT;
- 5. gestire la presa in carico dei pazienti per i quali viene formulato un quesito diagnostico ovvero per i quali vi è la necessità di assicurare l'erogazione di particolari piani terapeutici.

Disposizioni in materia di gestione delle agende di prenotazione

<u>Per la gestione delle prestazioni incluse nell'elenco di cui al paragrafo 3.1 del presente Atto</u>, affinché siano assicurate le garanzie per gli utenti e la correttezza dei relativi flussi informativi previsti, si deve prevedere che:

- 1. Nel caso in cui una richiesta riporti codice di priorità U, B o D e sospetto diagnostico, le agende da consultare per prime sono quelle delle strutture individuate dalla ASL, qualora si scelga tale opzione, ovvero di qualsiasi agenda se la ASL non ha effettuato tale scelta, anche facendo ricorso all'overbooking in caso di indisponibilità di date utili programmabili.
- 2. Qualora la richiesta non contenga una priorità di accesso definita (ovvero

1)Identificazione di provvedimenti specifici e recepimento linee guida nazionali CUP per la realizzazione e/o riorganizzazione del sistema CUP

2) Esplicitazione nel Piano attuativo delle azioni realizzate o da realizzare in conformità alle indicazioni contenute nel punto C6

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

Per favorire la presa in carico dei pazienti, anche da parte dei gestori privati in accordo contrattuale, si ritiene opportuno adottare le seguenti indicazioni: a) definire il volume e la tipologia complessiva di prestazioni da erogare, facendo riferimento alle quote prevedibili da contrattualizzare sia come 1° accesso che per approfondimenti o controlli a distanza, da distribuire nell'arco dei dodici mesi nell'agenda CUP relativa all'erogatore;

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

#### Disposizioni in materia di disdetta delle prenotazioni

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

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

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

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

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

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

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

Rispetto al secondo punto, le informazioni da comunicare per effettuare la cancellazione sono le seguenti: numero di prenotazione, struttura erogatrice, codice fiscale cittadino

Rispetto al terzo punto, il termine entro il quale deve essere comunicata la cancellazione deve essere chiaramente indicato nel coupon e deve essere tale da consentire il recupero del posto prenotato, ossia l'attribuzione dell'appuntamento ad un altro cittadino. In considerazione di ciò è ritenuto congruo un termine che preceda di almeno 48 ore, escludendo la domenica ed i giorni festivi, la data dell'appuntamento. Così, ad esempio, un appuntamento prenotato per il giorno 27 dicembre alle ore 14,00 deve essere cancellato entro le ore 17,00 del 22 dicembre, se il 22, il 23 ed il 24 non comprendono una domenica, oppure entro le ore 17,00 del 21 dicembre, in caso contrario. In questo modo, per ogni cancellazione si dispone di almeno due giornate lavorative per l'assegnazione dell'appuntamento ad altro cittadino.

Rispetto al quarto punto, la sanzione non va applicata ove il cittadino dimostri di non aver potuto comunicare, entro il termine indicato, la cancellazione a causa di gravi e giustificati motivi (in tal caso deve essere esibita documentazione comprovante il grave motivo: ad es. certificato di malattia).

## Adempimenti aziendali

Nella definizione dei programmi attuativi, le Aziende sanitarie recepiscono le indicazioni del presente paragrafo, anche ai fini dell'organizzazione delle agende presso il CUP aziendale, e forniscono direttive ai soggetti interessati, affinché esse siano rigorosamente applicate.

Le ASL trasmettono annualmente all'Assessorato alle Politiche della Salute ed all'AReS una relazione sulle attività di pulizia ed efficiente gestione delle liste.

Predisposizione di provvedimenti specifici e definizione di procedure per la riorganizzazione del sistema CUP e per la gestione dell'intera offerta tramite il sistema CUP, in base alla linea guida nazionale sul sistema CUP.

Con Deliberazione 23/3/2010, n. 854, la Giunta Regionale ha recepito il documento denominato "Sistema CUP – Linee Guida nazionali" al fine di fornire alle Aziende Sanitarie gli elementi di indirizzo sui sistemi di prenotazione aziendali, per favorire l'applicazione di regole omogenee nell'organizzazione e nell'implementazione del servizio e dei relativi sistemi informativi di supporto, ed ha approvato le Linee di indirizzo regionali contenenti gli "Standard di organizzazione e funzionamento dei sistemi e dei servizi di prenotazione ed accesso alle prestazioni sanitarie", al fine di omogeneizzare e potenziare in tutte le Aziende Sanitarie di Puglia l'organizzazione ed il funzionamento dei servizi e dei sistemi addetti alla prenotazione ed all'accesso alle prestazioni sanitarie da parte dei cittadini.

Il Coordinamento regionale di cui alla D.G.R. n.854/2010 effettua la verifica ed il monitoraggio dell'attuazione delle disposizioni nonché del rispetto delle linee guida e degli standard di cui alla stessa D.G.R. n.854/2010, segnalando le eventuali difformità affinché siano assunte le determinazioni conseguenti.

#### Adempimenti aziendali

Nella definizione dei programmi attuativi, le Aziende sanitarie danno evidenza

1)Identificazione di provvedimenti specifici e recepimento linee guida nazionali CUP per la realizzazione e/o riorganizzazione del sistema CUP

2) Esplicitazione nel Piano attuativo delle azioni realizzate o da avviare a seguito della emanazione delle Linee Guida regionali sul CUP circa i provvedimenti adottati in attuazione della D.G.R. n.854/2010.

C8 Individuazione di iniziative ICT per lo sviluppo di funzionalità informatizzate per la gestione del processo di prescrizione, prenotazione e refertazione digitale, sistemi per l'accesso informatizzato ai referti e uso della telemedicina.

Tra le iniziative di Sanità Elettronica avviate o in via di attivazione da parte della Regione Puglia, le seguenti sono quelle più rilevanti con riferimento ai processi sopra indicati:

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

- 1) Esplicitazione dei programmi ICT per lo sviluppo di funzionalità automatizzate per la gestione del processo di prescrizione, prenotazione e refertazione digitale, sistemi per l'accesso informatizzato ai referti e uso della telemedicina e sensibilizzazione al perseguimento di iniziative correlate a livello locale
- 2) Esplicitazione nel Piano attuativo delle azioni realizzate o da realizzare, a seguito di successivi atti regionali, in conformità alle indicazioni contenute nel punto C8

Ricoveri, Farmaceutica ed Accettazione d'Urgenza è prevista la gestione delle prescrizioni e delle refertazioni, sia pure con riferimento ad ambiti specifici (ad esempio, prescrizione del primo ciclo di terapia, prescrizione del piano terapeutico, produzione di referti di pronto soccorso).

- Il sistema di **Telecardiologia** denominato "Cardio online" a supporto di tutta la rete mobile di emergenza sanitaria (servizio 118) e delle strutture di primo intervento attraverso la messa a disposizione di tecnologie idonee a trasmettere in tempo reale i tracciati elettrocardiografici, direttamente dal luogo in cui si manifesta l'evento di soccorso, verso una apposita Centrale Operativa di Telecardiologia che assicura la diagnosi e la trasmissione del relativo referto alle strutture interessate (ricevimento, lettura, refertazione, trasmissione e gestione degli ECG). Il sistema di Telecardiologia, insieme al sistema di Telediabetologia e Telespirometria, sarà esteso anche agli studi di MMG, per la diagnostica nei confronti dei pazienti cronici, nell'ambito del "Progetto Nardino" di cui alla Delibera del DG AReS n. 175 del 9 maggio 2011 ( <a href="http://www.arespuglia.it/Delibere/delibere.asp">http://www.arespuglia.it/Delibere/delibere.asp</a>).
- Altri sistemi sono in fase di sviluppo / evoluzione (Anatomia Patologica, Gestione Vaccinazioni, ecc..) al fine di rendere disponibili servizi di prenotazione / refertazione on line.

# C9 Indirizzi per la comunicazione e l'informazione sulle liste d'attesa ai cittadini promuovendo la partecipazione di utenti e delle associazioni di tutela e di volontariato.

Le A.S. e gli altri erogatori attivano, a cura della Commissione Aziendale per la Comunicazione Istituzionale (D.G.R. 1079/2008 e D.G.R. 1101/2011), un Piano di comunicazione aziendale sulle liste ed i tempi d'attesa, rivolto agli interlocutori interessati (Comitati consultivi misti, farmacie, ambulatori di medicina generale e di pediatri di libera scelta ecc.) ed utilizzano gli strumenti disponibili (Punti informativi, Portale Regionale della Salute, siti web, news, Guide all'uso dei servizi, ecc.), con la finalità di favorire i processi di orientamento dei cittadini nell'accesso alle strutture erogatrici.

Le A.S. devono comunicare ai prescrittori ed ai cittadini, in tutti i modi ritenuti opportuni, almeno le seguenti informazioni:

- elenco delle prestazioni (di cui ai paragrafi 3.1 e 3.2 del presente Atto) per le quali viene assicurato il tempo d'attesa indicato dalla priorità prescritta;
- strutture presso le quali esse sono assicurate (qualora la ASL scelga di individuare specifiche strutture);
- condizioni che fanno decadere il diritto alla garanzia del tempo d'attesa (rifiuto della prima disponibilità prospettata dal CUP o dallo specialista ospedaliero per il ricovero);
- condizioni di completezza della richiesta per individuare in modo corretto la garanzia di accesso prioritario e le prescrizioni per la disdetta delle prenotazioni (vedi punti C5 e C6).

La Regione, sulla scorta dei dati forniti dalla A.S., anche relativi ai monitoraggi periodici sui tempi d'attesa, pubblica sul Portale Regionale della Salute (www.sanita.puglia.it) tutte le informazioni sull'accesso alle prestazioni e sui tempi d'attesa relativi alle prestazioni di cui ai paragrafi 3.1 e 3.2 del presente Atto.

1)Presenza nell'atto regionale degli indirizzi per la predisposizione di un Piano di comunicazione aziendale adeguato, comprese le pagine informative dei siti web

2) Esplicitazione nel piano attuativo di quanto previsto dagli adempimenti aziendali del punto C9 e trasmissione della relazione a cura degli URP Attraverso un'informazione puntuale agli utenti sull'offerta di servizi, sulle liste ed i relativi tempi d'attesa, si attende il risultato di favorire una più omogenea distribuzione delle prenotazioni presso tutti i punti d'erogazioni presenti sul territorio.

#### Adempimenti aziendali

Nella definizione dell'atto deliberativo e dei programmi attuativi per il governo dei tempi d'attesa, le Aziende Sanitarie devono prevedere le modalità per assicurare il flusso informativo al Portale Regionale della Salute, secondo la procedura indicata dalla Commissione Regionale Comunicazione ed Informazione in Sanità (CICS) d'intesa con il Gruppo regionale per i tempi d'attesa, ed assicurano un coerente Piano di comunicazione aziendale.

Le A.S. pubblicano sul proprio sito WEB (qualora non abbiano optato per l'esclusivo utilizzo dello spazio per le A.S. messo a disposizione nel Portale Regionale della Salute) le informazioni sulle liste ed i tempi d'attesa.

Le Aziende Sanitarie, altresì, devono assicurare, per il tramite degli U.R.P., il coinvolgimento dei Comitati Consultivi Misti nelle politiche di contenimento dei tempi di attesa e nella definizione di strategie operative finalizzate al monitoraggio, verifica e valutazione dello stato di attuazione del piano attuativo aziendale.

Su tali attività viene redatta una relazione annuale a cura della Commissione Aziendale per la Comunicazione Istituzionale, da inviare all'Assessorato, al CICS ed all'AReS.

## C10 Regolamentazione della sospensione dell'attività d'erogazione delle prestazioni.

Le sospensioni ingiustificate o non programmate delle attività di erogazione sono chiaramente lesive del diritto del cittadino all'accesso alle prestazioni, come affermato dalla legge 266/2005, che al comma 282 vieta la sospensione delle attività di prenotazione delle prestazioni, prevedendo anche delle specifiche sanzioni amministrative per i contravventori (comma 284). Resta invece la possibilità di interruzione delle attività di erogazione delle prestazioni legata a motivi tecnici (comma 282).

Nella DGR 1200/2006, (BURP n.106 del 22.8.06), nell'Allegato, sub C, alla pag. 15523 ed in appendice 1, sono già state riportate le linee guida, prodotte dal gruppo tecnico del Mattone "Tempi d'attesa", per regolare la sospensione dell'erogazione delle prestazioni e sono state dettate precise indicazioni temporali per il loro recepimento da parte delle A.S. e degli erogatori accreditati.

Si ritiene di ribadire le indicazioni contenute in quel documento, considerata la particolare delicatezza di queste problematiche e vista anche la non uniformità delle procedure sinora seguite, riportando di seguito i principi e le modalità operative per la gestione del problema della sospensione della erogazione.

#### Linee guida per la sospensione delle attività di erogazione

Il realizzarsi di situazioni che oggettivamente impediscono l'erogazione della prestazione (guasto macchina, indisponibilità del personale per motivi vari ecc.) rappresenta un evento che può realizzarsi in qualunque contesto e per molte cause. Tali situazioni possono essere imprevedibili relativamente al momento in

1)Recepimento nel PRGLA delle linee guida per regolare la sospensione dell'erogazione delle prestazioni

2) Esplicitazione nel piano attuativo di quanto previsto dagli adempimenti aziendali del punto C10 cui avvengono, ma sono prevedibili come situazione potenziale, e pertanto devono essere individuate le soluzioni più idonee sia per superare la contingenza "tecnica" sia per garantire la continuità del servizio (intesa come prenotazione e come erogazione della prestazione al cittadino). Per altro, occorre distinguere chiaramente l'impossibilità all'erogazione, per uno dei motivi sopra accennati, dall'attività di prenotazione, che materialmente può invece continuare a svolgersi. Infatti, la prenotazione costituisce una procedura di inserimento della domanda nel sistema di offerta che, entro certi limiti, può prescindere dal fatto che in un determinato momento l'erogazione sia interrotta, potendosi utilizzare, come sotto descritto, procedure che considerino la programmazione delle attività anche prevedendo i momenti di interruzione e la loro durata. D'altra parte, anche la stessa erogazione di prestazioni può essere garantita smistando la domanda già programmata presso altri erogatori dell'A.S..

In linea di principio, pertanto, si deve considerare l'interruzione delle attività di erogazione una situazione che può essere adottata solo in casi eccezionali, e nel rispetto di alcune regole:

- La regolamentazione della sospensione delle attività di erogazione di un servizio (solo per gravi o eccezionali motivi) deve essere esplicitamente prevista in specifici documenti aziendali, seguendo procedure formalmente approvate dalle direzioni aziendali, che prevedano anche forme di consultazione dei rappresentanti degli utenti.
- Di tutti gli eventi di sospensione dell'erogazione deve essere informato il direttore sanitario di presidio, che deve a sua volta informare la direzione aziendale.
- La direzione aziendale deve informare la Regione di ogni sospensione avvenuta, e tali informazioni dovranno essere inviate, nelle forme e nei termini indicati, al Ministero della Salute (vedi punto F2).
- Ogni evento di interruzione delle attività di erogazione deve essere registrato con modalità che rendano disponibili almeno le seguenti informazioni:
- di quale prestazione si è sospesa l'erogazione (cosa è stato sospeso)
- dove
- perché
- per quanto tempo (da quando a quando).
- Anche se l'erogazione delle prestazioni è stata interrotta, il servizio deve proseguire le prenotazioni, calcolando i nuovi tempi in funzione della stima del tempo di interruzione. Nel caso non sia temporaneamente possibile svolgere nemmeno le attività di prenotazione, l'azienda può fare, per i nuovi utenti, dei pre-appuntamenti, ovvero indicare un periodo di massima nel quale si stima potrà essere erogata la prestazione; la data precisa della prestazione può essere successivamente comunicata dall'azienda, che contatta direttamente il cittadino, oppure essere ottenuta dall'utente mediante una telefonata ad un numero indicato dalla azienda stessa, numero che dovrà essere con certezza disponibile nei giorni e negli orari che saranno ugualmente indicati.

In ogni caso, per il calcolo dei tempi di attesa per le prestazioni, i tempi vanno calcolati dal primo momento (primo contatto) in cui il cittadino si è rivolto alla struttura per ottenere la prestazione.

#### Adempimenti aziendali

Nella definizione dell'atto deliberativo e dei programmi attuativi per il governo dei tempi d'attesa, le Aziende sanitarie devono recepire, qualora non abbiano già provveduto in tal senso, le "Linee guida per regolare la sospensione dell'erogazione delle prestazioni", già emanate con la DGR 1200/2006, prevedendone le modalità di diffusione alle strutture erogatrici del territorio ed assicurando il relativo flusso informativo (vedi successivo punto F2).

### Definizione delle condizioni per l'individuazione delle misure da prevedere in caso di superamento dei tempi massimi d'attesa.

Anche sulla scorta di quanto è stato condiviso in sede di consultazione delle associazioni dei consumatori già in fase di adozione del 1° Piano Regionale per il Contenimento dei T.A. (DGR 1200/2006 e s.m.i.) si è formulato l'indirizzo per cui non si debbano prevedere forme di ristoro, se non come ultima possibilità, ma che si offrano servizi alternativi aggiuntivi (quali, ad esempio: accompagnamento dell'utente presso strutture in condizione di erogare la prestazione garantita; attività di prevalutazione clinica circa l'appropriatezza della prestazione richiesta, anche al fine di tutelare l'utente dai potenziali rischi connessi alle prestazioni strumentali; la proposizione all'utente ed al suo medico curante di protocolli alternativi per pervenire alla formulazione della diagnosi, in base a considerazioni di appropriatezza d'uso delle risorse tecnologiche e di evidenze scientifiche; la rivalutazione di eventuali indagini già effettuate che consentano di formulare la diagnosi; ecc).

In linea di massima, tuttavia, valgono le indicazioni già formulate al punto C6 (Disposizioni in materia di gestione delle agende di prenotazione), in base alle quali, affinché sia assicurata la garanzia del tempo d'attesa per le prestazioni incluse nell'elenco di cui al paragrafo 3.1 del presente Atto, si deve prevedere che nel caso in cui una richiesta riporti codice di priorità U, B o D e sospetto diagnostico, le agende da consultare per prime, qualora si scelga tale opzione, sono quelle delle strutture individuate dalla ASL (in alternativa, in qualsiasi agenda), anche facendo ricorso all'overbooking in caso di indisponibilità di date utili programmabili.

#### Adempimenti aziendali

C11

Nella definizione dell'atto deliberativo e dei programmi attuativi per il governo dei tempi d'attesa, le Aziende Sanitarie, sentito il Comitato Consultivo Misto aziendale, esplicitano le condizioni che configurano una violazione del diritto all'accesso alle prestazioni prioritarie incluse negli elenchi di cui ai paragrafi 3.1 e 3.2 del presente Atto e determinano le misure da adottare in caso di superamento del tempo massimo.

C12 Garanzia di coerenza del sistema dell'offerta da erogare in libera professione con l'obiettivo del contenimento dei tempi d'attesa.

Con Circolare dell'Assessore alle politiche della salute n. 4719/ASS/AReS del 20.12.2006, avente ad oggetto "Attività libero-professionale intramoenia", sono state richiamate le responsabilità, sotto diversi profili, delle Direzioni generali delle A.S. circa la puntuale applicazione dell'istituto e si è sottolineato che "... una delle finalità dell'ALPI è da individuare nella riduzione dei tempi d'attesa per l'accesso ... alle prestazioni. Di fatto, il possibile non rispetto delle disposizioni, in particolare nei rapporti spazio-temporali tra attività istituzionale ed ALPI, può creare eccessive sperequazioni nei rispettivi tempi d'attesa portando l'utilizzo dell'ALPI più che in conseguenza di scelte 'intuitu personae', al solo fine di ottenere le prestazioni in tempi brevi."

1)Indicazione che nei Programmi attuativi aziendali siano esplicitate le misure da prevedere in caso di superamento dei tempi massimi di attesa

2) Esplicitazione nel piano attuativo di quanto previsto dagli adempimenti aziendali del punto C11

1)Esplicitazione, nel PRGLA o in successivi atti, delle procedure per garantire la trasparenza della libera professione

2) Esplicitazione nel piano attuativo di quanto previsto dagli adempimenti aziendali del punto C12 Con successiva Circolare dell'Assessore alle politiche della salute n. AOO151-777 del 25.01.2010, in seguito all'emanazione del Decreto-Legge n. 194 del 30.12.2009 "Proroga di termini previsti da disposizioni legislative", che all'art. 6 fissa al 31.01.2011 il termine ultimo per il passaggio definitivo al regime ordinario dell'attività libero professionale intramuraria, si dispone che: "... è consentito autorizzare fino al 31.01.2011 l'esercizio della libera professione intramuraria allargata e che resta confermato il termine del 31.12.2012 per il completamento degli interventi di ristrutturazione edilizia, fermo restando l'obbligo di rendere immediatamente disponibili i locali interni all'Azienda mediante un utilizzo più razionale degli stessi, anche utilizzando gli ambulatori destinati all'attività istituzionale in orari diversi (ambulatori e relativa strumentazione utilizzati in orario antimeridiano per attività istituzionale e in orario pomeridiano per ALPI, ambulatori utilizzati per poche ore al giorno o per pochi giorni durante la settimana utilizzati nelle restanti ore o giorni per ALPI ). Si sottolinea che l'ALPI allargata è consentita solo in mancanza delle condizioni innanzi elencate."

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

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

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

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

efficienza nella gestione delle suddette agende e su quant'altro possa essere utile ai fini del seguente monitoraggio."

#### Adempimenti aziendali

Nella definizione dell'atto deliberativo e dei programmi attuativi per il governo dei tempi d'attesa, le Aziende sanitarie devono esplicitare le modalità con le quali viene eseguita la verifica periodica circa il corretto ricorso all'ALPI e viene organizzata la prenotazione delle prestazioni in regime libero-professionale attraverso il CUP aziendale.

#### D Predisposizione di procedure obbligatorie inerenti le attività di ricovero

Tenuta della "Agenda di prenotazione dei ricoveri" presso le strutture a gestione diretta e quelle accreditate in accordo contrattuale, secondo le "Linee guida per le agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili".

Nella DGR 1200/2006, (BURP n.106 del 22.8.06), nell'Allegato, sub C, alla pag. 15523 e in appendice 2, sono riportate le Linee Guida per la tenuta della "Agenda di prenotazione dei ricoveri" prodotte dal Mattone tempi d'attesa e sono state dettate precise indicazioni temporali per il loro recepimento da parte delle A.S. e degli erogatori accreditati. Ad ogni buon conto, esse sono, comunque, consultabili e utilizzabili accedendo al seguente link:

http://www.agenas.it/mattone\_tempi\_conc.html.

Le Aziende sanitarie verificano presso le UU.OO. di ricovero dei Presidi a gestione diretta che siano operative le Agende di prenotazione in conformità alle Linee Guida emanate.

Tale adempimento deve essere considerato, nella definizione dei contratti con le strutture accreditate di ricovero, quale criterio aggiuntivo rispetto a quelli già indicati nella DGR n. 1494/2009 e s.m.i..

#### Adempimenti aziendali

Nella definizione dell'atto deliberativo e dei programmi attuativi per il governo dei tempi d'attesa, le Aziende sanitarie devono recepire, qualora non abbiano già provveduto in tal senso, le Linee guida per la tenuta della "Agenda di prenotazione dei ricoveri", già emanate con la DGR 1200/2006, prevedendo le modalità di diffusione alle strutture erogatrici pubbliche ed in accordo contrattuale del territorio e di controllo sull'effettivo rispetto.

Le Aziende sanitarie inviano entro la fine del primo anno di vigenza del presente Piano una relazione circa le attività di controllo esercitate sull'effettiva tenuta del Registro presso le UU.OO. di ricovero delle strutture pubbliche ed in accordo contrattuale del territorio di competenza.

Inserimento nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) della data di prenotazione e della classe di priorità (DM 8 luglio 2010, come citato in premessa del PNGLA 2010-2012).

Nella Regione Puglia sono già inseriti nelle SDO i campi per la registrazione della data di prenotazione e della classe di priorità del ricovero programmato. Con la nota AOO\_081/337/PGS2 del 24/01/2011, l'Ufficio 2 – Sistemi Informativi e Flussi Informativi del Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria ha

1) Presenza , nel PRGLA delle procedure di verifica secondo le linee guida del Mattone "Tempi di Attesa"

2) Esplicitazione nel piano attuativo di quanto previsto dagli adempimenti aziendali del punto D1. Trasmissione della prevista relazione a cura delle Direzioni sanitarie aziendali

1)Disposizione per l'adeguamento della SDO e del proprio Sistema Informativo per garantire queste procedure, qualora

non già adottate

2) Esplicitazione nel piano attuativo di quanto previsto dagli

D2

**D1** 

premessa del PNGLA 2010-2012).

trasmesso alle Aziende Sanitarie Locali le Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi d'attesa, come da Accordo Stato-Regioni sul PNGLA stipulato il 28.10.2010, in cui, tra l'altro, si ribadiscono le disposizioni di cui al DM 8 luglio 2010.

Si ritiene, tuttavia, opportuno che, così come per la data di prenotazione, siano previste forme di verifica circa l'effettiva compilazione del campo relativo alla classe di priorità del ricovero programmato.

#### Adempimenti aziendali

Nella definizione dell'atto deliberativo e dei programmi attuativi per il governo dei tempi d'attesa, le Aziende sanitarie adottano:

- provvedimenti e forme adeguate di comunicazione ai dirigenti delle UU.OO. di ricovero dei Presidi a gestione diretta circa l'obbligatorietà della compilazione dei campi relativi sia alla data di prenotazione che alla classe di priorità prevista per il ricovero programmato;
- procedure di verifica circa la completezza e la qualità dei flussi informativi relativi alle SDO.

adempimenti aziendali del punto D2

### E Individuazione degli indirizzi uniformi per la predisposizione di programmi attuativi aziendali

#### E1 | Definizione della struttura dei Programmi attuativi aziendali.

Entro 60 giorni dall'approvazione del presente Piano regionale le Aziende Sanitarie adottano un programma attuativo aziendale, che viene inviato all'Assessorato alle Politiche della Salute che esercita le conseguenti verifiche circa la coerenza con gli indirizzi regionali, avvalendosi della collaborazione dell'AReS e del Coordinamento regionale di cui alla D.G.R. n.854/2010.

I Piani attuativi aziendali devono tener conto di tutti indirizzi contenuti sia nella premessa che nella presente tabella contenente i criteri di valutazione, in particolare per quanto riguarda l'erogazione delle prestazioni di cui ai paragrafi 3.1 e 3.2 del presente Atto.

Gli elementi che devono caratterizzare i Piani aziendali e che devono essere oggetto di specifici interventi vengono di seguito sintetizzati:

- 1. recepimento dell'elenco delle prestazioni per le quali garantire i tempi d'attesa secondo classi di priorità, individuando il modello organizzativo per assicurarne il rispetto per almeno il 90% di coloro ai quali viene prescritta la prestazione;
- recepimento delle Linee guida che riguardano i contenuti delle classi di priorità, la gestione delle agende di prenotazione, l'organizzazione del CUP, la gestione degli episodi di sospensione dell'erogazione delle attività ambulatoriali e le procedure per il monitoraggio dei tempi e liste d'attesa;
- 3. il governo della domanda di prestazioni, attraverso l'uso sistematico delle classi di priorità, sia nella fase prescrittiva che di prenotazione;
- 4. organizzazione dell'offerta presso il CUP, con la definizione di agende di prenotazione coerenti con la stratificazione della domanda per classi di priorità;
- 5. la messa in atto di procedure di verifica dell'appropriatezza prescrittiva, attraverso provvedimenti specifici che regolamentino:
  - a. l'utilizzo delle classi di priorità,
  - b. la presenza del quesito diagnostico

1)Esplicitazione degli elementi che devono caratterizzare i Programmi attuativi aziendali

2) Definizione del piano attuativo in conformità alla struttura indicata al punto E1

- c. la corretta identificazione delle prime visite e dei controlli
- d. la verifica della congruità circa l'uso delle priorità, attraverso audit tra prescrittori ed erogatori.
- 6. la definizione dei modelli organizzativi per assicurare la presa in carico e la gestione dei PDT dei pazienti con patologie oncologiche e cardiovascolari;
- 7. la gestione razionale degli accessi, attraverso il controllo dell'intera offerta tramite il sistema CUP, anche per supportare la gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici;
- 8. la definizione delle modalità alternative di accesso alla prestazione, nel caso in cui con l'ordinaria offerta aziendale non vengano garantite le prestazioni nei tempi massimi di attesa;
- 9. l'adeguamento dei contenuti informativi e la trasmissione sistematica dei flussi informativi per il monitoraggio delle liste e dei tempi d'attesa, con il rispetto dei tempi e delle modalità previste;
- 10. un'adeguata organizzazione delle attività in libera professione erogata dai professionisti per conto e a carico delle aziende, ai fini del contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni particolarmente critiche; nonché la verifica e il controllo delle prestazioni erogate in libera professione dai professionisti a favore e a carico dell'utente che ne fa richiesta;
- 11. l'informazione e la comunicazione sulle liste d'attesa in coerenza con quanto previsto nel PNGLA e da questo Piano, promuovendo la partecipazione di utenti e di associazioni di tutela e di volontariato, per favorire sia un'adeguata conoscenza delle attività che delle modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni;
- 12. pubblicare l'andamento dei tempi e delle liste di attesa secondo quanto previsto dal PNGLA e da questo Piano;
- 13. la vigilanza sistematica sulle situazioni di sospensione dell'erogazione delle prestazioni.

#### Adempimenti aziendali

**E2** 

Le Aziende sanitarie devono produrre i propri Piani attuativi aziendali per il governo delle liste d'attesa, in maniera conforme a tutti gli elementi contenuti nel presente atto ed agli indicatori di valutazione - sub 2) nella colonna affianco - che la Regione utilizzerà per la loro verifica.

#### Valutazione e monitoraggio dei Programmi attuativi aziendali.

I Piani attuativi aziendali saranno valutati facendo riferimento alla presenza di iniziative coerenti con gli elementi precedentemente elencati, agli indicatori contenuti nella presente tabella ed alla regolare trasmissione delle relazioni previste dal presente atto.

1) Esplicitazione dei criteri da utilizzare per la valutazione dei Programmi attuativi aziendali e per il monitoraggio periodico circa lo stato d'attuazione delle attività programmate

#### F Individuazione degli indirizzi uniformi per le attività di monitoraggio

Con la nota AOO\_081/337/PGS2 del 24/01/2011, l'Ufficio 2 – Sistemi Informativi e Flussi Informativi del Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria ha trasmesso alle Aziende Sanitarie le Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi

1)Esplicitazione degli adempimenti per garantire il monitoraggio

2)Individuazione nel piano attuativo della/e

d'attesa, come da Accordo Stato-Regioni sul PNGLA stipulato il 28.10.2010, notificato dal Ministero della Salute con nota DGPROG 0042754-P-30/12/2010. A tale invio, ha fatto seguito la nota AOO\_081/504/PGS2 del 03/02/2011, sempre a cura dell'Ufficio 2 — Sistemi Informativi e Flussi Informativi del Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria, con la quale sono state emanate specifiche indicazioni per quanto riguarda la codifica delle strutture eroganti le prestazioni da monitorare.

A tali documenti si rinvia per quanto riguarda le specifiche procedure che le Aziende Sanitarie devono assicurare.

struttura/e responsabili delle procedure previste per ciascun monitoraggio

#### Adempimenti Aziendali

Le Aziende Sanitarie assicurano la trasmissione dei flussi informativi per i monitoraggi di seguito elencati, secondo le specifiche indicate nelle Linee guida emanate dal Ministero della Salute e secondo le specifiche stabilite dalla Regione, nel rispetto della tempistica prevista.

#### F1 | Monitoraggio ex-post.

Il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex post, viene effettuato attraverso il flusso informativo ex art. 50 della legge 326/2003 che, nell'aggiornamento del comma 5 del decreto del Ministero dell'Economia e Finanze del 18 marzo 2008, è stato implementato delle informazioni necessarie al suddetto monitoraggio. I dati necessari per il monitoraggio sono quelli relativi alle prestazioni elencate al paragrafo 3.1 del presente Atto, erogate presso le strutture indicate nei programmi attuativi aziendali (qualora l'A.S. abbia optato per questa scelta) o, in alternativa, presso tutte le strutture.

In ogni caso le Aziende sono tenute a comunicare alla Regione i codici di tutte le strutture o delle strutture indicate nei programmi attuativi aziendali (qualora l'A.S. abbia optato per questa scelta), con associato il codice da nomenclatore regionale della prestazione erogata.

Nello specifico ogni Azienda dovrà fornire alla Regione in formato software (fogli di calcolo, tipo MS Excel) per ciascuna prestazione oggetto di monitoraggio le informazioni contenute nella presente tabella.

Codice	Codice	Codice Struttura	Descrizione	Codice	Descrizione
ASL	Struttura	erogatrice	struttura	Prestazione da	Prestazione da
	erogatrice	riportata nel	erogatrice	nomenclatore	nomenclatore
	(modello	flusso ex art.50			nazionale
	STS11 DM				
	05/12/2006)				

#### Contenuti informativi

I campi inseriti nel tracciato del comma 5 dell'art. 50 della L. 326/03 per il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali sono da considerarsi **tutti obbligatori** ai fini del monitoraggio stesso. In particolare essi riguardano:

- 1. Data di prenotazione
- 2. Data di erogazione della prestazione
- 3. Tipo di accesso
- 4. Classe di priorità
- 5. Garanzia dei tempi massimi (la valorizzazione del campo "Garanzia dei tempi

1)Esplicitazione degli adempimenti per garantire il monitoraggio

2)Individuazione nel piano attuativo della/e struttura/e responsabili delle procedure previste per ciascun monitoraggio massimi" è obbligatoria <u>solo per il primo accesso e per le classi di priorità B e</u> D).

6. Codice struttura che ha erogato la prestazione

Per la codifica delle strutture erogatrici fare riferimento alla nota AOO\_081/504/PGS2 del 03/02/2011, con la quale sono state emanate specifiche indicazioni per quanto riguarda la codifica delle strutture eroganti le prestazioni da monitorare.

#### F2 Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione.

La rilevazione afferisce alle sospensione delle attività di erogazione di prestazioni adottate in casi eccezionali da parte delle aziende sanitarie ed ospedaliere (solo per gravi o eccezionali motivi) e nel rispetto di alcune regole. In tal senso, le sospensioni programmate non sono oggetto di rilevazione in quanto oggetto di pianificazione e quindi gestibili anticipatamente.

Il monitoraggio riguarderà le sospensioni relative alle prestazioni, indicate al paragrafo 3.1 del presente Atto, erogate presso tutte le strutture regionali, nel caso in cui la sospensione riguardi l'indisponibilità assoluta dell'erogazione di una certa prestazione in una singola struttura, cioè non ci siano altre risorse che continuino ad erogare tale prestazione garantendo così il servizio.

Al fine della rilevazione, si considerano oggetto del monitoraggio gli eventi di sospensione delle attività di erogazione aventi durata superiore a un giorno, mentre non sono oggetto di monitoraggio le chiusure definitive dovute a riorganizzazione dei servizi offerti.

Per la rilevazione degli eventi di sospensione dovrà essere utilizzato tassativamente il seguente modello di tabella da fornire alla Regione in formato software (foglio di calcolo, tipo MS Excel).

#### Note:

Durata della sospensione – Valori Ammessi:

1,se la durata della sospensione è maggiore o uguale a 2 giorni solari e minore o uguale a 7 giorni solari (2gg<= T <=7gg)

2, se la durata è maggiore di 7 giorni solari

Causa della Sospensione – Valori Ammessi:

- 1,inaccessibilità della struttura
- 2, guasto macchina
- 3, indisponibilità del personale
- 4, indisponibilità materiale/dispositivi

#### Codice Raggruppamento – Valori Ammessi:

Selezionare tra i valori dell'allegato 4 del documento "Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi d'attesa", come da Accordo Stato-Regioni sul

1)Esplicitazione degli adempimenti per garantire il monitoraggio

2)Individuazione nel piano attuativo della/e struttura/e responsabili delle procedure previste per ciascun monitoraggio

PNGLA stipulato il 28.10.2010, notificato dal Ministero della Salute con **DGPROG** 0042754-P-30/12/2010 e trasmesso AOO 081/337/PGS2 del 24/01/2011. Monitoraggio attività di ricovero. Il monitoraggio riguarda le prenotazioni dei ricoveri ospedalieri programmabili indicati al paragrafo 3.2 del presente Atto erogate presso le strutture indicate nei 1)Esplicitazione degli programmi attuativi aziendali (qualora l'A.S. abbia optato per questa scelta) o, in adempimenti per alternativa, presso tutte le strutture. garantire il monitoraggio Contenuti informativi I campi inseriti nel tracciato SDO utili per il monitoraggio dei tempi di attesa dei 2)Individuazione nel F3 ricoveri ospedalieri sono: piano attuativo della/e struttura/e 1. Codice struttura responsabili delle 2. Tipo di ricovero procedure previste per 3. Regime di ricovero ciascun monitoraggio 4. Data di prenotazione 5. Classe di priorità 6. Codice intervento chirurgico/procedura diagnostico terapeutica 7. Data intervento chirurgico /procedura diagnostico terapeutica F4 Monitoraggio ex-ante. 1)Esplicitazione degli adempimenti per garantire il Il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex monitoraggio ante, si basa su una rilevazione, effettuata in un periodo indice, stabilito a livello 2)Individuazione nel nazionale, dei dati sui tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali di cui al piano attuativo della/e paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12. struttura/e responsabili delle In particolare per l'anno 2011 il monitoraggio verrà effettuato sulle seguenti procedure previste per prestazioni: ciascun monitoraggio Codice Prestazioni oggetto di monitoraggio nomenclatore Numero visita cardiologica 89.7 1 2 visita chirurgia vascolare 89.7 3 visita endocrinologica 89.7 4 visita neurologica 89.13 5 visita oculistica 95.02 89.7 6 visita ortopedica 7 visita ginecologica 89.26 8 89.7 visita otorinolaringoiatra 9 visita urologica 89.7 10 visita dermatologica 89.7 89.7 11 visita fisiatrica 12 visita gastroenterologica 89.7 13 visita oncologica 89.7 14 89.7 visita pneumologica **17** TAC con e senza contrasto Addome superiore 88.01.2 - 88.01.1: 88.01.4 - 88.01.3; 18 TAC con e senza contrasto Addome inferiore 19 TAC con e senza contrasto Addome completo 88.01.6 - 88.01.5; 20 TAC con e senza contrasto capo 87.03 - 87.03.123 RMN cervello e tronco encefalico 88.91.1 - 88.91.2; RMN colonna vertebrale 88.93 - 88.93.1; 26 31 Ecografia Addome 88.74.1 - 88.75.1 88.76.1;

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

massimi d'attesa sia per la formulazione della diagnosi clinica sia per l'avvio della terapia appropriata per quella condizione patologica. Lo scopo del monitoraggio è verificare che i pazienti con determinati problemi di salute abbiano completato i PDT in tempi congrui. I tempi massimi d'attesa per ciascun PDT, per le patologie oggetto di monitoraggio, non potranno essere superiori ai 30 giorni per la fase diagnostica e 30 giorni per l'inizio della terapia dal momento dell'indicazione clinica per almeno il 90% dei pazienti.

L'AgeNaS, in collaborazione con le Regioni, le P.A. e il Ministero della Salute, ha predisposto la metodologia per il monitoraggio ed ha individuato le patologie oggetto di monitoraggio, con riferimento alle condizioni cliniche a forte impatto sociale per gravità, frequenza e costi.

Nell'ambito dell'area oncologica sono oggetto di monitoraggio i PDT di:

- Carcinoma del colon retto
- Carcinoma della mammella
- Carcinoma del polmone

Nell'ambito dell'area cardiovascolare sono oggetto di monitoraggio il PDT di:

- By Pass aorto-coronarico

L'elaborazione dei tempi d'attesa dei PDT, secondo le scadenze previste, sarà a cura dell'AReS che si avvarrà dei necessari flussi informativi messi a disposizione, nel formato richiesto, dal SISR.

Le Aziende Sanitarie emanano circolari alle UU.OO. interessate da tali patologie, affinché sia assicurata la verifica della corretta compilazione delle SDO, per quanto riguarda, in particolare, i campi relativi alle procedure diagnostiche e chirurgiche effettuate.

2)Individuazione nel piano attuativo della/e struttura/e responsabili delle procedure previste per ciascun monitoraggio



Progetto nuova sede Consiglio Regionale





### **DELLA REGIONE PUGLIA**

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

Tel. 0805406317 - 6372 / fax 0805406379

Abbonamenti: 0805406376

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

e-mail: burp@regione.puglia.it

Direttore Responsabile Dott. Antonio Dell'Era