



31 MAR. 2014

AOO_081/

PROTOCOLLO USCITA

*Trasmissione esclusivamente in modalità
telematica ai sensi del D. Lgs n. 82/2005
Sostituisce l'originale*

Ufficio Sistemi Informativi e Flussi Informativi

Destinatari:

Direttori Generali

delle Aziende Sanitarie Locali
delle Aziende Ospedaliero – Universitarie
degli IRCCS pubblici

Direttori sanitari

delle Aziende Sanitarie Locali
delle Aziende Ospedaliero – Universitarie
degli IRCCS pubblici

**Responsabili dei sistemi CUP (per il tramite delle
DD.GG.)**

delle Aziende Sanitarie Locali
delle Aziende Ospedaliero – Universitarie
degli IRCCS pubblici

Organizzazioni sindacali dei medici prescrittori

e.p.c.

Assessore al Welfare

Direttore di Area

Direttore Generale dell'ARES.

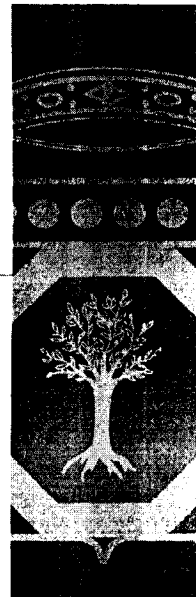
Oggetto: Notifica della DGR n. 479 del 18/3/2014 in materia di governo delle liste di attesa. Richiamo delle indicazioni operative previste dalla DGR n. 1397/2011.

Si trasmette in allegato la Delibera della Giunta Regionale n. 479 del 28/3/2014 con la quale è stato approvato il documento **"Linee guida per la prescrizione e la prenotazione, secondo criteri di priorità, delle prestazioni specialistiche ambulatoriali"**.

L'approvazione del suddetto documento, in linea con il redigendo nuovo *Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa* e con l'esperienza di altre Regioni, ha lo scopo di agevolare l'utilizzo dei codici di priorità in fase di prescrizione da parte dei medici in modo da governare l'organizzazione delle agende secondo un modello di gestione degli accessi coerenti con le classi di priorità.

La già citata DGR n. 479/2014, in fase di pubblicazione sul BURP, prevede che le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliero-Universitarie e gli IRCCS pubblici, nonché le strutture private accreditate, si conformino alle disposizioni delle suddette linee guida per quanto concerne sia la fase prescrittiva sia la fase di prenotazione.

www.regione.puglia.it, www.sanita.puglia.it





A tal fine si ritiene opportuno che le Aziende provvedano alla massima diffusione delle stesse agli operatori addetti alle prenotazioni, ai medici prescrittori convenzionati e dipendenti, coinvolgendo anche le relative organizzazioni sindacali, e alle strutture pubbliche e private accreditate erogatrici di prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Si pone in evidenza, inoltre, che le Aziende Sanitarie Locali sono tenute al monitoraggio con cadenza semestrale della applicazione delle suddette linee guida, di concerto con le Aziende Ospedaliero-Universitarie e con gli IRCCS pubblici presenti nel proprio territorio. Si chiede, pertanto, di fornire la prima relazione semestrale a questo Servizio entro 15 giorni dal termine del primo semestre di applicazione (aprile-settembre 2014).

Contestualmente si ritiene opportuno richiamare alcune indicazioni operative che, seppur già cogenti alla luce dal vigente *Piano Regionale per il Governo dei Tempi di Attesa* adottato con DGR n. 1397/2011 (pubblicato sul BURP n. 109 del 12/7/2011), risultano diffusamente disattese.

E' opportuno che le suddette indicazioni siano rese note anche all'utenza al fine di esplicitare i diritti degli assistiti in relazione alla garanzia dei tempi massimi di attesa e non generare distonie nella percezione degli stessi tempi. Infatti, una migliore informazione dei diritti e dei doveri del cittadino, insieme alla diffusione *online* dei tempi prospettati all'utente per l'erogazione delle prestazioni è un fondamentale strumento di miglioramento delle *performance* dei tempi di attesa regionali.

1. TIPO DI ACCESSO

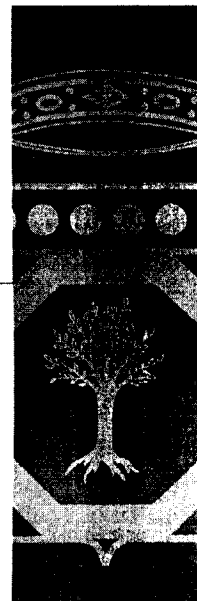
Preliminarmente è opportuno richiamare la differenza nella gestione delle prenotazioni a seconda del tipo di accesso:

- **Primo accesso:** prima visita o primo esame diagnostico strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore o, nel caso di un paziente cronico, la visita o l'esame strumentale, necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico;
- **Altro tipo di accesso:** visita o prestazione di approfondimento per pazienti presi in carico dal primo specialista, controllo, follow-up, screening.

Le prestazioni specialistiche e diagnostiche di **primo accesso** devono essere prenotate dall'assistito **esclusivamente** attraverso i punti prenotativi del **Centro unificato di prenotazione (CUP) aziendale** (sportelli al pubblico, prenotazione telefonica, prenotazione online, farmacie, ecc.), al fine di integrare in modo ottimale il complesso dell'offerta pubblica e privata accredita con quello della domanda anche per poter supportare la gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici.

Fanno eccezione alcune prestazioni erogate dai consultori, dai centri di salute mentale, dai servizi per le tossicodipendenti o prestazioni particolari per le quali è consentito l'accesso diretto.

www.regione.puglia.it, www.sanita.puglia.it



Inoltre per gli accessi successivi (seconda visita, approfondimento e controlli successivi) è a cura dello specialista che ha preso in carico l'assistito procedere alla prescrizione (evitando di inviare l'assistito nuovamente dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta per la prescrizione) consentendo, inoltre, la contestuale prenotazione delle visite successive.

2. GARANZIA DEI TEMPI MASSIMI

Con riferimento specifico ai primi accessi (sui quali si concentra la problematica dei tempi di attesa, così come percepiti dall'utenza), va evidenziato che il cittadino ha diritto al rispetto dei tempi massimi di attesa se sulla ricetta è stato biffato sulla ricetta dal medico prescrittore il campo **codice priorità** con uno dei seguenti valori:

U (Urgente):	da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore	<input checked="" type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P
B (Breve):	da eseguire entro 10 giorni	<input type="checkbox"/> U <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P
D (Differibile):	da eseguire entro: - 30 giorni per visite - 60 giorni per accertamenti diagnostici	<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> P

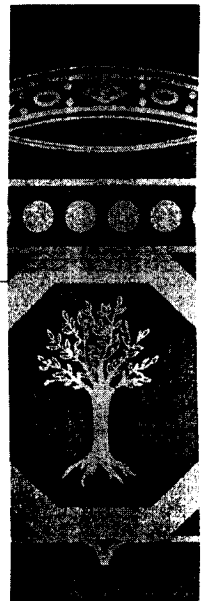
La biffatura del codice **P (Programmabile)/Senza priorità**, nel caso di primo accesso, indica che la prestazione richiesta non è ascrivibile alle classi U, B e D, in quanto il tempo di attesa per l'erogazione non influenza lo stato clinico e la prognosi

Il cittadino ha diritto al rispetto dei tempi massimi di attesa sopra indicati in almeno una delle strutture specialistiche presenti all'interno del proprio *ambito territoriale di appartenenza*, così come viene proposta dall'Azienda sanitaria al momento della prenotazione.

L'*ambito territoriale di appartenenza* non coincide con l'intera Azienda Sanitaria Locale, per cui la garanzia dei tempi massimi non può essere assolta prospettando ad un assistito una disponibilità in agenda presso una qualunque struttura sanitaria della ASL. L'*ambito territoriale di appartenenza* deve corrispondere ad area geografica limitata (ad esempio coincidente con quelle di uno o più Distretti sociosanitari).

Solo nel caso di prestazioni diagnostiche più complesse, per le quali l'insieme dell'offerta pubblica e privata accreditata non consente una capillarità nell'erogazione delle prestazioni, l'ambito territoriale può essere più vasto e coincidere, al limite, con quello dell'intera ASL.

La garanzia del tempo massimo decade nel caso in cui l'assistito rifiuti la prima data utile prospettata dal CUP o scelga una data diversa dalla prima disponibilità nello stesso ambito territoriale o richieda la prestazione in un diverso ambito territoriale.



E' opportuno informare l'assistito all'atto della prenotazione che il CUP è tenuto sempre ad indicare **prioritariamente la prima disponibilità nell'ambito territoriale di appartenenza nell'alveo del complesso della offerta** (costituita dall'insieme delle strutture pubbliche e private accreditate contrattualizzate).

3. RUOLO delle AZIENDE OSPEDALIERO-UNIVERSITARIE e degli IRCCS PUBBLICI

Il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa, recepito con la già citata DGR 1397/2011, prevede che il monitoraggio dei tempi di attesa sia effettuato aggregando nell'ambito della Azienda Sanitaria Locale anche le Aziende Ospedaliero-Universitarie e gli IRCCS pubblici afferenti l'ambito territoriale della ASL.

Quanto sopra nasce dal presupposto che sia l'Azienda territoriale, quindi la ASL in linea generale, a dover garantire l'assistenza specialistica ambulatoriale nelle sue varie articolazioni e quindi a garantire complessivamente i tempi massimi di attesa. E' opportuno quindi che le Aziende Sanitarie Locali regolino con specifici accordi le prestazioni da offrire congiuntamente e la conseguente condivisione delle agende per i primi accessi con le Aziende Ospedaliero-Universitarie e con gli IRCCS pubblici afferenti al proprio territorio.

Rientrano, inoltre, in tale aggregazione anche gli Enti Ecclesiastici e gli IRCCS privati al pari di qualsiasi altra struttura privata accreditata. **Corre l'obbligo di rammentare che anche tali strutture, al pari degli altri erogatori privati, sono obbligate a rendere disponibili le proprie agende al sistema CUP della ASL di riferimento, così come previsto dagli Accordi contrattuali.**

4. MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA

Ai fini di una corretta rilevazione dei dati per la verifica del rispetto dei tempi d'attesa (monitoraggio ex-post), deve essere assicurata la valorizzazione sistematica e corretta nel flusso dell'erogato ai sensi del comma 5 dell'art. 50 del D.L. 269/2003, convertito in L.n. 326/2003, dei seguenti campi:

- Tipo di accesso: **1 (primo accesso) / 0 (altro tipo di accesso);**
- Classe di Priorità: **U/B/D/P;**
- Garanzia dei tempi massimi: **1 (utente a cui devono essere garantiti i tempi massimi) / 0 (utente a cui non devono essere garantiti i tempi massimo)**

Dalla rilevazione effettuata sui dati del 2013 emergono criticità sulla valorizzazione del campo "Garanzia dei tempi massimi", che deve essere valorizzato almeno sul 90% delle ricette.

Si richiede, pertanto, di richiamare tutti gli erogatori, pubblici e privati accreditati, ad una corretta valorizzazione dei suddetti campi, che costituisce adempimento oggetto di verifica



da parte del Comitato LEA ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del fondo sanitario a carico dello Stato, oltre a motivo di decadenza automatica dei Direttori Generali.

Per tutto quanto sopra i Direttori Generali sono obbligati a fornire adeguate istruzioni alle strutture aziendali competenti per la puntuale applicazione delle disposizioni della DGR n. 1397/2011 e della DGR n. 479/2014 e a individuare specifici obiettivi di risultato in materia di contenimento delle liste di attesa, da attribuire ai dirigenti responsabili delle suddette strutture.

Rimanendo a disposizione per qualsiasi chiarimento al riguardo, si porgono distinti saluti.

Il Dirigente dell'Ufficio

Vito Bavaro

Il Dirigente ad interim del Servizio

Silvia Papini

