

PIANO ATTUATIVO AZIENDALE ASL BARI Triennio 2019-2021

Premessa

La riduzione dei tempi d'attesa costituisce un obiettivo strategico della Regione Puglia (come stabilito dalla Legge Regionale n. 13 del 28.03.2019 e dalla DGR n. 735 del 18.04.2019, che recepisce il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021) per il peculiare impatto che riveste sull'organizzazione del Servizio Sanitario stesso, proponendo lo sviluppo di azioni indispensabili per favorire l'accessibilità ai servizi da parte di tutti i cittadini, siano essi portatori di patologie croniche - che necessitano quindi di percorsi costanti nel tempo - o siano fruitori del sistema per eventi acuti.

L'ASL Bari aggiorna il Piano Attuativo Aziendale di contenimento dei tempi d'attesa per il triennio 2011/2013 (Del. N. 2007 del 07.11.2011) con questo piano 2019-2021.

La ragione dell'interesse verso il problema Liste di Attesa risiede nella disparità tra la richiesta di prestazioni e l'offerta delle stesse, che viene percepita dagli assistiti come un insostenibile disservizio. Il formarsi delle liste di attesa rappresenta, peraltro, un fenomeno di elevata complessità ed alta imprevedibilità influenzato dall'interazione di molteplici e diversi fattori relativi alla domanda e all'offerta.

L'obiettivo è trovare soluzioni per tutelare gli assistiti che ne hanno più bisogno consentendo loro un rapido accesso alle prestazioni necessarie da cui trarre più opportunamente un beneficio. Questo fine può essere raggiunto attraverso l'implementazione di soluzioni che aumentino equità, correttezza, appropriatezza ed efficienza nel rispetto della sostenibilità.

Statistica

La ASL Bari comprende un territorio di 40 comuni oltre il capoluogo; assicura tutela sanitaria ad una popolazione di 1.239.960 abitanti mediante 8 presidi ospedalieri (Di Venere, San Paolo, Altamura, Monopoli, Putignano, Molfetta, Terlizzi e Corato) e 12 Distretti Socio Sanitari organizzati in 11 PTA e 37 Poliambulatori.

Sul Territorio dalla Asl Bari insistono, inoltre, L'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Bari, l'I.R.C.C.S. Oncologico "Giovanni Paolo II" di Bari e L'I.R.C.C.S. "Saverio De Bellis" di Castellana Grotte, nonché l'Ente Ecclesiastico "Miulli" di Acquaviva delle Fonti.

La ASL Bari lavora con privati accreditati rappresentati da:

- 4 case di cura per ricovero in ordinario e Day Service;
- 58 laboratori di analisi chimico-cliniche;
- 20 centri di radiodiagnostica;
- 21 ambulatori di Fisiokinesiterapia;
- 19 studi di Odontoiatria;
- 4 studi di Oculistica;
- 10 centri ambulatoriali specialistici (Reumatologia, Neurologia, Diabetologia, medicina dello Sport, Pneumologia, Angiologia, Medicina Nucleare e Cardiologia-Pneumologia).

Ognuno di questi centri offre alla ASL prestazioni ben identificate per caratteristiche ed entro il Budget annuale prefissato.

Inoltre, sono presenti 4 Hospice (2 in strutture ASL con 16 P.L., e 2 in convenzione con 50 P.L.), 17 RSSA per anziani, 5 RSA, 24 centri diurni per disabili e 4 per demenze, e diverse strutture collaboranti non contrattualizzate (5 comunità socioriabilitative art. 57; 10 RSSA disabili art. 58; 9 RSSA anziani con problemi psichiatrici).



Governo del rapporto Prescrizione/Erogazione

Le motivazioni legate alla domanda possono essere ascrivibili a diversi problemi di **prescrizione**, per i quali verranno adottati percorsi di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e di gestione delle priorità cliniche.

- Infatti la prima "irregolarità" prescrittiva risiede nella inadeguata distinzione tra primo accesso e controllo. Tale confusione non consente l'accesso al giusto setting, ove questo sia stato individuato. Questa problematica investe tutti i prescrittori: MMG, Specialisti ambulatoriali e Ospedalieri.
- Una seconda causa vede un eccesso di prestazioni "Urgenti" e "Brevi", spesso su richiesta dell'assistito, nella speranza di ottenere in tempi brevi una prestazione che, spesso, è stata indicata già mesi prima dallo specialista con tempi congrui per una programmazione in tempo utile, ma trascurata dall'utente. In questo caso, come nel precedente, l'effetto è quello di un flusso disordinato. In altri casi, la mancata espressione del criterio di priorità attribuisce la prenotazione alla categoria "Programmata", a volte in contrasto con le motivazioni cliniche.
- Una terza problematica risiede nelle richieste multiple della stessa prestazione, spesso effettuate da medici diversi. Questo tipo di situazione crea un apparente incremento della domanda ma un sicuro danno nell'offerta.
- Situazione simile si realizza quando l'assistito, prenotato in tempi più lunghi del desiderato o della reale necessità, si rivolge ad un privato o ad altro pubblico, magari tramite conoscenze, ed effettua la prestazione senza disdire quella già prenotata.
- Un incremento immotivato della richiesta di prestazioni si realizza quando uno specialista privato, che non ha l'obbligo né la possibilità di prescrivere, abbonda in indicazione a prescrizioni su ricettario bianco che non sempre il MMG riesce a filtrare; altre volte ciò avviene per compiacenza di un medico di qualunque delle tre categorie di prescrittori.
- Esiste, poi, il problema Senologia con affollamento dell'istituzionale da parte di donne in fascia screening. In questo caso c'è un aumento ingiustificato di richiesta con ovvio consumo di risorse e, quindi, riduzione dell'offerta disponibile per le utenti in fascia adeguata.

Le condizioni legate all'**erogazione** delle prestazioni vedono la ASL impegnata in iniziative di riorganizzazione dei servizi, in modo da ottenere, laddove possibile, e con il coinvolgimento delle strutture private accreditate, incrementi di capacità produttiva senza o con limitato aggravio di spese.

- Alla base della riduzione della capacità erogativa si riconosce una carenza di specialisti, personale infermieristico e tecnico di supporto, legata ai vincoli del piano di rientro che, negli anni, ha molto assottigliato il numero di specialisti, elevandone molto l'età media, con il risultato di poter disporre di un limitato numero di ore per prestazioni intra/extra ospedaliere.
- Altro problema erogativo è legato alla gestione del paziente cronico che spesso, cambiando specialista o non ottenendo i tempi previsti per un controllo, per discontinuità in prenotazione, deve ripetere gli esami.

Provvedimenti

1. Per affrontare tali problematiche, questa ASL ha avviato un miglior dialogo con la categoria dei MMG e dei M Specialisti ambulatoriali e ospedalieri, al fine di garantire la correttezza prescrittiva per quanto riguarda i codici di priorità, la distinzione tra primo accesso e controllo, l'indicazione del quesito diagnostico e l'individuazione dei pazienti cronici. Per queste categorie di pazienti, infatti, si stanno attivando, di concerto con gli specialisti ambulatoriali, percorsi dedicati su agende di controllo ravvisabili in alcuni casi in possibili PDTA da costituire o nell'adesione a PDTA già esistenti. In questo modo si realizza la "presa in carico" del cronico e, nell'arco di circa un anno, sarà possibile assicurare ad ogni assistito, che si rechi



per una visita specialistica presso una struttura pubblica, che gli approfondimenti strumentali e i controlli vengano stabiliti già durante il primo accesso dallo stesso specialista. Questo vantaggio ridurrà, prevedibilmente, il ricorso al privato puro o all'ALPI.

A questo proposito si sta procedendo ad una revisione delle agende per fare spazio ai controlli che impiegano meno tempo medico, se effettuati dallo stesso specialista garantendo la continuità terapeutica e migliorando l'outcome dell'assistito.

2. Un processo fondamentale in corso è l'informatizzazione più capillare di tutti gli ambulatori e reparti con passaggio, entro diversi mesi, all'uso di fibra ottica per la trasmissione dei dati. Tale processo consentirà l'utilizzo esclusivo di ricette dematerializzate e una più agevole rilevazione dei parametri utili.
3. Altra procedura adottata per il miglioramento della fase di prenotazione è rappresentata dalla migrazione verso un nuovo sistema CUP che consentirà il blocco delle prenotazioni multiple con lo stesso codice fiscale e l'attivazione di un servizio di Recall telefonico automatico che consentirà di ricordare all'assistito la prenotazione in atto e l'eventuale disdetta o conferma contestuale. Tale servizio sarà attivo a far data dal 1° settembre 2019 e comunque ad esito della migrazione verso il sistema NCUP.
4. Accanto al Recall automatico è stato avviato un ufficio di Recall con persone che individuano, in base alle date di prenotazione, gli assistiti da più tempo in attesa da anticipare in eventuali sedute aggiuntive.
5. L'implementazione delle prestazioni (cliniche, strumentali e ambulatoriali) avverrà anche con l'assunzione da concorso o da graduatorie di personale in sostituzione di quello andato in quiescenza, ma anche con l'incremento temporaneo di ore /prestazioni utilizzando Fondi ex ALPI (come da L.120 del 03.08.2007, art. 1 comma 4c, mod. dalla L.189 del 08.11.2012) e ex art 55 comma 2 lett. d del CCNL 08/06/2000.
6. Attenzione particolare verrà rivolta a campagne informative di prevenzione, di stimolo all'adesione ai progetti di Screening e coinvolgimento della popolazione che, adeguatamente informata, diviene sempre più partecipe e collaborativa alle suddette iniziative.
7. Ad integrazione di tali procedure è in previsione l'adozione di un CUP sovra-aziendale che consentirà da qualunque sportello CUP la prenotazione verso l'AOU Policlinico di Bari e, successivamente, verso l'IRCCS Giovanni Paolo II e l'IRCCS Saverio De Bellis di Castellana Grotte. Sarà, inoltre, possibile prenotare prestazioni anche in ASL limitrofe per garantire gli Ambiti Territoriali di Garanzia.
8. È in previsione, inoltre, un corso di aggiornamento degli operatori dei CUP che diventano elementi fondamentali nel percorso di informazione all'utenza sulle nuove modalità di gestione dell'acuzie e della cronicità.

Governo dei tempi di attesa

Le strutture sanitarie aziendali devono erogare le prestazioni di Specialistica Ambulatoriale applicando le seguenti tempistiche specifiche delle classi di priorità come già indicato nel Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (per il triennio 2011-2013 approvato con DGR n. 1397 del 24 giugno 2011) e di seguito riportate:

- **U / Urgente** = nel più breve tempo possibile o, se differibile, entro le 72 ore (per condizioni di particolare rilevanza e gravità clinica);

- **B / Breve** = entro 10 giorni (prestazioni la cui tempestiva esecuzione condiziona, in un arco di tempo breve, la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità);

- **D / Differibile** = entro 30 giorni per le visite specialistiche e entro 60 giorni per le prestazioni strumentali (prestazioni la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve, ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o disfunzione o disabilità);



- **P / Programmabile** = entro 180 giorni (prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, la disfunzione, la disabilità), in quest'ultima categoria rientrano sia le prestazioni nelle quali il medico prescrittore ha barrato la priorità P, sia quelle nelle quali non è stata siglata alcuna priorità; dal 1° Gennaio 2020 la prestazione Programmabile deve essere erogabile in 120 giorni.

Il rispetto del tempo di attesa è estremamente collegato all'appropriatezza prescrittiva che deve guidare la necessità di un intervento sanitario. La corretta indicazione della classe di priorità permetterebbe l'erogazione della prestazione nel tempo clinicamente più adeguato. Tale comportamento richiede la collaborazione di tutti gli attori interessati, quali il prescrittore, il cittadino e l'erogatore, permettendo una maggiore garanzia e una migliore distribuzione nel tempo delle prestazioni erogabili in base ai bisogni espressi dalla persona nel rispetto delle priorità ai casi ritenuti più urgenti.

Nello specifico, il medico prescrittore deve valutare l'urgenza e indicare la priorità clinica adeguata che l'attesta; il cittadino deve presentare alla struttura erogatrice la richiesta in tempi coerenti alla priorità indicata (per quanto possibile senza ritardi temporali tra prescrizione e prenotazione); la struttura erogatrice si impegna ad erogare la prestazione nei tempi indicati dalla priorità a decorrere dal momento della prenotazione del cittadino o, in caso di impossibilità, ad attivare, anche tramite l'URP, il Responsabile Unico Aziendale delle Liste d'Attesa (RULA) per cercare un'altra struttura o una prenotazione in overbooking per assicurare il rispetto dei tempi.

Per le prestazioni **B e D, esclusivamente prescritte su ricette dematerializzate**, che non trovino posto nei tempi indicati, si attiverà un *Percorso di Tutela*, ovvero un'agenda virtuale temporanea per una successiva evasione nel rispetto dei tempi massimi di attesa previsti.

Il team del RULA procederà alla ricerca di ulteriori spazi disponibili nell'ambito della ASL o di privati accreditati, nel più breve tempo possibile, attraverso strumenti di riutilizzo di potenziali posti liberi nelle agende di presa in carico o con altre modalità individuate ad hoc. Al termine dell'iter il team RULA ricontatterà l'utente proponendo la prima disponibilità trovata che comunque non dovrà superare i tempi massimi previsti in relazione al codice di priorità riportato in ricetta. Fondamentale sarà, in questo caso, l'apporto degli operatori CUP che raccoglieranno numero di telefono e mail dell'assistito, per un adeguato contatto. Tale attività sarà in vigore con l'attivazione del Nuovo Sistema CUP.

Per l'attribuzione delle classi di priorità il presente Piano si attiene all'adozione del modello dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei- RAO" (già introdotto in Puglia con la DGR 479 del 18 marzo 2014), secondo la specifica riportata nel Manuale "Procedura Gestionale per l'applicazione del modello RAO" allegato al **PNGLA 2019-2021**.

Come da PRGLA 2019-2021 (DGR 735 del 18.04.2019), per le prestazioni del Piano si adottano i criteri del piano Nazionale e, lì dove non presenti, quelli regionali della DGR n 479/2014.

Sono esclusi dall'obbligo di prenotazione tramite CUP, oltre alle prestazioni di patologia clinica (esami di laboratorio), le prestazioni per le quali ai sensi della normativa nazionale e regionale vigente è consentito l'accesso diretto alle strutture pubbliche (senza prescrizione) o l'accesso libero (con prescrizione, ma senza previa prenotazione) a particolari tipologie di assistiti (pazienti in trattamento dialitico, soggetti affetti da HIV, ecc.). Per questi ultimi casi vengono definite a livello aziendale agende riservate.

Particolare attenzione verrà posta al rispetto degli *ambiti territoriali di garanzia (ATG)* in considerazione dell'estensione geografica dell'Azienda. A tal fine verrà ridisegnata la rete collaborativa Ospedali-Distretti e, in caso di residenti in paesi periferici confinanti con province limitrofe, si ricorrerà alla prenotazione sovra-aziendale con ASL vicine.

Gestione delle Agende

Come da PRGLA sono individuate due tipologie di agende:



- 1) *Agenda di Primo contatto o Primo accesso*: gestisce prevalentemente prescrizioni effettuate dal MMG/PLS;
- 2) *Agenda di Presa in carico o Secondo accesso*: gestisce le prescrizioni effettuate dallo specialista secondo modalità che saranno oggetto di regolamentazione interna (deve avere una visibilità di almeno 12 mesi e deve garantire la continuità dei percorsi nella stessa struttura o in altre collegate).

Le agende devono avere carattere di visibilità e la loro **sospensione**, per motivi sempre gravi e giustificabili, prevede l'immediata comunicazione agli assistiti prenotati e al RULA e il ricollocamento entro 10 giorni in sedute prossime a quella sospesa possibilmente nella stessa sede o in altra (in questo caso, se necessario, con il coinvolgimento del RULA), qualora non sia possibile risolvere in loco e in breve tempo la problematica che ha portato alla sospensione. La comunicazione agli assistiti è compito del titolare dell'agenda o del dirigente responsabile della struttura (Presidio Ospedaliero o DSS).

Prenotazione e disdetta prestazioni

La prenotazione e la disdetta delle prestazioni può essere effettuata tramite:

- sportelli CUP, capillarmente presenti presso Presidi Ospedalieri, PTA, poliambulatori, per un totale di 50 sedi e 150 sportelli sul territorio della ASL Bari;
- on line sul sito web aziendale del Portale "PugliaSalute" con accessi facilitati in base al tipo di servizio;
- telefonicamente contattando da rete fissa il numero verde 800345477 e da rete mobile il numero 0809181411;
- Presso le farmacie convenzionate con il sistema Farmacup;
- Presso gli studi dei Medici di Medicina Generale abilitati.

Il pagamento del relativo ticket, per i non esenti, può essere effettuato presso gli sportelli CUP, on line o presso gli sportelli bancomat SaniTicket presenti in tutti i presidi ospedalieri, i PTA e molti poliambulatori.

Si confermano le indicazioni Regionali relative alle mancate disdette delle prestazioni prenotate.

Gestione dei Ricoveri Chirurgici Programmati

La programmazione di un ricovero prevede la necessità di una visita per la presa in carico dell'assistito. Contestualmente al momento della visita, effettuata dallo specialista ospedaliero dell'U.O. che sottoporrà il paziente a trattamento chirurgico, il paziente, informato sulla tipologia dell'intervento cui verrà sottoposto, viene registrato sull'Agenda di Prenotazione dei Ricoveri (APR) gestita in modalità informatizzata, ed individuata, nella ASL Bari, dal portale EDOTTO sul quale verrà prodotta la SDO al momento del ricovero.

Il paziente che giunge da ambulatorio chirurgico distrettuale avrà un accesso diretto previo contatto telefonico tra i due specialisti senza produzione di ulteriore ricetta, ma esibendo al secondo specialista fotocopia della ricetta con cui è stato sottoposto a prima visita con relativa copia di ricevuta ticket se non esente.

Il paziente che giunge da altra struttura ospedaliera (presso cui, durante prericovero si accertasse che non può essere trattato per mancanza di specialità necessarie al monitoraggio clinico di quell'assistito in particolare) accederà alla struttura ospedaliera idonea con le stesse modalità precedentemente descritte allegando gli accertamenti eseguiti in prericovero e venendo iscritto in lista di attesa con carattere di urgenza, essendo già stato iscritto in una lista di attesa. A tal fine ogni U.O. identificherà due referenti per il territorio.

Nella fase di inserimento in lista di attesa per ricovero è necessario fornire all'assistito le seguenti informazioni:

- classe di priorità assegnata;
- presumibile data/periodo di chiamata ed eventuali criticità in ordine ai tempi di attesa;
- informativa sulle modalità di sospensione, rinvio, cancellazione e rinuncia dalla lista di attesa;
- riferimenti (telefonici e per accesso diretto) per informazioni nel corso della permanenza in lista;
- prescrizione di ricovero su ricetta dematerializzata che l'assistito avrà cura di conservare.

Dal momento dell'inserimento in lista sarà calcolato il tempo di attesa fino al giorno del ricovero.

L'assistito verrà convocato per il prericovero durante il quale verrà adeguatamente informato sul tipo di intervento (con raccolta del consenso) e sul prosieguo eventuale delle cure; verrà sottoposto alle indagini necessarie per la valutazione del rischio (chirurgico e anestesiologicalo) e all'ottimizzazione delle sue condizioni al fine di minimizzare il rischio stesso confermando la data presunta e la possibile durata del ricovero.

L'ordine di accesso alle prestazioni di ricovero programmato si determina in base ai seguenti fattori:

- livello di priorità clinica stabilita;
- ordine cronologico di iscrizione in lista;
- risorse necessarie.

Al momento dell'inserimento in lista di attesa viene assegnato un livello di priorità clinica (già individuato sul portale EDOTTO) in base:

- 1) alla condizione clinica, natura della patologia e delle possibili evoluzioni peggiorative del quadro clinico e della prognosi in relazione al tempo necessario al trattamento;
- 2) presenza di dolore o deficit funzionale o altre complicazioni previste;
- 3) casi particolari che, indipendentemente dal quadro clinico, richiedano di essere trattati in un tempo prefissato, purchè esplicitamente dichiarati dal medico che lo ha in carico.

Gli stessi criteri sono utilizzati per stabilire l'ordine di chiamata del paziente.

È necessario effettuare periodici controlli della lista, associati a contatti con il paziente per verificare rinunce, rinvii ed eventuali rivalutazioni che possano comportare una revisione della classe di priorità, tracciando le variazioni sull'agenda di prenotazione.

In ogni struttura devono essere formalmente individuati gli operatori abilitati alla pulizia e manutenzione della lista e alla chiamata dei pazienti che si coordinano con il RULA e con la Direzione Medica di Presidio.

All'atto della dimissione, di tipo medico o chirurgico, verrà rilasciata al paziente:

- una "lettera di dimissioni" indirizzata al Curante che riporti i momenti salienti del ricovero con esami effettuati e descrizione delle cure e/o intervento chirurgico;
- certificato di ricovero e convalescenza on line;
- farmaci erogati dalla farmacia ospedaliera per la terapia domiciliare per i primi 30 giorni;
- prescrizioni con prenotazioni di eventuali esami o visite successive inerenti il ricovero.

Il paziente resta in carico all'U.O. dimettente per i successivi 30 giorni per la patologia per cui è stato ricoverato o per eventuali complicanze, fino a risoluzione delle stesse o a ricovero in altra U.O.

Gestione degli Interventi Chirurgici Programmati in Day Service

L'intervento chirurgico in Day Service è un intervento chirurgico ambulatoriale e, pertanto, verrà registrato in lista di attesa tra le prestazioni ambulatoriali dal CUP o, in casi in cui sia necessaria una precedente valutazione specialistica da parte di un operatore della U.O. erogante, in lista d'attesa dal portale CUPNET (DGR 1202 del 18 giugno 2014).

L'accesso e la gestione della lista di attesa per il Day Service è simile al ricovero ordinario; è ugualmente previsto un prericovero con le stesse modalità e finalità; identiche sono le prescrizioni alla dimissione.



L'iscrizione alla lista d'attesa sarà disciplinata da regolamentazione interna.

Gestione dell'ALPI

Come da Regolamento regionale 11 febbraio 2016, n. 2 in cui sono state approvate le "*Linee Guida sull'attività libero-professionale intramuraria del personale dipendente della Dirigenza Medica, Veterinaria e del Ruolo Sanitario delle Aziende del S.S.R.*" e da PRGLA 2019-2021 (DGR 735 del 18.04.2019) che riprende il PNGLA 2019-2021, (ai sensi della legge 189 dell'8 novembre 2012 di conversione del decreto Legge n. 158 del 13 settembre 2012), verrà posta attenzione alle discordanze di volumi tra ALPI ed attività istituzionale e al disallineamento con i tempi d'attesa riportati sulle prescrizioni dell'istituzionale.

In tal caso, fatte salve le prenotazioni già effettuate, verrà sospesa l'Attività Libero Professionale, con il ricorso alla "Commissione paritetica regionale per l'ALPI del personale del S.S.R.", (già Organismo Paritetico Regionale di cui all'art. 3, comma 3, dell'Accordo Stato-Regioni 18 novembre 2010, costituito con D.G.R. n. 787 del 23/4/2013, successivamente modificata con la D.G.R. n. 1974 del 22/10/2013, con la attuale denominazione), cui sono attribuiti i seguenti compiti:

- Valutare l'attivazione dell'ALPI sul territorio regionale;
- Verificare i dati relativi ai volumi di attività istituzionale e attività libero-professionale;
- Proporre alla Regione interventi sanzionatori nei confronti dei Direttori generali nel caso di accertata responsabilità per omessa vigilanza;
- Fornire proposte alla Regione su integrazioni alle Linee guida regionali.

Flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa

La ASL Bari conferma, quali oggetto di monitoraggio, le 14 visite e 55 prestazioni di diagnostica strumentale come previsto dalla DGR n. 735 del 18.04.2019, cui si rimanda.

Per il monitoraggio dei tempi di attesa la ASL Bari provvederà alla produzione ed al conferimento, nel rispetto delle specifiche tecniche di riferimento, dei flussi indicati nelle "*Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi per i monitoraggi dei tempi di attesa*", Allegato B al PNGLA 2019-2021. Per la rilevazione dei tempi di attesa e la corretta gestione delle liste di attesa, come da PNGLA, si confermano i seguenti monitoraggi:

1. monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale
2. monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
3. monitoraggio ex post delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale;
4. monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione;
5. monitoraggio dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) in ambito cardiovascolare e oncologico con indicazione di altre aree critiche;
6. monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoria li erogate in attività libero professionale intramuraria -ALPI (per conto e a carico dell'utente) in libera professione intramuraria ed intramuraria allargata, effettuata attraverso il portale di Agenas (<http://alpi.agenas.it>), secondo le relative Linee Guida ad oggi in fase di revisione;
7. monitoraggio della presenza sui siti Web di Regioni e Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa;
8. monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende di prenotazione (delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria) nel sistema CUP.

Questo PAA è soggetto a revisione periodica.

