

## **ASL BT - Piano Aziendale di Governo delle Liste di Attesa 2011-2013.**

### **Recepimento del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa 2011-2013 di cui alla Deliberazione di Giunta Regionale n. 1397 del 24 giugno 2011.**

#### **1. Premessa**

Il governo del sistema della domanda e dell'offerta di salute al cittadino rappresenta il mezzo più importante con cui lo Stato e tutta la catena di Enti, organismi ed Aziende, istituzionalmente preposte ad erogare servizi sanitari ai cittadini, assicurano che questo avvenga secondo criteri di efficienza, efficacia, trasparenza ed equità nella tutela del diritto costituzionale alla salute di cui all'Art. 32 della Costituzione, diritto individuale "fondamentale" ed "interesse della collettività".

Nei tempi più recenti, la garanzia di tale diritto, diviene sempre più critica, poiché le limitate risorse economiche disponibili necessitano di un utilizzo sempre più appropriato a fronte del costante incremento delle prospettive di vita dei cittadini, che con il crescere dell'età media necessitano di maggiori cure ed a fronte della maggiore disponibilità di tecnologie diagnostiche e terapeutiche che ne fanno lievitare la spesa, per poter render sostenibile il sistema.

A partire pertanto dal 2005 con l'Art. 1 comma 280 della legge finanziaria 23 dicembre 2005, n. 266, le Regioni venivano obbligate alla realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa.

Visto l'ambito di legislazione concorrente derivante dall'applicazione del decentramento federale in materia, la Conferenza permanente Stato-Regioni, nella seduta del 28 marzo 2006 approvava il primo Piano Nazionale di Contenimento dei Tempi di Attesa per il triennio 2006-2008 (PNCTA 2006-2008).

L'applicazione dello stesso Piano mostrava però alcuni limiti che inducevano le Regioni a formulare una proposta di perfezionamento dell'intesa di cui al precedente PNCTA, la quale veniva trasmessa in data 2 febbraio 2010, dalla Regione Toscana, Coordinatrice interregionale pro-tempore in sanità, al competente Ministero.

In data 28 settembre 2010, il Ministero della salute trasmetteva nuova versione sia dello schema di intesa in oggetto, sia del documento ad esso allegato denominato "Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012", che successivamente al dibattito ed alcune revisioni, produceva, in data 28 ottobre 2010, una nuova "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".

Conseguentemente con Deliberazione di Giunta Regionale n. 1397 del 24 giugno 2011 la Regione Puglia approvava il proprio "Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2011-2013" (PRGLA), in attuazione dell'art. 9 dell'Intesa del 28 ottobre 2010.

Con la stessa Deliberazione la Regione Puglia disponeva altresì che le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliero-Universitarie, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e gli Enti Ecclesiastici adottassero il proprio piano attuativo aziendale, in conformità agli Indirizzi in materia di governo delle liste e dei tempi d'attesa contenuti nel PRGLA, entro sessanta giorni dalla pubblicazione della DGR 1397/2011 sul B.U.R. della Regione Puglia, avvenuta sul BURP n. 109 del 12-07-2011;

Pertanto, il presente Piano Aziendale di Governo delle Liste d'Attesa (PAGLA) assolve al duplice scopo di recepire formalmente quanto prescritto dal PRGLA 2011-2013 e di delineare le modalità operative con cui l'Azienda Sanitaria Locale BT attuerà le misure previste promuovendo 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.

Il PAGLA intende rappresentare un percorso condiviso 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.

Obiettivi del Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa

Il PRGLA si propone di conseguire una serie di obiettivi che di seguito sinteticamente si riassumono:

1. L'aggiornamento dell'elenco e dei tempi per classe di priorità delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di:
  - a. assistenza specialistica ambulatoriale;
  - b. assistenza ospedaliera;
2. L'individuazione delle aree cardiovascolare e oncologica quali ambiti prioritari di determinazione dei percorsi diagnostico terapeutici (PDT), fissando i relativi tempi massimi di attesa;
3. La promozione dell'appropriatezza prescrittiva da sottoporre a continua valutazione per il costante miglioramento della stessa;
4. L'individuazione di una serie di rilevazioni per il monitoraggio dei tempi di attesa, concretizzate nei seguenti flussi informativi:
  - a. Tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali in un periodo indice stabilito a livello nazionale (semestrale ex ante);
  - b. Prestazioni ambulatoriali ex art. 50 della legge 326/2003 con differenziazione del primo accesso dalle prestazioni di controllo, indicazione della classe di priorità e della richiesta di garanzia dei tempi massimi;
  - c. SDO per quanto attiene ai ricoveri ospedalieri;
  - d. Tempi di attesa sui Percorsi Diagnostico-Terapeutici (PDT) in area cardiovascolare ed oncologica;
  - e. Tempi di attesa delle prestazioni erogate in libera professione intramuraria (ALPI) e dell'entità delle stesse rispetto a quelle rese istituzionalmente;
  - f. Sospensioni dell'erogazione delle prestazioni
5. La pubblicazione sul sito aziendale delle informazioni relative ai tempi di attesa a tutela dei cittadini-utenti nella garanzia della trasparenza dell'accesso;
6. L'acquisto delle prestazioni erogate in regime libero professionale dai professionisti all'interno dell'Azienda sanitaria per contenere i Tempi di Attesa;
7. La revisione dei Sistemi Informativi CUP in linea con quanto previsto dalla Linee Guida nazionali approvate in sede di Conferenza Stato-Regioni del 29 aprile 2010 e recepite a livello regionale con DGR n.854/2010 e ss.mm.ii.;

*Gli obiettivi del PAGLA*

Una più efficace ed efficiente gestione delle liste di attesa non può prescindere dall'avvalersi di strumenti organizzativi e tecnici sia nell'ambito delle dotazioni tecnologiche sia in quello dei Sistemi Informativi che agevolino la cooperazione e l'integrazione tra tutti gli attori del

sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo che quelli a tutela del cittadino per una concreta presa in carico dei pazienti fin dal primo quesito diagnostico per giungere alla definizione dell'appropriata terapia, prevedendo modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie, attraverso l'attuazione e la gestione programmata dei protocolli diagnostici

L'obiettivo principale del presente PAGLA è pertanto quello di:

- promuovere la capacità del SSN di intercettare il reale bisogno di salute;
- di ridurre l'inappropriatezza;
- di rendere compatibile la domanda con la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Il presente PAGLA pertanto non si limita evidentemente e soltanto ad organizzare quantitativamente l'offerta ed i volumi della produzione, atteso che l'esperienza dimostra che il mero incremento di offerta, indispensabile, in tale approccio, a garantire il rispetto dei tempi di attesa, comporta inevitabilmente un incremento della domanda, in quanto riattiva parte della domanda inappropriata che, ove presenti tempi lunghi di erogazione delle prestazioni si disinnesca automaticamente. Resta però una parte di domanda inappropriata che trova soddisfazione a scapito di altra e più giustificata domanda. All'organizzazione dell'offerta devono pertanto coniugarsi adeguate strategie di governo della domanda che tengano conto della applicazione di rigorosi criteri sia di appropriatezza che di priorità delle prestazioni.

Il PAGLA pertanto, fornirà indicazioni per la messa in atto di procedure che rendano chiara e rigorosa l'applicazione dell'appropriatezza prescrittiva e la verifica della loro applicazione, 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.

Tutti gli attori del processo prescrittivo diagnostico-terapeutico devono pertanto essere coinvolti e, per tale ragione, gli strumenti operativi individuati, dovranno necessariamente armonizzarsi con quanto già previsto ed implementato a livello nazionale e regionale riguardo a:

- l'informatizzazione del ciclo prescrizione-prenotazione-referto, con particolare attenzione alle classi di priorità, fino alla digitalizzazione dei documenti stessi (Rete MMG);
- i contratti e gli accordi collettivi nazionali ed 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 (Linee Guida Regionali Sistemi CUP).

Il PAGLA, in attuazione di quanto previsto dal PRGLA, recepisce tutti gli obiettivi ivi ricompresi ed elencati nel precedente paragrafo, che qui si intendono completamente richiamati, e si propone di implementarli secondo le metodologie ed i tempi descritti nel presente documento, tenendo conto di alcuni criteri fondamentali:

1. il miglioramento continuo attraverso revisione ciclica delle azioni poste in essere, per le quali si rende indispensabile individuare indicatori misurabili, sottoporli a costante

monitoraggio, effettuare periodiche revisioni dell'efficacia delle iniziative pianificate, introdurre eventuali revisioni delle stesse in caso di scostamento dalle previsioni

2. la condivisione delle scelte, attraverso l'applicazione di una metodologia "bottom-up" nell'individuazione delle linee guida di appropriatezza per singolo settore specialistico ed il coinvolgimento degli organismi di rappresentanza dell'utenza nell'individuazione dei meccanismi di semplificazione dell'accesso e di informazione.
3. la ristrutturazione dei Sistemi Informativi di gestione dell'incontro domanda-offerta per renderli adeguati al nuovo scenario disegnato dal PRGLA ed integrati alle altre iniziative di Sanità Elettronica regionale per agevolare l'innovazione organizzativa;
4. l'impiego intensivo degli strumenti formativi previsti dal Piano Aziendale della Formazione, allargati anche a tutti gli attori che partecipano al processo prescrittivo (MMG/PLS, specialisti convenzionati, strutture convenzionate eroganti, ecc.);
5. la revisione, entro le vigenti previsioni normative, dei contratti esistenti con gli attori del Servizio Sanitario Regionale in regime di convenzione (MMG/PLS, strutture convenzionate) e l'utilizzo dei meccanismi di valutazione per i dirigenti interni, per includervi le parti di competenza degli obiettivi del PAGLA.

Il PAGLA, secondo quanto previsto dal PRGLA al paragrafo 4 dell'Allegato A della DGR 1397/2011, è articolato secondo le seguenti sezioni:

- A. *Adozione formale del Piano Regionale di Governo delle Liste 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 PRGLA*
- 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*

#### **A. Adozione formale del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa**

##### **A.1. Piano Aziendale ASL BT per il Governo delle Liste d'Attesa (PAGLA 2011-2013) – Recepimento del Piano Regionale per il Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA 2011-2013).**

Con il presente atto l'ASL BT recepisce formalmente il Piano Regionale per il Governo delle Liste d'Attesa 2011-2013 (PRGLA) pubblicato in Allegato A) alla DGR n. 1397 del 24 giugno 2011 pubblicata sul BURP n. 109 del 12 Luglio 2011.

Coerentemente con quanto da essa previsto, fornisce indicazioni sulle metodologie, le revisioni organizzative, gli strumenti, le procedure, le tempistiche, gli indicatori di verifica, le modalità di monitoraggio e revisione periodica per la riorganizzazione del proprio Sistema di Governo della domanda ed offerta di prestazioni sanitarie sia in regime ambulatoriale che di ricovero, nonché dell'informazione ai cittadini/utenti.

L'Azienda con il presente documento istituisce altresì un Gruppo di Lavoro Permanente che avrà il compito di individuare le priorità conseguenti alle criticità prescrittive individuate e coordinare l'esecuzione delle azioni definite dal Piano e verificarne l'efficacia ed il rispetto delle relative tempistiche proponendo eventuali azioni correttive;

## A.2. Ricostruzione normativa in materia di Governo delle Liste d'Attesa – Attestazione di coerenza

### A.2.1. Atti preliminari che definiscono il quadro di riferimento iniziale

La Deliberazione di Giunta Regionale n. 1200 del 4 agosto 2006: "Adempimenti ex Intesa Stato-Regioni 28/03/2006: Piano Regionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008", così come modificata dalla Deliberazione di Giunta Regionale n. 68 del 6 febbraio 2007" definisce il quadro normativo regionale iniziale nelle iniziative di contenimento dei Tempi di Attesa. Tale DGR, atto esecutivo conseguente all'Atto di Intesa della "Conferenza permanente Stato-Regioni" del 28 marzo 2006 relativo al recepimento delle indicazioni contenute nel Piano nazionale per il contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, rappresentano la base di riferimento normativo nonché il presupposto organizzativo che, ove non modificata/integrata dalla normativa di seguito recepita nel presente Atto. In tale normativa venivano definiti:

- i tempi massimi per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero;
- i tempi massimi per le prestazioni ambulatoriali in caso di primo accesso e di insiemi di prestazioni da fornire al cittadino in aree oncologica, cardiovascolare, materno-infantile, geriatrica, visite specialistiche di maggiore impatto;
- i criteri per la regolazione delle priorità nell'accesso nelle tre classi:
  - A entro 10 giorni;
  - B entro 30 giorni per visite e 60 giorni per diagnostica;
  - C entro 180 giorni tutte le rimanenti prestazioni.
- Indirizzi per individuare strutture aziendali dove garantire i tempi massimi e darne informazione ai soggetti interessati;
- Indirizzi per garantire presso tutte le strutture erogatrici, l'accesso prioritario entro 10 giorni, anche facendo ricorso all'overbooking;
- i vincoli delle 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.

### A.2.2. Atti successivi in materia di riorganizzazione dei CUP

L'atto regionale fondamentale in materia di riorganizzazione dei CUP, che risulta comunque armonizzato al PRGLA, sebbene approvato in data antecedente, è la Deliberazione di Giunta Regionale n. 854 del 23 marzo 2010: "Linee Guida Nazionali sul "Sistema CUP" - Recepimento – Standard di organizzazione e funzionamento dei sistemi e dei servizi di prenotazione ed accesso alle prestazioni sanitarie – Linee di indirizzo regionali – Approvazione.", con cui la Regione

Puglia ha recepito le LGN sui CUP, oggetto di accordo della Conferenza permanente Stato-Regioni del 27 ottobre 2009.

All'interno del PAGLA l'ASL BT individua ed esplicita le modalità con cui conformare l'organizzazione e funzionamento del proprio servizio di prenotazione ed accesso alle prestazioni sanitarie ed il correlato Sistema Informativo alle previsioni della DGR 854/2010. Altre due Deliberazioni di Giunta Regionale devono essere annoverate tra quelle rilevanti nella riorganizzazione dei CUP:

1. Deliberazione di Giunta Regionale n. 1079 del 25 giugno 2008: "DGR n. 1785/2007. Definizione del nuovo modello di Sistema di Informazione e Comunicazione in Sanità. Documento di Indirizzo. Approvazione. Progetto SK003 "Portale Regionale della Salute". Approvazione. Attività del Call Center Informativo Regionale. Autorizzazione alla prosecuzione delle attività". (CUP Regionale e Portale della Salute)
2. Deliberazione di Giunta Regionale n. 1953 del 20 ottobre 2009: "D.G.R. n. 369 del 24.03.2006 - Utilizzo quote anno 2005 vincolate agli obiettivi del PSN 2003/2005 - DGR n. 1661 del 19.10.2007 - Realizzazione degli obiettivi prioritari del PSN 2007. Modifica". (Approvazione CUP Regionale),

con le quali viene approvata l'implementazione di un CUP regionale denominato "e-cup" che una volta realizzato a livello regionale consentirà l'integrazione dei differenti Sistemi CUP aziendali e viene disposta l'integrazione nel portale regionale delle informazioni dell'organizzazione dell'offerta delle prestazioni e dei relativi tempi d'attesa per la necessaria informazione al cittadino.

Non essendo ancora disponibili, da parte di InnovaPuglia, le specifiche tecniche di integrazione del CUP aziendale nel CUP regionale, nel presente PAGLA l'ASL BT attesta di aver previsto che nella revisione del proprio Sistema Informativo CUP è prevista l'integrazione nel CUP regionale secondo le procedure standard della cooperazione applicativa.

#### A.2.3. Atti successivi in materia di governo delle liste d'attesa, di promozione dell'appropriatezza delle prestazioni, di organizzazione dell'offerta e di Accordi contrattuali

##### A.2.3.1. Accordi contrattuali

Con le Deliberazioni di Giunta Regionale:

- n.1494 del 4/8/2009 di ridefinizione dei criteri per la stipula degli accordi contrattuali ex art. 8-quinquies del D.Lgs n. 502/92 e s.m.i. e di conferma dei tetti di spesa DIF 2008 (DGR. n. 95/2008) per le prestazioni specialistiche e di riabilitazione;
- n.2671, n.2672 del 28/12/2009 e n. 728 del 15/3/2010 di conferma per il 2010 dei criteri e dei tetti di spesa, stavolta senza decurtazione del 2%, stabiliti con DGR n.1494/2009, integrando indicazioni aggiuntive per l'applicazione dei criteri della citata DGR;
- n.1500 del 25/6/2010, di interpretazione della definizione dei tetti di spesa di cui al DIF 2008 quale dotazione economica complessiva di branca e non per singolo erogatore e di modifica delle indicazioni aggiuntive individuate con le DGR n. 2671/2009 e 2672/2009.

I processi di revisione degli accordi contrattuali cui la ASL BT ha proceduto hanno tenuto conto, secondo le indicazioni regionali, della:

- rideterminazione del fabbisogno di prestazioni in considerazione delle liste di attesa rilevate;
- integrazione nel sistema CUP aziendale delle agende degli erogatori privati convenzionati

per assicurare trasparenza nelle operazioni di prenotazione ed accesso alle prestazioni;

#### A.2.3.2. Governo Liste d'Attesa e Promozione dell'Appropriatezza

La già citata Deliberazione di Giunta Regionale n. 854 del 23 marzo 2010, nel descrivere le Linee Guida Regionali per i Sistemi CUP, oltre a fornire indicazioni sui Sistemi Informativi di gestione della domanda e dell'offerta di prestazioni sanitarie, dava anche indicazioni organizzative per:

- la gestione centralizzata delle agende di prenotazione che includesse la gestione delle agende delle strutture private accreditate;
- la gestione delle agende dell'attività libero professionale intramoenia (ALPI);
- la gestione delle prenotazioni di urgenze differibili, delle priorità di accesso, dei percorsi diagnostico – terapeutici;
- il rispetto dei tempi massimi di attesa previsti e la gestione dell'overbooking.

Con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 2268 del 26 ottobre 2010 che vengono definite una serie di disposizioni urgenti per la garanzia dei tempi di attesa:

- a. la garanzia di erogazione delle prestazioni urgenti differibili (codice U della ricetta prescrizione) entro le 72 ore dalla richiesta;
- b. la riclassificazione coerente delle agende di prenotazione delle prestazioni da erogare ai cittadini;
- c. l'integrazione inderogabile dell'offerta delle prestazioni erogate dalle strutture private accreditate attraverso il sistema CUP ASL, requisito vincolante per la sottoscrizione degli Accordi Contrattuali e per la liquidazione delle prestazioni erogate;
- d. l'indicazione tassativa ed esplicita del sospetto diagnostico per le prescrizioni di prestazioni ambulatoriali di primo accesso per cui viene richiesta garanzia di accesso per le patologie oncologiche, cardiovascolari, materno-infantili e geriatriche (DGR 68/2007);
- e. il miglioramento organizzativo volto ad incrementare immediatamente la disponibilità e l'offerta di prestazioni prenotabili con particolare riferimento alle patologie oncologiche, cardiovascolari, materno-infantili e geriatriche (DGR 68/2007);
- f. il potenziamento dei servizi e dei sistemi, anche automatici, di "recall" delle prestazioni prenotate;
- g. l'adeguamento dei sistemi informativi di gestione dei CUP per la valorizzazione obbligatoria dei campi previsti nei flussi ex art. 50 D.L.269/2003, per il monitoraggio dei tempi di attesa e le indicazioni del Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria;
- h. l'applicazione della penale prevista dall'art. 3 comma 15 del D. Lgs 124 del 29/04/1998, equivalente al ticket previsto per le prenotazioni non disdette dai cittadini almeno 48 ore prima della data fissata, mediante i diversi canali di comunicazione;

La ricognizione aziendale avviata sul livello di attuazione delle misure indicate nella precedente DGR, ha evidenziato un quadro critico, di cui di seguito si rappresentano risultati già raggiunti e criticità:

Misura indicata	Sistema Informativo CUP	Organizzazione e procedure
Prestazioni urgenti differibili entro 72 ore	Modifica introdotta con previsione Codice U	Indicazioni organizzative e procedure introdotte
Riclassificazione agende di prenotazione	Agende prevedono la possibilità di gestire slot con priorità differenti nella	Revisione preliminare avviata, deve essere introdotta una procedura per

	stessa Agenda	la revisione sistematica
Integrazione CUP strutture private accreditate	Integrazione con accreditati presente da diversi anni, sono escluse per motivi tecnici le strutture che erogano diagnostica di laboratorio, ce verranno introdotte con il nuovo SI CUP	Le attuali procedure di liquidazione non prevedono la sistematica verifica delle attività svolte da SI CUP
Indicazione sospetto diagnostico per primo accesso	Il campo dell'indicazione del sospetto diagnostico è presente nel SI CUP	Va negoziato un sistema di accordo contrattuale con i medici prescrittori che corrisponda, a fronte del rispetto della prescrizione, una parte della premialità contrattualmente stabilita
Miglioramento organizzativo per primo accesso	Non applicabile	
Potenziamento servizi di "recall"	E' stato acquisito sistema interno per la gestione del Call Center ed installato presso Sede di Canosa	Selezionato il personale per internalizzare il Call Center con risparmi previsti nell'ordine di 15-17.000,00 € mese. Servizio da avviare, recall attualmente effettuato direttamente da alcune UU.OO. e dal Coordinamento CUP
Valorizzazione obbligatoria campi flussi ex art. 50 D.Lgs. 269/2003	Introdotti campi obbligatori per valorizzazione informazioni flussi ex Art. 50 D.Lgs. 269/2003	Flussi aggiornati ed inviati secondo le previste periodicità
Applicazione penale D.lgs 124/1998 per prenotazioni non disdette	Multicanalità per la disdetta: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sportelli aziendali: operativo,</li> <li>• Call-center: operativo,</li> <li>• CUP Farmacie: operativo;</li> <li>• CUP Strutt. Accreditate: operativo;</li> <li>• CUP MMG/PLS: operativo;</li> <li>• SMS: in via di approntamento;</li> <li>• Sito web: in via di approntamento</li> </ul>	Avvio organizzativo della rilevazione/riscossione delle prenotazioni non disdette in corso.

### A.3. Atti successivi in materia di informazione e comunicazione al cittadino

Esiste un atto di riferimento riguardo all'informazione e comunicazione all'utenza che è rappresentato dalla Deliberazione di Giunta Regionale n. 1101 del 16 Maggio 2011: "Linee Guida attuative del Sistema Integrato di Comunicazione e Informazione in Sanità".

In merito, l'attuale organizzazione aziendale prevede la presenza di un URP e di una U.O. di Comunicazione e per la Promozione della Salute, responsabile anche della Comunicazione esterna rivolta ai cittadini.



## B. Individuazione dei tempi massimi d'attesa per le prestazioni di cui al punto 3 dell'Intesa della Conferenza Stato-Regioni

### B.1. Elenco delle prestazioni

Oltre ad avviare azioni complessive per il governo della domanda e dell'offerta, con il PAGLA, l'ASL BT avvia una particolare azione di monitoraggio prestazionale e di verifica dell'efficacia per le prestazioni ambulatoriali e di ricovero individuate nei paragrafi 3.1 e 3.2 del PNGLA, nonché nuovamente riportate nei corrispondenti paragrafi 3.1 e 3.2 del PRGLA.

#### B.1.1. **Prestazioni ambulatoriali**

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 quelle 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:

TABELLA A: VISITE SPECIALISTICHE

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice Disciplina
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

TABELLA B: PRESTAZIONI STRUMENTALI

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore
--------	-------------	---------------------

Diagnostica 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
Altri esami Specialistici		
34	Colonscopia	45.23-45.25-45.42
35	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

### B.1.2. Prestazioni in regime di ricovero

Nell'ambito delle procedure di ricovero in regime di Day Hospital o Ordinario, l'ASL BT con il presente PAGLA intende comunque applicare universalmente i criteri di prioritizzazione dell'accesso a tutti i ricoveri elettivi, chirurgici e medici, provvedendo a sensibilizzare in maniera adeguata le strutture erogatrici in modo da garantirne l'applicazione.

Di seguito si riportano le prestazioni individuate dal PNGLA, da sottoporre a particolare monitoraggio. Esse ricomprendono 5 prestazioni erogate prevalentemente in regime di ricovero diurno e 10 in regime di ricovero ordinario.

TABELLA C: PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL//DAY SURGERY

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.

TABELLA D: PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO

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.

## B.2. Tempi massimi d'attesa fissati per le singole prestazioni

L'ASL BT, tenendo conto del fatto che i LEA sono di applicazione omogenea sul territorio nazionale, deve condividere il sistema di classificazione unico nazionale, individuando il numero di classi e il loro significato, in maniera distinta per l'attività di ricovero ed ambulatoriale.

### B.2.1. Prestazioni ambulatoriali

I codici di priorità per le attività ambulatoriali, sia del tipo visita specialistica che diagnostica strumentale, da siglare nel campo 26 della ricetta emessa in conformità a quanto definito nel Supplemento Ordinario alla G.u.R.I. n.251 del 25/10/2004, sono correlati ai tempi entro i quali devono essere erogate le prestazioni ed il loro monitoraggio è effettuato (ex-post) attraverso il flusso ex art. 50 legge 326/2003 e ss.mm.ii.. Di seguito tali tempi vengono elencati:

TABELLA E: TEMPI MASSIMI DI ATTESA PER PRESTAZIONI AMBULATORIALI

<b>U (Urgente):</b>	da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, <b>entro 72 ore</b> , deve essere riferito a condizioni di particolare rilevanza e gravità clinica
<b>B (Breve):</b>	da eseguire <b>entro 10 giorni</b>

<b>D (Differibile):</b>	da eseguire entro: - <b>30 giorni per visite</b> - <b>60 giorni per accertamenti diagnostici</b>
<b>P (Senza priorità):</b>	prestazione programmata

Oltre ad una generale e uniforme applicazione di tale previsione, vi è particolare urgenza aziendale nell'avvio di un uso sistematico dei codici di priorità per l'elenco delle prestazioni individuate dal PNGLA, poiché esse sono soggette a monitoraggio specifico.

### B.2.2. Prestazioni in regime di ricovero

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 di seguito elencati:

TABELLA F: TEMPI MASSIMI DI ATTESA PER RICOVERI

CLASSE DI PRIORITÀ PER IL RICOVERO	INDICAZIONI
CLASSE A	Ricovero entro <b>30 giorni</b> 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 <b>60 giorni</b> 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 <b>180 giorni</b> 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 <b>12 mesi</b> .

## 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

### C.1. Promozione dell'appropriatezza della domanda

L'Azienda ha individuato diversi settori in cui si manifesta inappropriata prescrizione nei quesiti diagnostici rispetto alla reale domanda di salute e conseguentemente ravvisa nelle seguenti azioni gli ambiti di intervento per migliorare l'appropriatezza della domanda:

1. Definizione di linee guida e protocolli che determinino la corrispondenza tra un quesito/i diagnostico/i e la/e prestazione/i appropriata/e attraverso la costituzione di gruppi di lavoro a due livelli:

- a. Dipartimenti ospedalieri allargati alla specialistica territoriale;
  - b. Gruppi di lavoro sui PDT per l'integrazione dei percorsi in formule che agevolino l'integrazione e l'efficienza;
2. Formazione nei confronti dei prescrittori sia a livello della medicina specialistica (ospedaliera, distrettuale e convenzionata) che di base (MMG/PLS)
  3. Introduzione di strumenti contrattuali per il conseguimento degli obiettivi aziendali in argomento;
  4. Implementazione di strumenti informatici che migliorino la individuazione delle prescrizioni;

Nei singoli ambiti specialistici le azioni di promozione dell'appropriatezza della domanda saranno approntate dai Gruppi di cui al precedente punto 1.a. e per essi il programma di lavoro dovrà essere articolato come segue:

FASE 1: Il Gruppo di Lavoro Permanente sul Governo dei Tempi di Attesa (GLPGTA) dovrà:

- Individuare i Gruppi specialistici di cui ai precedenti punti a. e b. e la loro composizione;
- Sottoporre ai Gruppi specialistici l'analisi preliminare dei tempi di attesa nonché il quadro complessivo dell'offerta aziendale interna e convenzionata e delle criticità rilevate in termini di inapproprietezze per effettuare un "audit" di individuazione di misure correttive promuovere la conseguente redazione di linee guida;
- Individuare e proporre eventuali modificazioni all'offerta aziendale sulla base delle analisi dello stato di salute della popolazione nonché incrementi/decrementi de l'offerta convenzionata;
- Fissare tempi di produzione delle proposte di Linee Guida;

FASE 2: Il Gruppo Specialistico dovrà elaborare entro i tempi fissati i progetti di Linee Guida

FASE 3: Il Gruppo di Lavoro Permanente sul Governo dei Tempi di Attesa (GLPGTA) dovrà:

- Validare/Modificare le proposte di Linee Guida;
- Definire i documenti applicativi delle Linee guida;
- Predisporre gli atti relativi al recepimento di esse da parte della Direzione;
- Individuare contestualmente gli indicatori di corretta applicazione delle Linee Guida (ad esempio presenza del quesito/sospetto diagnostico, corretta associazione della priorità, ecc.);

FASE 4: Le strutture di riferimento (Distretti, Ospedali e l'Area Personale /Ufficio Convenzioni) notificano le Linee Guida approvate ai responsabili della loro applicazione individuati nei documenti stabilendo l'inizio cogente della loro applicazione;

FASE 5: Il Gruppo di Lavoro Permanente sul Governo dei Tempi di Attesa (GLPGTA) dovrà:

- Monitorare alle cadenze prefissate gli indicatori e conseguentemente individuare eventuali azioni correttive, nonché presentare alle strutture competenti (distrettuali ed ospedaliere) i rapporti della loro applicazione
- Indirizzare il lavoro di autovalutazione dei gruppi attraverso analisi delle criticità mediante "audit"

In particolare i gruppi destinati ad elaborare le linee guida dovranno includere oltre alle tipologie di indagine e prescrizione anche gestire le priorità e quindi i relativi tempi.

Inoltre dovranno individuare strumenti tecnico-organizzativi per responsabilizzare i medici prescrittori a specificare il quesito diagnostico secondo le modalità indicate ai punti 3-4-5 del Regolamento regionale n. 17/2003.

### C.2. Predisposizione di iniziative regionali per la condivisione e diffusione di percorsi diagnostico-terapeutici nelle aree oncologica e cardiovascolare

Viste le premesse specifiche che il PRGLA pone sui Percorsi Diagnostico Terapeutici nelle aree oncologica e cardiovascolare, questa Azienda, con analoga metodologia applicata all'introduzione delle Linee Guida di cui al paragrafo precedente, intende prioritariamente definire le modalità di interazione e cooperazione fra le diverse branche specialistiche, le loro articolazioni territoriali ed ospedaliere, nonché l'insieme più generale dei servizi sanitari coinvolti.

Ciò al fine di prendere in carico il paziente e affiancarlo stabilmente nel percorso diagnostico e/o terapeutico, per garantire efficienza, efficacia e garanzia di equità di trattamento, prescindendo dalle particolari situazioni individuali (allocazione territoriale, disponibilità locale di servizi, ecc.) laddove anche il solo sospetto diagnostico appaia di pertinenza di queste Aree.

Esplicitando ulteriormente, 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 differenziate a seconda della gravità del singolo caso. Nella definizione del PDT, l'Azienda privilegerà un modello assistenziale e/o organizzativo di presa in carico del paziente (Disease 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**).

E' evidente che tale approccio non deve essere limitato soltanto a tali Aree, in quanto esso rappresenta comunque una crescita organizzativa ed una garanzia di migliore organizzazione ed efficacia dei servizi resi al cittadino.

Pertanto, in tutte quelle circostanze in cui le patologie sospette o accertate necessitano di contributi diagnostici o terapeutici di una pluralità di strutture aziendali, l'approccio per PDT deve rappresentare lo standard a cui tendere.

Le misure che il Piano definisce devono tener conto di una tempistica nell'erogazione delle prestazioni che consenta di garantire ad ogni paziente il completamento del PDT in tempi adeguati, nonché modalità di comunicazione e informazione per l'utente e i familiari.

Sia in ambito cardiovascolare che oncologico, ai fini dell'erogazione sequenziale e coordinata delle prestazioni ricomprese nei percorsi diagnostico terapeutici, questa Azienda con la

metodologia di cui al precedente paragrafo, assicurerà specifici Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC) anche attraverso la formula del “day service”. Qualora quest’ultima sia la modalità organizzativa individuata, il PDT dovrà tener conto delle direttive emanate dalla Regione Puglia con DGR n.35/2009, n.1492/2009 e n.433/2011.

E’ evidente che i Gruppi di Lavoro nella definizione dei PDT sono quelli di cui al punto 1.b del precedente paragrafo, mentre la procedura che qui si intende completamente richiamata può essere analoga.

Rispetto a quanto già indicato in precedenza il GdL dovrà individuare per ogni PDT la figura del Care-Manager tipo.

Inoltre, relativamente alle patologie individuate, i GdL dovranno tenere in considerazione le linee guida già disponibili in ambito nazionale e internazionale, anche con particolare riferimento a quanto prodotto dal Sistema Nazionale Linee Guida, adattandole opportunamente allo specifico aziendale .

Infine, 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 e diffondere con Delibera del DG n. 134 del 10.11.2009 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,

secondo la metodologia e la periodicità definita dall’AgeNaS in accordo con Regioni e Ministero della Salute

Il PAGLA non intende limitare la propria definizione al mero ambito aziendale. Difatti possono esistere casi (ad es. lo specifico del “By pass aorto-coronarico” o “Carcinoma del polmone”) in cui la prestazione terapeutica finale non può essere, attualmente, erogata da parte di strutture aziendali. Il PDT in tali casi individuerà strutture e modalità di cooperazione interaziendali, stabilendo altresì l’insieme delle informazioni diagnostiche ed i relativi livelli qualitativi necessari a rendere più efficiente le eventuali prestazioni ambulatoriali e/o di ricovero in mobilità passiva regionale. Ciò sempre e comunque nel rispetto della libera scelta del cittadino.

**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.**

### C.3. Individuazione dei criteri di priorità d'accesso nell'ambito delle prestazioni oggetto di monitoraggio.

La DGR 1397 del 24 giugno 2011 stabilisce che entro 90 giorni dall'avvenuta pubblicazione del PRGLA sul Bollettino Regionale, l'ARES produrrà un documento d'indirizzo definito di concerto con le associazioni e le società scientifiche e le organizzazioni dei medici prescrittori, per l'individuazione delle priorità di accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero di cui alle precedenti Tabelle A, B, C e D.

Il presente Piano impegna questa Azienda a recepire entro trenta giorni da tale emanazione, gli indirizzi regionali.

In via transitoria si prevede quanto segue:

- le visite e le prestazioni diagnostiche di cui alle Tabelle A e B dovranno essere assicurate entro 10 giorni (classe di priorità B) laddove la patologia sospetta sia neoplastica (clinicamente o strumentalmente rilevata), o cardiopatia ischemica o aritmia
- le prestazioni richieste per l'inserimento in lista d'attesa per trapianto d'organo devono essere assicurate con classe di priorità D (entro 30 giorni per le visite ed entro 60 giorni per le prestazioni strumentali) e quelle per il mantenimento in lista d'attesa con classe di priorità P ed assicurate entro il tempo indicato dal medico richiedente

### C.4. 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 PRGLA prevede una possibile opzione da parte delle AA.SS.LL. nella scelta di assicurare una determinata prestazione entro i tempi previsti, per ciascuna classe di priorità, al 90% degli utenti:

- individuare specifiche strutture, con agende dedicate per erogare le prestazioni dell'elenco, (standard del PNGLA);
- distribuire la domanda relativa alle prestazioni dell'elenco presso tutti gli erogatori dell'Azienda garantendo, comunque, lo standard di cui al punto precedente.

Lo stesso PRGLA prescrive alle Aziende l'obbligo di indicare tali scelte nei programmi attuativi .

Conseguentemente questa ASL con il presente Piano stabilisce che i GdL indicati ai punti C.1 e C.2, definiranno per ciascuno raggruppamento di prestazioni specialistiche se optare per l'una o l'altra scelta attraverso l'analisi dell'applicazione delle LL.GG. sull'appropriatezza. La metodologia indicata in tali punti, pertanto consentirà all'Azienda di definire anche nei programmi attuativi quale opzione sia stata scelta e gli indici misurabili di fattibilità degli obiettivi.

Inoltre gli stessi GdL dovranno, nelle loro analisi, tenere in debito conto le specificità territoriali per garantire le più idonee soluzioni tecnico-organizzative utilizzando strumenti diversi ambito per ambito (mix di ALPI, Progetti, Strutture convenzionate, ecc.).

Dovranno inoltre essere distinti le garanzie di rispetto dei tempi di attesa per classe di priorità differenziando:



- 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).

I GdL, tra le misure organizzative, potranno tenere in debito conto anche formule in cui gli specialisti ospedalieri operano su strutture territoriale in supporto ai Distretti per particolari prestazioni.

Nel transitorio ciascun Direttore/Responsabile di struttura dovrà porre in essere meccanismi per aumentare l'efficienza produttiva di ciascuna agenda raggiungendo l'obiettivo di incrementare le prestazioni erogate rispetto alla relativa capacità produttiva almeno al 95%. 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.

Inoltre, entro 2 mesi dall'avvenuta approvazione del presente PAGLA, il Gruppo di Coordinamento, in contraddittorio con i gruppi di cui al punto 1.a del paragrafo C.1., dovranno ultimare una revisione delle agende incrociando i dati di dotazione organica e strumentale sull'Azienda.

Infine il PRGLA prevede 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.

A tale scopo questa Azienda ha già avviato un processo di revisione del proprio sito in cui sia più facilmente fruibile l'informazione della disponibilità ed allocazione dei servizi.

Nella nuova versione, tra l'altro, esisterà una sezione dedicata per la prenotazione e disdetta delle prestazioni. Tutte le informazioni saranno tempestivamente diffuse tramite CUP, Punti informativi, farmacie, ambulatori di medicina generale e di pediatri di libera scelta, la newsletter BATSalute, ecc., .

C.5. 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.

Questa Azienda ritiene il processo di monitoraggio e revisione periodica dei risultati conseguiti parte fondante del processo di miglioramento della qualità dei propri livelli di servizio all'utenza.

Si richiama pertanto la fase di revisione a cui i GdL dovranno sistematicamente accedere, come indicato al punto C.1.

Nella fase di "start-up" i GdL procederanno alla relativa revisione dopo tre mesi dall'avvenuta introduzione delle misure. Successivamente verranno forniti a tutti gli interessati del processo, report mensili sulle performance conseguite. Inoltre, con periodicità semestrale, avrà luogo un audit organizzativo per introdurre azioni correttive / miglioramenti organizzativi.

Accanto ai GdL che effettuano monitoraggio periodico ai fini del miglioramento prestazionale ed organizzativo, l'Azienda istituisce con il presente PAGLA delle Unità di Controllo a livello distrettuale ed ospedaliero, che provvedano alla verifica della correttezza formale delle impegnative di competenza e degli altri parametri di appropriatezza, quali ad esempio la corrispondenza tra il sospetto diagnostico e la prestazione richiesta.

Il Sistema Informativo Aziendale predisporrà a tale scopo un report derivato dall'incrocio dei dati CUP e SISR operato attraverso l'impegnativa la quale associa il prescrittore al ricettario consentendo agevole tracciabilità dei comportamenti non conformi.

Pertanto, dovranno essere obbligatorie le indicazioni del codice identificativo di impegnativa ed il sospetto diagnostico anche in fase di prenotazione.

Il Gruppo di Coordinamento raccoglierà i monitoraggi operati dalle Unità di Controllo a livello distrettuale ed ospedaliero, redigendo un rapporto di verifica circa l'appropriatezza prescrittiva dei medici di medicina generale e degli specialisti e li trasmetterà all'Assessorato alle Politiche della Salute ed all'ARes con periodicità annuale

C.6. 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).

Come già accennato al precedente paragrafo C.4, i GdL dovranno, sotto la guida del GdC, procedere, entro 2 mesi, ad una preliminare attività di razionalizzazione/ottimizzazione dell'organizzazione dell'offerta, anche avvalendosi degli strumenti contrattuali, per assicurare idonea organizzazione per:

1. 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 all'inizio della presente delibera;
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.

C.6.1. Disposizioni in materia di gestione delle agende di prenotazione

Secondo indicazione del PRGLA questa ASL fornisce le seguenti indicazioni obbligatorie agli operatori dei vari canali di prenotazione ed ai prescrittori per razionalizzare/ottimizzare l'organizzazione dell'offerta:

- La valorizzazione del campo “classe di priorità” e la definizione del sospetto diagnostico devono, comunque, essere sempre riportate nella ricetta affinché siano chiari il quesito e la motivazione della priorità che viene proposta all’erogatore
- La classe di priorità vale solo per prestazioni di primo accesso pertanto è sempre necessario l’uso sistematico dell’indicazione di prima visita e controllo; sono esclusi i controlli e gli “screening”;
- Nel caso in cui nella ricetta siano presenti più prestazioni, la classe di priorità sarà ricondotta a tutte le prestazioni presenti;
- I codici di priorità indicati devono essere biffati a stampa o a penna se controfirmati dal prescrittore;
- La prescrizione con codice di priorità senza la formulazione del quesito diagnostico da parte del prescrittore, non dà diritto alla garanzia prevista dal PNGLA
- Nel caso in cui l’utente rinunci alla prenotazione prospettata dal CUP, per esercitare una libera scelta presso altro erogatore, decade la garanzia del tempo massimo di attesa, dando una chiara informazione all’utente sul Coupon di prenotazione, della prima data disponibile in attività istituzionale;

Per la gestione delle prestazioni incluse negli elenchi di cui alle Tabelle A e B del presente Atto, affinché siano assicurate le garanzie per gli utenti e la correttezza dei relativi flussi informativi, questa Azienda dispone:

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.
2. Qualora la richiesta non contenga una priorità di accesso definita 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, mentre se si tratta di controllo va gestita come se riportasse il codice 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.
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.
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.
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.

#### C.6.2. Disposizioni per strutture convenzionate

Infine 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.

### C.6.3. Disposizioni in materia di disdetta delle prenotazioni

Il PRGLA evidenzia l'efficacia del sistema di "bonifica" delle Liste d'Attesa attraverso procedure di "recall", pur permanendo un numero non trascurabile di mancate presentazioni, senza preavviso, da parte dei cittadini prenotati.

Per far fronte a tali inefficienze sono percorribili due iniziative:

- Il recall
- L'overbooking.

Entrambe tali strategie dovranno essere implementate.

Nella fase transitoria, come già chiarito nel paragrafo C.4, i Direttori Responsabili delle strutture eroganti, i quali hanno immediata percezione delle ragioni di tali inefficienze e degli strumenti per implementare strategie correttive, dovranno intraprendere azioni immediate volte al conseguimento dell'obiettivo di riempimento al 95% della Lista con prestazioni effettivamente erogate. Tali attività avverranno sotto il coordinamento del Gestore delle Agende.

Fermi restando tali previsioni e strumenti, questa Azienda condivide la necessità di 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.

E' evidente che al fine di rendere cogente l'applicazione delle previste sanzioni, questa Azienda desidera porre il cittadino nelle condizioni più agevoli per effettuare l'eventuale operazione di cancellazione della prenotazione.

A tal fine occorre anzitutto informare adeguatamente il cittadino sulle modalità di cancellazione di una prenotazione e pertanto sul coupon di prenotazione dovranno essere chiaramente riportate le seguenti note:

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

#### I. Canali attraverso i quali effettuare la cancellazione

La ricognizione attuata ha evidenziato che attualmente sono disponibili i seguenti canali di disdetta:

- Sportelli (interni, farmacie, MMG/PLS, ecc.);
- Call-center;

mentre, restano da attivare:

- SMS;
- Fax;
- E-mail – PEC;
- Portale web.

Con il presente PAGLA si dispone da parte dell'Area Innovazione Tecnologica di attivare repentinamente i rimanenti canali di disdetta delle prenotazioni.

#### II. Informazioni da comunicare per effettuare la cancellazione

Attraverso tali canali, dovrà essere possibile mediante semplice comunicazione delle seguenti informazioni: Numero identificativo della prenotazione e Codice Fiscale, cancellare la prenotazione stessa.

#### III. Termini temporali per l'esecuzione della cancellazione

L'Azienda, in aderenza alle previsioni regionali, stabilisce che il termine ultimo, al fine di poter recuperare la "slot" dell'agenda di prenotazione, è di 48 ore dall'appuntamento, escludendo la domenica ed i giorni festivi.

#### IV. Sanzione applicata in caso di mancata presentazione all'appuntamento

La sanzione stabilita dall'art. 3 comma 15 del D.Lgs. 124 del 29/04/1998 è pari all'importo del ticket della prestazione prenotata. Tale sanzione non sarà applicata ove l'utente dimostri di non aver potuto disdire, a causa di gravi e giustificati motivi.

#### C.6.4. Disposizioni attuative

Conseguentemente il presente Piano stabilisce di apportare le modifiche necessarie all'attuale Sistema Informativo CUP, nonché prevederle per il Sistema CUP in fase di acquisizione. Tale adempimento è a carico, rispettivamente, delle strutture Coordinamento CUP ed Area Innovazione Tecnologica, ciascuno per le parti di competenza.

Inoltre le prescrizioni organizzative dovranno essere divulgate mediante idonee sessioni formative a carico delle strutture aziendali: Direzioni di Distretto, Direzioni Mediche di Presidio, Coordinamento CUP, Area Personale-Ufficio Convenzioni, Ufficio Formazione, Ufficio Comunicazione, Rappresentante MMG/PLS, Area Innovazione Tecnologica, ecc., ciascuno per la propria competenza, per garantire diffusa ed omogenea applicazione presso:

- Operatori di sportello, call-center;
- Strutture convenzionate;
- Farmacie Convenzionate Territoriali;

- MMG/PLS;
- Specialisti territoriali ed ospedalieri;
- Altre strutture ospitanti Punti di Prenotazione.

Il Gruppo di Coordinamento opererà il monitoraggio delle operazioni di disdetta e della riscossione delle penali, redigendo un rapporto di verifica circa l'appropriatezza prescrittiva dei medici di medicina generale e degli specialisti e li trasmetterà all'Assessorato alle Politiche della Salute ed all'AReS con periodicità semestrale.

C.7. 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.

L'ASL BT attraverso l'uso diffuso del sistema CUP aziendale, installato capillarmente su:

- postazioni di lavoro di front office (13 uffici CUP c/o i 10 Comuni);
- nella quasi totalità degli ambulatori Territoriali e Ospedalieri;
- presso l'Ipercoop di Barletta e Andria;
- presso tutte le strutture convenzionate (eccezion fatta per ragioni di natura tecnica per la diagnostica di patologia clinica);
- presso le Farmacie Territoriali convenzionate;
- integrazione con alcuni altri CUP delle ASL regionali,

permette una costante attività di controllo dell'offerta e della domanda, sia per prestazioni istituzionali che per prestazioni libero professionali, tale da poter apportare le dovute variazioni alle agende di prenotazione, istituzionali e conseguentemente, rispettare quanto esplicitato nella DGR 24 giugno 2011, n. 1397.

Inoltre nulla osta, previa mera disponibilità dei MMG/PLS, affinché lo stesso sistema CUP sia disponibile presso ogni studio dei medici di base.

Da tempo inoltre questa Azienda, prima in Puglia, ha integrato nel proprio CUP tutte le prestazioni rese in regime di Attività Libero Professionale Intramuraria.

Pertanto vengono gestite centralmente, da parte di personale dipendente dell'Azienda (Gestore Agende di Prenotazione), oltre alle abituali agende dell'offerta istituzionale:

- le agende delle strutture private accreditate;
- le agende dell'attività libero professionale intramoenia (ALPI),

sicché tutte le prestazioni erogabili dall'ASL BT attraverso le proprie strutture erogatrici, istituzionali e ALPI, prestazioni erogate dalle strutture accreditate convenzionate, sono prenotabili attraverso il sistema CUP in uso.

C.8. 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.

Tenendo conto delle iniziative regionali intraprese dal Tavolo della Sanità Elettronica Regionale ed elencate dal PRGLA:

- il Sistema Informativo Sanitario Territoriale (SIST);
- il Sistema regionale di Monitoraggio dell'accesso alle prestazioni sanitarie e dei tempi di attesa (e-CUP);
- il sistema Edotto/Nuovo Sistema Informativo Sanitario Regionale;
- il sistema di Telecardiologia denominato "Cardio online",

questa ASL dispone che ogni sviluppo aziendale debba tener conto delle specifiche di interoperabilità e della integrazione con i Sistemi Informativi regionali: SIST, e-CUP, Edotto, ecc.

C.9. 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. (URP)

La Commissione Aziendale per la Comunicazione (D.G.R. 1079/2008 e D.G.P. 1101/2011) formata dal Direttore Sanitario, dal Dirigente responsabile dell'Area Innovazione Tecnologica, dal Direttore della U.O. di Epidemiologia e Statistica, dal Dirigente responsabile dell'URP e dal Dirigente responsabile del Servizio di Informazione e Comunicazione, predisporrà un piano di comunicazione aziendale sulle liste e i tempi di attesa rivolto ai tutti gli interlocutori interessati. In particolare il piano di comunicazione dovrà rivolgersi ai cittadini, alle associazioni di volontariato rappresentate dal Comitato Consultivo Misto, ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta.

Il piano di comunicazione prevederà la possibilità di utilizzare tutti i mezzi di comunicazione disponibili e in grado di raggiungere il pubblico di riferimento.

In particolare, una sezione del sito internet aziendale verrà riservata alle liste e ai tempi di attesa, aggiornamenti costanti verranno inviati al Portale della Salute della Regione Puglia.

In essa sarà semplificata la fruizione di informazioni relative a disponibilità di prestazioni, strutture eroganti, orari delle relative agende, modalità di prenotazione / modifica / cancellazione, eventuali sospensioni, tempi di attesa ed ogni altra utile specifica informazione. Verranno altresì implementati servizi di prenotazione / modifica / cancellazione / pagamento ticket on-line.

Informazioni di servizio, articoli dedicati, analisi dei dati verranno veicolati anche attraverso la newsletter aziendale *Pat salute*, comunicati stampa, servizi televisivi di approfondimento con l'obiettivo di favorire i processi di orientamento dei cittadini nell'accesso alle strutture erogatrici.

La attività di informazione e comunicazione saranno finalizzate anche a favorire una più omogenea distribuzione delle prenotazioni presso tutti i punti d'erogazioni presenti sul territorio.

Le informazioni comunicate ai prescrittori e ai cittadini sono relative a:

- elenco delle prestazioni per le quali viene assicurato il tempo d'attesa indicato dalla priorità prescritta;
- strutture presso le quali esse sono assicurate;
- condizioni che fanno decadere il diritto alla garanzia del tempo d'attesa;

- condizioni di completezza della richiesta per individuare in modo corretto la garanzia di accesso prioritario e le prescrizioni per la disdetta delle prenotazioni.

La Regione, sulla scorta dei dati forniti dalla Asl, anche relativi ai monitoraggi periodici sui tempi d'attesa, pubblicherà sul Portale Regionale della Salute ([www.sanita.puglia.it](http://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 PRGLA.

#### C.10. Regolamentazione della sospensione dell'attività d'erogazione delle prestazioni.

L'interruzione delle attività di erogazione delle prestazioni (guasto macchina, indisponibilità del personale, ecc) può avvenire solo e soltanto per gravi e giustificati motivi che prescindono dalla volontà aziendale.

Tali eventuali possibilità devono prevedere procedure di emergenza idonee ad informare l'utenza e riorganizzare l'offerta all'avvenuto ripristino.

Non è ammessa alcuna altra tipologia di sospensione.

L'Azienda con il presente PAGLA dà disposizione al GdC di redigere apposita procedura per gestire tali situazioni, tenendo in debito conto le seguenti necessità:

- consultare anche i rappresentanti degli utenti;
- informare il Direttore Sanitario di presidio che a sua volta dovrà darne comunicazione alla direzione aziendale;
- informare nei termini previsti la Regione di ogni sospensione avvenuta (compito diretto della Direzione Aziendale);
- informare nei termini previsti il Ministero della Salute
- registrare ogni evento di interruzione delle attività di erogazione rendendo disponibili almeno le seguenti informazioni:
  - quali prestazioni
  - dove
  - perché
  - inizio e termine della sospensione.

Il Sistema CUP, anche in caso di sospensione, dovrà proseguire le prenotazioni, calcolando i nuovi tempi in funzione della durata dell'interruzione.

Nel caso non sia temporaneamente possibile svolgere nemmeno le attività di prenotazione, l'azienda può fare, per i nuovi utenti, dei pre-appointamenti, 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.

**Il personale dall'ambulatorio interessato dall'evento, avrà cura di contattare gli utenti già prenotati, indicando loro la nuova data di prenotazione.**



C.11. Garanzia di coerenza del sistema dell'offerta da erogare in libera professione con l'obiettivo del contenimento dei tempi d'attesa.

Anche il Sistema di organizzazione dell'attività libera professionale intramuraria (ALPI) produce effetti sul complessivo sistema di governo della domanda e dell'offerta.

L'ASL BT individua l'ALPI come strumento concorrente di governo delle liste d'attesa anche nell'eventuale acquisto di prestazioni dal proprio personale per limitare i Tempi di Attesa.

I GdL di cui al punto C.1 del presente PAGLA, come già descritto più volte, definiranno le motivazioni, le circostanze e le modalità con cui attingere a tale strumento. Il GdC in contraddittorio con tali GdL provvederanno a sottoporre alla Direzione Aziendale le eventuali misure individuate.

I GdL dovranno in apposita sezione delle proprie relazioni monitorare i tempi di attesa istituzionali ed ALPI, verificando il tendenziale allineamento degli stessi.

Nel settore ALPI, i legislatori nazionale e regionale, hanno emanato una serie di disposizioni normative e regolamentari con cui l'attività deve essere organizzata.

In particolare il Sistema di prenotazione e di riscossione delle prestazioni deve avvenire attraverso lo stesso Sistema Informativo CUP-Cassa in uso per le prestazioni rese istituzionalmente.

La ricognizione condotta ha evidenziato che il sistema è da tempo consolidato in uso ed è applicato uniformemente e capillarmente su tutte le agende di prestazioni ALPI. Anche il cosiddetto regime di ALPI allargata è coperto da collegamenti telematici presso gli studi medici privati, con cui, anche le attività di prenotazione/modifica/cancellazione sono eseguite in tempo reale sul Sistema Informativo CUP (parte ALPI) ed inoltre la fatturazione è immediatamente consegnata, a prestazione eseguita, al cittadino ed il relativo movimento contabile registrato nel Sistema Informativo della Cassa aziendale.

Il Regolamento ALPI è stato approvato con Deliberazione n. 1357 del 2008 che ha attivato i previsti Organismi di promozione e di verifica dell'ALPI.

Tutte le agende ALPI sono conferite e gestite dal gestore aziendale delle agende.

La contestuale presenza delle prestazioni istituzionali ed ALPI nello stesso sistema, consente di effettuare le verifiche sui volumi di attività previste dalla Legge 120/2007, che nel caso dell'ALPI non superano l'attività istituzionale.

**D. Predisposizione di procedure obbligatorie inerenti le attività di ricovero**

D.1. 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".

La verifica interna, richiesta dal PRGLA, ha mostrato che il Regolamento di gestione delle Agende di Prenotazione dei Ricoveri Programmati, coerente con le Linee Guida nazionali regionali in materia è permanentemente pubblicato, anche a tutela del cittadino, sul sito aziendale.

I GdL di cui al paragrafo C.1 sotto la sorveglianza delle Direzioni Mediche di Presidio condurranno, con urgenza, una ulteriore verifica di coerenza della gestione del ricovero programmato con quanto previsto dal citato regolamento con la finalità di evidenziare eventuali pratiche che si scostino da quanto previsto al Capitolo 4 del Progetto Mattone sui "Tempi di Attesa".

L'Area Innovazione Tecnologica ha il compito, entro il termine del presente anno solare, di implementare un Sistema Informativo di gestione dei ricoveri programmati, distribuirlo e formare il personale all'uso al fine di gestire i suddetti ricoveri in coerenza con le citate Linee Guida e monitorare i Tempi di Attesa e gestire più efficientemente i Flussi Informativi nazionali e regionali "ex-post" ed "ex-ante".

L'Area Personale – Ufficio Convenzioni, convocherà apposita conferenza di servizio con le strutture accreditate per la verifica dell'avvenuta introduzione delle Agende dei ricoveri programmati, dei relativi regolamenti organizzativi e della effettiva applicazione degli stessi. Appositi audit sulla corrispondenza tra i dati SDO e la tenuta delle Agende di prenotazione dovranno essere condotti su tali strutture da parte dell'UVAR aziendale.

Il GdC coordinerà la redazione di apposita relazione da inviare alla Regione Puglia redatta dall'Area Personale – Ufficio Convenzioni e da parte dell'UVAR aziendale.

**D.2. Inserimento nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) della nota di prenotazione e della classe di priorità (DM 8 luglio 2010, come citato in premessa del PRGLA 2010-2012).**

Le attuali procedure aziendali rese cogenti dall'iniziativa della Regione Puglia di cui alla nota AOO\_081/337/PGS2 del 24/01/2011 e successive comunicazioni sono applicate anche in virtù del processo di validazione operato sulle SDO dal SISF.

Inoltre l'avvenuta adozione del regolamento citato al precedente punto D.1, diffuso a tutte le UU.OO. e periodicamente monitorato dalle Direzioni Mediche di Presidio e dall'UVAR, ha consentito ed è ritenuto strumento idoneo a agevolare l'applicazione delle citate disposizioni.

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

**E.1. Definizione della struttura dei Programmi attuativi aziendali.**

L'ASL BT ha redatto il presente PAGLA, ed in questa sede ne dà atto, in stretta coerenza con le indicazioni e la struttura indicata nel PRGLA.

Inoltre sono stati applicati tutti gli indicatori di valutazione sub) 2 del PRGLA secondo le indicazioni dello stesso PRGLA.

**E.2. Individuazione degli indirizzi uniformi per le attività di monitoraggio**

Le attività di monitoraggio dell'attuazione del PAGLA saranno condotte secondo quanto definito nel seguito, alla sezione F del presente documento.

IL GdC coordinerà l'invio delle relazioni citate nei punti precedenti del presente documento.

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

Questa Azienda ha già allineato i propri Sistemi Informativi alla predisposizione dei Flussi per il monitoraggio dei tempi d'attesa, come da Accordo Stato-Regioni sul PNGLA stipulato il 28.10.2010 e di cui alla nota DGPROG 0042754-P-30/12/2010 del Ministero della Salute ed in coerenza con le indicazioni della nota regionale AOO\_081/504/PGS2 del 03/02/2011 dell'Ufficio 2 - Sistemi Informativi e Flussi Informativi del Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria.

Nel seguito del PAGLA si dettagliano i contenuti e le caratteristiche specifiche di ciascun monitoraggio.

### **F.1. Monitoraggio ex-post.**

Il monitoraggio "ex-post" delle prestazioni di cui al paragrafo 3.1 del PRGLA prevede quelle informazioni già obbligatorie e previste dal Flusso Informativo ex art. 50 legge 326/2003 e successivo aggiornamento del comma 5 del decreto del Ministero dell'Economia e Finanze del 18 marzo 2008. 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
6. Codice struttura che ha erogato la prestazione

L'ASL BT ha istituito apposita figura responsabile dei Flussi ex Art.50 L. 326/2003 e, tale figura è responsabile del monitoraggio, dei livelli qualitativi del relativo dato, della completezza dei flussi e dell'invio secondo le vigenti procedure.

Il responsabile dianzi citato, predisporrà, con ogni urgenza, apposito foglio di calcolo in formato MS Excel, da inviare in Regione, contenente le informazioni di cui appresso:

Codice ASL	Codice Struttura erogatrice (modello STS11 DM 05/12/2006) (1)	Codice Struttura erogatrice riportata nel flusso ex art.50	Descrizione struttura erogatrice	Codice Prestazione da nomenclatore	Descrizione Prestazione da nomenclatore nazionale

(1) Fare riferimento alla nota AOO\_081/504/PGS2 del 03/02/2011 Contenuti informativi

I campi iscritti 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.

### **F.2. Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione.**

In occasione dell'eventuale sospensione dell'attività di erogazione delle prestazioni, una volta ricevuta la segnalazione da parte della struttura competente (Direzione Medica di Presidio,

Direzione di Distretto), la Direzione Aziendale, predisporrà, con ogni urgenza, apposito foglio di calcolo in formato MS Excel, da inviare in Regione per il tramite del proprio Coordinamento CUP, contenente le informazioni di cui appresso:

Codice ASL	Codice Struttura erogatrice (modello STS11 DM 05/12/2006)	Codice Struttura erogatrice riportata nel flusso ex art.50	Durata della sospensione	Codice della sospensione	Codice raggruppamento oggetto di sospensione

Il monitoraggio di cui innanzi riguarderà le sospensioni relative alle prestazioni di cui al paragrafo 3.1 del PRGLA, nel caso in cui la sospensione riguardi l'indisponibilità assoluta dell'erogazione di una certa prestazione in una singola struttura (anche convenzionata) afferente all'ASL BT, cioè non ci siano altre risorse che continuino ad erogare tale prestazione garantendo così il servizio.

### F.3. Monitoraggio attività di ricovero.

Il flusso informativo relativo al monitoraggio delle prenotazioni di ricovero ospedaliero programmato, con particolare riferimento alle tipologie riportate al paragrafo 3.2 del PRGLA ed erogate presso strutture ospedaliere aziendali o convenzionate verrà effettuato mediante monitoraggio delle SDO sui seguenti contenuti informativi:

1. Codice struttura
2. Tipo di ricovero
3. Regime di ricovero
4. Data di prenotazione
5. Classe di priorità
6. Codice intervento chirurgico/procedura diagnostico terapeutica
7. Data intervento chirurgico /procedura diagnostico terapeutica

### F.4. Monitoraggio ex-ante.

Il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità "ex ante", verrà effettuato attraverso monitoraggio diretto da Sistema CUP delle prestazioni elencate nel paragrafo 3.1 del PRGLA, per il primo accesso e per le classi di priorità B e D, condotto nella prima settimana del mese di aprile e di ottobre. Esse sono, per l'anno 2011:

Numero	Prestazioni oggetto di monitoraggio	Codice nomenclatore
1	visita cardiologica	89.7
2	visita chirurgia vascolare	89.7
3	visita endocrinologica	89.7
4	visita neurologica	89.13
5	visita oculistica	95.02
6	visita ortopedica	89.7
7	visita ginecologica	89.26
8	visita otorinolaringoiatra	89.7
9	visita urologica	89.7
10	visita dermatologica	89.7
11	visita fisiatrica	89.7
12	visita gastroenterologica	89.7
13	visita oncologica	89.7
14	visita pneumologica	89.7
17	TAC con e senza contrasto Addome superiore	88.01.2 - 88.01.1;
18	TAC con e senza contrasto Addome inferiore	88.01.4 - 88.01.3;
19	TAC con e senza contrasto Addome completo	88.01.6 - 88.01.5;
20	TAC con e senza contrasto capo	87.03 - 87.03.1
23	RMN cervello e tronco encefalico	88.91.1 - 88.91.2;
26	RMN colonna vertebrale	88.93 - 88.93.1;
31	Ecografia Addome	88.74.1 - 88.75.1 88.76.1;

mentre per l'anno 2012 saranno tutte quelle del relativo elenco.

Il relativo flusso informativo sarà allineato alle disposizioni che di volta in volta verranno indicate da parte dell'ARES.

#### F.5. Monitoraggio siti WEB.

Il Dirigente responsabile dell'URP, il Dirigente responsabile del Servizio di Informazione ed il Dirigente responsabile dell'Area Innovazione Tecnologica, ciascuno per le proprie competenze, appronteranno le informazioni utili al monitoraggio sistematico delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero che il Ministero della Salute, l'AgeNaS e la Regione, di concerto e con cadenza annuale, attiveranno su tutto il territorio nazionale.

#### F.6. Monitoraggio ALPI.

L'Ufficio ALPI appronterà le informazioni utili alle rilevazioni periodiche che l'AgeNaS promuoverà nonché alle rilevazioni che sullo stesso argomento effettuerà la Regione Puglia.

#### F.7. Monitoraggio PDT

L'attività dei GdL coordinata dal GdC predisporrà, come evidenziato dal paragrafo C.2 del presente documento, le apposite Linee Guida per i PDT.

Atteso che il monitoraggio previsto dal PRGLA è relativo soltanto a quattro specifiche patologie nell'ambito dell'area oncologica (carcinoma del colon-retto, mammella, polmone) e cardiovascolare (by-pass aorto-coronarico) e che tutte le informazioni utili sono contenute nella SDO che il SISR valida, si ritiene che le attuali procedure che prevedono:

- Introduzione/validazione della SDO da parte dei competenti Uffici delle Direzioni Mediche di Presidio;
- Verifica a campione diffuso da parte degli Uffici UVAR sulla completezza di compilazione delle SDO ed appropriatezza dei ricoveri;

siano sufficienti a garantire idonei flussi informativi.

In merito si raccomanda comunque, agli Uffici indicati, di verificare con attenzione le informazioni riportate nella SDO sulle procedure diagnostiche e chirurgiche effettuate.