

Affissione all'Albo Pretorio
dal 15 SET. 2011 al 30 SET. 2011



REGIONE PUGLIA

ASL FG

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA
(Istituita con L.R. 28/12/2006, n. 39)

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 1341 del Registro

OGGETTO: Piano Attuativo Aziendale per il Governo delle Liste di Attesa – triennio 2011/2013.

L'anno 2011 il giorno 15 del mese di SETTEMBRE

nella sede della ASL FG, Piazza della Libertà, 1 Foggia, il Direttore Generale *Dott. Ruggiero Castrignanò*, nominato con D.G.R. n. 2079 del 04/11/2008, coadiuvato dal Direttore Amministrativo *Dott. Nicola Ciccarelli* e dal Direttore Sanitario *Dott. Leonardo Trivisano*, ha adottato la seguente deliberazione:

Il Direttore Generale

Sulla base dell'istruttoria espletata, anche quale Responsabile del Procedimento, dal dr. Luciano d'Amito, dirigente medico in servizio presso la Direzione Sanitaria;

Vista:

- la D.G.R. 4 agosto 2010 ad oggetto "Adempimenti ex Intesa Stato-Regioni 28/03/2006: Piano Regionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008";

Vista

- la Legge n. 266/2005, art. 1, che al comma 282;
- la D.G.R. n. 1397/11 di approvazione del "Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2011 - 2013"

Considerato

- obbligo etico dell'Amministrazione, oltre che adempimento dovuto, il recepimento del PRGLA;

Ritenuto:

- necessario adottare uno specifico documento sulle regole di sospensione delle attività di erogazione delle prestazioni e delle linee guida di prenotazione dei ricoveri ospedalieri;

Acquisiti i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

DELIBERA

Per le motivazioni riportate in premessa e che qui si intendono integralmente richiamate:

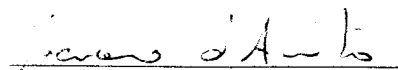
- 1) Di adottare il "Piano Attuativo Aziendale per il Governo delle Liste di Attesa" allegato e parte integrante della presente deliberazione;
- 2) Di adottare il documento "Linee Guida per la sospensione delle attività di erogazione delle prestazioni", recependo la D.G.R. 4 agosto 2006 n. 1200, allegato e parte integrante del Piano Aziendale;
- 3) Di adottare il documento "Linee Guida per le agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili", allegato e parte integrante del Piano Aziendale;
- 4) Di disporre la notifica del Documento a tutti gli attori coinvolti: Direttori dei PP.OO., Direttori dei Distretti, Servizi Sovradistrettuali, Società di gestione del CUP Aziendale.



SI ATTESTA LA LEGITTIMITA' E CONFORMITA' DEL PRESENTE PROVVEDIMENTO
ALLA LEGISLAZIONE VIGENTE:

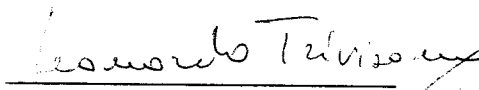
IL PROPONENTE

dr. Luciano d'Amito, dirigente medico direzione sanitaria



IL DIRETTORE SANITARIO

(Dott. Leonardo Trivisano)



IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

(Dott. Nicola Ciccarelli)



Area Gestione Risorse Finanziarie

Visto, per il riscontro contabile.

Conto _____ Budget anno _____

Il Dirigente (Dott. Nicola Perrella) _____

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Ruggiero Castrignanò)



PUBBLICAZIONE

N. 1372

La presente deliberazione è stata pubblicata all'Albo Pretorio della ASL FG per gg. 15 consecutivi ai sensi dell'art. 23, comma 1, L.R. 22/06/1994, n. 22

dal 15 SET. 2011 al 30 SET. 2011

ESECUTIVITA'

(ai sensi dell'art. 23, comma 2, L.R. 22/06/1994, n. 22)

La presente deliberazione, trascorsi 10 giorni dalla su indicata data di inizio di pubblicazione, è divenuta esecutiva il 26 SET. 2011

La deliberazione è stata inviata al COLLEGIO SINDACALE il 15 SET. 2011

Allegato alla Delibera

n. 1341 del 15 SET. 2011

consta di n. 19 fogli.



Regione Puglia

ASL FG

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA

(Istituita con L.R. 28/12/2006, n. 39)

C.F. e P. IVA: 03499370710

**“PIANO ATTUATIVO AZIENDALE PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI
ATTESA – triennio 2011 / 2013.”**

Premessa.

Il presente Piano Aziendale è adottato in recepimento e condivisione della D.G.R. n. 1397 di approvato del “Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2011-2013”.

La tutela della salute, intesa come diritto fondamentale dell’individuo ed interesse della comunità, è garantita attraverso il SSN di tipo universalistico. A causa della “asimmetria informativa” il cittadino è portato a dare una interpretazione estensiva del diritto alla salute, pertanto, in assenza di strumenti di governo e di gestione, si genera il fenomeno delle liste di attesa.

Sulla dimensione del diritto alla salute e sulla gestione delle liste di attesa sono intervenuti vari provvedimenti e atti di indirizzo sia nazionali, quali il DPCM del 29 novembre 2001 con la definizione dei LEA, che regionali, quali la D.G.R. 1200/06, la D.G.R. 68/07 e la D.G.R. 854/10.

L’obiettivo prioritario dell’Azienda Sanitaria è quello di intercettare il reale bisogno di prestazioni sanitarie e di tendere a far coincidere la domanda di prestazioni con il bisogno individuato.

Considerando la necessità di non comprimere il diritto del cittadino, diventa indispensabile proseguire lungo un percorso di crescita culturale di tutti gli attori coinvolti: dai medici prescrittori, ai sanitari erogatori di prestazioni, ai Comitati Consultivi Misti, ai cittadini e loro rappresentanze.

Dovendo tendere alla soddisfazione della domanda con la capacità erogativa aziendale è indispensabile affrontare il problema dell’appropriatezza sia sul versante prescrittivo che sul versante erogativo; a tal fine dovrà essere attivato un processo di audit tra i diversi attori.

Con questo documento si intende definire le strategie attuative dell’Azienda per il governo delle liste di attesa in coerenza con le normative regionali.

Il Piano, così come di seguito dettagliato, sarà oggetto di specifici incontri con tutti gli attori interni ed esterni all’Azienda al fine di raggiungere la massima condivisione possibile e per recepire eventuali miglioramenti allo stesso.

Nel predisporre il Piano Aziendale si è adottata la stessa metodica della D.G.R. 1397/11 per garantire la completezza degli aspetti affrontati.

RECEPIMENTO DELL'ELENCO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI, DEI LORO TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE E DELLE CLASSI DI PRIORITA'.

I tempi massimi per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali devono essere correlati al criterio di gravità della condizione clinica rilevata al momento della prescrizione clinica (campo 26 della ricetta)

codici di priorità e tempi massimi

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

A regime la tempistica indicata dovrà essere rispettata per tutte le prestazioni LEA, attualmente l'impegno assunto con il presente documento è di tendere al rispetto del tempo massimo al 90% dei prenotati per le "prime visite" e le "prime prestazioni diagnostico/terapeutiche" successivamente elencate.

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

visite specialistiche

numero	Prestazione	Codice	Codice disciplina
1	Visita cardiologica	89.7	8
2	Visita chirurgia vascolare	89.7	14
3	Visita endocrinologica	89.7	19
4	Visita neurologica	89.13	32

Piano Attuativo Aziendale per il governo delle Liste di Attesa.

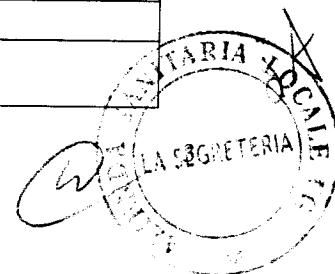


5	Visita oculistica	95.02	34
6	Visita ortopedica	89.7	36
7	Visita ginecologica	89.26	37
8	Visita otorinolaringoiatria	89.7	38
9	Visita urologica	89.7	43
10	Visita dermatologica	89.7	52
11	Visita fisiatrice	89.7	56
12	Visita gastroenterologica	89.7	58
13	Visita oncologica	89.7	64
14	Visita pneumologica	89.7	68

prestazioni strumentali

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore
Diagnostica per immagini		
15	Mammografia	87.37.1 - 87.37.2
16	TC senza e con mezzo di contrasto Torace	87.41 - 87.41.1
17	TC senza e con mezzo di contrasto Addome superiore	88.01.2 - 88.01.1
18	TC senza e con mezzo di contrasto Addome inferiore	88.01.4 - 88.01.3
19	TC senza e con mezzo di contrasto Addome completo	88.01.6 - 88.01.5
20	TC senza e con mezzo di contrasto Capo	87.03 - 87.03.1
21	TC senza e con mezzo di contrasto Rachide e speco vertebrale	88.38.2 - 88.38.1
22	TC senza e con mezzo di 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

Piano Attuativo Aziendale per il governo delle Liste di Attesa.



altri esami specialistici		
34	Colonscopia	45.23 - 45.25 - 45.42
35	Sigmoidoscopia con endoscopia flessibile	45.24
36	Esofagogastroduodenoscopia	45.13 - 45.16
37	Elettrocardiogramma	89.52
38	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50
39	Elettrocardiogramma da sforzo	89.71 - 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

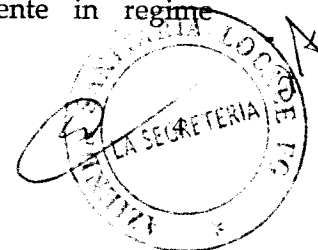
RECEPIMENTO DELL'ELENCO DELLE PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO, DEI LORO TEMPI MASSIMI DI EROGAZIONE E DELLE CLASSI DI PRIORITA'.

Benché a regime le classi di priorità dovranno essere utilizzate per tutti i ricoveri programmabili, attualmente la ASL, coerentemente all'impostazione regionale, intende garantire l'uso sistematico delle classi di priorità per i ricoveri indicati nelle tabelle successive.

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

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 pecutanea del fegato(1)	50.11	
47	Emorroidectomia	49.46	
48	Riparazione ernia inguinale(1)	-53.10	

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



PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO			
Numero	Prestazione(2)	Codice intervento	Codice diagnosi
49	Interventi chirurgici tumori della mammella	Categoria 85.4	Categoria 174
50	Interventi chirurgici tumori della prostata	60.5	185
51	Interventi chirurgici tumori colon retto	45.7x -45.8; 48.5 - 48.6	Categoria 153-154
52	Interventi chirurgici tumori dell'utero	Da 68.3 a 68.9	Categoria 182
53	By pass aorto-coronarico	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 tumori del polmone	32.3 - 32.4 - 32.5 - 32.9	
58	Tonsillectomia	28.2 - 28.	

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

INDIVIDUAZIONE DELLE LINEE GENERALI DI INTERVENTO PER IL CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA.

Essendo scientificamente provato che in sanità la maggior offerta incrementa la domanda è evidente che lo strumento principale per il governo della domanda è rappresentato dalla appropriatezza, intesa globalmente nei suoi molteplici significati di efficacia, efficienza e opportunità.

Tanto considerato la Asl si impegna ad utilizzare i seguenti strumenti:

- Utilizzo sistematico delle classi di priorità per l'accesso alle prestazioni;
- Definizione di un preciso programma di verifica dell'appropriatezza della domanda coinvolgendo tutti gli attori e potenziando l'attività in ambito distrettuale e dell'Ufficio Programmazione e Monitoraggio delle attività di Medicina Generale;
- Predisposizione di una specifica attività formativa sull'appropriatezza prescrittiva e sulla diffusione e discussione delle Linee Guida Regionali ed Aziendali, per i Medici di Medicina Generale, gli Specialisti Territoriali ed Ospedalieri utilizzando le varie possibilità contrattuali (formazione obbligatoria, formazione ECM).

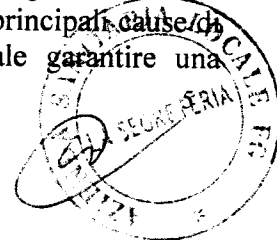
L'attività di formazione, successivamente alle prime esperienze, verrà ripetuta dopo l'analisi delle criticità rilevate. Nel campo della formazione la ASL FG ha già maturato una valida esperienza con un corso sulla appropriatezza prescrittiva rivolta ai Pediatri di Libera Scelta.

E' evidente che si tratta di un percorso culturale impegnativo che dovrà essere condiviso da tutti gli attori, dovendo anche superare la naturale autoreferenzialità degli attori stessi.

In attesa che l'AReS definisca il documento delle specifiche cliniche per la priorità di accesso alle prestazioni ambulatoriali, la ASL FG, in via transitoria, emanerà, entro 30 giorni dalla adozione del presente PA, direttive ai prescrittori ed ai CUP per l'utilizzo della classe di priorità B (erogazione entro 10 giorni) per le visite e le prestazioni diagnostiche recepite nell'atto aziendale per sospetta patologia neoplastica e per sospetta cardiopatia ischemica o aritmia. La ASL riceverà le specifiche cliniche definite dall'AReS per le priorità d'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero entro i 30 giorni successivi alla loro adozione.

Particolare attenzione deve essere posta nei confronti dei pazienti affetti da patologie del sistema cardiocircolatorio e da patologie neoplastiche che statisticamente rappresentano le principali cause di morte nel nostro Paese. Nel sospetto di queste patologie diventa fondamentale garantire una

Piano Attuativo Aziendale per il governo delle Liste di Attesa.



continuità assistenziale ed una presa in carico del cittadino accompagnandolo in termini preferenziali dal sospetto diagnostico all'esecuzione delle visite specialistiche e delle prestazioni strumentali sino all'inizio della terapia. Da qualsiasi punto del percorso assistenziale aziendale avvenga il contatto con il sistema dell'offerta aziendale, sia esso un presidio ospedaliero o un poliambulatorio, al cittadino con sospetto di patologia del sistema cardiocircolatorio o di patologia neoplastica devono essere garantiti tempi massimi congrui.

Nello specifico la ASL si impegna a garantire per almeno il 90% dei pazienti in tale situazione la erogazione della visita entro i dieci giorni dalla presentazione della richiesta, la fase diagnostica entro i trenta giorni e l'inizio della terapia entro trenta giorni dall'indicazione clinica.

Le patologie che la ASL procederà a monitorare sono:

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

Il monitoraggio consentirà la rilevazione dei tempi massimi di attesa per il cittadino sia del momento della definizione diagnostica che del momento iniziale della terapia.

Con successivo atto deliberativo la ASL provvederà ad adottare un modello organizzativo di specifici Percorsi Diagnostico Terapeutici e di Pacchetti Ambulatoriali Complessi. In questi atti verrà definito in termini puntuali e coerenti la modalità di integrazione ospedale-territorio e la responsabilità della presa in carico del paziente.

Monitoraggio PDT: la ASL si impegna ad emanare le direttive alle UU.OO. interessate al fine di assicurare la corretta compilazione delle SDO in riferimento alle procedure diagnostiche e chirurgiche effettuate consentendo all'AreS l'elaborazione dei tempi di attesa dei PDT.

INDIVIDUAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI IN CUI GARANTIRE I TEMPI MASSIMI D'ATTESA.

Nel tempo la ASL FG ha programmato l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali privilegiando la vicinanza al cittadino e, pertanto, considerando la vastità e la configurazione geografica del territorio di competenza, questa scelta ha comportato una presenza cospicua di poliambulatori e ambulatori specialistici.

Valutata quindi l'impossibilità di garantire le prestazioni dell'elenco presso tutte le strutture erogatrici, la ASL si è orientata ad individuare specifiche strutture in cui garantire per il 90% degli utenti il rispetto dei tempi massimi.

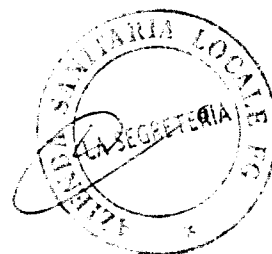
I criteri utilizzati per tale individuazione sono stati:

- la quantificazione della popolazione afferente all'ambito territoriale delle varie strutture;
- la frequenza di richiesta delle prestazioni;
- le risorse disponibili per le varie strutture;
- la differente tipologia (presidio ospedaliero/poliambulatorio) per le prestazioni di base e di media/alta complessità;
- la presenza nello stesso territorio di strutture pubbliche e accreditate.

elenco strutture con garanzia dei tempi massimi di attesa

<i>Tipologia</i>	<i>sede</i>
Presidio Ospedaliero	San Severo
Presidio Ospedaliero	Cerignola
Presidio Ospedaliero	Lucera
Poliambulatorio Piazza Libertà	Foggia
Poliambulatorio	Troia
Poliambulatorio	Manfredonia
Poliambulatorio	Sannicandro Garganico
Poliambulatorio	Rodi

Piano Attuativo Aziendale per il governo delle Liste di Attesa.



5/7

Per le strutture indicate si procederà alla organizzazione di agende dedicate.

Trattandosi di una profonda riorganizzazione del sistema dell'offerta la ASL si riserva un approfondimento della tematica onde concordare e condividere con tutti gli attori interni ed esterni la presente scelta programmatica.

Definite le scelte si provvederà immediatamente alla diffusione dell'elenco delle strutture con le relative prestazioni secondo le modalità indicate nel PRGLA: medici prescrittori, associazione di cittadini, punti di informazione, sedi di abituale accesso dei cittadini, ecc.

REVISIONE PERIODICA E PROCEDURE DI VERIFICA DELLA APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA.

La ASL, oltre al già dichiarato obiettivo di promuovere l'appropriatezza prescrittiva tramite percorsi formativi e diffusione/condivisione di Linee Guida Regionali e/o nazionali, provvederà nell'immediato (a regime dopo il recepimento il documento delle specifiche cliniche per la priorità di accesso alle prestazioni ambulatoriali elaborato dall'AReS) a regolamentare l'erogabilità delle prestazioni nei seguenti termini:

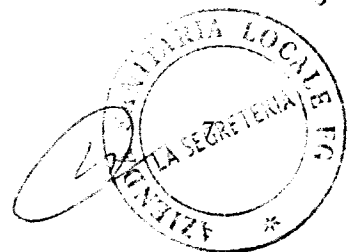
- 1) il Sistema CUP Aziendale individuerà dal codice di prestazione che trattasi di "prestazione cui riconoscere la garanzia dei tempi massimi d'attesa";
- 2) ogni prescrizione dovrà contenere il sospetto diagnostico;
- 3) verrà potenziato l'uso delle "classi di priorità" a salvaguardia dei diritti dei cittadini;
- 4) la valorizzazione della "classe di priorità" sarà obbligatoria per il primo accesso alle prestazioni previste dal PRGLA;
- 5) la richiesta priva di classe di priorità verrà considerata come domanda di prestazione successiva alla prima e/o programmabile;
- 6) la richiesta priva di sospetto diagnostico, anche in presenza della indicazione del codice di priorità, non darà diritto alla garanzia dei tempi massimi di attesa;
- 7) la "classe di priorità" dovrà essere biffata a stampa, nell'ipotesi che sia indicata a penna dovrà contenere la controfirma del prescrittore;
- 8) l'operatore del CUP proporrà sempre la prima data utile, nell'ipotesi che il cittadino scelga un altro erogatore decade dal diritto della garanzia dei tempi massimi di attesa; tale situazione verrà evidenziata sul coupon di prenotazione, come già avviene regolarmente nella operatività del CUP della ASL FG;
- 9) il sistema CUP aziendale rileverà, in termini informatici, la tipologia della classe di priorità al fine di garantire i flussi del monitoraggio.

La ASL intende potenziare e stimolare la funzione di valutazione e verifica dell'appropriatezza non solo tramite programmi di formazione, ma prevedendo un forte impegno in tal senso da parte dei Distretti e dell'Ufficio per la programmazione e il monitoraggio delle attività in Medicina Generale (L.R. 3 agosto 2006 n. 25).

L'Ufficio di programmazione dovrà redigere una relazione trimestrale da inviare alla Direzione Sanitaria Aziendale circa i risultati di verifica.

Per consentire detta attività di valutazione verrà richiesto agli erogatori di indicare le richieste che non risulteranno congrue rispetto alle classi di priorità indicate.

In via transitoria, verranno emanate, entro 30 giorni dalla adozione del presente PA, direttive ai prescrittori ed ai CUP per l'utilizzo della classe di priorità B (erogazione entro 10 giorni) per le visite e le prestazioni diagnostiche recepite nell'atto aziendale per sospetta patologia neoplastica e per sospetta cardiopatia ischemica o aritmia.



RAZIONALIZZAZIONE E OTTIMIZZAZIONE DELLA ORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA.

Nel processo di riorganizzazione la ASL FG assicurerà una rigorosa gestione delle agende con i seguenti criteri:

- 1) opportuna programmazione di adeguati volumi di attività ambulatoriale, in tal senso si sta procedendo alla omogeneizzazione di tale aspetto secondo la tempistica delle prestazioni prevista dallo studio di settore del SUMAI;
- 2) garanzia di stabilità dei processi di erogazione, regolarmente già utilizzata in ambito aziendale, al fine di non incorrere in sospensioni ingiustificate o non programmate;
- 3) periodico confronto tra attività erogata e domanda al fine di programmare una successiva riorganizzazione dell'offerta;
- 4) definizione di PDT e PAC;
- 5) definizione della presa in carico del paziente per il completamento dell'iter diagnostico/terapeutico.

Disposizioni in materia di prenotazione.

La ASL intende adottare le seguenti disposizioni:

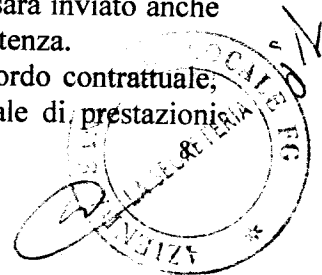
- a) in presenza del codice di priorità U, B o D l'operatore CUP consulterà prioritariamente le agende delle strutture individuate per la garanzia dei tempi massimi di attesa;
- b) in presenza di un chiaro quesito diagnostico e senza una corretta indicazione di codice di priorità, l'operatore CUP procederà nel seguente modo:
 - in occasione di un "primo accesso" garantirà la classe di priorità D (Differibile);
 - in occasione di un "controllo" procederà secondo la classe P (Programmabile);
- c) in presenza di una richiesta con classe di priorità P, che può essere utilizzato dal prescrittore sia per il primo accesso che per il controllo, l'operatore CUP procederà nel seguente modo:
 - in presenza di indicazione temporale assegnerà il tempo indicato dal prescrittore;
 - in assenza di indicazione temporale assegnerà la prima data utile dell'erogatore prescelto e, comunque, superiore alla classe D (Differibile);
- d) il "primo accesso" ha le seguenti caratteristiche:
 - prescrizione con quesito diagnostico per un problema del paziente che si presenta per la prima volta;
 - prescrizione dello specialista che nella valutazione di un primo accesso richiede, con indicazione del sospetto diagnostico, l'erogazione di un'altra prestazione per l'approfondimento diagnostico ad altro specialista;
 - prescrizione con quesito diagnostico in un paziente con diagnosi già definita (cronico) per l'insorgenza di un nuovo problema o di una riacutizzazione tale da rendere necessaria una rivalutazione complessiva;
- e) il "controllo" ha le seguenti caratteristiche:
 - accesso presso lo stesso specialista del "primo accesso" (presa in carico) per un approfondimento diagnostico;
 - accesso per visite o prestazioni diagnostiche programmate nell'ambito di un follow up;
- f) in assenza della specificazione di prima visita o controllo, prima della messa a regime dell'organizzazione:
 - l'operatore CUP accetterà come "prima visita" la richiesta di una prestazione non eseguita dal paziente nei 365 giorni precedenti;
 - l'operatore CUP accetterà come "controllo" la richiesta di una prestazione già eseguita dal paziente nei 365 giorni precedenti

Strutture accreditate.

La D.G.R. 1397 è stata già trasmessa alle strutture accreditate e, successivamente, sarà inviato anche il presente Piano Aziendale per garantire che le stesse adottino le iniziative di competenza.

La ASL FG ha già reso visibile le agende di molte strutture accreditate. Nell'accordo contrattuale, oltre il volume e la tipologia di prestazioni da erogare, prevederà una percentuale di prestazioni

Piano Attuativo Aziendale per il governo delle Liste di Attesa.



erogabili come “primo accesso”, prenotabili esclusivamente tramite il sistema CUP Aziendale e una percentuale per approfondimenti e controlli/piani terapeutici prenotabile dall’erogatore stesso. Nella prima fase di sperimentazione si proporrà una percentuale del 70% per le prime prestazioni e di un 30% per indagini di approfondimento o di controllo a distanza.

Disposizioni in materia di disdetta delle prestazioni.

La disdetta delle prenotazioni ha l’obiettivo di rendere fruibile le prestazioni sanitarie per il maggior numero di cittadini, quindi è indispensabile ridurre lo scarto fra la capacità erogativa (C) e le prestazioni erogate (Pe).

Questo obiettivo ha visto un impegno costante della Direzione Sanitaria Aziendale poiché si sono dovuti inizialmente contrastare dei comportamenti autoreferenziali nei poliambulatori. Ad esempio, da alcune rilevazioni effettuate parametrando le prestazioni prenotate con quelle erogate, si è evidenziato che esisteva uno scarto percentuale dovuto alla mancata validazione delle impegnative per le prestazioni erogate dagli specialisti in anticipo rispetto alla data di prenotazione.

La direzione Sanitaria è intervenuta con precise disposizioni tese ad annullare tali comportamenti.

Persistendo comunque una differenza tra la capacità erogativa e le prestazioni erogate, e successivamente agli opportuni confronti con le Organizzazioni Sindacali, la ASL ha adottato la Deliberazione n. 687 del 23 maggio 2011 ad oggetto “Sperimentazione con i medici di medicina specialistica ambulatoriale interna per la riduzione delle liste di attesa con la modalità dell’overbooking” in coerenza con quanto previsto dal 3° Accordo Regionale di settore (D.G.R. 1650/06). In tal senso i Direttori dei Distretti stanno concordando con gli specialisti ambulatoriali interni la prenotazione di un numero di prestazioni aggiuntive (non superiori al 20%) per ogni agenda sulla scorta della tempistica delle prestazioni prevista dallo studio di settore del SUMAI. Tale iniziativa prevede una prima fase sperimentale con successiva valutazione dei risultati.

Per la disdetta delle prenotazioni, attualmente, il sistema CUP aziendale consegna ad ogni prenotato uno specifico coupon con le dovute indicazioni.

La ASL si impegna a dettagliare più compiutamente tali informazioni come previsto dal PRGTA, ossia a indicare:

- tutti i canali utilizzabili per la cancellazione: sportello CUP, numero telefonico;
- informazioni necessarie per la cancellazione: numero di prenotazione, struttura erogatrice, codice fiscale dell’assistito;
- termine utile entro il quale fare la cancellazione: giorno ed ora: 48 ore prima della prestazione con esclusione delle festività;
- la sanzione applicata in caso di mancata presentazione all’appuntamento prenotato, la sanzione non va applicata solo in occasione di gravi motivi documentati.

I Direttori dei Distretti e i Direttori dei Presidi Ospedalieri già incaricati per il recall e per l’applicazione delle sanzioni invieranno periodici rapporti su tali attività. Annualmente la ASL invierà all’Assessorato alla Politiche della Salute ed all’AreS la relazione sulle attività di pulizia ed efficiente gestione delle liste.

Monitoraggi.

Monitoraggio ex-post: tramite il flusso informativo ex art. 50, ha riguardato tutte le strutture erogatrici della ASL per le prestazioni indicate nella normativa ministeriale e regionale.

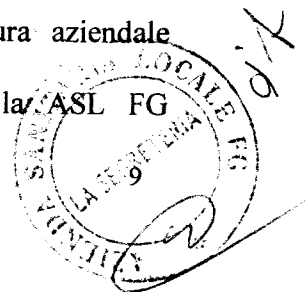
Poiché con l’adozione del presente Piano la ASL ha individuato le strutture in cui garantire i tempi massimi si provvederà:

- a modulare di conseguenza il flusso ex art. 50;
- a trasmettere alla Regione l’elenco delle strutture con i relativi codici.

La responsabilità di tale flusso e dei suoi contenuti è individuata nella struttura aziendale “Monitoraggio Spesa Sanitaria”.

Monitoraggio ex-ante: questa tipologia è stata già regolarmente effettuata dalla ASL FG coinvolgendo anche le strutture accreditate.

Piano Attuativo Aziendale per il governo delle Liste di Attesa.



Nella prima settimana di ottobre 2011 verrà ripetuta per le stesse prestazioni rilevate nel precedente monitoraggio.

A partire dal 2012 verrà effettuato nella prima settimana del mese di aprile e ottobre per tutte le prestazioni recepite con il presente Piano.

La responsabilità di tale flusso e dei suoi contenuti è individuata nella struttura aziendale "Monitoraggio Spesa Sanitaria"

RIORGANIZZAZIONE DEL CUP E GESTIONE DELL'INTERA OFFERTA TRAMITE IL SISTEMA CUP AZIENDALE.

Recependo il contenuto della D.G.R. n. 854 del 23.03.2010 la ASL ha definito i suoi obiettivi:

- a) rendere erogabili le prestazioni ambulatoriali rese dalle proprie strutture erogatrici esclusivamente tramite prenotazione nel sistema CUP Aziendale e rilevazione delle classi di priorità, obiettivo già raggiunto;
- b) rendere erogabili le prestazioni in regime libero professionale esclusivamente tramite prenotazione e riscossione nel sistema CUP Aziendale, obiettivo già operante dall'anno 2008 e attualmente in fase di verifica;
- c) rendere erogabili le prestazioni ambulatoriali rese dalle strutture accreditate tramite prenotazione nel sistema CUP Aziendale; dopo vari incontri con le strutture accreditate, le stesse hanno già proceduto a realizzare i relativi collegamenti tecnici e a concordare le rispettive agende; questo percorso aggiornato con quanto previsto dalla D.G.R. n. 1397/11 verrà completato con la sottoscrizione contrattuale;
- d) rendere prenotabili le agende delle altre strutture provinciali in un unico sistema CUP; dopo alcuni incontri con l'Azienda Mista Ospedaliero-Universitaria di Foggia e con l'IRCCS di San Giovanni Rotondo sono state definite le procedure tecniche; attualmente si è in attesa che le due strutture completino l'installazione dei nuovi software.

INIZIATIVE PER LO SVILUPPO DI FUNZIONALITA' INFORMATICHE.

La ASL, riconoscendo il valore prospettico delle iniziative regionali in termini di informatizzazione delle procedure funzionali al percorso sanitario/amministrativo della sanità, ha sempre adempiuto a tutte le richieste di partecipazione/condivisione pervenute.

Nello specifico, ormai da anni, ha implementato la prenotazione/riscossione della Libera professione tramite il CUP.

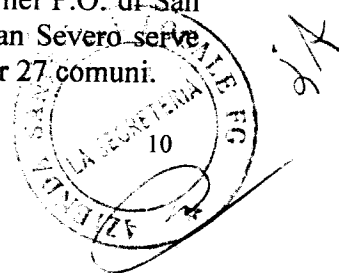
Attualmente è impegnata nella implementazione della prenotabilità degli interventi chirurgici programmabili tramite CUP e nel completamento dell'iter amministrativo per la prenotabilità delle prestazioni degli accreditati.

La Direzione Strategica Aziendale, nella convinzione che il cittadino debba poter accedere da ogni singola postazione di prenotazione all'intera offerta di tutti gli erogatori presenti sul territorio, ha istituito nei mesi scorsi un Tavolo Tecnico comprendente i responsabili del CUP e i referenti dei sistemi informatici della ASL FG, dell'Azienda Mista Ospedaliero-Universitaria e dell'IRCCS di San Giovanni Rotondo.

L'obiettivo posto era di prefigurare un CUP Integrato che interfacciasse ed integrasse i diversi CUP, preservando l'autonomia delle singole Aziende in termini di applicativi utilizzati, di gestione delle basi dati, di modelli organizzativi.

Il documento elaborato, "Sistema Avanzato di Prenotazioni Ambulatoriali", è stato trasmesso in data 30 maggio 2011 alle Direzioni Strategiche delle Aziende coinvolte e in data 17 giugno 2011 al Responsabile del Tavolo della Sanità Elettronica presso l'Assessorato Regionale.

Oltre il sistema di telecardiologia (Cardio online) dedicato all'emergenza sanitaria, la ASL FG ha in funzione 2 centrali di telecardiologia collocate rispettivamente nel P.O. di Lucera e nel P.O. di San Severo. La centrale di Lucera serve 13 comuni del sub-appennino. La centrale di San Severo serve tutti i comuni dell'area garganica e dell'alto tavoliere con un totale di 29 postazioni per 27 comuni.



COMUNICAZIONE ED INFORMAZIONE AI CITTADINI.

Il governo delle liste di attesa non è raggiungibile con gli interventi sul fronte dell'organizzazione e dell'offerta, ma necessità di una forte condivisione e collaborazione dei cittadini e delle loro rappresentanze.

Per il raggiungimento di detto obiettivo la ASL si impegna a elaborare uno specifico "Piano di comunicazione aziendale sulle liste ed i tempi di attesa" dopo incontri con il "Comitato Consultivo Misto" e recependo tutte le indicazioni del PRGTA.

Si provvederà a comunicare ai prescrittori e ai cittadini, tramite sistemi idonei, le seguenti informazioni:

- a) elenco delle prestazioni garantite;
- b) elenco delle strutture individuate dalla ASL per la garanzia dei tempi di attesa;
- c) condizioni che fanno decadere il diritto alla garanzia dei tempi di attesa (rifiuto della prima disponibilità proposta dall'operatore CUP);
- d) condizioni di completezza della richiesta per la garanzia di accesso prioritario;
- e) condizioni per la disdetta della prenotazione.

Tutte le informazioni indicate e le liste di attesa saranno pubblicate sul sito Web dell'Azienda e successivamente verranno trasmesse al Portale Regionale della Salute.

L'U.R.P. aziendale provvederà alla verifica e valutazione del Piano di comunicazione.

La Commissione Aziendale per la Comunicazione Istituzionale provvederà a redigere una relazione annuale su tutta l'attività di comunicazione ed informazione che sarà inviata all'Assessorato, all'AreS e al CICS (Commissione Regionale).

La responsabilità del monitoraggio dei siti Web è assegnata all'U.R.P. aziendale.

REGOLAMENTAZIONE DELLA SOSPENSIONE DELL'ATTIVITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI.

La D.G.R. 1200/2006 conteneva precisi indirizzi per l'attività di sospensione di erogazione delle prestazioni.

Le stesse vengono recepite dalla ASL FG e dettagliate nel documento "**Linee Guida per la sospensione delle attività di erogazione delle prestazioni**", allegato e parte integrante del presente Piano.

Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione: tale monitoraggio avviene con la consueta metodologia e secondo la richiesta regionale e ministeriale. Attualmente viene effettuata due volte l'anno con cadenza semestrale.

La responsabilità di tale flusso e dei suoi contenuti è individuata nella struttura aziendale "Monitoraggio Spesa Sanitaria"

MISURE DA PREVEDERE IN CASO DI SUPERAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA.

Successivamente al completamento della riorganizzazione delle agende per classi di priorità e della individuazione delle strutture in cui garantire i tempi massimi, definite con il presente Piano, si potranno verificare situazioni di superamento dei tempi massimi di attesa.

Anche su questo aspetto verranno coinvolti i cittadini ed il Comitato Consultivo Misto.

La ASL ha già affrontato in parte il problema adottando la Deliberazione n. 687 del 23 maggio 2011 ad oggetto "Sperimentazione con i medici di medicina specialistica ambulatoriale interna per la riduzione delle liste di attesa con la modalità dell'overbooking" in coerenza con quanto previsto dal 3° Accordo Regionale di settore (D.G.R. 1650/06).

E' evidente che è necessario prevedere l'utilizzo dell'overbooking anche per gli specialisti dipendenti, oltre la sperimentazione in atto con gli specialisti convenzionati.

La ASL FG si impegna ad elaborare e proporre un preciso documento in tal senso dove venga coniugata l'esigenza del rispetto dei tempi massimi di attesa sia con la necessità di intervenire



prioritariamente nelle strutture individuate per la garanzia e sia nell'omogeneizzazione della metodologia e del trattamento tra specialisti convenzionati e specialisti dipendenti.

Nello specifico la ASL si impegna a consultare le organizzazioni sindacali per l'applicazione dell'overbooking per le agende degli specialisti dipendenti concordando la prenotazione di un numero di prestazioni aggiuntive (non superiori al 20%) per ogni agenda sulla scorta della tempistica delle prestazioni prevista dallo studio di settore del SUMAI. Tale iniziativa prevede una prima fase sperimentale con successiva valutazione dei risultati.

Qualora sia necessario reperire un'ulteriore offerta per garantire i tempi massimi di attesa si provvederà anche all'acquisto di prestazioni dai professionisti a rapporto esclusivo che operano anche in regime di Libera Professione.

I sistemi incentivanti saranno riconosciuti solo dopo il raggiungimento degli obiettivi istituzionali assegnati ai vari professionisti.

SISTEMA DELL'OFFERTA DELLA LIBERA PROFESSIONE E TEMPI DI ATTESA.

Una delle finalità della Libera Professione è rappresentata dalla riduzione dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni.

Solo con un coerente governo delle liste di attesa istituzionali si avrà la garanzia che il cittadino acceda alla libera professione per precisa scelta e non per ottenere in tempi più brevi la prestazione stessa.

La ASL FG deriva dall'accorpamento di 3 ex AA.SS.LL., FG/1, FG/2 ed FG/3. Il processo di fusione ha richiesto dei tempi lunghi. La Direzione Strategica, nel campo della libera professione, ha dato disposizioni di unificazione ed omogeneizzazione a partire dal gennaio 2010.

Con Deliberazione n. 2873 del 02 dicembre 2009 è stato adottato l' "Atto aziendale di regolamentazione dell'Attività libero-professionale intra-moenia del personale della Dirigenza medica, veterinaria e sanitaria".

Con Deliberazione n. 292 del 17 febbraio 2010 si è proceduto alla costituzione della Commissione Paritetica di Verifica dell'attività libero-professionale.

Con Deliberazione n. 291 del 17 febbraio 2010 si è proceduto alla costituzione della Commissione Paritetica di Promozione dell'attività libero-professionale.

Nel corso dell'anno 2010 la ASL ha inteso omogeneizzare non solo le procedure di liquidazione, ma tutto l'iter di verifica e di autorizzazione all'esercizio libero-professionale adottando il seguente percorso:

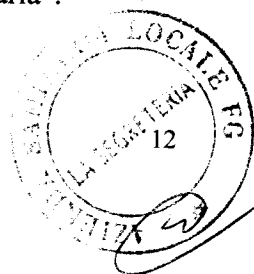
- revoca di tutte le autorizzazioni in essere;
- presentazione delle domande;
- valutazione da parte del Comitato Paritetico di Verifica;
- rilascio autorizzazione all'attività interna da parte del Direttore Generale;
- rilascio autorizzazione provvisoria in forma allargata per i dirigenti già in possesso di tale tipologia di autorizzazione.

Attualmente la Commissione di Verifica sta procedendo al confronto tra attività istituzionale e in regime libero-professionale dell'anno 2010, primo anno della gestione unificata, secondo i precisi parametri dettati dal Regolamento Aziendale.

La successiva azione in cui è impegnata la ASL è rappresentata dalla verifica di tutti gli spazi interni alle strutture per predisporre la cessazione delle forme "allargate" in ottemperanza al D.L. n. 194/09.

Poiché dal 2008 l'attività è soggetta alla prenotazione/riscossione centralizzata tramite CUP Aziendale, la ASL è in condizione di soddisfare i vari monitoraggi richiesti dall'AgeNaS e dalla regione.

Il Monitoraggio ALPI è garantito dalla struttura aziendale "Monitoraggio Spesa Sanitaria".



1/1

PROCEDURE INERENTI LE ATTIVITA' DI RICOVERO E COMPILAZIONE SDO.

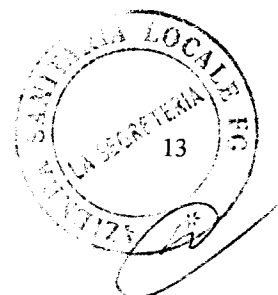
La D.G.R. 1200/2006 conteneva precisi indirizzi per l'attività di prenotazione dei ricoveri.

Le stesse, integrate da quanto indicato nella D.G.R. 1397/11 anche per quanto attiene alla compilazione delle SDO, vengono recepite dalla ASL FG e dettagliate nel documento "**Linee Guida per le agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili**", allegato e parte integrante del presente Piano.

Monitoraggio attività di ricovero: tale monitoraggio avverrà tramite il flusso individuato dalla Regione/Ministero e sarà responsabilità della struttura aziendale "Monitoraggio Spesa Sanitaria".

Il monitoraggio nelle strutture individuate dal presente Piano, riguarderà i ricoveri ospedalieri individuati dal PRGTA.

dit





Regione Puglia

ASL FG

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA

(Istituita con L.R. 28/12/2006, n. 39)

C.F. e P. IVA: 03499370710

“Linee Guida per la sospensione delle attività di erogazione delle prestazioni”

L'obiettivo prioritario dell'Azienda Sanitaria è quello di intercettare il reale bisogno di prestazioni sanitarie e di tendere a far coincidere la domanda di prestazioni con il bisogno individuato.

Considerando la necessità di non comprimere il diritto del cittadino, diventa indispensabile proseguire lungo un percorso di crescita culturale di tutti gli attori coinvolti: dai medici prescrittori, ai sanitari erogatori di prestazioni, ai Comitati Consultivi Misti, ai cittadini e loro rappresentanze.

Dovendo tendere alla soddisfazione della domanda con la capacità erogativa aziendale è indispensabile affrontare il problema dell'appropriatezza sia sul versante prescrittivo che sul versante erogativo; a tal fine dovrà essere attivato un processo di audit tra i diversi attori.

Con questo documento si intendono regolamentare le procedure di sospensione dell'erogazione delle prestazioni nell'ambito aziendale.

USUALI OCCASIONI DI INTERRUZIONI DI EROGAZIONE

Le situazioni che provocano l'interruzione dell'erogazione delle prestazioni sono principalmente: il guasto macchina, la manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature, indisponibilità del personale per motivi vari.

L'organizzazione dell'offerta deve essere pianificata con continuità.

Nella gestione dell'offerta dovranno essere valutate tutte le soluzioni atte ad evitare l'interruzione della erogazione delle prestazioni per le situazioni prevedibili, ad esempio il Responsabile del servizio potrà rimodulare l'agenda per i periodi dell'anno in cui ordinariamente si registra l'assenza di personale per congedi ordinari.

Nella organizzazione delle strutture erogatrici bisogna rispettare delle regole precise nell'affrontare le eventualità non previste.

Innanzitutto bisogna distinguere la impossibilità di erogazione della prestazione dal diritto del cittadino di poter prenotare la propria richiesta, intendendo la prenotazione una procedura di inserimento della domanda nel sistema dell'offerta.

Modalità di sospensione dell'erogazione delle prestazioni.

1) l'evento di sospensione deve essere immediatamente comunicato al Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero o al Direttore del Distretto o del Servizio Sovradistrettuale;

2) il Direttore deve informare dell'evento la Direzione Sanitaria Aziendale;

3) la comunicazione deve contenere tutti i seguenti dati:

- la prestazione sospesa;
- la struttura in cui è sospesa;
- la motivazione della sospensione;
- la durata della sospensione (da quando a quando).

4) il Responsabile del servizio, nell'ipotesi di improvvisa assenza del personale, situazione che di norma non interrompe completamente l'erogazione delle prestazioni, riorganizzerà il carico di lavoro al fine di soddisfare la domanda prenotata; qualora non fosse possibile realizzare questa modalità, darà disposizione per contattare i cittadini prenotati e ridistribuirli in sovrannumero nei giorni

Documento di procedure di sospensione dell'erogazione di prestazioni.



seguenti e, solo nelle situazioni estreme, ricorrerà al metodo della riassegnazione dell'appuntamento a breve termine nell'ambito delle agende disponibili o in "overbooking".

5) il Responsabile del Servizio, nell'ipotesi di guasto macchina, provvede a trasmettere immediatamente all'Area Tecnica, tramite fax e utilizzando idoneo modello, l'evento intervenuto;

6) l'Area Tecnica, entro il più breve tempo possibile, provvederà a comunicare al Responsabile del Servizio, tramite fax, la stima del periodo di sospensione.

7) gli stessi dati devono essere forniti al referente CUP della struttura per l'inserimento nel sistema informatico, la cui corretta alimentazione permetterà la generazione del flusso informativo alla Regione e al Ministero;

8) la modalità di trasmissione alla Direzione Sanitaria tramite procedura informatica (referente CUP della struttura).

9) il personale che sospende l'erogazione è tenuto al ritiro dell'elenco dei prenotati presso la postazione CUP della struttura e ad avvisare i cittadini prenotati dell'avvenuta interruzione dell'erogazione, invitandoli a ricontattare il CUP aziendale per un pre-appuntamento nella stessa struttura o per procedere ad una prenotazione in altra struttura aziendale;

10) il personale del CUP è tenuto a registrare per ogni prenotazione tutti i dati dell'assistito, rilevati obbligatoriamente dalla Tessera Sanitaria, ed un numero telefonico per eventuali contatti;

11) il responsabile del Servizio che interrompe l'erogazione è tenuto a comunicare al referente CUP la data presumibile di nuova erogazione;

12) il personale CUP deve continuare a prenotare dalla data presumibile di riattivazione dell'erogazione comunicata dal responsabile del Servizio, apponendo sul coupon di prenotazione la dicitura "pre-appuntamento" e indicando il numero telefonico del Servizio cui chiedere conferma della data per l'erogazione della prestazione.

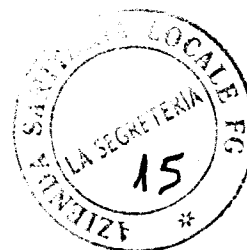
13) tutte le prestazioni devono e possono essere prenotate solo tramite il sistema CUP aziendale, non essendo possibile la gestione di "agende chiuse".

14) i direttori dei distretti, dei servizi sovradistrettuali ed i direttori sanitari ed amministrativi per le rispettive competenze, dovranno verificare la puntuale applicazione delle presenti Linee Guida.

Riferimenti legislativi principali:

- ❖ Art. 1, comma 282, legge n. 266/2005, che stabilisce il divieto di sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni;
- ❖ Art. 1, comma 284, legge n. 266/2005, che stabilisce specifiche sanzioni amministrative per la sospensione delle attività di prenotazione o per l'utilizzo di "agende chiuse";
- ❖ D.G.R. 4 agosto 2006, n. 1200;
- ❖ D.G.R. 24 giugno 2011, n. 1397.

31





Regione Puglia

ASL FG

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA

(Istituita con L.R. 28/12/2006, n. 39)

C.F. e P. IVA: 03499370710

“Linee Guida per le agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili”

L’obiettivo del presente documento è quello di regolamentare in termini certi le procedure di inserimento della richiesta di ricovero da parte dei cittadini.

Il documento verrà diffuso alle Direzioni Sanitarie dei Presidi Ospedalieri e ai dirigenti delle UU.OO., contemporaneamente sarà inviato anche alle strutture accreditate per l’adozione di analoghe procedure e per prevederne l’impiego. Per le strutture accreditate le verifiche verranno effettuate dal personale ASL già incaricato per gli altri controlli nelle strutture accreditate.

Definendo le procedure è possibile:

- migliorare la capacità organizzativa delle diverse UU.OO.;
- rendere trasparente al cittadino l’iter seguito dalla propria richiesta;
- ottemperare con semplicità al monitoraggio delle attività generando i relativi flussi verso la Regione ed il Ministero.

La normativa vigente prevede la possibilità di accedere alla verifica dell’iter sia per gli attori interni all’Azienda (Direzione Strategica Aziendale, Direzione Sanitaria di Presidio, UU.OO. deputate al monitoraggio, ecc.) che per gli attori esterni (organismi di controllo regionali, cittadini, Medici di Assistenza Primaria, ecc).

Il Piano Regionale per il Governo dei Tempi di Attesa – triennio 2011/2013-, condividendo e recependo il Piano Nazionale (PNGTA), individua nell’uso delle classi di priorità lo strumento per la gestione degli accessi secondo fasce temporali predeterminate.

Si riportano di seguito le **classi di priorità**, così come definite dalla DGR 1200/2006, nelle quali il tempo massimo di attesa è correlato alla gravità della condizione clinica presente al momento della prescrizione.

Si precisa che le presenti Linee Guida verranno rivisitate successivamente:

- al documento di indirizzo che l’AReS emanerà sulla individuazione dei contenuti (specifiche cliniche) delle priorità di accesso alle prestazioni di ricovero (DGR n° 1397);
- agli incontri di condivisione con i vari attori coinvolti nelle procedure.

CLASSE DI PRIORITA' PER IL RICOVERO	INDICAZIONI
CLASSE A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.
CLASSE B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti né possono per l’attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.



Handwritten signatures and initials, including a large '16' and a star symbol.

CLASSE C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione, disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
CLASSE D	Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi .

Le classi di priorità, a regime, dovranno essere utilizzate per tutti i ricoveri programmabili, sia medici che chirurgici.

La tipologia di ricovero per la quale le classi di priorità devono essere assicurate sistematicamente sono indicate nelle tabelle successive.

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 cutanea del fegato(1)	50.11	
47	Emorroidectomia	49.46	
48	Riparazione ernia inguinale(1)	-53.10	

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

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO			
Numero	Prestazione(2)	Codice intervento	Codice diagnosi
49	Interventi chirurgici tumori della mammella	Categoria 85.4	Categoria 174
50	Interventi chirurgici tumori della prostata	60.5	185
51	Interventi chirurgici tumori colon retto	45.7x -45.8; 48.5 - 48.6	Categoria 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 tumori del polmone	32.3 - 32.4 - 32.5 - 32.9	
58	Tonsillectomia	28.2 - 28.	

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

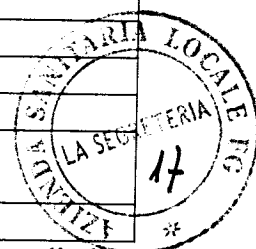
Modalità di gestione delle agende di ricovero.

La società che gestisce il CUP Aziendale provvederà a rendere operativo un software per le agende informatiche di prenotazione dei ricoveri che sarà operativo sia al presso il CUP Aziendale che presso le UU.OO. per la compilazione delle parti di competenza.

Le "Agende di prenotazione dei ricoveri" devono contenere le informazioni inerenti al paziente e le informazioni gestionali riportate nelle tabelle successive.

Le prenotazioni verranno effettuate presso il CUP Aziendale.

Nelle tabelle sono indicati, per le singole voci da inserire, le rispettive competenze e l'accessibilità ai dati come specificato in seguito.



Handwritten initials and a signature.

informazioni inerenti al paziente	CUP	UO	Accesso
a) nome cognome del paziente	Si	no	No
b) codice fiscale del paziente	Si	no	No
c) sesso	Si	no	Si
d) data di nascita	Si	no	No
e) residenza	Si	no	No
f) numero telefonico del paziente	Si	no	No
g) persona da informare (nome e numero telefonico)	Si	no	no
h) diagnosi o sospetto diagnostico	Si	no	Si
i) classe di priorità	Si	no	Si
j) note cliniche particolari (facoltative)	No		No



informazioni gestionali	CUP	UO	Accesso
k) nome del medico prescrittore (chi ha firmato la richiesta: MMG, specialista ambulatoriale, ecc.)	si	no	no
l) tipo di percorso/intervento previsto (diagnostico, terapeutico, chirurgico, ecc.)	no	si	si
m) data di prescrizione della richiesta da parte del prescrittore	si	no	si
n) data di inserimento del paziente nella agenda di prenotazione (data in cui lo specialista del reparto conferma la necessità di ricovero)	no	si	si
o) data prevista del ricovero	no	si	si
p) data reale del ricovero	no	si	si
q) motivi eventuale esclusione/cancellazione, anticipazione o spostamento nella lista	no	si	si
r) modalità di accesso (visita in ambulatorio divisionale, prescrizione di specialista esterno, visita al PS, visita privata, ecc.)	si	no	si

Per rendere fruibile le presenti linee guida è necessario individuare i compiti e gli attori.

Le "Agende di prenotazione di ricovero" sono gestite e conservate in termini informatici, quindi sempre accessibile dal sistema CUP e dalla interfaccia per la U.O., la Direzione Sanitaria Aziendale e di Presidio, la Direzione Amministrativa di P.O..

La conservazione delle Agende e la relativa riservatezza sono garantite dalla preventiva autorizzazione all'accesso al software (password).

La responsabilità nella gestione quotidiana ed il corretto rispetto delle regole è affidata agli operatori del CUP e al Responsabile della U.O. secondo le rispettive competenze.

Per il periodo necessario alla implementazione del software l'Agenda, con tutte le caratteristiche indicate, sarà conservata presso le rispettive UU.OO. tutelandone la riservatezza e la sicurezza. In tale fase transitoria la responsabilità della conservazione, della gestione quotidiana, della tutela dell'accesso e della riservatezza è di competenza del Responsabile della U.O. o di un dirigente divisionale o del capo sala della stessa U.O. formalmente delegato. La formale delega deve essere trasmessa alla Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero.

I dati di competenza della U.O. saranno definiti ed inseriti sul sistema informatico (o cartaceo provvisorio) esclusivamente dopo la visita del paziente da parte dello specialista divisionale che confermerà la necessità del ricovero e l'esatta classe di priorità.

L'agenda potrà essere consultata anche da elementi esterni all'Azienda. Nello specifico questa possibilità viene riconosciuta: ai cittadini, alle associazioni dei cittadini, ai Medici di Medicina Generale e alle organizzazioni sindacali.

Per poter accedere alla consultazione delle agende di prenotazione gli interessati dovranno presentare una richiesta scritta in cui viene esplicitato lo scopo della richiesta che nel caso del singolo cittadino o Medico di Medicina Generale potrà consistere nel controllo dell'iter di una propria richiesta di

ricovero, o di un familiare, o di un assistito, mentre per le associazioni di cittadini o per le organizzazioni sindacali potrà consistere nella valutazione della trasparenza e della osservanza del rispetto dei diritti dei cittadini.

La richiesta scritta dovrà essere presentata alla Direzione Sanitaria del P.O., che valutata la domanda e, qualora ne riscontri il diritto, provvede a comunicare il giorno e l'ora in cui il richiedente potrà prendere visione dell'agenda.

La richiesta di accesso dovrà essere soddisfatta entro i dieci giorni successivi alla domanda e dovrà riguardare esclusivamente i dati utili ad analizzare l'iter della specifica richiesta, non pregiudicando la riservatezza e la privacy dei pazienti. Si potrà accedere alle seguenti informazioni: sesso, diagnosi/sospetto diagnostico, classi di priorità, tipologia di intervento previsto, data di prescrizione, data di inserimento nell'agenda, data prevista di ricovero, data reale di ricovero, motivo di eventuale spostamento nella lista e modalità di accesso.

Il sistema informatico provvederà ad elaborare in automatico una "Agenda Riservata" contenente solo i dati indicati.

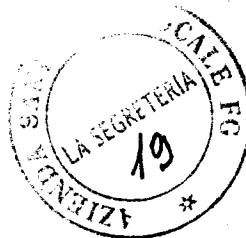
La Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero è tenuta a garantire una attività di vigilanza continua:

- a) sulla corretta conservazione e gestione della agenda o provvisoriamente del registro;
- b) sulla completezza dei dati inseriti;
- c) sulla qualità dei dati inseriti (congruenza delle classi di priorità assegnate ai pazienti e tempi di effettiva erogazione).

Le differenze frequenti e significative tra la data prevista del ricovero (campo "o") e la data reale del ricovero (campo "p") evidenzieranno al Responsabile della U.O. e alla Direzione Sanitaria di Presidio la possibilità che sussistano forti difficoltà gestionali, quindi la necessità di rivalutare l'organizzazione.

Le Direzioni Sanitarie di PP.OO. invieranno alla Direzione Sanitaria Aziendale, con cadenza almeno trimestrale, una relazione sulle verifiche effettuate. La Direzione Sanitaria Aziendale provvederà ad inviare alla Regione una Relazione annuale sulla effettiva tenuta del Registro/Agenda presso le UU.OO. Aziendali e presso le strutture in accordo contrattuale.

La ASL è tenuta a garantire una attività di vigilanza anche sulla compilazione delle SDO sia per la puntualità che per la completezza e la qualità delle stesse. In particolar modo si sottolinea che nelle SDO si devono riportare gli stessi valori indicati nel registro/agenda dei ricoveri (ad esempio: data inserimento in agenda, classe di priorità). Tale funzione viene attribuita alla Direzione Sanitaria di Presidio per le strutture interne e al personale ASL già incaricato per gli altri controlli nelle strutture accreditate.



SK

[Handwritten signature]