



REGIONE PUGLIA



AZIENDA SANITARIA LOCALE DI FOGGIA

Direzione Generale

Via Protano
Foggia
Partita IVA e C.F.
03499370710
Tel. 0881884609
Fax 0881884619

PIANO ATTUATIVO AZIENDALE PER IL GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA **Anni 2019 - 2021**

Ai sensi del P.R.G.L.A.
Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa
per il Triennio 2019-2021

(D.G.R. Puglia 18 aprile 2019, n. 735)

Direttore Generale

Vito Piazzolla

Comuni ASL FOGGIA:

Foggia - Cerignola - Manfredonia - San Severo - Lucera - San Giovanni Rotondo - Orta Nova - Torremaggiore - San Nicandro - Garganico - San Marco in Lamis - Vieste - Apricena - Monte Sant'Angelo - Vico del Gargano - Troia - Cagnano Varano - Carapelle - Mattinata - Lesina - Ascoli Satriano - San Paolo di Civitate - Stornara - Stornarella - Ischitella - Carpino - Peschici - Serracapriola - Delicato - Rodi Garganico - Bovino - Zappanà - Biccari - Orsara di Puglia - Poggio Imperiale - Pietramontecorvino - Ordina - Candela - Accadia - Rignano Garganico - Castelluccio dei Sauri - Sant'Agata di Puglia - Casalvecchio di Puglia - Rocchetta - Sant'Antonio - Volturino - Chiesti - Celenza Valfortore - Casalnuovo Monterotaro - Anzano di Puglia - Castelnuovo della Daunia - Castelluccio Valmaggiore - Roseto Valfortore - San Marco la Catola - Monteleone di Puglia - Carlintino - Alberona - Panni - Motta - Montecorvino - Faeto - Volturara Appula - Isole Tremiti - Celle di San Vito

SOMMARIO

Pag.	
4	1. PREMESSA
5	2. NORMATIVA DI RIFERIMENTO
6	3. ANALISI PROVINCIALE DEL TERRITORIO E DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE
7	4. ELENCO DELLE PRESTAZIONI – TEMPI MASSIMI DI ATTESA – AMBITI TERRITORIALI DI GARANZIA
7	4.1 PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI
11	4.2 PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO
12	4.3 CODICE PRIORITÀ TEMPI MASSIMI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI
13	4.4 CODICE PRIORITÀ TEMPI MASSIMI PRESTAZIONI RICOVERI PROGRAMMATI
13	4.5 RESPONSABILE UNICO LISTE DI ATTESA AZIENDALE (RULA)
14	5. LINEE DI INTERVENTO NEL PIANO ATTUATIVO AZIENDALE DELLA ASL FOGGIA
14	6. PROCEDURE OPERATIVE PER LE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI
15	6.1 FASE PRESCRITTIVA (PRIMO ACCESSO O FOLLOW-UP)
15	6.2 PRENOTAZIONE
17	7. PROCEDURE OPERATIVE PER LA GESTIONE DEI RICOVERI PROGRAMMATI
17	7.1 LA PRESA IN CARICO (FASE DI PRE-LISTA)
18	7.2 INSERIMENTO IN LISTA (FASE DI LISTA DI ATTESA)
18	7.3 PRE-RICOVERO (FASE PRE-OPERATORIA)
19	7.4 ORDINE DI ACCESSO
19	7.5 AGGIORNAMENTO DELLA LISTA DI ATTESA
21	8. SISTEMI DI PRENOTAZIONE E INFORMAZIONE
21	8.1 I SISTEMI CUP AZIENDALI
24	8.2 I SISTEMI DI PRENOTAZIONE E PAGAMENTO ONLINE
25	8.3 INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE SULLE MODALITÀ DI PRENOTAZIONE E SULLE LISTE DI ATTESA
25	9. PRESTAZIONI NON ESEGUITE PER MANCATA PRESENTAZIONE
27	9.1 SISTEMA RITIRO REFERTI ONLINE
27	10. UTILIZZO DELLE GRANDI MACCHINE ADOZIONE DI NUOVE TECNOLOGIE SANITARIE
27	10.1 TELEMEDICINA

- 29** **11. CONTROLLO SULL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA**
- 30** **12. RIPROGRAMMAZIONE E POTENZIAMENTO DELLE ORE DI MEDICINA SPECIALISTICA
AMBULATORIALE INTERNA**
- 31** **12.1 POTENZIARE GLI STRUMENTI E LE TECNOLOGIE SPECIFICHE IN USO AGLI
SPECIALISTI AMBULATORIALI**
- 32** **12.2 AZIONI SPECIFICHE PER GLI SCREENING**
- 32** **13. ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA**
- 33** **14. FLUSSI INFORMATIVA PER IL MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA**
- 33** **15. VIGILANZA SULLA SOSPENSIONE DELLE PRENOTAZIONI/ EROGAZIONI**
- 34** **15.1 USUALI OCCASIONI DI INTERRUZIONI DI EROGAZIONE**

1. PREMESSA

Il tema delle liste d'attesa è una delle più importanti criticità per il servizio sanitario nazionale e regionale con rilevanti conseguenze sul piano clinico, economico e sociale.

La ragione di tale criticità risiede nella cronica discrasia tra la domanda e l'offerta di prestazioni sanitarie, a fronte delle limitate risorse disponibili. Discrasia che sviluppa, in pazienti e cittadini, la percezione delle lunghe liste di attesa come un importante disservizio.

Nel corso degli anni la ASL Foggia è intervenuta in tema di abbattimento delle liste d'attesa con le deliberazioni n. 1341/2011 "*Piano Attuativo Aziendale per il Governo delle Liste di Attesa – triennio 2011/2013*" e n. 217/2014 "*Adozione Piano Aziendale per l'Abbattimento delle liste di attesa*". Di fatto, si è trattato di un mero recepimento della normativa nazionale e regionale.

Sin dal suo insediamento, secondo semestre 2015, questa Direzione Generale ha avviato importanti attività finalizzate al miglioramento del monitoraggio e della gestione delle agende.

Assieme a queste attività sono state avviate procedure per la rideterminazione delle ore di specialistica in modo da renderle più aderenti ai bisogni della popolazione (che, in questa provincia, ha un indice di invecchiamento molto alto) e alle dinamiche epidemiologiche.

Più recentemente, negli anni 2017 e 2018, sono stati affrontati in maniera specifica tutti quegli aspetti ritenuti importanti per il miglioramento e per una più attenta gestione dei tempi di attesa.

In aggiunta alle analisi e alle azioni intraprese negli anni precedenti, è stato, appunto, effettuato uno studio approfondito basato su dati epidemiologici, sulla composizione demografica e sullo stato di salute della popolazione della ASL di Foggia.

La ASL Foggia con Delibera del Direttore Generale n.1908 del 28/12/2018 ha adottato un Programma Operativo per l'Abbattimento delle Liste d'Attesa e la riorganizzazione dell'attività specialistica ambulatoriale territoriale, in considerazione della necessità di assicurare ad ogni cittadino prestazioni sanitarie più aderenti ai bisogni clinici rilevati a seguito degli studi e delle analisi epidemiologiche.

Il tutto, nel rispetto del diritto della persona della tutela della salute e del principio di equità all'accesso delle prestazioni e in base agli adempimenti fissati dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA 2010-2012).

Il Programma, proprio in virtù della elevata complessità e alta imprevedibilità del fenomeno e della variabilità normativa, presuppone una serie articolata di iniziative soggette ad un costante e progressivo sviluppo.

Le iniziative introdotte prevedono il coinvolgimento di Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, medici specialisti convenzionati (S.U.M.A.I.) e ospedalieri e di molti altri portatori di interessi come associazioni dei pazienti, sindacati, etc.

Si tratta di percorsi che prevedono la condivisione degli stakeholders che permettono il governo di questa complessa materia e il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva.

Con il presente documento la Asl Foggia recepisce il Piano Attuativo Aziendale per l'abbattimento delle liste d'attesa in funzione della recente normativa nazionale e regionale in vigore: L.R. n.13 del 28/03/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/04/2019.

2. NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- D.P.C.M. 29\11\2001 *“Definizione dei LEA”*;
- Accordo Stato Regioni 14/02/2002 n. 724 *“Accordo tra il Governo le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste d'attesa”*;
- Accordo Stato Regioni del 28/03/2006 *“Piano Nazionale per il contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008”*;
- Intesa 29 aprile 2010 *“Linee guida sul CUP”*;
- Accordo Stato-Regioni del 28/10/2010 *“Piano Nazionale per il governo delle liste di attesa 2010/2012”*;
- Piano Regionale per il Contenimento dei Tempi d'Attesa per il triennio 2008-2010 approvato con le D.G.R. n. 1200/2006 e n. 68/2007;
- Piano Regionale per il Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2011-13 approvato con D.G.R. 1397/2011;
- D.G.R. 3 dicembre 2013, n. 2336 (Accordi sottoscritti tra l'Assessorato al Welfare e le OO.SS. della Dirigenza Medica e Veterinaria, della Dirigenza SPTA e del Comparto finalizzati all'abbattimento delle liste di attesa);
- D.G.R. 479 del 18.3.2014 (Linee guida per la prescrizione e la prenotazione, secondo criteri di priorità, delle prestazioni specialistiche ambulatoriali). L'atto disciplina *“l'organizzazione delle agende transitando ad un modello di gestione degli accessi secondo fasce di attesa coerenti con le classi di priorità”*;
- L.R. 28 marzo 2019, n.13 (*“Misure per la riduzione delle liste di attesa in sanità – Primi provvedimenti”*);
- D.G.R. 18 aprile 2019, n. 735 (Adozione del Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa –Triennio 2019/2021- in attuazione delle disposizioni del Piano nazionale di governo delle Liste di Attesa ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 21/02/2018 (Rep. Atti 28/CSR/2019).

3. ANALISI PROVINCIALE DEL TERRITORIO E DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE

Il territorio dell'ASL Foggia corrisponde a quello dell'intera provincia di Foggia e rappresenta il 36% del territorio della regione Puglia.

È costituito da un'estesa pianura (il Tavoliere), dal massiccio promontorio montuoso del Gargano e dalla zona montano-collinare dei Monti Dauni (settentrionali e meridionali). Il 4% del territorio dell'ASL Foggia è considerato tipicamente montuoso.

La ASL Foggia è costituita da 61 comuni suddivisi in 8 distretti socio-sanitari.

La densità abitativa media (91 ab/Kmq) è più bassa rispetto alla media della Regione Puglia e alle medie delle province di Bari (327 ab/Kmq), BT (255 ab/Kmq), Brindisi (216 ab/Kmq), Lecce (288 ab/Kmq) e Taranto (239 ab/Kmq). La popolosità media dei distretti è di 78.568 abitanti, compresa tra i 39.352 abitanti del distretto di Troia ed i 151.726 abitanti del distretto di Foggia.

L'estensione territoriale media dei distretti è di 778,62 kmq; il distretto di Troia è quello territorialmente più vasto (1.267,81 kmq) ed è quello con la minore densità abitativa (32 abitanti/kmq).

La distanza media tra un presidio sanitario e l'altro è pari a 44 km rispetto ai circa 4 km delle altre ASL pugliesi.

Criticità presenta il sistema viario di collegamento tra piccoli Comuni, in particolare del Gargano e dei Monti Dauni.

In data 1° gennaio 2017, la ASL della Provincia Foggia conta 628.547 residenti (-2.304 rispetto al 2016 e -5.292 rispetto al 2015).

L'età media della popolazione dell'ASL Foggia rilevata in data 1° gennaio 2017 è pari a 49 anni e 9 mesi, valori in aumento rispetto al 2015 e 2016.

Al 1° gennaio 2017 gli abitanti della popolazione totale dell'ASL Foggia con 65 anni ed oltre rappresentano il 20,7% del totale della popolazione, gli abitanti con età ≤14 anni sono il 14,3% e quelli con età 15-64 anni il 64,9%.

4. ELENCO DELLE PRESTAZIONI - TEMPI MASSIMI DI ATTESA – AMBITI TERRITORIALI DI GARANZIA (ATG)

Nel dettaglio, sono oggetto di monitoraggio nel PRGLA:

- le prestazioni specialistiche ambulatoriali;
- le prestazioni erogate in regime di ricovero;
- le prestazioni inserite nei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) (nell'area cardiovascolare e oncologica). Tale monitoraggio sarà attuato secondo la metodologia indicata nelle Linee Guida che saranno elaborate dall'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa.

4.1 PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

Fino all'entrata in vigore del decreto di cui al comma 2 dell'art. 64 del DPCM 12 gennaio 2017 *"Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza"*, le prestazioni oggetto di monitoraggio sono identificate dai codici del Nomenclatore nazionale di cui al DM 22 luglio 1996.

Le prestazioni specialistiche ambulatoriali oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, in coerenza con il *PRGLA 2019-2021*, sono indicate nelle tabelle seguenti:

TABELLA 1: VISITE SPECIALISTICHE			
N.	PRESTAZIONE	CODICE NOMENCLATORE	AMBITO TERRITORIALE DI GARANZIA (ATG)
1.	Prima Visita cardiologica	89.7 02	Livello distrettuale
2.	Prima Visita chirurgia vascolare	89.7 05	Livello aziendale
3.	Prima Visita endocrinologica	89.7 09	Livello distrettuale
4.	Prima Visita neurologica	89.13 15	Livello distrettuale
5.	Prima Visita oculistica	95.02 16	Livello distrettuale
6.	Prima Visita ortopedica	89.7 19	Livello distrettuale
7.	Prima Visita ginecologica	89.26 20	Livello aziendale
8.	Prima Visita otorinolaringoiatrica	89.7 21	Livello distrettuale
9.	Prima Visita urologica	89.7 25	Livello distrettuale
10.	Prima Visita dermatologica	89.7 27	Livello distrettuale
11.	Prima Visita fisiatrica	89.7 12	Livello distrettuale
12.	Prima Visita gastroenterologica	89.7 10	Livello aziendale
13.	Prima Visita oncologica	89.7 18	Livello distrettuale
14.	Prima Visita pneumologica	89.7 22	Livello distrettuale

TABELLA 2: PRESTAZIONI STRUMENTALI DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI			
N.	PRESTAZIONE	CODICE NOMENCLATORE	AMBITO TERRITORIALE DI GARANZIA (ATG)
1.	Mammografia bilaterale	87.37.1	Livello aziendale
2.	Mammografia monolaterale	87.37.2	Livello aziendale
3.	TC del Torace	87.41	Livello aziendale
4.	TC del Torace senza e con MDC	87.41.1	Livello aziendale
5.	TC dell'addome superiore	88.01.1	Livello aziendale
6.	TC dell'addome superiore senza e con MDC	88.01.2	Livello aziendale
7.	TC dell'addome inferiore	88.01.3	Livello aziendale
8.	TC dell'addome inferiore senza e con MDC	88.01.4	Livello aziendale
9.	TC dell'addome completo	88.01.5	Livello aziendale
10.	TC dell'addome completo senza e con MDC	88.01.6	Livello aziendale
11.	TC Cranio – encefalo	87.03	Livello aziendale
12.	TC Cranio – encefalo senza e con MDC	87.03.1	Livello aziendale
13.	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	88.38.1	Livello aziendale
14.	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	88.38.1	Livello aziendale
15.	TC del rachide e dello speco vertebrale lumbosacrale	88.38.1	Livello aziendale
16.	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	88.38.2	Livello aziendale
17.	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	88.38.2	Livello aziendale
18.	TC del rachide e dello speco vertebrale lumbosacrale senza e con MDC	88.38.2	Livello aziendale
19.	TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	88.38.5	Livello aziendale
20.	RM di encefalo e tronco	88.91.1	Livello aziendale

	encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare		
21.	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	88.91.2	Livello aziendale
22.	RM di addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4	Livello aziendale
23.	RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	88.95.5	Livello aziendale
24.	RM della colonna in toto	88.93	Livello aziendale
25.	RM della colonna in toto senza e con MDC	88.93.1	Livello aziendale
26.	Diagnostica ecografica del capo e del collo	88.71.4	Livello aziendale
27.	Eco (color) dopplergrafia cardiaca	88.72.3	Livello aziendale
28.	Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	88.73.5	Livello aziendale
29.	Ecografia dell'addome superiore	88.74.1	Livello aziendale
30.	Ecografia dell'addome inferiore	88.75.1	Livello aziendale
31.	Ecografia dell'addome completo	88.76.1	Livello aziendale
32.	Ecografia bilaterale della mammella	88.73.1	Livello aziendale
33.	Ecografia monolaterale della mammella	88.73.2	Livello aziendale
34.	Ecografia ostetrica	88.78	Livello aziendale
35.	Ecografia ginecologica	88.78.2	Livello aziendale
36.	Ecocolor doppler degli arti inferiore arterioso e/o venoso	88.77.2	Livello aziendale

TABELLA 3: ALTRI ESAMI SPECIALISTICI

N.	PRESTAZIONE	CODICE NOMENCLATORE	AMBITO TERRITORIALE DI GARANZIA (ATG)
1.	Colonscopia totale con endoscopio flessibile 45.23	45.23	Livello aziendale
2.	Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica 45.42	45.42	Livello aziendale
3.	Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile 45.24	45.24	Livello aziendale
4.	Esofagogastroduodenoscopia 45.13	45.13	Livello aziendale
5.	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica 45.16	45.16	Livello aziendale
6.	Elettrocardiogramma 89.52	89.52	Livello aziendale
7.	Elettrocardiogramma dinamico (Holter) 89.50	89.50	Livello aziendale
8.	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile 89.41	89.41	Livello aziendale
9.	Altri test cardiovascolari da sforzo 89.44	89.44	Livello aziendale
10.	Esame audiometrico tonale 95.41.1	95.41.1	Livello aziendale
11.	Spirometria semplice 89.37.1	89.37.1	Livello distrettuale
12.	Spirometria globale 89.37.2	89.37.2	Livello aziendale
13.	Fotografia del fundus 95.11	95.11	Livello distrettuale
14.	Elettromiografia Semplice [EMG] per arto superiore. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2 93.08.1	93.08.1	Livello aziendale
15.	Elettromiografia semplice [EMG] per arto inferiore fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2 93.08.1	93.08.1	Livello aziendale
16.	Elettromiografia semplice [EMG] del capo fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Escluso: EMG dell'occhio (95.25) e POLISONNOGRAFIA (89.17) 93.08.1	93.08.1	Livello aziendale
17.	Elettromiografia semplice [EMG] del tronco. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli 93.08.1	93.08.1	Livello aziendale
18.	valutazione EMG dinamica del cammino. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli), associato ad esame basografico per la definizione delle fasi del passo. Non associabile a analisi della cinematica e della dinamica del passo (93.05.7) 93.08.1	93.08.1	Livello aziendale
19.	EMG dinamica dell'arto superiore. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)	93.08.1	Livello aziendale

4.2 PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO

Le prestazioni di ricovero oggetto di monitoraggio sono indicate nella tabella seguente:

TABELLA 4: PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO				
N.	PRESTAZIONE	CODICI INTERVENTO ICD-9-CM	CODICI DIAGNOSI ICD-9-CM	AMBITO TERRITORIALE DI GARANZIA (ATG)
1.	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	85.2x; 85.4x; 85.33; 85.34; 85.35; 85.36	174.x; 198.81; 233.0	Livello sov.aziendale
2.	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	60.21; 60.29; 60.3; 60.4; 60.5; 60.61; 60.62; 60.69; 60.96; 60.97	185; 198.82	Livello aziendale
3.	Interventi chirurgici tumore maligno colon	45.7x; 45.8; 45.9; 46.03; 46.04; 46.1	153.x; 197.5	Livello aziendale
4.	Interventi chirurgici tumore maligno retto	48.49; 48.5; 48.6x	154.x; 197.5	Livello aziendale
5.	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	da 68.3x a 68.9	179; 180; 182.x; 183; 184; 198.6; 198.82	Livello aziendale
6.	Interventi chirurgici per melanoma	86.4	172.x	Livello aziendale
7.	Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	06.2; 06.3x; 06.4; 06.5; 06.6	193	Livello sov.aziendale
8.	By pass aortocoronarico	36.1x		Livello sov.aziendale
9.	Angioplastica Coronarica (PTCA)	00.66; 36.06; 36.07		Livello aziendale
10.	Endoarteriectomia carotidea	38.12		Livello sov.aziendale
11.	Intervento protesi d'anca	00.70; 00.71; 00.72; 00.73; 00.85; 00.86; 00.87; 81.51; 81.52; 81.53		Livello aziendale
12.	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.29; 32.3; 32.4; 32.5; 32.6; 32.9	162.x; 197.0	Livello sov.aziendale
13.	Colecistectomia laparoscopica	51.23	574.x; 575.x	Livello aziendale
14.	Coronarografia	88.55; 88.56; 88.57		Livello aziendale
15.	Biopsia percutanea del fegato	50.11		Livello sov.aziendale
16.	Emorroidectomia	49.46; 49.49		Livello aziendale
17.	Riparazione ernia inguinale	53.0x; 53.1x		Livello aziendale

4.3 CODICE PRIORITÀ TEMPI MASSIMI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

Come stabilito dal PRGLA 2019-2021, nelle procedure di prescrizione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali garantite dal SSN, è obbligatorio l'uso sistematico:

- dell'indicazione di primo accesso o di accesso successivo;
- del Quesito diagnostico;
- della Classe di priorità (si intende, per i primi accessi).

Si precisa che tutte le prestazioni inserite in una prescrizione hanno il medesimo tipo di accesso, il medesimo quesito diagnostico, la medesima classe di priorità.

Le classi di priorità attribuibili alle prestazioni di primo accesso (prime visite o prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche) sono le seguenti:

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 le visite o 60 giorni per le prestazioni strumentali
P (PROGRAMMATA)	da eseguire entro 120 giorni (tale nuovo limite varrà per le prestazioni prenotate a partire dal 01/01/2020; per le prestazioni prenotate fino al 31/12/2019 varrà il limite stabilito dal PNGLA precedente, 180 giorni)

Ai fini del monitoraggio dei tempi d'attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, secondo le modalità fissate dal PNGLA 2019-2021, sono prese in considerazione esclusivamente le prestazioni di primo accesso.

Il monitoraggio riguarda:

- ✓ **le classi di priorità B e D fino al 31/12/2019;**
- ✓ **le classi di priorità B, D e P a partire dal 1° gennaio 2020.**

Il sistema dell'offerta complessivo delle Aziende Sanitarie Locali (comprensivo di tutte le strutture private accreditate insistenti nel proprio territorio) deve assicurare che le prestazioni siano erogate entro il tempo massimo di attesa almeno per il 90% delle prenotazioni, per ciascuna delle classi di priorità oggetto di monitoraggio, nel rispetto degli ambiti territoriali di garanzia (ATG).

Gli Ambiti Territoriali di Garanzia prevedono i seguenti tre livelli di ambito territoriale di garanzia:

- livello distrettuale: generalmente, per la maggior parte delle visite e per le prestazioni a bassa complessità;
- livello aziendale: generalmente, per le prestazioni a media/alta complessità e per le visite, quando il livello di domanda non sia tale da consentire una dislocazione diffusa della capacità erogativa;

- c. livello sovra-aziendale: generalmente, per le prestazioni ad alta complessità e per le visite, quando sono richieste una competenza e una dotazione strumentale che, per le loro caratteristiche di costo e/o di unicità, non possono essere presenti in tutte le aziende sanitarie.

4.4 CODICE PRIORITÀ TEMPI MASSIMI PRESTAZIONI RICOVERI PROGRAMMATI

- 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.
- b) Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità, ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
- c) Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
- 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.

4.5 RESPONSABILE UNICO LISTE DI ATTESA AZIENDALE (RULA)

Ai sensi della L.R. n. 13/2019, il Direttore Generale della Asl Foggia con Nota Aziendale ID 1500518/2019 ha nominato il Responsabile Unico Liste di Attesa della Asl Foggia.

Il RULA detiene e aggiorna apposito registro in cui sono riportati volumi, tempi di attesa e ogni altro dato necessario al monitoraggio di cui all'articolo 1 della L.R. n. 13/2019. Segnala al direttore generale e all'organismo paritetico di promozione e verifica dell'ALPI le inadempienze e le violazioni alle disposizioni della L.R. n. 13/2019 e all'atto aziendale di cui all'articolo 5 del R.R. 2/2016.

5. LINEE DI INTERVENTO NEL PIANO ATTUATIVO AZIENDALE DELLA ASL FOGGIA

La ASL Foggia, recepito il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021 (PRGLA), nel Piano Attuativo Aziendale si attiva come indicato di seguito.

1. Per le prestazioni di primo accesso individua gli ambiti territoriali di garanzia nel rispetto del principio di prossimità e raggiungibilità, al fine di consentire alle Aziende di quantificare l'offerta necessaria a garantire i tempi massimi di attesa; qualora la prestazione non venga erogata (es. non presente per l'alta specializzazione o per la riorganizzazione delle reti cliniche) nell'ambito territoriale di garanzia, viene messo in atto il meccanismo di garanzia di accesso per il cittadino;
2. Individua le modalità organizzative attraverso cui le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate garantiscono i tempi massimi di attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio ad almeno il 90% dei pazienti;
3. Attua un monitoraggio costante e puntuale dei flussi di specialistica ambulatoriale e dei ricoveri ed il controllo dei dati trasmessi;
4. Garantisce la completa disponibilità di tutta l'offerta di specialistica pubblica e privata attraverso i sistemi CUP;
5. Garantisce la correttezza e l'appropriatezza delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale (uso delle Classi di priorità, obbligatorietà del Quesito diagnostico, tipologia di accesso);
6. Monitora e fornisce informazioni adeguate e periodiche sull'andamento dei tempi di attesa nel proprio territorio;
7. Definisce modalità organizzative appropriate per i rapporti con i cittadini in tema di liste di attesa assicurando una chiara comunicazione sulle problematiche esposte;
8. Garantisce la diffusione e l'accesso a tali informazioni utilizzando gli strumenti di comunicazione disponibili (tra i quali i siti Web aziendali), nonché prevederne la disponibilità anche presso le strutture di abituale accesso dei cittadini (farmacie convenzionate, ambulatori dei MMG e dei PLS);
9. Fornisce alle strutture sanitarie il protocollo relativo agli interventi da attuare per fronteggiare i disagi causati dalla sospensione dell'erogazione della prestazione e controllarne l'applicazione;
10. Indica quali percorsi alternativi o azioni straordinarie da adottare per garantire i tempi massimi in condizioni di criticità.

6. PROCEDURE OPERATIVE PER LE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

Si definisce **“primo accesso”** la prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore; nel caso di un paziente cronico, si considera **“primo accesso”** la visita o l'esame strumentale necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico.

Per “**accesso successivo**” si intende la visita o prestazione di approfondimento, per pazienti presi in carico dal primo specialista, il controllo e il follow up.

La “**Agenda**” è lo strumento operativo attraverso cui viene programmata, resa disponibile e pubblicata l’offerta sanitaria ambulatoriale, la cui gestione operativa è affidata al sistema di prenotazione e alla funzione di accettazione, con modalità esclusivamente elettroniche.

6.1 FASE PRESCRITTIVA (PRIMO ACCESSO O FOLLOW-UP)

Per l’attribuzione della classe di priorità, per tutte le prestazioni specialistiche ambulatoriali di primo accesso garantite dal SSN sono confermati, in generale, i criteri indicati nel “Piano Regionale di Governo delle Liste d’Attesa per il triennio 2011-2013”, approvato con la deliberazione della Giunta Regionale 24 giugno 2011, n. 1397:

U: per condizioni di particolare rilevanza e gravità clinica;

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;

D: prestazione la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve, ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o di disfunzione o disabilità;

P: prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, la disfunzione, la disabilità.

Per quasi tutte le prestazioni del presente Piano, inoltre, sono state definite delle linee guida che possono sostenere i prescrittori nell’indicazione più corretta della priorità, anche al fine di assicurare omogeneità nei comportamenti prescrittivi.

A tal proposito, il presente Piano conferma l’adozione del modello dei “Raggruppamenti di Attesa Omogenei - RAO” (già introdotto in Puglia con la deliberazione della Giunta Regionale 18 marzo 2014, n. 479), secondo la specifica riportata nel Manuale “*Procedura gestionale per l’applicazione del modello RAO*”, allegato al PNGLA 2019-2021.

Si precisa che per le prestazioni del Piano che non appaiono in detto Manuale nazionale, valgono i criteri indicati nelle “*Linee guida per la prescrizione e la prenotazione, secondo criteri di priorità, delle prestazioni specialistiche ambulatoriali*”, allegate alla D.G.R. 479/2014.

6.2 PRENOTAZIONE

Le **Agende** sono distinte in due tipologie:

- 1) Agenda di Primo contatto o primo accesso – gestisce le prestazioni prescritte prevalentemente essenzialmente dal MMG/PLS, il cui quesito diagnostico necessita di certezza e tempestività della

risposta, in base anche alla classe di priorità indicata dal medico prescrittore.

- 2) Agenda di Presa in carico o secondo accesso – gestisce le prestazioni solitamente richieste dal medico specialista di quei cittadini che, già conosciuti dal sistema, hanno la necessità di essere seguiti nel tempo, con certezza di programmazione dei tempi di erogazione.

Al momento della **prenotazione** presso gli sportelli CUP vengono rilasciati al paziente:

- un promemoria con indicate data, ora, codice di priorità, tipo di agenda, sede di esecuzione della prestazione;
- l'informativa specifica, qualora prevista, per la preparazione alla prestazione;
- l'informativa riguardo alle modalità di disdetta della prenotazione e le relative penali;
- i riferimenti per informazioni nel corso della permanenza in lista;
- le informazioni relative alle modalità di pagamento.

Nel caso di prenotazione telefonica, le stesse informazioni vengono trasmesse verbalmente. È importante, nell'ottica della multicanalità, che in caso di prenotazione telefonica l'operatore fornisca chiaramente il numero di coupon di prenotazione necessario per la successiva gestione della prenotazione e dell'eventuale pagamento anche in modalità online.

Nel caso di prenotazioni online le stesse informazioni devono essere disponibili all'assistito in apposita documentazione scaricabile al momento della prenotazione.

In caso di prenotazione di prestazioni prescritte su ricetta dematerializzata di cui al D.M. 2/11/2011 i sistemi CUP, già integrati con il sistema informativo sanitario territoriale (SIST Puglia) che funge da Sistema di Accoglienza Regionale, devono essere configurati in modo tale da richiamare in automatico tutte le informazioni presenti in ricetta senza possibilità di modifica delle stesse da parte dell'operatore (dati anagrafici dell'assistito, nominativo del prescrittore, prestazioni, codice di priorità, quesito diagnostico, ecc.). Solo nei casi residuali di utilizzo delle ricette cartacee "rosse" del SSN tali informazioni devono essere inserite nel sistema da parte dell'operatore.

Nel sistema CUP l'addetto alla prenotazione deve riportare anche i dati di contatto dell'assistito al fine di poter attivare i servizi di recall automatico. L'addetto al CUP deve sempre riferire all'utente la prima data disponibile e la relativa struttura all'interno dell'ambito territoriale di garanzia.

L'operatore addetto alla prenotazione deve registrare nel sistema informativo del CUP l'accettazione o meno della prima disponibilità all'interno dell'ambito territoriale di garanzia.

Solo qualora l'assistito non accetti la prima disponibilità, l'operatore addetto alla prenotazione deve comunicare disponibilità successiva alla prima nella stessa struttura o in altre strutture. Nel caso di mancata accettazione della prima disponibilità viene meno l'obbligo del rispetto dei tempi massimi di attesa da parte della Azienda in relazione alla classe di priorità indicata in ricetta.

L'operatore deve verificare l'eventuale presenza di altro appuntamento per lo stesso paziente e per la stessa prestazione: non essendo ammessa la compresenza di più appuntamenti per la stessa prestazione da parte del medesimo utente, l'operatore dovrà invitare l'utente a scegliere quale appuntamento intende confermare e successivamente procede d'ufficio all'annullamento dell'altro.

L'operatore deve evitare di esprimere qualsiasi parere, anche se espressamente richiesto dall'utente, in merito alla scelta della tipologia di accesso, alla validità della prestazione, alla competenza dei professionisti, alla scelta della sede di erogazione o del medico erogatore; non deve fornire pareri o consigli in merito al percorso diagnostico terapeutico, alla diagnosi o altri aspetti non propriamente inerenti la prenotazione e non di propria competenza.

7. PROCEDURE OPERATIVE PER LA GESTIONE DEI RICOVERI PROGRAMMATI

Deve essere assicurata l'adozione di una Agenda di Prenotazione dei Ricoveri (APR), gestita in modalità informatizzata.

L'indicazione al ricovero programmato può essere posta da un medico dipendente o convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale.

Il medico proponente deve fornire correttamente i dati necessari all'inserimento dei pazienti in lista di prenotazione: anagrafica, diagnosi ed intervento proposto nonché la richiesta di visita ove previsto, classe di priorità.

È necessario che, al momento dell'inserimento in lista, vengano fornite al paziente le seguenti informazioni:

-  Classe di priorità assegnata;
-  Presumibile data/periodo di chiamata ed eventuali criticità in ordine ai tempi di attesa;
-  Informativa riguardo alle modalità di sospensione, rinvio e cancellazione dalla lista;
-  Modalità di rinuncia;
-  Riferimenti per informazioni nel corso della permanenza in lista.

7.1 LA PRESA IN CARICO (FASE DI PRE-LISTA)

La presa in carico è il momento in cui il paziente viene valutato da parte della struttura che ne seguirà l'intero iter clinico e assistenziale fino all'effettuazione dell'intervento. Il momento della presa in carico non sempre coincide con il momento di inserimento in lista, in quanto la fase

diagnostica potrebbe non essere completata e quindi non ancora puntualmente definiti l'indicazione all'intervento chirurgico, il livello di gravità clinica del paziente, oppure potrebbe esservi la necessità di effettuare trattamenti farmacologici, terapie adiuvanti o attendere un tempo prestabilito di osservazione o valutazione prima dell'intervento.

Massima attenzione deve essere posta, quindi, alla definizione del momento in cui il paziente ha i requisiti per essere inserito in lista per un determinato intervento (idoneità all'intervento chirurgico).

Pertanto, la data di prenotazione (inserimento in lista) corrisponde al momento in cui il paziente è nelle effettive condizioni di essere sottoposto ad intervento chirurgico avendo già eseguito gli eventuali trattamenti coadiuvanti e tutti gli approfondimenti diagnostici necessari per la corretta diagnosi e per definire l'indicazione terapeutica.

7.2 INSERIMENTO IN LISTA (FASE DI LISTA DI ATTESA)

Dalla data di iscrizione in lista in poi, fino al giorno del ricovero (data ammissione), sarà calcolato il tempo di attesa.

Nel caso in cui la struttura non sia nelle condizioni di garantire il rispetto dei tempi di attesa, si procederà a definire specifici accordi o protocolli con ospedali pubblici o privato accreditato per rispettare i tempi di attesa.

Qualora il paziente non accetti di effettuare l'intervento in altra struttura, così come proposto, viene a cadere il vincolo "contrattuale" di rispetto dei tempi massimi di attesa. Rimane valida l'iscrizione del paziente in lista di attesa e i tempi di esecuzione dell'intervento chirurgico seguiranno i tempi di scorrimento disponibili nella struttura ospedaliera. È indispensabile la puntuale documentazione dei passaggi procedurali e la formalizzazione della scelta effettuata dal paziente.

7.3 PRE-RICOVERO (FASE PRE-OPERATORIA)

La fase pre-operatoria è avviata, sulla base del periodo previsto per il ricovero, mediante la chiamata del paziente per il pre-ricovero. Gli obiettivi principali della fase pre-operatoria sono:

-  valutare le condizioni generali del paziente;
-  rilevare eventuali condizioni non diagnosticate che potrebbero determinare un problema intra o perioperatorio;
-  determinare il rischio perioperatorio (chirurgico ed anestesilogico);
-  ottimizzare le condizioni del paziente al fine di ridurre il rischio perioperatorio;
-  definire, anche in accordo con il paziente, la strategia di gestione perioperatoria ottimale;
-  definire il setting più appropriato di trattamento e assistenza post-operatoria (day surgery, degenza ordinaria, eventuale transito in ambiente intensivo, eventuali percorsi di recupero funzionale o riabilitazione ove prevedibili);

-  informare il paziente rispetto all'intervento, all'anestesia ed al percorso successivo al fine di ridurre il livello di ansia e facilitare il recupero post-intervento;
-  ridurre la durata della degenza, e migliorare la programmazione dell'attività chirurgica.

Non rientrano nel pre-ricovero le indagini o le consulenze necessarie per l'inquadramento diagnostico o la stadiazione della patologia, che devono essere eseguite prima dell'inserimento del paziente in lista di attesa.

Il pre-ricovero rappresenta uno step fondamentale nella gestione del paziente candidato ad intervento chirurgico programmato ed deve essere effettuato nel rispetto di due parametri fondamentali: appropriatezza e tempestività.

7.4 ORDINE DI ACCESSO

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

1. Livello di priorità clinica stabilita;
2. Ordine cronologico di iscrizione in lista;
3. Risorse necessarie.

La classe di priorità è da assegnare valutando:

condizione clinica del paziente, natura della patologia e delle possibili evoluzioni peggiorative del quadro clinico e della prognosi, in relazione al tempo necessario al trattamento;

1. presenza di dolore e/o deficit funzionale o altre complicanze previste;
2. casi particolari che, indipendentemente dal quadro clinico, richiedano di essere trattati in un tempo prefissato, purché esplicitamente dichiarati dal medico che lo ha in carico.

7.5 AGGIORNAMENTO DELLA LISTA DI ATTESA

La lista di attesa va verificata ad intervalli di tempo definiti ed espliciti, al fine di valutare la sua corrispondenza rispetto a posizione e stato di permanenza in lista dei pazienti, e procedere alle eventuali correzioni necessarie. I controlli periodici, compresi i contatti con i pazienti, sono mirati ad un'analisi dell'andamento delle prenotazioni, oltre che alla verifica delle rinunce, degli stati di sospensione, degli annullamenti e uscite dalla lista di attesa, funzionali a garantire un'ottimale programmazione delle sedute operatorie. Nel corso dell'attesa possono essere necessarie rivalutazioni del paziente che possono comportare una revisione della classe di priorità precedentemente assegnata; in questi casi l'eventuale cambio di classe e la data di rivalutazione dovranno essere tracciati nelle agende di prenotazione. Si precisa che in caso di modifica della priorità il tempo di attesa complessivo è comunque conteggiato dal giorno del primo inserimento in lista (il tempo già

trascorso rientra nel tempo di attesa). In ogni struttura o sistema organizzato e centralizzato di gestione delle liste di attesa devono essere formalmente individuati gli operatori abilitati alla pulizia e manutenzione della lista e chiamata dei pazienti, che si coordinano con il RULA.

a) RINVIO DEL RICOVERO PROGRAMMATO

Può essere accordato, su richiesta del paziente, un rinvio dell'attesa per il ricovero

programmato. Si concretizza mentre il paziente è inserito in lista di attesa e può dipendere da:

- motivi sanitari del paziente (insorgenza di controindicazioni);
- indisponibilità del paziente per motivi personali.

È uno stato della lista di attesa durante il quale il paziente mantiene il livello di priorità maturato; il periodo di sospensione deve avere una data di inizio e una di fine, certa o presunta: in questo stato il contatore è fermo e il tempo di sospensione deve essere sottratto dal tempo di attesa.

È necessario che, a livello locale, si adottino comportamenti e procedure operative che tengano monitorato e governino il fenomeno dei pazienti sospesi affinché sia sempre nota la condizione che giustifica e/o rinnova il periodo di sospensione, evitando così che permangano posizioni di pazienti in lista di attesa non gestiti o non noti. Nel caso il periodo di sospensione si protragga per un tempo giudicato troppo lungo è opportuno pianificare e concordare con il paziente una visita di rivalutazione.

Nel caso in cui il gestore della lista effettui la chiamata per la visita di rivalutazione, prenotata attraverso i canali interni di prenotazione, e il paziente, per motivi non correlati allo stato di salute, manifesti una indisponibilità o non si presenti alla data concordata, viene offerta una seconda visita di rivalutazione, con compartecipazione alla spesa da parte dell'assistito (ticket) laddove non esente; a fronte di un ulteriore rifiuto o mancata presentazione, la cancellazione diviene esecutiva. Quando la visita di rivalutazione clinica conferma la necessità di eseguire l'intervento, il medico avvia l'appropriato iter terapeutico, fornendo una data di ricovero. Ogni modifica dello stato di lista, ogni atto diagnostico o terapeutico, ogni contatto e ogni cambio di iter terapeutico, deve avere riscontro nel registro informatizzato e comunicato puntualmente al paziente.

b) RINVIO DELL'INTERVENTI CHIRURGICO

È il caso in cui il paziente è ricoverato e l'intervento chirurgico non può essere effettuato. In questo scenario è necessario valutare la possibilità, all'interno dello stesso episodio di ricovero, di riprogrammare l'intervento chirurgico. Nel caso in cui ciò non sia possibile, al momento della dimissione deve essere stabilita e

comunicata al paziente la nuova data di ricovero da effettuarsi prima possibile.

c) USCITA DALLA LISTA DI ATTESA (SENZA RICOVERO)

La chiusura della scheda di prenotazione è contemplata nei seguenti casi:

- a) decesso;
- b) espressa rinuncia del paziente che per sua libera e irrevocabile scelta, non intenda effettuare il ricovero;
- c) trasferimento ad altro setting assistenziale;
- d) irreperibilità del paziente a seguito di due chiamate telefoniche o colloquio diretto in giornate diverse e orari differenti opportunamente tracciati per via informatica.

Nel caso di espressa rinuncia del paziente e di irreperibilità (punti b e d) deve seguire una comunicazione al paziente.

Nell'informativa inviata al paziente, tramite modalità informatizzata e tracciabile (mail, SMS, etc.) al momento dell'inserimento in lista, devono essere chiaramente riportate le seguenti note al fine di informare adeguatamente il cittadino sulle modalità di chiusura della scheda di prenotazione:

- canali attraverso i quali effettuare la cancellazione;
- informazioni da comunicare per effettuare la cancellazione;
- termine (giorno e ora) entro il quale si richiede di comunicare la cancellazione; deve essere tale da consentire il recupero del posto prenotato, ossia l'attribuzione dell'appuntamento a un altro cittadino.

8. SISTEMI DI PRENOTAZIONE E INFORMAZIONE

Per quanto attiene agli strumenti informatici in utilizzo, sono ormai consolidati gli strumenti CUP-Contact Center e i sistemi di prenotazione e pagamento online.

8.1 I SISTEMI CUP AZIENDALI

Ai sensi dell'art. 7 della L.R. n. 13/2019, il CUP deve essere unico per ciascuna azienda sanitaria e gli erogatori pubblici nonché i privati accreditati ospedalieri e ambulatoriali devono afferire allo stesso.

La Direzione sta provvedendo al completamento dell'integrazione del sistema CUP provinciale con le strutture private convenzionate, provvisoriamente accreditate, per la condivisione delle agende, in modo da permettere all'utenza di avere la prima data disponibile per la prestazione richiesta attingendo dall'intera offerta del territorio provinciale, sia pubblica che privata.

Con le strutture private convenzionate sarà definito il volume, la tipologia e la loro distribuzione delle prestazioni acquistate nel corso dell'anno per non esaurire l'offerta prima del termine dell'anno.

Si prevede che le attività sopra descritte siano attuate entro il 31 dicembre 2019.

La proposta di adesione al CUP Provinciale è stata estesa anche all'IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza" di San Giovanni Rotondo.

Il CUP ASL FOGGIA prevede un sistema di "recall" per ricordare all'assistito la data di erogazione della prestazione e per ricevere le disdette delle prenotazioni.

Attraverso le procedure informatiche del CUP è già possibile:

- controllare la fase di prenotazione, pagamento, accesso e contabilizzazione;
- consultare in tempo reale l'attesa relativa a prestazioni sanitarie erogate;
- annullare le prenotazioni effettuate;
- visualizzare gli appuntamenti già prenotati;
- rispondere alle richieste e alle esigenze di pianificazione e programmazione della direzione strategica e delle singole strutture;
- fornire dati necessari per i flussi informativi previsti.

È, inoltre, in corso di sperimentazione un'ulteriore attività di "chiamata attiva" dedicata a quelle prestazioni che registrano tempi di attesa critici a livello aziendale: il servizio consiste in una telefonata effettuata da un operatore nei tre giorni precedenti alla data di erogazione della prestazione in cui si chiede all'utente di confermare, spostare o disdire.

Ogni modifica dello stato di lista, ogni contatto con il paziente e ogni cambio di iter diagnostico-terapeutico ha riscontro nel registro informatizzato ed è tracciata l'identità di chi ha disposto la modifica.

Il CUP della ASL Foggia dovrà rendere possibile la consultazione dei tempi reali di attesa relativi alle prestazioni monitorate in ciascun codice di priorità;

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

Il CUP della ASL Foggia, dovrà disporre di meccanismi atti ad evitare la sottoutilizzazione della capacità erogativa, massimizzare la capacità di assicurare il rispetto del tempo massimo di attesa per ciascuna classe di priorità (consentire una distribuzione dinamica dei posti disponibili per classi di priorità, tenendo conto della capacità di offerta e della domanda

attesa; devono essere corredati di meccanismi di alerting, opportunamente configurabili, per segnalare criticità dovute ad insufficienti disponibilità di appuntamenti per una data prestazione).

I sistemi di prenotazione sarà corredato di funzionalità atte a consentire efficacemente la prenotazione interaziendale soprattutto, ma non solo, con riferimento alle prestazioni erogate nell'ambito delle reti di patologie o, più in generale, a quelle il cui ambito territoriale di garanzia travalica il livello aziendale.

8.2 I SISTEMI DI PRENOTAZIONE E PAGAMENTO ONLINE

Nella ASL FOGGIA sono già disponibili i servizi:

- di prenotazione online delle prestazioni specialistiche per le prestazioni rese in regime istituzionale (prescritte su ricettario rosso del SSN o su ricette dematerializzate);
- di disdetta online delle prenotazioni specialistiche in regime istituzionale;
- di pagamento ticket delle prestazioni specialistiche.

Oltre alla possibilità già esistente di prenotare, pagare il ticket e disdire le prenotazioni attraverso l'applicazione "PugliaSalute", è in progetto:

- l'integrazione del software dei MMG/PLS con quello del CUP Provinciale per consentire la "prenotazione diretta": i medici, al momento della prescrizione, invieranno automaticamente una proposta di prenotazione al CUP che verrà confermata, in seguito, dal paziente attraverso i canali già operativi;
- l'attivazione del sistema di prenotazione anche presso le farmacie tramite l'utilizzo del sistema del CUP Aziendale.

Si prevede che le attività sopra descritte siano attuate entro il 31 giugno 2019.

Il sistema del CUP provinciale è stato integrato dai **Fast Box**, sportelli self service che consentono l'accettazione immediata di utenti esenti.

È in fase di completamento l'integrazione dei Fast Box, presenti in maniera capillare sul territorio, della funzione di pagamento con la moneta elettronica.

Si prevede che le attività sopra descritte siano attuate entro il 31 dicembre 2019.

Sarà attivato entro 120 giorni dalla approvazione del PRGLA il servizio di prenotazione online delle prestazioni specialistiche in regime di attività libero professionale intramuraria (ALPI).

Entro il 31/12/2019 dovrà essere disponibile anche il servizio di pagamento attraverso la piattaforma PagoPA.

Tutte le agende presenti nei sistemi CUP dovranno essere disponibili anche per le prenotazioni online. Solo particolari prestazioni ed agende possono essere rese non disponibili alla prenotazione online; l'esclusione dalla prenotazione online di particolari prestazioni ed agende deve essere adeguatamente giustificata da ragioni di tipo organizzativo e tecnico.

La Asl Foggia sta attuando un censimento di tutte le agende di prenotazione non visibili nel CUP e contestualmente richiedendo spiegazioni che giustifichino tale mancanza.

A tal proposito si evidenzia che sono escluse dalla prenotazione online le agende di Medicina dello Sport (Foggia, San Severo, Lucera e Cerignola). Tale esclusione è motivata da:

- a) caratteristica del richiedente la prestazione stessa, rappresentata da Società Sportive e non dal singolo utente;
- b) complessità delle regole specifiche di accesso alle diverse tipologie di prestazioni erogate.

Le agende del sistema CUP aziendale devono essere interrogabili dai cittadini mediante il portale regionale della salute, anche quando non prenotabili online, al fine di consentire la massima trasparenza nella consultazione delle prime disponibilità.

8.3 INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE SULLE MODALITÀ DI PRENOTAZIONE E SULLE LISTE DI ATTESA

In apposita sezione del sito istituzionale ASL FOGGIA, all'interno del portale PugliaSalute, verranno gradualmente alimentate e aggiornate le informazioni:

- sulle modalità di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali in regime Istituzionale;
- sulle modalità di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali in regime ALPI;
- sulle modalità di accesso ai ricoveri programmati;
- sulle modalità di pagamento delle prestazioni e disdetta delle prenotazioni;
- sulle modalità con le quali inoltrare reclami e segnalare disservizi in merito ai servizi di prenotazione ed ai tempi di attesa;
- sulle tariffe delle prestazioni in regime ALPI;
- sul regolamento aziendale per l'esercizio delle attività libero professionali intramoenia;
- sul monitoraggio dei tempi di attesa in regime istituzionale ed ALPI, con comparazione degli stessi e dei volumi a livello di singola prestazione oggetto di monitoraggio distinti per classi di priorità;
- sui risultati della contabilità analitica separata con indicazione dei costi diretti e indiretti, ai sensi dell'articolo 17 del regolamento regionale 11 febbraio 2016, n. 2.

9. PRESTAZIONI NON ESEGUITE PER MANCATA PRESENTAZIONE

La ASL Foggia è già adempiente a tutti i precedenti atti regionali sul tema.

In coerenza con le indicazioni del PRGLA 2019-2021 e con le norme nazionali già precedentemente emanate (art. 4 comma 18 della Legge 3 dicembre 1991 n. 412, art. 1 comma 796 lettera r) della Legge 27 dicembre 2006, n. 296).

La ASL Foggia assicura nella gestione delle disdette di prenotazione:

- 📄 forme facilitate ed accessibili dai cittadini (sportello, call center, servizi web, SMS) per effettuare le disdette di prenotazione;
- 📄 le disdette devono essere comunicate dai cittadini entro il terzo giorno lavorativo antecedente la data dell'appuntamento (il sabato non è considerato lavorativo in quanto i servizi di prenotazione presidiati da operatore generalmente non sono attivi o lo sono solo parzialmente); le disdette tardive (successive al termine precedente, ma comunque comunicate entro il giorno lavorativo precedente la data dell'appuntamento) sono accettate; per alcune prestazioni i *Piani Attuativi Aziendali* possono prevedere delle scadenze diverse per la disdetta (ad esempio, per le prestazioni che richiedono una preparazione nei giorni precedenti l'esecuzione);
 - in caso di mancata presentazione, senza preventiva disdetta, l'importo della sanzione è pari alla quota di partecipazione al costo della prestazione non eseguita (o delle prestazioni non eseguite), anche qualora l'assistito sia esente;
 - la sanzione non va applicata ove il cittadino dimostri di non aver potuto comunicare, entro il termine indicato, la cancellazione a causa di gravi e giustificati motivi (in tal caso deve essere esibita documentazione comprovante il grave motivo: ad es. certificato di malattia);
 - i sistemi CUP producono un coupon di prenotazione che riporta informazioni riguardanti:
 - i canali attraverso i quali effettuare la cancellazione;
 - le informazioni da comunicare per effettuare la cancellazione;
 - il termine (giorno e ora) entro il quale farla;
 - la sanzione applicata in caso di mancata presentazione all'appuntamento prenotato, senza che sia stata precedentemente cancellata la prenotazione;
 - la sanzione applicata in caso di disdetta tardiva.

Le informazioni suddette sono comunicate anche ai cittadini che utilizzano un canale di prenotazione che non prevede la consegna/trasmissione di un coupon di prenotazione (telefono, ad esempio).

Inoltre, tra le misure che possono far tendere verso la piena utilizzazione della capacità erogativa la Asl Foggia adotta la misura dell'overbooking (accettare prenotazioni al di sopra della capacità effettiva, data la probabilità non nulla che una parte delle prenotazioni venga disattesa senza preavviso) e promuoverà la diffusione di servizi di recall automatico, anche sovra-aziendali, per favorire l'operazione di pulizia delle liste di attesa (cancellazione degli appuntamenti ai quali il cittadino che ha prenotato non è più interessato).

9.1 SISTEMA RITIRO REFERTI ONLINE

Per i cittadini che non ritirano i referti delle prestazioni sanitarie entro 30 giorni dalla data indicata per la consegna la Asl Foggia già prevede da parte dei cittadini, anche se esenti, il pagamento per intero della prestazione fruita, fatti salvi i casi di comprovata impossibilità.

In caso di attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico da parte dell'assistito, la consegna si intende sempre effettuata.

Tali informazioni, come già indicato per le disdette di prenotazione, sono comunicate attraverso i su citati canali di informazione e vengono riportate anche nei coupon di prenotazione.

Per agevolare il ritiro dei referti di laboratorio è in fase di attivazione il "Portale dei referti del cittadino della ASL Foggia".

Mediante l'inserimento del codice fiscale e del numero di identificazione del referto ricevuto al momento dell'accettazione, l'utente potrà effettuare l'accesso al sistema di ritiro referti.

10. UTILIZZO DELLE GRANDI MACCHINE ADOZIONE DI NUOVE TECNOLOGIE SANITARIE

Rientrano in tale monitoraggio le seguenti apparecchiature di diagnostica per immagini:

- Tomografi Assiali Computerizzati (TAC);
- Risonanze Magnetiche (RMN);
- Gamma Camere Computerizzate;
- Sistemi TAC/PET;
- Sistemi TAC/GANNA CAMERA;
- Sistemi per angiografia digitale;
- Mammografi.

Ad oggi non ci sono nella ASL Foggia evidenze delle misure tecniche ed organizzative attuate e pianificate al fine di utilizzare le grandi macchine per almeno lo 80% della loro capacità produttiva.

Si rimanda ad un successivo aggiornamento del piano aziendale.

10.1 TELEMEDICINA

Questa Direzione ha ottenuto un finanziamento di 10 milioni di euro per lo sviluppo della telemedicina con l'acquisto di apparecchiature utili a favorire la continuità assistenziale a persone affette da:

- ✓ cardiopatie croniche;
- ✓ diabete;
- ✓ insufficienza respiratoria cronica (BPCO) in ossigenoterapia domiciliare;

✓ patologie croniche a lungo termine.

Per l'assistenza a queste persone, gli operatori sanitari condivideranno una scheda clinica territoriale, il percorso assistenziale dei servizi erogati al paziente nei vari servizi distrettuali, ospedalieri ed in assistenza domiciliare oltre che visualizzare i parametri vitali acquisiti mediante il sistema di telemonitoraggio, fra cui:

- pressione arteriosa;
- tracciato ECG;
- holter cardiaco;
- holter pressorio;
- frequenza cardiaca;
- peso;
- saturazione di ossigeno;
- glicemia;
- peso;
- emoglobina glicata;
- spirometria.

Si prevede, inoltre, il coinvolgimento di tutti i MMG che si integreranno con il Medico Specialista, l'infermiere ed il paziente stesso attraverso un sistema di teleconsulto/teleconferenza.

Il nuovo sistema ICT, pertanto, permetterà l'accesso alla piattaforma ai MMG e agli operatori sanitari in modo da assicurare la programmazione delle attività, la gestione della scheda clinica informatizzata, il percorso assistenziale e la comunicazione (anche video) fra gli operatori e fra operatori e pazienti.

Si prevede che le attività sopra descritte siano attuate entro il 31 dicembre 2020.

11. CONTROLLO SULL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

La Direzione Strategica Aziendale ha già:

- a. coinvolto i direttori delle Strutture Complesse Aziendali di Medicina Interna, Cardiologia, Radiologia e Chirurgia e dei Distretti Socio-Sanitari in un percorso di diversificazione e intensificazione delle attività in base alle criticità aziendali di cui al paragrafo "Analisi del contesto";
- b. invitato i Direttori delle Strutture Complesse Aziendali di Radiologia e Diagnostica per Immagini a segnalare eventuali inapproprietezze prescrittive alla Direzione Sanitaria aziendale e rispettare l'obbligo ad indicare eventuali alternative in termini di minor impegno per rischi e appropriatezza per la diagnosi;
- c. avviato una verifica sulla corretta indicazione da parte dei medici prescrittori della tipologia di visita richiesta (prima visita o controllo);
- d. informato i medici prescrittori dell'avvio delle attività di verifica di cui al punto precedente, onde prevenire eventuali sanzioni a loro carico;
- e. sensibilizzato i medici di Medicina Generale verso una maggiore appropriatezza delle prescrizioni;
- f. rimodulato le visite, in base alla rifunionalizzazione dell'attività specialistica ambulatoriale, preso atto della deliberazione del Direttore Generale n. 1364 del 20/09/2018, per singolo Distretto Socio Sanitario e per singola disciplina con indicazione delle metodologie utilizzate
- g. accelerato i tempi di riorganizzazione delle agende al fine di renderle più aderenti ai bisogni della popolazione e alle dinamiche epidemiologiche;
- h. intensificato le campagne di comunicazione e informazione finalizzate ad incentivare l'utilizzo del Contact Center (numero verde) quale veloce strumento di prenotazione e disdetta delle prestazioni sanitarie;
- i. intensificato le campagne di comunicazione e informazione per pubblicizzare i servizi e le sedi aziendali dove si erogano le prestazioni di diagnostica strumentale che registrano minori liste d'attesa;
- j. realizzato campagne di comunicazione per divulgare il concetto che una corretta valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni ed un accesso governato per priorità del bisogno sono condizioni necessarie affinché i sistemi universalistici di cura possano essere sostenibili;
- k. svolto specifici programmi di formazione dei medici prescrittori sull'appropriatezza clinica e prescrittiva nell'ambito dei Piani Formativi Aziendali.

12. RIPROGRAMMAZIONE E POTENZIAMENTO DELLE ORE DI MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA

La ASL Foggia ha riorganizzato e implementato l'offerta sanitaria territoriale, calibrandola alle esigenze reali delle persone.

Partendo da un lungo e approfondito studio sui dati epidemiologici, sulla composizione demografica e sullo stato di salute della popolazione della ASL di Foggia sono state rideterminate le ore di specialistica ambulatoriale in modo da renderle più aderenti ai bisogni della popolazione che, nella provincia di Foggia, ha un indice di invecchiamento molto alto. Il tutto, nel rispetto del diritto alla tutela della salute e del principio di equità all'accesso delle prestazioni.

In virtù di tale lavoro di riorganizzazione, dunque, nel corso del mese di dicembre sono assegnate circa un migliaio di ore di specialistica ambulatoriale ai vari poliambulatori e Presidi Territoriali di Assistenza, di cui circa 900 a tempo indeterminato, per un costo complessivo di 1.700.000 euro.

Sul versante dell'offerta si è proceduto attraverso un percorso finalizzato a:

- definire il volume di prestazioni non soddisfatte dall'attuale capacità erogativa della rete complessiva regionale analizzando la domanda storica: l'analisi consiste nel calcolare il tasso di prestazioni erogato per mille abitanti residenti nella ASL per un periodo storico recente e valutare, in confronto al dato regionale medio, se ci sono scostamenti particolari;
- adottare la deliberazione n. 1364 del 20 settembre 2018 ad oggetto "Piano di riorganizzazione dell'Attività Specialistica Ambulatoriale."

Nella riorganizzazione dell'Attività Specialistica Ambulatoriale" sono state analizzate le singole discipline attraverso specifici indicatori (% abitanti distretto/totale abitanti ASL; n° ore specialistica attivate; % ore specialistica/abitanti distretto socio-sanitario; % range di saturazione; tempi di attesa in giorni). In funzione dei dati ottenuti, è stata definita una programmazione utile alla definizione numerica delle ore ritenute in eccedenza e finalizzata a:

- potenziare l'offerta sanitaria distrettuale attraverso la riqualificazione delle strutture, delle tecnologie e dei servizi (non ospedalieri) che erogano prestazioni di diagnostica specialistica, di diagnosi e cura per le patologie croniche-degenerative;
- ridurre il ricorso alla istituzionalizzazione delle cure per pazienti non autosufficienti e per persone affette da patologie croniche;
- favorire lo sviluppo dei servizi socio-sanitari a ciclo diurno, in una logica di filiera per l'integrazione con le prestazioni domiciliari sociosanitarie.

A partire dall'anno 2019, le ore in più di attività di specialistica ambulatoriale dovranno essere garantite da specialisti di quelle branche connesse al contrasto delle malattie croniche le quali dovranno essere obbligatoriamente presenti in ogni P.T.A. (cardiologia, pneumologia, endocrinologia/diabetologia, oculistica, neurologia ed ortopedia).

Nell'iter procedurale di assegnazione delle ulteriori ore, valutate le modifiche derivanti dalla cessazione di professionisti dipendenti e convenzionati, dalla mobilità di specialisti e da situazioni critiche emergenti, si seguiranno i seguenti passaggi:

- informativa/confronto dell'elaborato con i direttori dei distretti socio-sanitari, le organizzazioni sindacali e le rappresentanze sociali;
- rivalutazione di eventuali distorsioni provocate da errata gestione delle agende (accessi diretti, visite domiciliari in orario di servizio non prenotate, ecc.);
- assegnazione delle risorse tramite pubblicazione di ore specialistiche secondo: il principio di prossimità di cura; situazione oro-geografica; contemporanea presenza nello stesso ambito di ospedali e di strutture accreditate, strutturazione delle sedi e delle apparecchiature a disposizione.

12.1 POTENZIARE GLI STRUMENTI E LE TECNOLOGIE SPECIFICHE IN USO AGLI SPECIALISTI AMBULATORIALI

La ASL Foggia ha avviato una pianificazione pluriennale degli investimenti per interventi infrastrutturali attraverso l'utilizzo di Fondi P.O. FESR 2014-2020, per un totale di circa 74 milioni di euro.

Alla pianificazione ha fatto seguito una programmazione triennale che prevede, tra gli altri, interventi di potenziamento degli strumenti e delle tecnologie in uso agli specialisti ambulatoriali per un finanziamento complessivo di circa 5.300.000 euro.

Obiettivi specifici degli interventi di potenziamento degli strumenti e delle tecnologie in uso agli specialisti ambulatoriali sono:

1. promuovere il potenziamento dell'offerta sanitaria e sociosanitaria distrettuale attraverso la riqualificazione delle strutture, delle tecnologie e di servizi, non ospedalieri, che erogano prestazioni di diagnostica specialistica, prestazioni di diagnosi e cura per le patologie croniche e i servizi del welfare d'accesso;
2. ridurre il ricorso alla istituzionalizzazione delle cure per pazienti non autosufficienti e per persone affette da patologie croniche e favorire lo sviluppo di servizi sociosanitari a ciclo diurno, in una logica di filiera per l'integrazione con le prestazioni domiciliari sociosanitarie.

Si prevede che le attività sopra descritte siano attuate entro il 31 dicembre 2020.

12.2 AZIONI SPECIFICHE PER GLI SCREENING

La ASL Foggia, per ridurre le liste d'attesa relative agli screening, ha avviato iniziative atte ad aumentare l'adesione da parte della popolazione. Tra queste:

- a. l'assunzione di nuovi medici radiologi (sono in corso le relative procedure concorsuali) che consentirà di raddoppiare il numero delle ore dedicate alle attività di screening;
- b. per lo screening del tumore alla mammella l'acquisto di un camper dotato di apparecchiatura mammografica con il quale si intende aumentare l'adesione da parte delle donne, in particolar modo nei comuni del Gargano e dei Monti Dauni, più lontani dalle strutture che erogano il servizio;
- c. l'intensificazione di campagne di comunicazione e informazione istituzionali dedicate (già diffuse con cadenza periodica).

13. ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA

Attualmente nella ASL FOGGIA si accede alle prestazioni in regime di Libera Professione esclusivamente tramite prenotazione presso CUP aziendale; detta attività è svolta solo nelle sedi aziendali. È imminente la realizzazione della prenotabilità delle stesse in modalità on line.

Qualora – a seguito del monitoraggio dei tempi d'attesa di cui innanzi – i volumi delle prestazioni erogate in regime istituzionale risultino inferiori a quelle erogate in regime di ALPI, ovvero si riscontri uno sfioramento dei tempi di attesa massimi individuati dalla Regione, il Direttore generale procede alla sospensione dell'erogazione delle prestazioni in libera professione, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate.

Tale sospensione si applica esclusivamente alla tipologia di prestazioni ed alla specifica Unità operativa per le quali si è registrato il disallineamento.

Nel periodo di sospensione il Direttore generale è tenuto – coadiuvato dal RULA e su proposta del Direttore dell'Unità operativa interessata dal disallineamento – ad analizzare le criticità che hanno determinato il predetto disallineamento e ad attivare le necessarie azioni volte al superamento dello stesso.

La sospensione dell'erogazione delle prestazioni in libera professione è revocata al venir meno del disallineamento tra i volumi delle prestazioni erogate in regime istituzionale e quelli delle prestazioni erogate in regime di ALPI o dello sfioramento dei tempi di attesa massimi individuati dalla Regione.

14. FLUSSI INFORMATIVA PER IL MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA

Per il monitoraggio dei tempi di attesa di cui al PRGLA, le ASL Foggia provvede alla produzione ed al conferimento, nel rispetto delle specifiche tecniche di riferimento, dei flussi:

1. **Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;**
2. **Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale.**

A questi obblighi si aggiungono quelli relativi all'invio dei dati relativi alle prenotazioni delle 4 settimane indice definite dal PNGLA, come di seguito riportate:

- Gennaio 2a settimana;
- Aprile 1a settimana;
- Luglio 1a settimana;
- Ottobre 1a settimana.

1. **Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero**

professionale intramuraria - ALPI in libera professione intramuraria ed intramuraria allargata, effettuata attraverso il portale di Agenas secondo le relative Linee Guida ad oggi in fase di revisione.

Il monitoraggio è effettuato con riferimento alle stesse settimane indice individuate per il monitoraggio dell'attività istituzionale

2. **Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione** avviene con la consueta metodologia e secondo la richiesta regionale e ministeriale.

Per il **Monitoraggio ex post delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale**, la ASL si impegna ad emanare le direttive alle UU.OO. interessate al fine di assicurare la corretta attuazione del monitoraggio.

15. VIGILANZA SULLA SOSPENSIONE DELLE PRENOTAZIONI/EROGAZIONI

La D.G. R. 1200/2006 conteneva precisi indirizzi per l'attività di sospensione di erogazione delle prestazioni. Le stesse sono state recepite dalla ASL FOGGIA e dettagliate nel documento "Linee Guida per la sospensione delle attività di erogazione delle prestazioni", allegato della Delibera del Direttore Generale n. 1341 del 15/09/2011 ad oggetto "Piano Attuativo Aziendale per il Governo delle Liste di attesa – triennio 2011-2013" e che si riportano di seguito:

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.

15.1 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 Sovra-distrettuale;
- 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;
 - a 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 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.

Vito Piazzolla
Direttore Generale