

Piano Attuativo dell'IRCCS – Istituto Tumori “Giovanni Paolo II”

per il Governo delle Liste di Attesa Triennio 2019 - 2021

Sommario

1. Responsabile Unico Liste di Attesa Aziendale (RULA)	3
2. Elenco delle prestazioni e tempi massimi di attesa.....	3
3. Prestazioni in regime di ricovero	8
4. Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali.....	9
5. Utilizzo ed applicazione del Modello RAO.....	9
6. Procedure operative per la prenotazione delle prestazioni specialistiche	10
7. Procedure operative per la gestione dei ricoveri programmati.....	11
8. La presa in carico (fase di pre-lista).....	11
9. La fase pre-operatoria (pre-ricovero).....	12
10. Ordine di accesso.....	12
11. Aggiornamento della lista d’attesa.....	13
12. Rinvio del ricovero programmato.....	13
13. Rinvio dell’interventi chirurgico	14
14. Sistemi di prenotazione e di informazione.....	14
15. Servizi online.....	16
16. Prestazioni non eseguite per mancata presentazione	16
17. Utilizzo delle grandi macchine.....	18
18. Controlli sulla appropriatezza prescrittiva	18
19. Prestazioni aggiuntive libere professionali.....	18
20. Attività libero professionale intramuraria	19
21. Organismo paritetico regionale.....	19
22. Flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa.....	20
23. Monitoraggio ex-post delle prestazioni specialistiche (reg. istituzionale).....	20
24. Monitoraggio ex-ante delle prestazioni specialistiche (reg. istituzionale).....	21

25.	Monitoraggio ex post delle attività di ricovero (reg. istituzionale)	21
26.	Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione	22
27.	Monitoraggio dei PDTA in ambito oncologico.....	22
28.	Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI	22
29.	Monitoraggio della presenza sui siti delle Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa	23
30.	Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende di prenotazione nel sistema CUP	23
31.	Vigilanza sulla sospensione delle prenotazioni/erogazioni	23
32.	Programmi attuativi aziendali	24
33.	Obiettivi del Direttore Generale.....	25
34.	Percorso partecipativo ed evoluzione del Piano	26

1. Responsabile Unico Liste di Attesa Aziendale (RULA)

Ai sensi della Legge Regionale n. 13/2019, il Direttore Generale dell'IRCCS ha individuato come Responsabile Unico delle Liste di Attesa Aziendale (RULA), a cui si attribuiscono le funzioni e gli obiettivi in merito alle liste di attesa e contenuti nel presente Piano.

Il RULA è responsabile dell'attuazione e del raggiungimento degli obiettivi contenuti nel Piano Aziendale sulle liste d'attesa, delle attività di cui all'articolo 1 della Legge Regionale n. 13/2019, e provvede al controllo sull'avvenuto adempimento.

Il RULA detiene ed aggiorna un apposito registro in cui sono riportati volumi, tempi di attesa e ogni altro dato necessario al monitoraggio. Segnala al Direttore Generale e all'Organismo Paritetico di Promozione e Verifica dell'ALPI le inadempienze e le violazioni alle disposizioni della Legge Regionale n. 13/2019 e all'atto aziendale di cui all'articolo 5 del R.R. 2/2016; ed inoltre partecipa ai coordinamenti regionali in materia.

2. Elenco delle prestazioni e tempi massimi di attesa

Il presente Piano individua quali prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa quelle indicate nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il Triennio 2019-2021 (PNGLA 2019-2021). Nel dettaglio, sono oggetto di monitoraggio:

- 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)

Le prestazioni specialistiche ambulatoriali oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, in coerenza con il PNGLA 2019-2021, sono le seguenti:

VISITE SPECIALISTICHE			
Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice Branca (Nazionale)
1	Prima Visita cardiologica	89.7	02
2	Prima Visita chirurgia vascolare	89.7	05
3	Prima Visita endocrinologica	89.7	09
4	Prima Visita neurologica	89.13	15
5	Prima Visita oculistica	95.02	16
6	Prima Visita ortopedica	89.7	19
7	Prima Visita ginecologica	89.26	20
8	Prima Visita otorinolaringoiatrica	89.7	21
9	Prima Visita urologica	89.7	25
10	Prima Visita dermatologica	89.7	27
11	Prima Visita fisiatrica	89.7	12
12	Prima Visita gastroenterologica	89.7	10
13	Prima Visita oncologica	89.7	18

14	Prima Visita pneumologica	89.7	22
----	---------------------------	------	----

PRESTAZIONI STRUMENTALI

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore
Diagnostica per Immagini		
15	Mammografia bilaterale	87.37.1
16	Mammografia monolaterale	87.37.2
17	TC del Torace	87.41
18	TC del Torace senza e con MDC	87.41.1
19	TC dell'addome superiore	88.01.1
20	TC dell'addome superiore senza e con MDC	88.01.2
21	TC dell'addome inferiore	88.01.3
22	TC dell'addome inferiore senza e con MDC	88.01.4
23	TC dell'addome completo	88.01.5
24	TC dell'addome completo senza e con MDC	88.01.6
25	TC Cranio – encefalo	87.03
26	TC Cranio – encefalo senza e con MDC	87.03.1
27	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	88.38.1
28	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	88.38.1
29	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	88.38.1
30	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	88.38.2
31	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	88.38.2
32	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC	88.38.2
33	TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	88.38.5

34	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	88.91.1
35	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	88.91.2
36	RM di addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4
37	RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	88.95.5
38	RM della colonna in toto	88.93
39	RM della colonna in toto senza e con MDC	88.93.1
40	Diagnostica ecografica del capo e del collo	88.71.4
41	Eco (color) dopplergrafia cardiaca	88.72.3
42	Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	88.73.5
43	Ecografia dell'addome superiore	88.74.1
44	Ecografia dell'addome inferiore	88.75.1
45	Ecografia dell'addome completo	88.76.1
46	Ecografia bilaterale della mammella	88.73.1
47	Ecografia monolaterale della mammella	88.73.2
48	Ecografia ostetrica	88.78
49	Ecografia ginecologica	88.78.2
50	Ecocolor doppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	88.77.2
Altri Esami Specialistici		
51	Colonscopia totale con endoscopio flessibile	45.23
52	Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	45.42
53	Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24

54	Esofagogastroduodenoscopia	45.13
55	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	45.16
56	Elettrocardiogramma	89.52
57	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50
58	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	89.41
59	Altri test cardiovascolari da sforzo	89.44
60	Esame audiometrico tonale	95.41.1
61	Spirometria semplice	89.37.1
62	Spirometria globale	89.37.2
63	Fotografia del fundus	95.11
64	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
65	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
66	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
67	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli	93.08.1
68	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

69	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli) 93.08.1	93.08.1
----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------

Come stabilito dal PNGLA 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:

Codice priorità	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)	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.

L'IRCCS recepisce l'elenco delle prestazioni e delle classi di priorità sopra indicate e garantisce che le prestazioni siano erogate entro il tempo massimo di attesa ad almeno il 90% delle prenotazioni, per ciascuna delle classi di priorità oggetto di monitoraggio, nel rispetto del proprio ambito di garanzia

A partire dal 1° gennaio 2020 viene introdotto a livello regionale, in coerenza con le indicazioni contenute nel PNGLA 2019-2021, il monitoraggio dei tempi di attesa anche per le prestazioni non di primo accesso (controlli, follow up).

Saranno oggetto di monitoraggio le prestazioni di controllo corrispondenti a quelle già monitorate per i primi accessi, con focus sui volumi prenotati e sui tempi medi di attesa.

3. Prestazioni in regime di ricovero

Il “Piano Regionale di Governo delle Liste d’Attesa per il triennio 2011-2013”, conferma l’uso obbligatorio della classe di priorità per tutti i ricoveri programmati, che deve essere coerente con i criteri di cui all’Accordo Stato -Regioni dell’11 luglio 2002, riportati nella seguente tabella:

Classe di priorità per il ricovero	Indicazioni
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.

Per poter assicurare equità nell’accesso, l’inserimento delle richieste di ricovero programmato dovrà avvenire attraverso le procedure all’uopo realizzate presenti nel modulo ADT (Accettazione, Dimissione, Trasferimento) del sistema informativo regionale Edotto, o attraverso procedure similari presenti in altro sistema informativo aziendale.

All’atto della registrazione di una richiesta di ricovero programmato, al paziente si dovrà fornire un coupon di prenotazione ricovero riportante l’indicazione della classe di priorità, la posizione occupata nella lista di attesa, la durata presunta dell’attesa, le informazioni circa il pre-ricovero ed ogni altra informazione ritenuta utile. Sarà attivato un registro on-line con il quale il paziente potrà monitorare la

sua posizione nell'ambito della lista di attesa. Qualora la prestazione sia erogata prevalentemente od esclusivamente in regime ambulatoriale, il monitoraggio deve riguardare tale setting assistenziale.

4. Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali

Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) è una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti (oltre al paziente stesso), a livello ospedaliero e/o territoriale, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica situazione patologica o anche l'assistenza sanitaria necessaria in particolari condizioni della vita, come ad esempio la gravidanza e il parto. Il monitoraggio di alcuni PDTA relativi all'area oncologica, con l'applicazione di una metodologia finalizzata alla verifica della durata temporale consta di due distinti momenti del percorso diagnostico-terapeutico:

- 1) la fase strettamente diagnostica (dal primo sospetto "consistente" alla conclusione diagnostica)
- 2) l'attesa per l'inizio della terapia dopo il completamento della fase 1.

Il presente Piano, recependo quanto indicato dal PNGLA 2019-2021, stabilisce che il monitoraggio dei PDTA delle patologie oncologiche sarà attuato secondo la metodologia indicata nelle Linee Guida che saranno elaborate dall'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa, che verrà istituito presso la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria

5. Utilizzo ed applicazione del Modello RAO

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 medici 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 Delibera di Giunta Regionale n. 479 del 18 marzo 2014.

Ai sensi dell'art. 2 della L.R. n. 13/2019, al fine di evitare che per gli accertamenti diagnostici connessi alla medesima patologia il paziente venga iscritto in una pluralità di successive liste di attesa, il medico specialista che ritiene necessari ulteriori accertamenti al fine di completare il sospetto diagnostico ha l'obbligo della presa in carico dell'assistito fino alla completa conclusione del percorso diagnostico.

Il medico specialista, si affianca e si coordina con il medico di medicina generale nel processo di presa in carico del paziente.

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, funzione di accettazione, da prevedersi con modalità esclusivamente elettroniche, che definisce la relazione tra l'equipe di operatori sanitari, le prestazioni da questi erogabili e la durata di ciascuna di esse, la fascia oraria e i giorni della settimana di erogazione, le modalità di accesso alla prenotazione.

6. Procedure operative per la prenotazione delle prestazioni specialistiche

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. Nel sistema CUP l'addetto alla prenotazione deve riportare anche i dati di contatto dell'assistito al fine poter attivare i servizi di recall automatico. L'addetto al CUP deve sempre riferire all'utente la prima data disponibile 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 una 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. Scopo dell'APR è quello di:

- documentare la priorità temporale e clinica della richiesta di ricovero programmato;
- costituire il registro sequenziale, ordinato per data di inserimento, delle schede di prenotazione dei ricoveri programmati in regime ordinario, di day surgery o day;
- costituire il registro che documenta analiticamente la popolazione di pazienti in attesa di prestazioni assistenziali in regime di ricovero.

In linea generale non deve mai essere possibile effettuare un ricovero programmato di un paziente che non è stato preventivamente inserito nell'APR.

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.

8. 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 adjuvanti 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. È importante regolare la programmazione dell'attività chirurgica in modo che sia possibile, al momento dell'inserimento in lista di attesa, stabilire un periodo certo di ricovero per l'effettuazione dell'intervento chirurgico. Dalla data di iscrizione in lista in poi, fino al giorno del ricovero (data ammissione), sarà calcolato il tempo di attesa.

9. La fase pre-operatoria (pre-ricovero)

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 anestesiologicalo);
- 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.

10. 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:

1. 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;

2. presenza di dolore e/o deficit funzionale o altre complicanze previste;
3. 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.

11. Aggiornamento della lista d'attesa

L'ordine di chiamata dei pazienti è stabilito secondo i criteri e l'eventuale supporto del sistema di score descritti precedentemente.

La lista di attesa va verificata ad intervalli di tempo definiti ed espliciti, al fine di valutare la sua corrispondenza rispetto alla posizione ed allo 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.

12. 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.

Nel caso in cui 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.

13. 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.

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 sugli esami che sono stati svolti in fase di pre-ricovero e sull'addebito del loro costo anche per i pazienti esenti dal ticket.

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

14. Sistemi di prenotazione e di informazione

Questo IRCCS ha predisposto delle agende informatizzate al CUP secondo le classi di priorità e prevedendo dei percorsi prioritari per i pazienti oncologici. L'Istituto provvede a vigilare sistematicamente sulle eventuali sospensioni dell'erogazione di prestazioni, attivando provvedimenti finalizzati a garantirne l'offerta nei tempi più brevi possibili. Al momento, in attesa di completare il potenziamento della pianta organica, le sospensioni si verificano per improvvise assenze non vicariabili di personale specializzato o per improvvise avarie di apparecchiature.

Ove si verificano queste circostanze, viene garantita la tempestiva comunicazione agli utenti prenotati e la rassegnazione dell'appuntamento a breve termine nell'ambito delle agende disponibili oppure in "overbooking". In ottemperanza alla legge n° 120/2017 l'Istituto, attraverso il CUP centralizzato per la prenotazione e fatturazione dell'Attività libero Professionale, provvede al monitoraggio costante dell'attività erogata nel suddetto regime ed attraverso l'organismo Paritetico di Promozione e Verifica dell'ALPI controlla i volumi di attività istituzionale e di attività libero-professionale, dando immediata

comunicazione al Direttore Generale e al RULA nel caso in cui i volumi di prestazioni erogate in regime istituzionale risultassero inferiori a quelle erogate in regime di ALPI. In questo ultimo caso il Direttore Generale può procedere alla sospensione dell'erogazione delle prestazioni in ALPI, fatta salva l'esecuzione di quelle già prenotate.

I volumi delle attività in ALPI ed in istituzionale relativi alle prestazioni oggetto di monitoraggio del presente Piano ed i relativi tempi medi di attesa, vengono pubblicati bimestralmente sul Portale della Salute Regionale – sito web aziendale nella sezione trasparenza. Sempre al fine dell'abbattimento delle liste di attesa, per alcune prestazioni oggetto di monitoraggio per le quali l'IRCCS non riesce a garantire il tempo massimo previsto nel piano, si potrà prevedere l'utilizzo di prestazioni aggiuntive in regime libero professionale, concordandole con i professionisti. Le prestazioni aggiuntive saranno svolte all'interno della struttura aziendale, sempre al di fuori dell'orario di lavoro istituzionale e per il relativo espletamento potrà essere usato il ricettario SSN per la richiesta di ulteriori accertamenti. La suddetta spesa trova capienza nell'apposito fondo previsto dalle trattenute sulla libera professione ai sensi della Legge n. 189/2012 articolo 2.

Sono sistematicamente verificate le prescrizioni effettuate, per completamento diagnostico e/o terapeutico, mediante impegnativa redatta dai medici dipendenti dell'Istituto. Si registra una elevata percentuale di adesione alle indicazioni sulla corretta e completa compilazione dell'impegnativa. Ove si individuino delle non conformità si prevede la tempestiva predisposizione di azioni correttive. L'IRCCS sottopone a monitoraggio sistematico tutte le prescrizioni effettuate al CUP verificando: l'utilizzo delle classi di priorità, la presenza del quesito diagnostico, la corretta identificazione delle prime visite e dei controlli.

Tutte le prestazioni specialistiche sono prenotate esclusivamente tramite il CUP, conforme al documento "Linee guida nazionali sul Sistema CUP", di cui all'intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010, recepite con Deliberazione della Giunta regionale n. 854/2010. Attraverso le procedure informatiche del CUP è possibile:

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

Ogni modifica dello stato di lista, ogni contatto con il paziente ed ogni cambio di iter diagnostico-terapeutico, trova riscontro nel registro informatizzato e viene tracciata l'identità di chi ha disposto la modifica. Ogni modifica dello stato di lista, ogni contatto con il paziente ed ogni cambio di iter diagnostico-terapeutico, trova riscontro nel registro informatizzato e viene tracciata l'identità di chi ha disposto la modifica. 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 sono state predisposte a livello aziendale delle agende riservate. Il contact center utilizza diversi numeri attivi dal lunedì al venerdì dalle ore 7:30 alle ore 17:30 ed il sabato dalle ore 8:30 alle ore 12:30;

- CUP-Ticket numero **366 33 29 447***
- Infopoint – Accoglienza numero **334 61 27 201***
- CUP ALPI numero **366 33 28 253**
- Per le prestazioni specialistiche relative all'Ambulatorio di Oncologia Medica e Oncologia Toracica è stato istituito un numero telefonico **334 6125579***, che risponde dal lunedì al venerdì dalle ore 7:30 alle ore 17:30.
- Sui numeri di telefono contrassegnati da asterisco * è attivo un servizio di messaggistica **Whatsapp**

15. Servizi online

Tutte le prestazioni prenotabili presso il CUP (sportelli o Contact center) sono prenotabili anche online sul sito web aziendale del portale "PugliaSalute". Tra i servizi attualmente accessibili dal Portale vi sono:

- la prenotazione, la disdetta ed il pagamento ticket delle prestazioni specialistiche sia rese in ambito istituzionale che in ALPI;
- la consultazione online e la gestione (stampa, archiviazione) dei referti del Laboratorio Analisi), gratuitamente 24 ore su 24 per 7 giorni su 7, in alternativa al tradizionale ritiro cartaceo. Al momento dell'accettazione presso il Centro unico Prelievi, l'utente è informato circa la possibilità di accedere ad un indirizzo internet dedicato, fruibile anche dal sito istituzionale dell'Istituto alla sezione "Servizi online" dal quale consultare, stampare ed archiviare il referto relativo agli esami di laboratorio ai quali si è sottoposto. Per accedere al servizio di refertazione online, è necessario ritirare un codice PIN presso la Segreteria del Centro Unico prelievi dopo che è stato effettuato il prelievo stesso, dal lunedì al venerdì dalle ore 8:30 alle ore 10:30. L'adesione al servizio di refertazione online è una scelta individuale e facoltativa. I referti stampati con questo sistema hanno piena validità legale e possono essere utilizzati come i normali referti cartacei. Il referto è disponibile online dalla data indicata sul modulo ritiro referti che viene consegnato all'accettazione del Centro Unico Prelievi, fino a 45 giorni dopo (in osservanza delle Linee Guida del garante Privacy 19 novembre 2009). Dopo tale termine non sarà più possibile scaricarlo. In quest'ultimo caso ed in caso di smarrimento delle credenziali è comunque possibile ritirare il referto presso la segreteria del Centro Unico Prelievi, dal lunedì al venerdì dalle ore 11:30 alle ore 13:00. Tutte le informazioni utili al cittadino ed in particolare sulle prestazioni e le tariffe in regime ALPI e sul Regolamento ALPI sono pubblicati sul sito aziendale nella sezione "ALPI – Attività in libera Professione".

16. Prestazioni non eseguite per mancata presentazione

La mancata presentazione di un utente regolarmente prenotato, senza che questi abbia preventivamente, e tempestivamente, comunicato la cancellazione della prenotazione comporta, generalmente, la non piena utilizzazione della capacità erogativa dell'IRCCS. L'Istituto, in conformità all'art. 7 comma 4 della Legge Regionale n. 13/2019 ed al Piano Regionale Governo di Attesa 2019 – 2021, prevede che l'assistito che non si presenta nel giorno previsto per l'erogazione della prestazione, senza aver dato idonea disdetta

entro le quarantotto ore antecedenti l'erogazione e fatti salvi i casi di forza maggiore, è tenuto al pagamento della prestazione all'Istituto, secondo la tariffa prevista dal vigente nomenclatore tariffario, anche se esente dalla partecipazione della spesa sanitaria (Vedi D.G. n. 672/2016 e n. 702/2016).

Le disdette devono essere comunicate dai cittadini entro il terzo giorno 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 rendendo libero il posto, ma comunque l'utente è tenuto al pagamento della sanzione equivalente al ticket. Per alcune prestazioni l'Istituto può prevedere delle scadenze diverse per la disdetta (ad esempio, per le prestazioni che richiedono una preparazione nei giorni precedenti l'esecuzione) informando l'utente.

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). Il sistema CUP produce un coupon di prenotazione che riporta anche le 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 dovranno essere comunicate anche ai cittadini che utilizzano un canale di prenotazione che non prevede la consegna/trasmisione di un coupon di prenotazione (telefono, ad esempio). L'Istituto, al fine di migliorare il servizio fa uso di Recall automatico, per favorire la pulizia delle liste di attesa (la cancellazione dell'appuntamento per il cittadino che ha prenotato e non è più interessato). Si stabilisce, infine, in coerenza con le indicazioni del PNGLA 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), che i cittadini che non ritirano i referti delle prestazioni sanitarie entro 30 giorni dalla data indicata per la consegna sono tenuti, anche se esenti, al 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. Riguardo questo punto, l'IRCCS deve assicurare informativa adeguata ai cittadini, utilizzando i diversi canali di comunicazione. Anche il coupon di prenotazione dovrà riportare informazioni in tal senso. Sarà cura dei reparti eroganti comunicare agli uffici competenti i nominativi degli utenti che non hanno ritirato nei termini previsti i referti per far sì che venga attivata la procedura di recupero dell'intero costo della prestazione.

17. Utilizzo delle grandi macchine

Nei piani attuativi aziendali, per tutte le apparecchiature di diagnostica per immagini censite nel monitoraggio previsto dal “flusso informativo per il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie in uso presso le strutture sanitarie pubbliche e presso le private accreditate o non accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN)” istituito con decreto del Ministero della Salute del 22/4/2014, le Aziende pubbliche del SSR devono dare evidenza delle misure tecniche ed organizzative attuate e pianificate al fine di utilizzarle per almeno lo 80% della loro capacità produttiva. 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

18. Controlli sulla appropriatezza prescrittiva

Si rimanda alla deliberazione della Giunta regionale 22 gennaio 2019, n. 90 recante “Approvazione Linee guida “Organizzazione delle attività per la verifica della Appropriatezza delle Prestazioni Sanitarie in Regione Puglia” – Decorrenza dall’1/1/2019. Abrogazione delle deliberazioni Giunta regionale nn.1101 del 23/06/2009, 1491 del 25/06/2010, 2252/2010, e n. 806 del 3/05/2011 e n. 385 del 04/03/2014”, pubblicata sul BURP n. 28 del 12/3/2019.

19. Prestazioni aggiuntive libere professionali

L’Istituto garantisce l'eventuale acquisto ed erogazione delle prestazioni aggiuntive in regime libero professionale, concordate con i professionisti e sostenute economicamente dall'Istituto, riservando al cittadino l'eventuale partecipazione al costo.

L’IRCCS potrà, pertanto, al fine di ridurre le liste di attesa dei servizi interessati, concordare con le équipes sanitarie l'acquisto di prestazioni specialistiche aggiuntive quale integrazione dell'attività istituzionale da effettuare prioritariamente per le prestazioni i cui tempi di attesa risultino critici, ai sensi dell'art. 55, comma 2, lett. d) dei CCNL 08/06/2000 dell'area della Dirigenza medica e veterinaria e dell'area della Dirigenza SPTA e nel rispetto della normativa regionale attualmente vigente in materia.

Le prestazioni aggiuntive saranno svolte all'interno delle strutture aziendali, sempre al di fuori dell'orario di lavoro istituzionale, e per il relativo espletamento dovrà essere utilizzato il ricettario SSN per la richiesta degli ulteriori accertamenti.

20. Attività libero professionale intramuraria

Il Direttore Generale è tenuto al rispetto dei tempi massimi stabiliti per singola prestazione, armonizzando le prestazioni rese in ambito istituzionale e quelle rese in ambito libero-professionale.

A tal fine, ogni Azienda ed Ente del Servizio Sanitario Regionale predispone un Piano aziendale concernente i volumi di attività istituzionale e di attività libero-professionale intramuraria con riferimento alle singole Unità operative (Piano aziendale ALPI) in applicazione dell'art. 1, co. 5 della L. 120/2007 e delle Linee guida regionali sull'attività libero-professionale intramuraria approvate con Regolamento regionale n. 2/2016.

Con cadenza periodica il Direttore Generale provvede a pubblicare, sul relativo sito istituzionale, i dati di monitoraggio dei tempi d'attesa delle prestazioni eseguite nell'ambito delle attività istituzionali e dell'attività libero professionale intramuraria (ALPI), aggregati per Azienda, nonché dei volumi delle medesime prestazioni, riferiti – per ciascuna tipologia di prestazione.

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.

21. Organismo paritetico regionale

Nell'ambito delle attività di verifica dello svolgimento dell'attività libero-professionale, l'Organismo paritetico regionale di cui all'art. 3, comma 3, dell'Accordo Stato-Regioni 18 novembre 2010 è stato costituito con D.G.R. n. 787 del 23/4/2013, successivamente modificata con la D.G.R. n. 1974 del 22/10/2013, con la denominazione di "Commissione paritetica regionale per l'ALPI del personale del S.S.R.", cui sono attribuiti i seguenti compiti:

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

Tale Commissione paritetica regionale è tenuta a riunirsi almeno semestralmente, al fine di valutare i dati relativi all'attività libero-professionale all'interno di ciascuna Azienda ed evidenziare le eventuali criticità anche con riferimento all'applicazione del R.R. n. 2/2016 – "Linee guida sull'attività libero-professionale

intramuraria del personale dipendente della dirigenza medica, veterinaria e del ruolo sanitario delle Aziende del SSR”.

22. Flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa

Per il monitoraggio dei tempi di attesa di cui al presente Piano, l'Istituto dovrà provvedere alla produzione ed al conferimento, nel rispetto delle specifiche tecniche di riferimento, dei flussi indicati nelle “Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi per i monitoraggi dei tempi di attesa”, Allegato B al PNGLA 2019-2021.

Per la rilevazione dei tempi di attesa e la corretta gestione delle liste di attesa, il PNGLA conferma i seguenti monitoraggi:

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

23. Monitoraggio ex-post delle prestazioni specialistiche (reg. istituzionale)

Il Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex post, viene effettuato attraverso il flusso informativo ex art. 50 della legge 326/2003 che, nell'aggiornamento del comma 5 del decreto del Ministero dell'Economia e Finanze del 18 marzo 2008, è stato implementato delle informazioni necessarie al suddetto Monitoraggio.

Nessun adempimento particolare è richiesto alle strutture pubbliche e private invianti oltre a quello previsto dall'art. 50 della legge 326/2003. Va comunque evidenziato che ai fini degli adempimenti a carico delle Regioni per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, la corretta copertura dei campi relativi a:

- Data di prenotazione,

- Data di erogazione della prestazione,
- Tipo accesso,
- Classi di priorità
- Garanzia dei tempi massimi deve essere maggiore del 90%.

24. Monitoraggio ex-ante delle prestazioni specialistiche (reg. istituzionale)

L'IRCCS deve produrre e conferire il flusso per il monitoraggio ex ante delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, secondo quanto indicato nel documento "Obblighi informativi a carico delle Aziende ed Istituti pubblici, delle strutture private accreditate e del personale convenzionato con il Servizio Sanitario Regionale", approvato annualmente dalla Giunta Regionale.

In particolare, in accordo a quanto stabilito dalla DGR n. 2701 del 05/12/2011, le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliere Universitarie, gli IRCCS pubblici e privati e gli Enti Ecclesiastici che erogano prestazioni ambulatoriali, sono tenuti ad inviare mensilmente i dati del flusso di monitoraggio ex ante dei tempi di attesa. I dati devono essere resi disponibili mensilmente tramite le specifiche disponibili sul portale dedicato <https://cupsgd.sanita.puglia.it>

I dati relativi ad ogni mese devono essere resi disponibili entro il giorno 10 del mese successivo.

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, seconda settimana;
- aprile, prima settimana;
- luglio, prima settimana;
- ottobre, prima settimana.

Eventuali aggiornamenti alle specifiche tecniche dei flussi, per rispondere ad esigenze rilevate dagli organi ministeriali o regionali, saranno comunicate dalle competenti strutture tecniche regionali alle aziende sanitarie, che dovranno provvedere tempestivamente agli adeguamenti del caso.

25. Monitoraggio ex post delle attività di ricovero (reg. istituzionale)

Per questo tipo di monitoraggio non sono richiesti adempimenti aggiuntivi alle strutture di ricovero, in quanto la fonte dati è quella del flusso delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) di cui al decreto del Ministro della Salute del 7 dicembre 2016, n. 261 "Regolamento recante modifiche ed integrazioni del decreto 27 ottobre 2000, n. 380 e successive modificazioni, concernente la scheda di dimissione ospedaliera" (GU Serie Generale n.31 del 7-2-2017).

Si rimanda al documento "Obblighi informativi a carico delle Aziende ed Istituti pubblici, delle strutture private accreditate e del personale convenzionato con il Servizio Sanitario Regionale", approvato annualmente dalla Giunta Regionale.

26. Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione

Mediante il sistema dedicato <https://cupsgd.sanita.puglia.it> devono essere conferiti semestralmente dalle Aziende Sanitarie Locali, dalle Aziende Ospedaliere Universitarie, dagli IRCCS pubblici e privati e dagli Enti Ecclesiastici i dati relativi al monitoraggio delle sospensioni delle attività. Si rammenta che il file di rilevazione deve essere prodotto anche nel caso in cui non siano state registrate sospensioni. Le rilevazioni sono semestrali con scadenza di conferimento entro il 15 luglio ed il 15 gennaio con riferimento al semestre precedente.

27. Monitoraggio dei PDTA in ambito oncologico

Il Monitoraggio dei PDTA delle patologie oncologiche sarà attuato a livello regionale secondo la metodologia indicata nelle Linee Guida che saranno elaborate dall'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa, come previsto dal PNGLA.

Le competenti strutture del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti provvedono a fornire opportune indicazioni alle Aziende del SSR sulla base delle disposizioni nazionali.

28. Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI

Il Monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali erogate in libera professione intramuraria avviene a livello regionale secondo quanto previsto dalle relative "Linee Guida" attualmente in fase di revisione da parte di Agenas (<http://alpi.agenas.it>). Le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere universitarie e gli IRCCS pubblici devono produrre e conferire il flusso per il monitoraggio ex ante delle prestazioni specialistiche ambulatoriali rese in ALPI, secondo le "Linee guida". Il monitoraggio deve essere effettuato con riferimento alle stesse settimane indice individuate per il monitoraggio dell'attività istituzionale:

- gennaio, seconda settimana;
- aprile, prima settimana;
- luglio, prima settimana;
- ottobre, prima settimana.

In concomitanza con i monitoraggi di aprile e di ottobre devono essere conferiti anche i volumi semestrali delle prestazioni erogate per l'attività istituzionale e per l'ALPI, riferiti al primo semestre (con il monitoraggio di ottobre) e al secondo semestre (con il monitoraggio di aprile dell'anno successivo) di ciascun anno. I volumi semestrali devono prevedere la distinzione fra primo accesso e accesso successivo.

Al fine di consentire il corretto svolgimento del monitoraggio ALPI, le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere universitarie e gli IRCCS pubblici devono utilizzare i codici del Catalogo Unico Regionale delle Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali, istituito con DGR n. 1668 del 25 settembre 2015, anche per le prenotazioni ALPI.

Nell'ambito del monitoraggio ALPI, gli IRCCS privati e gli Enti Ecclesiastici devono conferire i volumi semestrali delle prestazioni erogate in attività istituzionale, riferiti al primo semestre (con il monitoraggio di ottobre) e al secondo semestre (con il monitoraggio di aprile dell'anno successivo) di ciascun anno. I volumi semestrali devono prevedere la distinzione fra primo accesso e accesso successivo.

29. Monitoraggio della presenza sui siti delle Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa

Le Aziende pubbliche e le strutture private accreditate secondo le indicazioni delle ASL di competenza assicurano la comunicazione su tempi e liste di attesa e il rafforzamento della multicanalità nell'accesso alle informazioni attraverso vari strumenti, tra cui campagne informative, uffici relazioni con il pubblico (URP), carte dei servizi, sezioni dedicate e facilmente accessibili sui siti web regionali e aziendali.

30. Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende di prenotazione nel sistema CUP

Come stabilito dall'art. 7 comma 1 della L.R.13/2019, e come peraltro già previsto dalle "Linee guida nazionali del sistema CUP" e dal PNGLA 2019 -2021, l'intera offerta di prestazioni, ivi inclusa quella delle strutture private accreditate, deve essere gestita attraverso il CUP unico aziendale.

L'Istituto deve assicurare che ciò accada, monitorando, fra l'altro:

- gli scostamenti fra volumi erogati e volumi prenotati di ogni prestazione (fatte salve le situazioni nelle quali il cittadino abbia rinunciato alla prestazione, dopo averla prenotata);
- le situazioni nelle quali la data di erogazione coincide con la data di prenotazione (fatti salvi i casi in cui ciò possa essere giustificato da motivazioni contingenti).

Le competenti strutture del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti, con il supporto dell'Agenda Regionale per la Salute ed il Sociale e della società in house InnovaPuglia S.p.A., effettuano verifiche su base semestrale dell'effettivo rispetto di tale adempimento mediante analisi dei dati delle prestazioni prenotate ed erogate estratti dal sistema informativo sanitario regionale Edotto e dal Sistema Informativo Sanitario Territoriale SIST Puglia.

31. Vigilanza sulla sospensione delle prenotazioni/erogazioni

L'art. 1 comma 282 della legge 266/ 2005 (legge finanziaria 2006), nel quadro degli interventi per il governo dei tempi d'attesa a garanzia della tutela della salute dei cittadini, ha stabilito per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere il divieto di sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni, disponendo che le Regioni sono tenute ad adottare misure per regolamentare i casi in cui la sospensione dell'erogazione può essere ammessa, perché legata a motivi tecnici, dandone informazione semestrale al Ministero della Salute.

Le sospensioni ingiustificate o non programmate delle attività di erogazione sono chiaramente lesive del diritto del cittadino all'accesso alle prestazioni, come affermato dalla legge 266/2005, che prevedendo anche delle specifiche sanzioni amministrative per i contravventori.

Il realizzarsi di situazioni che oggettivamente impediscono l'erogazione della prestazione (guasto macchina, indisponibilità del personale per motivi vari ecc.) rappresenta un evento che può realizzarsi in qualunque contesto e per molte cause. Tali situazioni possono essere imprevedibili relativamente al momento in cui avvengono, ma sono prevedibili come situazione potenziale, e pertanto devono essere individuate le soluzioni più idonee sia per superare la contingenza "tecnica" sia per garantire la continuità del servizio (intesa come prenotazione e come erogazione della prestazione al cittadino).

L'IRCCS deve programmare l'offerta sanitaria in modo tale che sia assicurato lo svolgimento con regolarità dell'attività di erogazione delle prestazioni, limitando le sospensioni dell'erogazione ai soli casi di eventi inattesi (guasto macchina, improvvisa assenza del personale, inaccessibilità della struttura, indisponibilità di materiale/dispositivi non dovuta a mancata programmazione degli approvvigionamenti). Ad ogni modo, l'Istituto deve assicurare che la sospensione dell'erogazione di una prestazione abbia la minima durata possibile e che sia garantita agli assistiti già prenotati l'erogazione della prestazione con la minor attesa possibile, dal ripristino dell'erogazione.

Il presente Piano conferma le indicazioni contenute nel "Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2011-2013, in particolare:

- la regolamentazione della sospensione delle attività di erogazione di un servizio (solo per gravi o eccezionali motivi) deve essere esplicitamente prevista in specifici documenti aziendali, seguendo procedure formalmente approvate dalle direzioni aziendali, che prevedano anche forme di consultazione dei rappresentanti degli utenti;
- di tutti gli eventi di sospensione dell'erogazione deve essere informato il direttore sanitario di presidio, che deve a sua volta informare la direzione aziendale.

Anche se l'erogazione delle prestazioni è stata interrotta, non devono essere sospese le prenotazioni, calcolando i nuovi tempi in funzione della stima del tempo di interruzione.

Nel caso non sia temporaneamente possibile svolgere nemmeno le attività di prenotazione, l'Azienda può fare, per i nuovi utenti, dei pre-appointamenti, ovvero indicare un periodo di massima nel quale si stima potrà essere erogata la prestazione; la data precisa della prestazione può essere successivamente comunicata dall'Azienda, che contatta direttamente il cittadino, oppure essere ottenuta dall'utente mediante una telefonata ad un numero indicato dalla azienda stessa, numero che dovrà essere con certezza disponibile nei giorni e negli orari che saranno ugualmente indicati.

32. Programmi attuativi aziendali

Ai sensi dell'art. 5 della L.R. n.13/2019 ed in coerenza con quanto previsto dal PNGLA 2019/2021 entro sessanta giorni dall'adozione del PRGLA, le Aziende pubbliche del SSR adottano un nuovo Programma attuativo aziendale o aggiornano quello in uso, in coerenza con quanto definito in ambito regionale e provvedono all'invio dello stesso alla Regione che provvederà al monitoraggio delle iniziative e degli interventi attuati.

Il Programma Attuativo Aziendale recepisce il Piano Regionale è reso disponibile sul portale dell'Azienda Sanitaria e costantemente aggiornato, secondo le indicazioni del PNGLA, e contempla le misure da adottare in caso di superamento dei tempi massimi stabiliti, senza oneri aggiuntivi a carico degli assistiti, se non quelli dovuti come eventuale quota per la compartecipazione alla spesa sanitaria.

Ad ogni modo le misure adottate devono essere tali da garantire l'equilibrio economico-finanziario dell'Azienda e risultare conformi alle disposizioni nazionali in materia di ALPI ed accordi contrattuali con gli erogatori privati.

Il Programma Attuativo Aziendale, inoltre, provvede a:

per le prestazioni di primo accesso individuare 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;

- individuare 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;
- attuare un monitoraggio costante e puntuale dei flussi di specialistica ambulatoriale e dei ricoveri ed il controllo dei dati trasmessi;
- garantire la completa disponibilità di tutta l'offerta di specialistica pubblica e privata attraverso i sistemi CUP;
- garantire la correttezza e l'appropriatezza delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale (uso delle Classi di priorità, obbligatorietà del Quesito diagnostico, tipologia di accesso);
- monitorare e fornire informazioni adeguate e periodiche sull'andamento dei tempi di attesa nel proprio territorio;
- definire modalità organizzative appropriate per i rapporti con i cittadini in tema di liste di attesa assicurando una chiara comunicazione sulle problematiche esposte;
- garantire 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) fornire 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; indicare quali percorsi alternativi o azioni straordinarie da adottare per garantire i tempi massimi in condizioni di criticità;
- riportare le ulteriori disposizioni attuative previste dal presente documento.

Entro il 31 marzo successivo ad ogni anno di osservazione, l'Istituto redige apposita relazione sullo stato di attuazione del programma aziendale, evidenziando le criticità, le aree di intervento e le azioni in essere. Tale relazione viene pubblicata sul sito aziendale.

33. Obiettivi del Direttore Generale

Ai sensi dell'art. 3 comma 4 della L.R. n. 13/2019 il mancato raggiungimento degli obiettivi indicati dal Piano aziendale sulle liste d'attesa esclude la erogazione della retribuzione di risultato, totale o parziale, a seconda dei livelli di raggiungimento degli stessi obiettivi, e determina l'avvio del procedimento di decadenza del Direttore Generale ai sensi della normativa vigente

Pertanto, il rispetto degli obblighi posti dal presente Piano in capo ai Direttori Generali delle Aziende ed Enti del S.S.R. per il superamento delle criticità legate ai tempi di attesa costituisce elemento prioritario nella valutazione dei medesimi Direttori Generali, tanto ai fini dell'erogazione della retribuzione di risultato quanto, nei casi più gravi, dell'eventuale decadenza dall'incarico.

Tra gli obiettivi gestionali annuali attribuiti ai Direttori Generali delle Aziende ed Enti del S.S.R. ai fini dell'erogazione del trattamento economico di risultato deve essere espressamente ricompreso uno specifico obiettivo finalizzato alla riduzione dei tempi d'attesa.

Le ipotesi di grave inadempienza nell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria, ai sensi dell'art. 1, co. 7 della L. 120/2007 nonché dell'art. 3-bis, co. 7-bis del D.Lgs. 502/1992 s.m.i., costituiscono causa di decadenza del Direttore generale, come peraltro previsto dai contratti di diritto privato sottoscritti dai Direttori Generali di ciascuna Azienda del S.S.R.

34. Percorso partecipativo ed evoluzione del Piano

Il presente Piano, che fornisce le prime indicazioni regionali in attuazione del PNGLA e della legge regionale n. 13 del 28 marzo 2019, rappresenta un documento quadro ulteriormente declinabile con specifiche indicazioni applicative (anche per singoli aspetti) rinvenienti dai programmi attuativi aziendali e dalla condivisione con la rete dei responsabili unici delle liste di attesa aziendali, nonché dal monitoraggio della sua concreta attuazione.

Ulteriori specifiche indicazioni operative potranno, inoltre, derivare dalla condivisione degli aspetti applicativi delle linee di indirizzo definite nel presente Piano con gli Ordini professionali interessati, con le associazioni di categoria e sindacali dei professionisti e degli operatori sanitari e sociosanitari interessati, con le associazioni degli assistiti, con particolare riferimento a quelli cronici e più fragili.