



**REGIONE
PUGLIA**

Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA)

Triennio 2019/2021

(ai sensi della Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019/2021 - Rep. Atti 28/CSR)

Storia del documento

Versione	Data	Note
1.0 (approvata con DGR n. ____/2019)	Aprile 2019	Prima versione a seguito della intesa Stato-Regioni del 22/2/2019 sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2019/2021.

Documento redatto a cura della Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche e della Sezione Strategia e Governo dell'Offerta con il supporto dell'Agenzia Regionale per la Sanità ed il Sociale e della società *in-house* InnovaPuglia S.p.A.

Sommario

Sommario

1	Premessa.....	5
1.1	Contesto di riferimento e normativa.....	5
1.2	Linee di Intervento nei piani regionali.....	6
2	Responsabile Unico Liste di Attesa aziendale (RULA).....	10
3	Elenco delle prestazioni e tempi massimi di attesa.....	10
3.1	Prestazioni specialistiche ambulatoriali.....	10
3.2	Prestazioni in regime di ricovero.....	18
3.3	Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali.....	20
4	Utilizzo ed applicazione del Modello RAO.....	20
5	Governo dell'offerta e procedure operative.....	24
5.1	Primo accesso e follow-up.....	24
5.2	La presa in carico dei pazienti cronici.....	25
5.3	Procedure operative per la prenotazione delle prestazioni specialistiche.....	27
5.4	Procedure operative per la gestione dei ricoveri programmati.....	28
5.4.1	AGENDA DI PRENOTAZIONE DEI RICOVERI.....	28
5.4.2	LA PRESA IN CARICO (FASE DI PRE-LISTA).....	28
5.4.3	INSERIMENTO IN LISTA (FASE DI LISTA DI ATTESA).....	29
5.4.4	LA FASE PRE-OPERATORIA (PRE-RICOVERO).....	29
5.4.5	ORDINE DI ACCESSO.....	30
5.4.6	AGGIORNAMENTO DELLA LISTA D'ATTESA.....	30
6	Sistemi di prenotazione e di informazione.....	31
6.1	I sistemi CUP aziendali.....	31
6.2	Il sistema e-CUP Puglia.....	33
6.3	I sistemi di prenotazione e pagamento online.....	34
6.4	Informazione e comunicazione sulle modalità di prenotazione e sulle liste di attesa.....	35
7	Prestazioni non eseguite per mancata presentazione.....	35
8	Utilizzo delle grandi macchine.....	37
9	Controlli sulla appropriatezza prescrittiva.....	38
10	Prestazioni aggiuntive libere professionali.....	38
11	Attività libero professionale intramuraria.....	38
11.1	Organismo paritetico regionale.....	39
12	Flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa.....	39
12.1	Monitoraggio ex-post delle prestazioni specialistiche (reg. istituzionale).....	40
12.2	Monitoraggio ex-ante delle prestazioni specialistiche (reg. istituzionale).....	40

12.3	Monitoraggio ex post delle attività di ricovero (reg. istituzionale).....	41
12.4	Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione.....	41
12.5	Monitoraggio dei PDTA in ambito cardiovascolare e oncologico.....	41
12.6	Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI.....	42
12.7	Monitoraggio della presenza sui siti delle Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa.....	42
12.8	Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende di prenotazione nel sistema CUP.	43
13	Vigilanza sulla sospensione delle prenotazioni/erogazioni.....	43
14	Programmi attuativi aziendali.....	44
15	Obiettivi dei direttori Generali.....	45
16	Percorso partecipativo ed evoluzione del Piano.....	46

1 Premessa

1.1 Contesto di riferimento e normativa

L'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, dispone che l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato, di cui al comma 164 del medesimo articolo 1, è subordinato alla stipula di una specifica intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, che contempili, per il rispetto degli obiettivi di finanza pubblica, ai fini del contenimento della dinamica dei costi, specifici adempimenti.

L'intesa sancita dalla Conferenza nella seduta del 23 marzo 2005 dà attuazione all'articolo 1, comma 173 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, (repertorio atti n. 2271).

L'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266, subordina l'accesso al concorso delle somme di cui al suddetto comma 279, tra gli altri, alla stipula di una intesa tra Stato e Regioni, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, che preveda la realizzazione da parte delle Regioni degli interventi previsti dal Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa.

L'articolo 1, comma 282 della legge n. 266/2005, nel quadro degli interventi per il contenimento dei tempi di attesa a garanzia della tutela della salute dei cittadini, ha stabilito il divieto di sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni, disponendo che le Regioni sono tenute ad adottare misure nel caso in cui la sospensione dell'erogazione sia legata a motivi tecnici, dandone informazione periodica al Ministero della salute.

L'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di Contenimento dei Tempi di Attesa per il triennio 2006-2008, di cui all'art. 1, comma 280 della Legge 23 dicembre 2005 n. 266, è stata sancita nella seduta del 28 marzo 2006 Rep. Atti n. 2555.

La Regione Puglia ha assolto agli adempimenti previsti dal suddetto piano nazionale con l'adozione delle Delibere di Giunta n. 1200 del 4 agosto 2006 e n. 68 del 6 febbraio 2007, con le quali è stato definito il "Piano Regionale per il Contenimento dei Tempi d'Attesa per il triennio 2006-2008".

La Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni nella seduta del 29 aprile 2010 ha siglato l'intesa sulle "Linee guida nazionali del sistema CUP".

Con DGR n. 854/2010 è stato recepito il documento denominato "Sistema CUP - Linee Guida nazionali" - allegato 1) al fine di fornire gli elementi di indirizzo sui sistemi di prenotazione aziendali, affinché siano applicate regole omogenee nell'organizzazione e nell'implementazione del servizio e dei relativi sistemi informativi di supporto.

L'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n.266, siglata dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni nella seduta del 28 ottobre 2010, ha previsto che le Regioni adottino il proprio Piano regionale entro sessanta giorni dall'emanazione delle "Linea guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei piani regionali", prodotte dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

Con deliberazione della Giunta regionale 24 giugno 2011, n. 1397 è stato approvato il "Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2011-2013 ed è stato disposto che le

Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliero-Universitarie, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e gli Enti Ecclesiastici adottino il proprio piano attuativo aziendale, in conformità agli Indirizzi in materia di governo delle liste e dei tempi d'attesa contenuti entro sessanta giorni dalla pubblicazione del piano regionale sul BURP.

Con DGR 5 dicembre 2011, n. 2701 è stato istituito, ai sensi del comma 3 dell'art. 39 della L.R. n.4/2010, il flusso informativo regionale per il monitoraggio ex ante dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali, così come definito nel documento allegato allo stesso provvedimento.

Con DGR n. 479/2014 è stato approvato il documento *“Linee guida per la prescrizione e la prenotazione, secondo criteri di priorità, delle prestazioni specialistiche ambulatoriali”*.

La Legge n. 120 del 3 agosto 2007 recante disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria, evidenzia la necessità di allineare i tempi di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione intramuraria, al fine di assicurare che il ricorso a quest'ultima sia conseguenza di libera scelta del cittadino e non di carenza nell'organizzazione dei servizi resi nell'ambito dell'attività istituzionale.

La Legge n. 189 dell'8 novembre 2012 di conversione del Decreto Legge n. 158 del 13 settembre 2012, reca disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute, con cui vengono definiti indirizzi per l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (art. 2 Decreto n. 158/12).

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.

Con Regolamento regionale 11 febbraio 2016, n. 2 sono state approvate le *“Linee Guida sull'attività libero-professionale intramuraria del personale dipendente della Dirigenza Medica, Veterinaria e del Ruolo Sanitario delle Aziende del S.S.R.”*.

L'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021, di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n.266, siglata dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni nella seduta del 21 febbraio 2019, ha previsto che le Regioni adottino il proprio Piano regionale entro sessanta giorni dalla stipula dell'Intesa.

Con legge regionale n. 13 del 28 marzo 2019 sono state approvate *“Misure per la riduzione delle liste d'attesa in sanità – Primi provvedimenti”*.

1.2 Linee di Intervento nei piani regionali

Entro 60 giorni dalla stipula dell'Intesa sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa, le Regioni e le Province Autonome provvedono a recepire la presente Intesa e adottano il loro Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) che deve riportare chiaramente e garantire:

-
- [1] i tempi massimi di attesa di tutte le prestazioni ambulatoriali e di quelle in regime di ricovero erogate sul proprio territorio. I tempi massimi stabiliti non possono essere superiori a quelli nazionali. In caso di mancata esplicitazione di detti tempi massimi da parte delle Regioni e Province Autonome, resta intesa l'applicazione dei parametri temporali determinati nel presente Piano.
- [2] la possibilità per le ASL e le Aziende Ospedaliere (AO) di assicurare ordinariamente le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, per l'utenza esterna attraverso l'apertura delle strutture anche nelle ore serali e durante il fine settimana sia nell'ambito dell'attività istituzionale che attraverso le prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 55 comma 2 lett. d del CCNL 08/06/2000 dell'area della dirigenza medica, veterinaria e dell'area della dirigenza sanitaria (paragrafo 1 punto L del *PNGLA 2019-2021*).
- [3] l'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini per almeno l'80% della loro capacità produttiva. Ove necessario, ciascuna Azienda dovrà provvedere alla definizione di eventuali fabbisogni di personale e di tecnologie; dovrà essere elaborato un piano dettagliato che evidenzia le motivazioni organizzative alla base dell'esigenza di incremento del personale nonché un quadro dettagliato dell'effettivo tempo di disponibilità delle apparecchiature vetuste (tenendo conto dei tempi di fermo macchina per guasto/manutenzione) nonché dell'esigenza di sostituzione di quelle obsolete.
- [4] l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera soggette ai monitoraggi previsti dal *PNGLA* (Linee Guida relative alle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa -Allegato B).
- [5] i criteri di utilizzo delle prestazioni ambulatoriali richieste in Classe P. La Classe P si riferisce alle prestazioni di primo accesso (prestazioni per accertamenti/verifiche cliniche programmabili che non influenzano lo stato clinico/prognosi del paziente) da garantire al massimo entro 120 giorni.
- [6] le attività sistematiche e continuative di valutazione sulla appropriatezza e sulla congruità prescrittiva per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero al fine di omogeneizzare i comportamenti prescrittivi soprattutto in riferimento a:
- i. utilizzo sistematico delle Classi di priorità;
 - ii. presenza del Quesito diagnostico;
 - iii. corretta identificazione dei primi accessi e degli accessi successivi.
- [7] la gestione razionale e trasparente degli accessi ambulatoriali, attraverso l'uso diffuso del sistema CUP, in coerenza con le Linee Guida Nazionali CUP di cui all'Accordo Stato-Regioni del 29 aprile 2010 e successivi aggiornamenti. Il CUP deve gestire in maniera centralizzata tutte le Agende delle strutture pubbliche e private accreditate. Inoltre, i sistemi CUP devono prevedere funzionalità atte ad intercettare eventuali prenotazioni contemporanee per una stessa prestazione da parte del medesimo utente, prevedendo appositi sistemi di sbarramento che minimizzino il rischio di prenotazioni multiple, anche di natura opportunistica.
- [8] l'attivazione di servizi telematici dedicati alla disdetta delle prestazioni prenotate; l'adozione di strumenti trasparenti e condivisi per il recupero della quota di compartecipazione alla spesa in caso di prestazioni non disdette ed in caso di mancato ritiro dei referti.
- [9] la totale visibilità da parte dei sistemi informativi aziendali e regionali delle Agende di prenotazione, sia per il primo accesso che per gli accessi successivi includendo sia l'attività erogata a carico del SSR sia in regime ALPI. Nello specifico l'erogatore

accreditato si impegnerà "a collaborare con la pubblica amministrazione anche, a titolo indicativo ma non esaustivo, nel sistema di gestione dei tempi e delle liste di attesa, facendo confluire, su richiesta della regione, le proprie Agende di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali nel sistema unico di prenotazione a livello regionale/aziendale nonché, più in generale, nelle attività ispettive e di controllo da parte della pubblica amministrazione, pena la risoluzione del contratto" (ANAC delibera 831 del 3 agosto 2016 determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione).

- [10] l'implementazione di strumenti di gestione della domanda, per le prestazioni specialistiche ambulatoriali. La scelta dei contenuti clinici delle Classi di priorità faranno riferimento al Manuale "Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO" condiviso dalle Regioni e Province Autonome - Allegato C, e successivi aggiornamenti, fermo restando la possibilità da parte delle Regioni e Province Autonome di adottare differenti modelli di governo clinico.
- [11] Il governo dell'offerta attraverso la definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche e la separazione dei canali per le diverse tipologie di accesso delle stesse, cioè "primo accesso" e "accesso successivo" (follow up, controllo). Il piano delle prestazioni erogabili deve contenere la definizione dell'elenco e dei volumi di prestazioni ambulatoriali, specifici per branca e diagnostica strumentale, programmati in risposta ai fabbisogni previsti, sia nel pubblico che nel privato accreditato, al fine di quantificare le prestazioni necessarie in termini di prime visite/primi esami e controlli.
- [12] il governo del fenomeno della "prestazione non eseguita" per mancata presentazione dell'utente, potenziando i servizi telefonici di richiamata - *recall* e quelli telematici di modifica o disdetta di una prenotazione (sms, posta elettronica); al riguardo, si richiamano i disposti dell'art. 3 comma 15 del d. Lgs. 124/1998 in base al quale: "L'utente che non si presenti ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata è tenuto, ove non esente, al pagamento della quota di partecipazione al costo della prestazione" e comunque si ritiene possibile l'adozione di eventuali sanzioni amministrative secondo le relative disposizioni regionali/provinciali.
- [13] la realizzazione della "presa in carico" del paziente cronico secondo precisi protocolli che si completa con la responsabilità della struttura che ha "in carico il paziente" di provvedere alla prenotazione delle prestazioni di controllo.
- [14] la definizione e l'applicazione di "percorsi di tutela" ovvero percorsi di accesso alternativi alle prestazioni specialistiche i quali prevedano anche, qualora venga superato il tempo massimo di attesa a livello istituzionale, che possa essere attivata una specifica procedura che permetta al paziente residente e per le richieste di prime prestazioni in Classe di priorità la possibilità di effettuare la prestazione presso un erogatore privato accreditato nel rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente.
- [15] l'eventuale acquisto e l'erogazione delle prestazioni aggiuntive in regime libero professionale, concordate con i professionisti e sostenute economicamente dall'Azienda, riservando al cittadino solo l'eventuale partecipazione al costo. Le Aziende Sanitarie potranno, al fine di ridurre le liste di attesa dei servizi interessati, concordare con le équipes, ai sensi dell'art. 55 comma 2 lett. d del CCNL 08/06/2000 dell'area della dirigenza medica, veterinaria e dell'area della dirigenza sanitaria, secondo programmi aziendali, di incrementare le attività e le prestazioni idonee al perseguimento di tale fine. L'acquisto di prestazioni specialistiche aggiuntive è un'integrazione dell'attività istituzionale e va effettuata prioritariamente per le prestazioni che risultino critiche ai fini dei tempi di attesa. Le attività saranno svolte all'interno delle strutture aziendali e sempre al di fuori dell'orario di lavoro istituzionale. Nell'espletamento dell'attività

istituzionale aggiuntiva dovrà essere utilizzato il ricettario SSN per la richiesta degli ulteriori accertamenti.

- [16] in caso di superamento del rapporto tra l'attività in libera professione e in istituzionale sulle prestazioni erogate e/o di sfioramento dei tempi di attesa massimi già individuati dalla Regione, si attua il blocco dell'attività libero professionale, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate.
- [17] l'attivazione dell'Organismo paritetico regionale, all'interno delle attività di verifica dello svolgimento dell'attività libero professionale, di cui all'Accordo Stato-Regioni 18 novembre 2010, art. 3, comma 3, e la sua composizione; tale adempimento è sottoposto a verifica nell'ambito dei lavori del Comitato LEA.
- [18] la trasmissione sistematica dei flussi informativi di Monitoraggio delle liste e dei tempi d'attesa (Linee Guida relative alle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa -Allegato B).
- [19] l'informazione e la comunicazione sulle liste di attesa, sulle modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni, sui percorsi di garanzia in caso di sfioramento dei tempi massimi, sui diritti e doveri in coerenza con quanto previsto nel PNGLA, attraverso sezioni dedicate e accessibili sui siti Web regionali e aziendali, campagne informative, Uffici Relazioni con il Pubblico (URP), Carte dei servizi e la partecipazione di utenti e di associazioni di tutela e di volontariato, per favorire un'adeguata conoscenza.
- [20] lo sviluppo di un sistema di CUP online aggiornato in tempo reale che permetta la consultazione dei tempi di attesa relativi a visite o esami del SSR o della libera professione intramuraria, secondo le disponibilità effettive. Tale servizio deve consentire all'utente di:
- consultare in tempo reale l'attesa relativa a prestazioni sanitarie erogate in ciascuna Classe di priorità;
 - annullare le prenotazioni effettuate agli sportelli, al telefono oppure attraverso i CUP online;
 - pagare il ticket e/o il costo della prestazione con bancomat e carta di credito;
 - visualizzare gli appuntamenti già prenotati;
 - costo della prestazione prenotata.
- [21] favorire l'accesso alla prenotazione anche attraverso le farmacie di comunità.
- [22] la vigilanza sistematica sulle situazioni di sospensione dell'erogazione delle prestazioni e delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale.
- [23] la vigilanza sul rispetto del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione e le relative sanzioni amministrative come da articolo 1, comma 282 e 284, della legge n. 266/2005.
- [24] il rispetto degli impegni assunti dai Direttori Generali per il superamento delle criticità legate ai lunghi tempi di attesa, che costituiscono prioritario elemento della loro valutazione secondo quanto previsto dalle disposizioni vigenti in materia e fermo restando quanto disposto dall'articolo 3 bis, comma 7 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i
- [25] il monitoraggio dei Programmi attuativi aziendali che prevede il coinvolgimento e la partecipazione di organizzazioni di tutela del diritto alla salute e pertanto, il periodico ricevimento da parte dell'Azienda delle associazioni e dei comitati dei diritti.

[26] la trasmissione del Piano Regionale, entro 30 giorni dalla sua adozione alla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, nonché la messa a disposizione sul portale della Regione e delle Province Autonome.

2 Responsabile Unico Liste di Attesa aziendale (RULA)

Ai sensi della L.R. n. 13/2019, i direttori generali delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliero-universitarie e degli IRCCS di diritto pubblico nominano il Responsabile unico aziendale delle liste d'attesa (RULA), a cui attribuiscono le funzioni e gli obiettivi tematici e temporali contenuti nel Piano aziendale sulle liste d'attesa da adottare con validità annuale.

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 L.R. n. 13/2019, e provvede al controllo sull'avvenuto adempimento.

Il RULA deve essere nominato tra il personale in servizio delle Aziende pubbliche del SSR, dotati di qualifica dirigenziale ed esperienza coerente con la funzione da assolvere. Il mancato raggiungimento degli obiettivi indicati dal Piano aziendale sulle liste d'attesa comporta la mancata erogazione della retribuzione di risultato.

Il RULA, funzionalmente collegato alla Direzione Sanitaria, è di norma operativo nell'ambito della U.O. del Controllo di Gestione, fatte salve diverse disposizioni organizzative interne da parte della Direzione Generale.

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.

3 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 riportate nel paragrafo 3.1;
- le prestazioni erogate in regime di ricovero riportate nel paragrafo 3.2;
- le prestazioni inserite nei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) (nell'area cardiovascolare e oncologica) riportati nel paragrafo 3.3.

L'elenco delle prestazioni oggetto di monitoraggio potrà essere rivisto nel corso del triennio di validità del presente Piano.

3.1 Prestazioni specialistiche ambulatoriali

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

VISITE SPECIALISTICHE	
Numer o	Prestazione

1	Prima Visita cardiologica
2	Prima Visita chirurgia vascolare
3	Prima Visita endocrinologica
4	Prima Visita neurologica
5	Prima Visita oculistica
6	Prima Visita ortopedica
7	Prima Visita ginecologica
8	Prima Visita otorinolaringoiatrica
9	Prima Visita urologica
10	Prima Visita dermatologica
11	Prima Visita fisiatrica
12	Prima Visita gastroenterologica
13	Prima Visita oncologica
14	Prima Visita pneumologica

Tabella 1 - Visite oggetto di monitoraggio

PRESTAZIONI STRUMENTALI	
Numero	Prestazione
<i>Diagnostica per Immagini</i>	
15	Mammografia bilaterale
16	Mammografia monolaterale
17	TC del Torace
18	TC del Torace senza e con MCD
19	TC dell'addome superiore
20	TC dell'addome superiore senza e con MDC
21	TC dell'addome inferiore
22	TC dell'addome inferiore senza e con MDC
23	TC dell'addome completo
24	TC dell'addome completo senza e con MDC
25	TC Cranio - encefalo
26	TC Cranio - encefalo senza e con MDC
27	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale
28	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico
29	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale
30	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC
31	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC
32	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC
33	TC di Bacino e articolazioni sacroiliache
34	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare
35	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC
36	RM di addome inferiore e scavo pelvico
37	RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC
38	RM della colonna in toto
39	RM della colonna in toto senza e con MDC
40	Diagnostica ecografica del capo e del collo

PRESTAZIONI STRUMENTALI	
Numero	Prestazione
41	Eco (color) dopplergrafia cardiaca
42	Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici
43	Ecografia dell'addome superiore
44	Ecografia dell'addome inferiore
45	Ecografia dell'addome completo
46	Ecografia bilaterale della mammella
47	Ecografia monolaterale della mammella
48	Ecografia ostetrica
49	Ecografia ginecologica
50	Ecocolor doppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso
Altri esami Specialistici	
51	Colonscopia totale con endoscopio flessibile
52	Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica
53	Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile
54	Esofagogastroduodenoscopia
55	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica
56	Elettrocardiogramma
57	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)
58	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile
59	Altri test cardiovascolari da sforzo
60	Esame audiometrico tonale
61	Spirometria semplice
62	Spirometria globale
63	Fotografia del fundus
64	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2
65	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2
66	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Escluso: EMG dell' occhio (95.25) e POLISONNOGRAFIA (89.17)
67	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli
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)
69	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)

Tabella 2 - Prestazioni strumentali oggetto di monitoraggio

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, sotto riportati:

VISITE SPECIALISTICHE			
Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore DM 22 luglio 1996	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

Tabella 3 - Codici Nomenclatore per le visite

PRESTAZIONI STRUMENTALI		
Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore (nazionale)
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 MCD	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

PRESTAZIONI STRUMENTALI		
Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore (nazionale)
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

PRESTAZIONI STRUMENTALI		
Numer o	Prestazione	Codice Nomenclatore (nazionale)
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

Tabella 4 - Codici Nomenclatore per le prestazioni strumentali

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, per la definizione completa si rimanda al *Glossario del Piano Nazionale*) 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)	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)

Tabella 5 - Codici di priorità

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).

Alla definizione degli *ambiti territoriali di garanzia* provvede ciascuna Azienda Sanitaria Locale, nel proprio *Piano Attuativo Aziendale*, raccordandosi con le Aziende Ospedaliere Universitarie e con gli IRCCS pubblici, laddove presenti nel proprio territorio di riferimento.

Di seguito una tabella sinottica con l'indicazione delle Aziende Sanitarie Locali e delle strutture di riferimento per la definizione degli *ambiti territoriali di garanzia*.

ASL	Aziende/Strutture di riferimento
ASL FG	AOU OO RR Foggia EE Casa Sollievo Sofferenza Tutte le strutture accreditate Tutte le strutture pubbliche a gestione diretta
ASL BR	Tutte le strutture accreditate Tutte le strutture pubbliche a gestione diretta
ASL BT	Tutte le strutture accreditate Tutte le strutture pubbliche a gestione diretta
ASL LE	EE Panico Tutte le strutture accreditate Tutte le strutture pubbliche a gestione diretta
ASL TA	Tutte le strutture accreditate Tutte le strutture pubbliche a gestione diretta
ASL BA	AOU Policlinico di Bari - Giovanni XXIII IRCCS Oncologico di Bari IRCCS DE Bellis EE Miulli IRCCS Maugeri - Cassano Tutte le strutture private accreditate Tutte le strutture pubbliche a gestione diretta

Tabella 6 - ASL e strutture di riferimento

Per ciascuna prestazione specialistica ambulatoriale deve essere, pertanto, identificato il territorio entro il quale deve essere garantita la prestazione, nei tempi massimi previsti, tenendo conto del principio di prossimità e raggiungibilità indicato dal PNGLA 2019-2021, compatibilmente con l'esigenza di assicurare la migliore qualità e massima efficacia/efficienza.

Nel definire gli *ambiti territoriali di garanzia* si dovrà tener conto, oltre che della dislocazione delle strutture erogative e della distribuzione della domanda, della complessità della prestazione, legata al costo/complessità della strumentazione necessaria all'erogazione e al livello di specializzazione del personale medico coinvolto (le aziende possono aggiungere anche altri criteri).

In linea di principio, sono previsti 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;
- *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.

Per le prestazioni erogate dalle Aziende Ospedaliere Universitarie e dagli IRCCS pubblici si considera quale ambito territoriale di garanzia quello definito, per la stessa prestazione, dall'Azienda Sanitaria Locale territorialmente competente. Stesso dicasi per le prestazioni erogate dagli IRCCS privati e dagli Enti Ecclesiastici.

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.

Nel dettaglio, per le visite specialistiche, le prestazioni sono elencate di seguito, identificate, 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", dai codici del Nomenclatore nazionale di cui al DM 22 luglio 1996:

VISITE SPECIALISTICHE			
Numer o	Prestazione	Codice Nomenclatore DM 22 luglio 1996	Codice Branca (nazionale)
1_C	Visita cardiologica di controllo	89.01	02
2_C	Visita di chirurgia vascolare di controllo	89.01	05
3_C	Visita endocrinologica di controllo	89.01	09
4_C	Visita neurologica di controllo	89.01	15
5_C	Visita oculistica di controllo	89.01	16
6_C	Visita ortopedica di controllo	89.01	19
7_C	Visita ginecologica di controllo	89.01	20
8_C	Visita otorinolaringoiatrica di controllo	89.01	21
9_C	Visita urologica di controllo	89.01	25
10_C	Visita dermatologica di controllo	89.01	27
11_C	Visita fisiatrica di controllo	89.01	12
12_C	Visita gastroenterologica di controllo	89.01	10
13_C	Visita oncologica di controllo	89.01	18
14_C	Visita pneumologica di controllo	89.01	22

Tabella 7 - Visite specialistiche di controllo.

Per quanto riguarda le prestazioni strumentali, le prestazioni oggetto di monitoraggio sono quelle elencate in *Error: Reference source not found*, e saranno distinte dai primi accessi, oltre che in virtù della diversa valorizzazione del tipo di accesso, grazie al diverso codice loro attribuito nel *Catalogo Unico Regionale delle Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali*, istituito con DGR n. 1668 del 25 settembre 2015.

3.2 Prestazioni in regime di ricovero

Con riferimento all'attività di ricovero, il presente Piano recepisce le indicazioni del PNGLA 2019-2021.

In particolare, in continuità con quanto previsto dal "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.

Tabella 8 - Codici di priorità per i ricoveri programmati

Al fine di 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 cittadino dovrà essere fornito 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 e ogni altra informazione ritenuta utile, secondo il modello organizzativo aziendale.

Inoltre, al cittadino inserito in una lista di attesa per i ricoveri programmati, si dovrà dare la possibilità, anche attraverso servizi on line, di prendere visione della sua posizione nella lista di attesa, mostrando la posizione all'atto della richiesta e la posizione corrente.

Le prestazioni di ricovero oggetto di monitoraggio sono le seguenti:

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO			
Numero	Prestazione	Codici Intervento ICD-9-CM	Codici Diagnosi ICD-9-CM
1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	85.2x; 85.4x; 85.33; 85.34; 85.35; 85.36	174.x; 198.81; 233.0
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
3	Interventi chirurgici tumore maligno colon	45.7x; 45.8; 45.9; 46.03; 46.04; 46.1;	153.x; 197.5
4	Interventi chirurgici tumore maligno retto	48.49; 48.5; 48.6x	154.x; 197.5
5	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	da 68.3x a 68.9	179; 180; 182.x; 183; 184; 198.6; 198.82
6	Interventi chirurgici per melanoma	86.4	172.x
7	Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	06.2; 06.3x; 06.4; 06.5; 06.6	193
8	By pass aortocoronarico	36.1x	
9	Angioplastica Coronarica (PTCA)	00.66; 36.06; 36.07	
10	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
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	
12	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.29; 32.3; 32.4; 32.5; 32.6; 32.9	162.x; 197.0
13	Colecistectomia laparoscopica	51.23	574.x; 575.x
14	Coronarografia	88.55; 88.56; 88.57	
15	Biopsia percutanea del fegato ⁽¹⁾	50.11	
16	Emorroidectomia	49.46; 49.49	

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO			
Numero	Prestazione	Codici Intervento ICD-9-CM	Codici Diagnosi ICD-9-CM
17	Riparazione ernia inguinale ⁽¹⁾	53.0x; 53.1x	

Tabella 9 - Prestazioni di ricovero oggetto di monitoraggio

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

3.3 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.

Già il precedente Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa aveva posto l'enfasi sulla necessità di assicurare, da parte delle Regioni e Province Autonome, il monitoraggio di alcuni PDTA relativi all'area cardiovascolare e oncologica, con l'applicazione di una metodologia finalizzata alla verifica della durata temporale 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 e cardiovascolari 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

4 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 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.

Di seguito una tabella sinottica che indica per ciascuna prestazione oggetto di monitoraggio il documento di riferimento. Laddove i criteri sono definiti nel manuale nazionale prevalgono tali criteri su quelli regionali, laddove non sono presenti continuano a valere i criteri regionali definiti dalla DGR n. 479/2014.

Numero	Prestazione	Criteri attribuzione classe di priorità	
		Modello RAO PNGLA 2019-2021	Linee guida DGR 479/2014
VISITE SPECIALISTICHE			
1	Prima Visita cardiologica	X	
2	Prima Visita chirurgia vascolare		X
3	Prima Visita endocrinologica		X
4	Prima Visita neurologica		X
5	Prima Visita oculistica		X
6	Prima Visita ortopedica		X
7	Prima Visita ginecologica		X
8	Prima Visita otorinolaringoiatrica		X
9	Prima Visita urologica		X
10	Prima Visita dermatologica		X
11	Prima Visita fisiatrica		X
12	Prima Visita gastroenterologica	X	
13	Prima Visita oncologica		X
14	Prima Visita pneumologica		X
PRESTAZIONI STRUMENTALI - Diagnostica per Immagini			
15	Mammografia bilaterale	X	
16	Mammografia monolaterale	X	
17	TC del Torace	X	
18	TC del Torace senza e con MCD	X	
19	TC dell'addome superiore		X
20	TC dell'addome superiore senza e con MDC	X	
21	TC dell'addome inferiore		X
22	TC dell'addome inferiore senza e con MDC	X	
23	TC dell'addome completo		X
24	TC dell'addome completo senza e con	X	

	MDC		
25	TC Cranio - encefalo	X	
26	TC Cranio - encefalo senza e con MDC	X	
27	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	X	
28	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	X	
29	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	X	
30	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	X	
31	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	X	
32	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC	X	
33	TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	X	
34	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare		X
35	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	X	
36	RM di addome inferiore e scavo pelvico		X
37	RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	X	
38	RM della colonna in toto	X	
39	RM della colonna in toto senza e con MDC	X	
40	Diagnostica ecografica del capo e del collo	X	
41	Eco (color) dopplergrafia cardiaca		X
42	Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	X	
43	Ecografia dell'addome superiore	X	
44	Ecografia dell'addome inferiore	X	
45	Ecografia dell'addome completo	X	
46	Ecografia bilaterale della mammella	X	
47	Ecografia monolaterale della mammella	X	
48	Ecografia ostetrica	X	
49	Ecografia ginecologica	X	
50	Ecocolor doppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	X	
Prestazioni Strumentali - Altri esami Specialistici			
51	Colonscopia totale con endoscopio flessibile	X	
52	Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica		
53	Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile		
54	Esofagogastroduodenoscopia	X	

55	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	X	
56	Elettrocardiogramma		
57	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	X	
58	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile		
59	Altri test cardiovascolari da sforzo		
60	Esame audiometrico tonale		X
61	Spirometria semplice		
62	Spirometria globale		
63	Fotografia del fundus		
64	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2		X
65	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2		X
66	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]DEL CAPO fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Escluso: EMG dell'occhio (95.25) e POLISONNOGRAFIA (89.17)		X
67	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli		X
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)		X
69	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIOR . Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)		X

Tabella 10 - Criteri di attribuzione delle classi di priorità

I sistemi informativi utilizzati per la prescrizione di prestazioni specialistiche ambulatoriali devono essere corredati di idonee funzionalità atte a facilitare l'applicazione del modello dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei (ad esempio, con messaggistica ad hoc quando si prescrive una prestazione del PNGLA, o con dei warning quando si seleziona una classe di priorità non prevista dal modello RAO per una data prestazione).

5 Governo dell'offerta e procedure operative

5.1 Primo accesso e follow-up

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.

L'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, 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.

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. L'obiettivo in questo caso è di assicurare la risposta avvalendosi di una visibilità ad almeno 12 mesi, eventualmente da ampliare secondo le cadenze specifiche del singolo percorso, che consenta comunque di comunicare all'utente la data programmata per il controllo già all'uscita dal servizio presso cui è in carico.

Le Aziende devono avviare interventi per garantire la continuità dei percorsi di controllo/follow-up presso la stessa struttura erogatrice: ciò nell'ottica di consentire non solo la prescrizione dell'accertamento da parte dello specialista, ma anche la prenotazione, da parte della struttura, fin dal momento in cui viene generata la necessità, con conseguente facilitazione dell'accesso per il cittadino e reale presa in carico del bisogno assistenziale. Nei programmi aziendali devono essere specificate le modalità operative con le quali viene assicurato tale adempimento con particolare riferimento a particolari tipologie di assistiti o a particolari percorsi.

5.2 La presa in carico dei pazienti cronici

Con Deliberazione di Giunta Regionale del 30 ottobre 2018, n. 1935, in attuazione del Piano Nazionale delle Cronicità, è stata approvata la sperimentazione di un modello di gestione della presa in carico dei pazienti cronici denominato Care Puglia.

L'obiettivo principale della sperimentazione è assicurare continuità nell'azione di cura delle malattie croniche, attraverso la programmazione del percorso e la presa in carico "proattiva", associati a processi di empowerment del paziente per una piena adesione al percorso programmato, che deve prevedere anche interventi di prevenzione primaria (modifiche negli stili di vita insalubri) e secondaria (diagnostica precoce).

Oltre alla corretta gestione del malato, la sperimentazione mira al superamento della frammentarietà dell'azione dei diversi attori del sistema chiamati a intervenire nel corso della storia naturale della malattia. È necessario quindi sviluppare la capacità di programmare un percorso di cura e di essere proattivi verso la malattia cronica, riorientando in tal senso i processi erogativi.

Per queste finalità, quattro sono gli strumenti organizzativi e tecnologici indispensabili per poter attuare in modo appropriato i modelli di cura proposti:

1. il **Piano Assistenziale Individuale (PAI)**, un documento di sintesi del programma di diagnosi e cura che consente di adattare la programmazione degli interventi al contesto individuale, sulla base di specifici obiettivi di salute. Oltre a declinare sul singolo individuo gli indirizzi forniti dalle linee guida e dai protocolli di riferimento, il PAI si presenta come uno strumento di programmazione della presa in carico e di monitoraggio del percorso, nonché di comunicazione organizzativa tra tutti coloro che a vario titolo si occupano del paziente (medico di AP, specialisti, servizi sociali, ecc.);
2. un **sistema di gestione informatico/informativo** che consenta di effettuare e monitorare il reclutamento dei pazienti, l'adesione al percorso di cura programmato, favorendo l'organizzazione di presa in carico e la valutazione delle performance del processo;
3. **una modalità di remunerazione integrativa per obiettivi di salute**, costruita attraverso una quota fissa legata ai maggiori costi di gestione e di investimento per la partecipazione al programma regionale; una quota variabile associata alle prestazioni integrative erogate nell'ambito dei PAI, per il riconoscimento di un maggior numero di ore di disponibilità del collaboratore di studio e di infermiere professionale;
4. la **formazione continua** degli operatori che permetta loro di accedere alla conoscenza delle evidenze cliniche, delle innovazioni diagnostiche, terapeutiche e organizzative e di introdurle nella pratica clinica a beneficio del sistema

Il modello organizzativo proposto si fonda sulla centralità del Medico di Assistenza Primaria (AP) che inquadra sul piano clinico e sociale le esigenze del paziente, disegna il percorso assistenziale individuale sulla base delle linee guida nazionale e internazionali, promuove l'adesione al percorso da parte del paziente, si rende garante dell'appropriatezza e dell'efficacia della presa in carico.

In questo processo assume rilievo la figura dell'infermiere di studio che assume le funzioni di case manager: è una figura professionale di assistenza ma anche di collegamento tra i diversi attori del percorso assistenziale, favorendo l'integrazione e fungendo da tutor del paziente, nel percorso assistenziale. Viene inoltre coinvolto il collaboratore di studio, che oltre ad occuparsi del data input e della gestione informatica del processo, coadiuva l'infermiere nel supporto alla gestione delle pratiche amministrative del paziente.

È prevista una prima fase sperimentale della durata massima di due anni, al termine della quale il modello assistenziale così definito sarà implementato per l'intera popolazione cronica con il coinvolgimento di tutti i Medici di AP.

La sperimentazione Care Puglia si basa sul Model of Innovative and Chronic Conditions (ICCC) e riguarda più specificamente i soggetti, di età superiore a 40 anni, con classificazione di rischio da lieve a moderata, affetti dalle seguenti patologie:

-
- Ipertensione arteriosa
 - Diabete Mellito di tipo II
 - Broncopneumopatia cronico-ostruttiva (BPCO)
 - Scompenso cardiaco

La selezione dei pazienti arruolabili viene effettuata a partire dalla Banca Dati Assistito attraverso l'applicazione di opportuni algoritmi: i pazienti selezionati sono quindi stratificati in classi di rischio utilizzando la metodologia Drug Derived Complexity Index¹.

A ciascun medico di AP viene quindi trasferito l'elenco di propri assistiti ricadenti nelle condizioni di eleggibilità cui è associata una classificazione in termini di rischio. Il medico di AP aderente al progetto ha 30 giorni di tempo per la validazione/integrazione dell'elenco, al termine del quale si consolida la lista dei pazienti arruolabili.

Il medico di AP ha 90 giorni di tempo per completare l'arruolamento dei pazienti: per ciascuno di essi dovrà predisporre un Piano Assistenziale Individuale (PAI) che sarà sottoscritto dal medico di AP e dal paziente sotto forma di patto di cura. Il PAI rappresenta la personalizzazione del percorso diagnostico-terapeutico assistenziale appropriato in funzione della specifica condizione di rischio, con la definizione della tipologia degli interventi di prevenzione/promozione di corretti stili di vita-inquadramento diagnostico-trattamento -follow up, la tempistica e il luogo di esecuzione degli stessi.

Il medico di AP partecipante al Care Puglia, oltre a garantire il controllo dei parametri vitali, può erogare direttamente, con la collaborazione dell'infermiere professionale, le prestazioni di carattere diagnostico previste dai PDTA (es. glucometria, saturimetria, spirometria, ECG), anche attraverso sistemi di telemedicina.

Per l'esecuzione delle prestazioni specialistiche sono identificati in ogni distretto sociosanitario almeno un ambulatorio delle cronicità - preferenzialmente all'interno dei Presidi Territoriali di Assistenza - cioè ambulatori multispecialistici dedicati alla diagnostica e al follow up del paziente cronico, cui si accede tramite prenotazione diretta del medico di AP partecipante al Care Puglia, in qualità di responsabile clinico della definizione e dell'esecuzione del PAI, su agende dedicate e definite in accordo con il Direttore del DSS in base ai PAI sottoscritti.

La gestione operativa del PAI è affidata all'infermiere di studio che, oltre a fornire le proprie prestazioni professionali, svolge il ruolo di care manager del paziente. La gestione informatica, comprensiva di registrazione dei dati e delle attività di prenotazione e recall dei pazienti, è affidata al collaboratore di studio.

In esecuzione di quanto previsto con la DGR n. 1803 del 16/10/2018 recante "Art. 39 della L.R. n. 4/2010. Approvazione del Piano triennale 2018-2020 di Sanità Digitale della Regione Puglia.", gli applicativi per la gestione della presa in carico dei cronici dovranno essere integrati con il sistema regionale del Fascicolo Sanitario Elettronico, in quanto piattaforma prioritaria attraverso cui garantire la condivisione delle informazioni tra i diversi professionisti del Servizio Sanitario Regionale.

5.3 Procedure operative per la prenotazione delle prestazioni specialistiche

I Programmi Attuativi Aziendali devono prevedere specifiche e dettagliate procedure operative per la prenotazione delle prestazioni specialistiche. In particolare, le procedure aziendali devono assicurare quanto segue.

¹ The Drug Derived Complexity Index (DDCI) Predicts Mortality, Unplanned Hospitalization and Hospital Readmissions at the Population Level. Robusto F, [Lepore V](#), [D'Ettore A](#), [Lucisano G](#), [De Berardis G](#), [Bisceglia L](#), [Tognoni G](#), [Nicolucci A](#). [PLoS One](#). 2016 Feb 19;11(2):e0149203. doi: 10.1371/journal.pone.0149203. eCollection 2016.

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 definito nel Programma Attuativo Aziendale, come definito nel paragrafo 3.1 del presente documento.

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.

5.4 Procedure operative per la gestione dei ricoveri programmati.

I Programmi Attuativi Aziendali devono prevedere specifiche e dettagliate procedure operative per la gestione dei ricoveri programmati. In particolare, le procedure aziendali devono assicurare quanto segue.

5.4.1 AGENDA DI PRENOTAZIONE DEI RICOVERI

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.

5.4.2 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.

5.4.3 INSERIMENTO IN LISTA (FASE DI LISTA DI ATTESA)

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.

Nel caso in cui la struttura non sia nelle condizioni di garantire il rispetto dei tempi di attesa, a fronte di specifici accordi o protocolli definiti e secondo modalità da specificare nei Programmi Attuativi Aziendali, viene proposta al paziente una valida ed equivalente alternativa di ricovero all'interno della rete degli ospedali, pubblici o del privato accreditato, prioritariamente nel territorio provinciale, assicurando il rispetto dei tempi previsti per la classe di priorità assegnata. 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.

5.4.4 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 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.

Questa fase non ha dunque finalità di tipo diagnostico rispetto alla necessità dell'intervento chirurgico. Non rientrano quindi 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 e deve essere effettuato nel rispetto di due parametri fondamentali: appropriatezza e tempestività. Per quanto riguarda l'appropriatezza dovranno essere seguite le raccomandazioni in materia di profili e indagini preoperatorie prodotte a livello regionale o locale sulla base di aggiornate evidenze scientifiche. Quanto alla tempestività è opportuno adeguare l'organizzazione delle attività in modo che il paziente possa effettuare la valutazione pre-operatoria una volta inserito in lista di attesa e prossimo al ricovero.

5.4.5 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.

5.4.6 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 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.

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:

- o motivi sanitari del paziente (insorgenza di controindicazioni);
- o 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.

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.

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.

6 Sistemi di prenotazione e di informazione

6.1 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. Le prestazioni specialistiche, a eccezione di quelle di medicina di laboratorio, devono essere prenotate esclusivamente tramite il CUP.

Gli erogatori pubblici nonché i privati accreditati ospedalieri e ambulatoriali nominano il proprio CUP Manager con il compito di organizzare e monitorare i processi di prenotazione ed erogazione delle prestazioni sanitarie e definire le regole di implementazione dei sistemi informativi aziendali. Il CUP Manager deve essere figura diversa dal RULA.

Il CUP deve prevedere 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 deve essere 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 e 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 e ogni cambio di iter diagnostico-terapeutico deve avere riscontro nel registro informatizzato e deve esserne tracciata l'identità di chi ha disposto la modifica.

I sistemi informativi dei CUP aziendali devono essere conformi al documento “Linee guida nazionali sul Sistema CUP”, di cui all'Intesa Stato-Regioni del 29/04/2010, recepite con Deliberazione della Giunta Regionale n. 854/2010.

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 devono essere definite a livello aziendale agende riservate.

La performance e la rispondenza alle suddette regole da parte dei sistemi CUP aziendali è misurata dal rapporto tra le prestazioni prenotate tramite il CUP ed il totale delle prestazioni erogate (con l'eccezione di quelle che non prevedono la prenotazione, come indicato sopra).

Tale rapporto non deve essere inferiore a livello aziendale al 90% su base annua e ricomprende per le Aziende Sanitarie Locali anche le prestazioni erogate dalle strutture private accreditate.

Si evidenzia a tal proposito che gli schemi di accordi contrattuali tra le ASL e gli erogatori privati accreditati, approvati dalla Giunta Regionale (vedasi DGR n. 481/2017, 482/2017, 483/2017 e 484/2017) prevedono tra gli obblighi contrattuali delle strutture quelli:

- a) di osservare le modalità tecniche stabilite dalla Regione e dalla ASL per il collegamento tra il proprio sistema informativo ed il sistema informativo regionale ed aziendale nonché ad osservare le modalità tecniche stabilite dalla Regione e dalla ASL per il collegamento con il CUP aziendale e/o il CUP regionali ai fini della riduzione delle liste di attesa e loro monitoraggio;
- b) di concordare con l'Azienda le varie agende di prenotazione ed attenersi alle modalità di gestione delle stesse conferendole al sistema CUP aziendale.

I sistemi di prenotazione, coerentemente con quanto stabilito dal PNGLA 2019-2021, devono disporre di meccanismi atti ad evitare la sottoutilizzazione della capacità erogativa e a massimizzare la capacità di assicurare il rispetto del tempo massimo di attesa per ciascuna classe

di priorità (a solo titolo di esempio: devono 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 devono essere corredati 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.

6.2 Il sistema e-CUP Puglia

La Regione Puglia in conformità con “Linee guida nazionali sul Sistema CUP”, di cui all’Intesa Stato-Regioni del 29/04/2010, che prevedono due possibili soluzioni (CUP unificato e CUP integrato) per la realizzazione di un sistema di prenotazione a valenza regionale, ha scelto di optare per la implementazione di un sistema CUP regionale integrato.

Il CUP Integrato configura una situazione in cui diversi CUP aziendali, a valenza provinciale o più ampia, si interfacciano con un modulo “orchestratore”, cioè che gestisce le richieste di prenotazione restituendo al CUP richiedente i dati afferenti alle diverse realtà aziendali.

Questo modello consente di:

- preservare l'autonomia delle singole Aziende, in termini di applicativi utilizzati, gestione delle basi dati, modelli organizzativi dell'offerta sanitaria e di gestione della prenotazione;
- rendere trasparente il CUP Integrato agli utilizzatori dell'applicativo CUP Aziendale per accedere all'offerta locale, riducendo così la necessità di formazione sul nuovo applicativo regionale;
- demandare a quest'ultimo la gestione di particolari funzionalità di interesse regionale in ambito di prenotazione non gestibili direttamente dagli applicativi aziendali, sia lato interfacce di front-end, sia lato gestione dell'offerta sanitaria, senza richiedere nuovi investimenti in software se non quelli necessari alla costituzione di un'interfaccia di comunicazione tra l'applicativo aziendale e il CUP Integrato, di norma inferiori a quanto necessario per l'utilizzo di un nuovo applicativo CUP.

In particolare, in Puglia è stata realizzata la soluzione “e-CUP Puglia”, partendo dal riuso di componenti realizzate dalla Regione Umbria e dalla Regione Emilia-Romagna, che assicura le funzionalità essenziali per il governo, il monitoraggio ed il coordinamento tecnico, organizzativo e funzionale dei sistemi CUP delle aziende sanitarie nella Regione Puglia, nonché per la prenotazione “in federazione” delle stesse prestazioni sanitarie.

Alla data di redazione del presente documento sono integrati con il sistema e-CUP tutte le Aziende pubbliche del SSR con l’eccezione della ASL di Bari, dell’IRCSS Oncologico e della ASL di Lecce che dovranno completare le necessarie integrazioni entro e non oltre sei mesi dalla approvazione del presente documento.

Ciascun CUP aziendale integrato con il sistema e-CUP accede all’offerta di prestazioni specialistiche degli altri CUP, attraverso la componente CUP Integratore, che detiene il motore delle regole che governano la federazione. Ad oggi le prestazioni prenotabili in federazione sono individuate da ciascuna azienda erogatrice federata; al set iniziale – prestazioni di primo accesso del PNGLA, con classe di priorità P (programmata) – successivamente esteso con le classi di priorità B e D, dovranno aggiungersi altre prestazioni, con diversa tipologia di accesso e/o classe di priorità; una volta completata l’integrazione di tutti i sistemi CUP si procederà alla definizione a livello regionale (quindi in maniera uniforme per tutte le Aziende) delle prestazioni prenotabili in federazione e degli ambiti territoriali di riferimento.

Il sistema e-CUP Puglia potrà essere usato anche per identificare eventuali criticità a livello regionale e per verificare il rispetto del divieto di chiusura delle agende di prenotazione.

6.3 I sistemi di prenotazione e pagamento online

Il Portale “PugliaSalute” e la relativa APP PugliaSalute attualmente rappresentano l'infrastruttura condivisa per realizzare:

- il portale istituzionale di ciascuna delle aziende e degli enti del Servizio Sanitario della Regione Puglia assolvendo in tal modo a tutti gli obblighi e adempimenti a carico delle aziende e riconosciuti assolti per il tramite del portale istituzionale (pubblicità legale, amministrazione trasparente, ...);
- i portali tematici di interesse del SSR (ad es., Osservatori, Registri, ...);
- la porta di **accesso unica** per il cittadino e per le imprese ai servizi web offerti dalle aziende e dagli enti del Servizio Sanitario della Regione Puglia.

Il portale “PugliaSalute” ospita, oltre ad una sezione a valenza regionale di interesse dell'intero servizio sanitario regionale, i siti istituzionali delle dieci Aziende pubbliche del Servizio Sanitario Regionale oltre che dell'Agenzia Regionale per la Salute ed il Sociale (ARESS) in accordo con le disposizioni della Delibera di Giunta 1101/2011, che in un'ottica di uniformità ed omogeneizzazione dei contenuti, oltre che di unificazione dell'identità di visiva dei servizi informativi ed interattivi, ha previsto la migrazione di tutti i siti istituzionali in un'unica piattaforma web, con conseguenti vantaggi anche di tipo economico.

Tra i servizi attualmente accessibili dal portale PugliaSalute (ed in parte mediante la app) rilevanti ai fini del presente documento vi sono:

- la prenotazione, la disdetta ed il pagamento ticket prestazioni specialistiche;
- l'accesso al fascicolo sanitario elettronico, attraverso il quale è possibile consultare oltre alle prescrizioni dematerializzate di visite specialistiche e farmaci, i referti degli esami di laboratorio ed i verbali di pronto soccorso redatti dalle strutture pubbliche del SSR.

I servizi sono accessibili per tutte le Aziende pubbliche del Servizio Sanitario Regionale dalla pagina web:

<https://www.sanita.puglia.it/web/pugliasalute/servizi-online>

I servizi di prenotazione online delle prestazioni specialistiche sono già disponibili per tutte le Aziende pubbliche del SSR per le prestazioni rese in regime istituzionale (prescritte su ricettario rosso del SSN o su ricette dematerializzate).

I servizi di prenotazione online delle prestazioni specialistiche in regime di attività libero professionale intramuraria (ALPI) sono disponibili per tutte le Aziende pubbliche del SSR, tranne che per la ASL di Foggia e per la ASL di Brindisi. Tali strutture dovranno rendere disponibile tale servizio entro 120 giorni dalla approvazione del presente documento.

I servizi di disdetta online delle prenotazioni specialistiche in regime istituzionale sono già disponibili per tutte le Aziende pubbliche del SSR.

I servizi di pagamento ticket delle prestazioni specialistiche sono disponibili per tutte le Aziende pubbliche del SSR, tranne che per l'IRCCS De Bellis. Tale struttura deve rendere disponibile tale servizio entro 120 giorni dalla approvazione del presente documento. Entro il 31/12/2019 tutte le Aziende del SSR devono rendere disponibili i servizi di pagamento attraverso la piattaforma PagoPA.

Le Aziende devono assicurare che tutte le agende presenti nei propri sistemi CUP siano 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 e riportata nel Piano Aziendale di Governo delle Liste di Attesa.

In tutti i casi le agende dei sistemi CUP aziendali 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.

6.4 Informazione e comunicazione sulle modalità di prenotazione e sulle liste di attesa

Ferme restando specifiche iniziative di comunicazione ed informazione a livello aziendale, ogni Azienda pubblica deve provvedere ad alimentare apposita sezione del proprio sito istituzionale all'interno del portale PugliaSalute con dettagliate ed aggiornate 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.

La suddetta sezione ha lo scopo anche di ottemperare a quanto previsto dall'art. 41 comma 6 del Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 che prevede che *“Gli enti, le aziende e le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario sono tenuti ad indicare nel proprio sito, in una apposita sezione denominata «Liste di attesa», i criteri di formazione delle liste di attesa, i tempi di attesa previsti e i tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata.”*

7 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.

Una delle leve sulle quali agire per ridurre al minimo il rischio di mancata presentazione, senza preavviso, di un utente prenotato è l'approccio sanzionatorio, previsto dall'art. 3 comma 15 del d.Lgs. 124/1998 (*"L'utente che non si presenti ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata è tenuto, ove non esente, al pagamento della quota di partecipazione al costo della prestazione"*). Il PNGLA 2019-2021, nel richiamare detta disposizione, considera plausibile *"l'adozione di eventuali sanzioni amministrative secondo le relative disposizioni regionali"*.

I precedenti atti regionali sul tema (D.G.R. 2268/2010 - *"Legge Regionale 24 settembre 2010, n.12 - Art. 3 Tetti di spesa - Liste di Attesa - Disposizioni urgenti."*, D.G.R. 1397/2011 - *"Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2011-2013"*), ritenendo parzialmente inefficace una misura che non avesse effetto alcuno su una porzione rilevante dell'utenza (gli assistiti esenti), hanno esteso la sanzione per mancata disdetta anche ai soggetti esenti.

L'art. 7 comma 4 della L.R.13/2019 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, fatti salvi i casi di forza maggiore, è tenuto al pagamento della prestazione all'erogatore pubblico o privato accreditato, secondo la tariffa prevista dal vigente nomenclatore tariffario, anche se esente dalla partecipazione alla spesa sanitaria."*

Il presente PRGLA conferma la sanzione per mancata presentazione senza preavviso, ad un appuntamento prenotato, a carico di tutti i soggetti, anche di coloro che sono in possesso di attestato di esenzione.

I *Programmi Attuativi Aziendali* dovranno conformarsi alle seguenti indicazioni, in modo da assicurare un approccio omogeneo nella gestione delle disdette di prenotazione:

- devono essere previste forme facilitate ed accessibili dai cittadini (sportello, call center, e-mail, servizi web, SMS, ecc.) 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 devono produrre un coupon di prenotazione che riporti anche le informazioni riguardanti:
 - o i canali attraverso i quali effettuare la cancellazione;
 - o le informazioni da comunicare per effettuare la cancellazione;
 - o il termine (giorno e ora) entro il quale farla;
 - o la sanzione applicata in caso di mancata presentazione all'appuntamento prenotato, senza che sia stata precedentemente cancellata la prenotazione;
 - o 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/trasmissione di un coupon di prenotazione (telefono, ad esempio).

Il presente *Piano*, inoltre, tra le misure che possono far tendere verso la piena utilizzazione della capacità erogativa:

- promuove l'adozione e la diffusione di servizi di *recall* automatico, anche sovraaziendali, per favorire l'operazione di *pulizia delle liste di attesa* (cancellazione degli appuntamenti ai quali il cittadino che ha prenotato non è più interessato);
- raccomanda che sia adottata 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), opportunamente configurata (misura peraltro già prevista dalle "*Linee guida nazionali Sistemi CUP*" e dalle linee di indirizzo regionali riguardanti gli "*Standard di organizzazione e funzionamento dei sistemi e dei servizi di prenotazione ed accesso alle prestazioni sanitarie*", recepite - le prime - ed approvate - le seconde - con la DGR 854 del 23 marzo 2010).

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, le aziende sanitarie devono assicurare informativa adeguata ai cittadini, utilizzando i diversi canali di comunicazione. Anche il coupon di prenotazione dovrà riportare informazioni in tal senso.

8 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

9 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.

10 Prestazioni aggiuntive libere professionali

La Regione Puglia garantisce l'eventuale acquisto e l'erogazione delle prestazioni aggiuntive in regime libero professionale, concordate con i professionisti e sostenute economicamente dall'Azienda, riservando al cittadino l'eventuale partecipazione al costo.

Le Aziende Sanitarie potranno, 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.

11 Attività libero professionale intramuraria

I Direttori generali delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale sono tenuti 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 periodica² i Direttori generali delle Aziende sanitarie locali, delle Aziende ospedaliero-universitarie e degli IRCCS di diritto pubblico provvedono altresì 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 – alle singole strutture ospedaliere o territoriali eroganti.

2 Conformemente alla disposizioni del PNGLA che prevede monitoraggi trimestrali.

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 riscontrino 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.

11.1 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".

12 Flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa

Per il monitoraggio dei tempi di attesa di cui al presente Piano, le Aziende sanitarie dovranno 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:

- [1] Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;

-
- [2] Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
 - [3] Monitoraggio ex post delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale;
 - [4] Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione;
 - [5] Monitoraggio dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) in ambito cardiovascolare e oncologico con indicazione di altre aree critiche;
 - [6] Monitoraggio ex ante delle prestazioni 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 fase di revisione;
 - [7] Monitoraggio della presenza sui siti Web di Regioni e Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa;
 - [8] Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende di prenotazione (delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria) nel sistema CUP.

12.1 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%.

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

Le Aziende sanitarie devono 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, 2^a settimana;
- aprile 1^a settimana;
- luglio 1^a settimana;
- ottobre 1^a 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.

12.3 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.

12.4 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.

12.5 Monitoraggio dei PDTA in ambito cardiovascolare e oncologico

Il Monitoraggio dei PDTA delle patologie oncologiche e cardiovascolari 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.

12.6 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 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.

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, 2^a settimana;
- aprile, 1^a settimana;
- luglio, 1^a settimana;
- ottobre, 1^a 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.

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

La Giunta regionale, mediante le strutture del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti e con il supporto dell’Agenzia Regionale per la Salute ed il Sociale assicura il monitoraggio della presenza sui siti web delle Aziende pubbliche e delle strutture private accreditate della sezione su liste e tempi 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.

12.8 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.

Le Aziende pubbliche devono 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'Agenzia 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.

13 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).

Le Aziende sanitarie devono 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, le Aziende Sanitarie devono 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.

14 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 è reso disponibile sul portale dell'Azienda Sanitaria e costantemente aggiornato.

Come previsto dal comma 3 dell'art. 5 della L.R. n. 13/2019, il Programma Attuativo Aziendale recepisce il Piano Regionale e contempla, secondo le indicazioni del PNGLA, 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.

Il programma attuativo aziendale deve essere trasmesso al Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti che con il supporto tecnico dell'ARESS Puglia provvede a verificare la coerenza con le previsioni del presente documento. In caso di discordanze il Dipartimento provvede a richiedere le necessarie modifiche da effettuarsi entro 60 giorni dalla comunicazione.

Entro il 31 marzo successivo ad ogni anno di osservazione, l'Azienda 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.

15 Obiettivi dei direttori Generali

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.

16 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 socio-sanitari interessati, con le associazioni degli assistiti, con particolare riferimento a quelli cronici e più fragili.

=====

Il presente allegato si compone di 46 pagine

Il Direttore del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti