



Provvedimento adottato in aggiunta  
agli argomenti iscritti all'o.d.g.; ai  
sensi dell'art.3, ultimo comma, del  
Regolamento interno.

# REGIONE PUGLIA

## Deliberazione della Giunta Regionale

N. **68** del 06/02/2007 del Registro delle Deliberazioni

Codice CIFRA: SAN/DEL/2007/00003

**OGGETTO:** Adempimenti ex Intesa Stato-Regioni 28/3/2006: Piano Regionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008. Integrazioni e modificazioni alla D.G.R. n. 1200/2006.

L'anno 2007 addì 06 del mese di Febbraio, in Bari, nella Sala delle adunanze, si è riunita la Giunta Regionale, previo regolare invito nelle persone dei Signori:

Sono presenti:		Sono assenti:	
Presidente	Nichi Vendola	Assessore	Angela Barbanente
V.Presidente	Sandro Frisullo	Assessore	Silvia Godelli
Assessore	Marco Barbieri	Assessore	Mario Loizzo
Assessore	Elena Gentile	Assessore	Francesco Saponaro
Assessore	Onofrio Introna		
Assessore	Domenico Lomelo		
Assessore	Michele Losappio		
Assessore	Guglielmo Minervini		
Assessore	Massimo Ostilio		
Assessore	Enzo Russo		
Assessore	Alberto Tedesco		

Assiste alla seduta il Dott. Romano Donno, Segretario redigente.

ASSESSORATO REGIONALE DELLA SALUTE  
Settore PROGRAMMAZIONE E GESTIONE SANITARIA  
Prot. N° 592 del 06 FEB 2007  
Assegnato all'Ufficio 097 CD. 207  
Rf. 22 Centesime  
Il Dirigente di Settore  
Ai sensi dell'art. 6 L. 241/90 e succ. mod. e integr.  
Assegnata a [Signature]





# REGIONE PUGLIA

L'Assessore alle Politiche della Salute, Dr. Alberto Tedesco, sulla base dell'istruttoria espletata dal Dirigente del Settore Programmazione e Gestione Sanitaria, riferisce quanto segue:

La Regione Puglia, con provvedimento n°1200 del 4 agosto 2006, ha adottato il Piano Regionale per il Contenimento dei Tempi di Attesa, riservandosi, tra l'altro, la possibilità di completare gli indirizzi alla Aziende sanitarie motivando tale scelta con la necessità di acquisire taluni chiarimenti.

Il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, ha adottato specifiche "Linea guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei piani regionali sui tempi d'attesa", ai fini della certificazione della realizzazione da parte delle Regioni degli interventi in attuazione del Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa (PNCTA), oggetto della successiva Intesa Stato-Regioni del 28 marzo 2006.

Le Linee guida adottate chiariscono taluni aspetti del PNCTA, considerati critici dalle Regioni, ed elencano gli elementi che costituiscono oggetto di valutazione ai fini della certificazione da parte del citato Comitato LEA: tali elementi rappresentano, quindi, gli adempimenti regionali, in base ai quali, a seguire, devono essere deliberati i Piani aziendali per il contenimento dei tempi d'attesa (PACTA).

Atteso che le citate linee guida prodotte dal Comitato LEA hanno, recentemente, fornito i chiarimenti completando così il quadro degli indirizzi regionali in materia, è necessario modificare ed integrare la predetta DGR n.1200/2006, elencando tutti gli adempimenti da assicurare, in relazione agli indicatori di valutazione di cui all'Allegato A), che fa parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Il presente provvedimento, si ritiene, pertanto, che debba essere strutturato in modo tale da facilitare sia la verifica sugli adempimenti regionali da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza sia l'adozione delle deliberazioni aziendali in attuazione del Piano regionale sui tempi d'attesa.

In considerazione di quanto rappresentato, viene presentata un'impostazione schematica degli adempimenti a carico delle aziende sanitarie, richiamando o parzialmente modificando taluni elementi già contenuti nella DGR 1200/2006, integrandone altri in coerenza con le Linee guida emanate.

Pertanto, si propone alla Giunta Regionale, a parziale modifica ed integrazione dei termini temporali indicati nella DGR n. 1200/2006, che le Aziende Sanitarie (A.S.) recepiscano i tempi massimi per l'erogazione delle prestazioni definiti dalla Regione e adottino i Piani Aziendali per il Contenimento dei Tempi d'Attesa (PACTA) entro il 31 Marzo 2007.



# REGIONE PUGLIA

"COPERTURA FINANZIARIA"

Dal presente provvedimento non deriva alcun onere a carico del Bilancio Regionale.

IL DIRIGENTE DEL SETTORE PGS  
(Lucia Buonomano)

L'assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta regionale l'adozione del conseguente atto finale facendo presente che tale competenza dell'organo di direzione politica all'adozione dello stesso atto è stabilita dall'art.4, comma 4, lett.a, della L.R. n.7/97.

## DELIBERA

- Di approvare la relazione dell'Assessore proponente così come indicata in narrativa, che qui si intende integralmente trascritta;
- Di modificare ed integrare il Piano regionale per il contenimento dei tempi di attesa di cui alla DGR 1200/2006, secondo quanto contenuto nell'allegato A al presente provvedimento che ne costituisce parte integrante e sostanziale;
- Di perfezionare il predetto Piano, come previsto dal punto 2) del dispositivo della DGR 1200/2006, recependo i contenuti delle Linee Guida "Linea guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei piani regionali sui tempi d'attesa", emanate dal Comitato paritetico permanente ex art. 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/3/2005;
- Di stabilire che le Aziende sanitarie recepiscano i tempi massimi per l'erogazione delle prestazioni definiti dalla Regione e adottino i Piani Aziendali per il contenimento dei Tempi di Attesa (PACTA) entro il 31 Marzo 2007;
- Di dare mandato al Dirigente del Settore Programmazione e Gestione Sanitaria di notificare il presente provvedimento ai Direttori Generali ed ai Commissari Straordinari delle Aziende Sanitarie della Regione Puglia per gli adempimenti di competenza.

Il Segretario della Giunta  
(Dr. Romano Bonno)

Il Presidente della Giunta

On. Nichi Vendola  
*Nichi Vendola*





# REGIONE PUGLIA

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio loro affidato, è stato espletato nel rispetto della vigente normativa regionale, nazionale e comunitaria e che il presente schema di provvedimento, dagli stessi predisposto ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta regionale, è conforme alle risultanze istruttorie

L'ISTRUTTORE (Ingellis Vincenzo)

IL DIRIGENTE DEL SETTORE ( Lucia Buonamico )

L'ASSESSORE PROPONENTE (Dr. Alberto Tedesco)

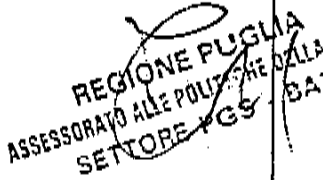

Il presente provvedimento è esecutivo

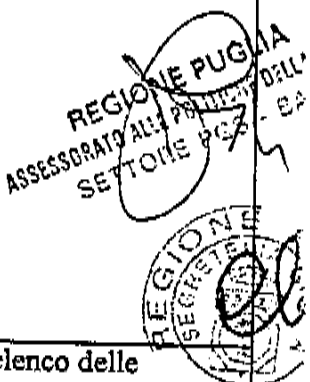
IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

(Dr. Romano Donno)



**ALLEGATO A**

	<p align="center"><b>INDIRIZZI IN MATERIA DI TEMPI D'ATTESA</b>  <b>a beneficio delle Aziende sanitarie, per la definizione dei Piani Aziendali per il contenimento dei tempi d'attesa</b></p>	<p align="center"><b>INDICATORI DI VALUTAZIONE</b>  a beneficio del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza</p>
<p><b>A1</b></p>	<p><b>Adozione di un Piano Regionale per il Contenimento dei Tempi d'attesa</b></p> <p>La Regione Puglia ha già adottato un primo provvedimento, la DGR 1200 del 4.8.2006, nel quale si è riservata la possibilità di completare gli indirizzi alle Aziende sanitarie, motivando tale scelta con la necessità di dover acquisire taluni chiarimenti sulle questioni considerate critiche, nello stesso atto deliberativo puntualmente enunciate. Le citate Linee guida prodotte dal Comitato LEA hanno, recentemente, fornito i chiarimenti attesi, per cui può essere completato il quadro degli indirizzi regionali in materia. Questo atto, pertanto, contiene gli indirizzi regionali ed i conseguenti adempimenti a carico delle aziende sanitarie, richiamando o parzialmente modificando taluni elementi già contenuti nella DGR 1200/2006 ed integrandone altri in coerenza con le Linee guida citate.</p>	<p>Adozione del presente atto, integrativo della DGR n. 1200/2006</p>
<p><b>A2</b></p>	<p><b>Ricognizione degli atti adottati</b></p> <p>Nella DGR 1200/2006, nell'allegato al punto A dalla pag. 15501 alla pag. 15517 del BURP n.106 del 22.8.06, sono elencati tutti gli atti adottati e le azioni realizzate, o in via di realizzazione, in materia di contenimento dei tempi d'attesa dalla regione Puglia. Tali aspetti riguardano:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Appropriatelyzza e Diffusione di Linee guida</li> <li>2. Criteri di priorità negli accessi</li> <li>3. Formazione.</li> <li>4. Potenziamento dei CUP.</li> <li>5. Gestione delle liste d'attesa</li> <li>6. Informazioni sulla disponibilità di servizi</li> <li>7. Modalità di Accesso alle prestazioni e distribuzione dell'offerta di prestazioni</li> <li>8. Partecipazione dei cittadini e controllo sulla funzionalità dei servizi</li> <li>9. Monitoraggio dei tempi d'attesa (Accordo Stato-Regioni 7.11.2002)</li> </ol> <p>Nella trattazione dei punti elencati, sono puntualmente richiamati i requisiti organizzativi autorizzativi e d'accreditamento contenuti nel Regolamento regionale n. 3/2005. Sono, inoltre, riportate le risultanze del Focus Group su "Liste e tempi d'attesa" condotto in Puglia dall'ASSR e le indicazioni di lavoro prodotte dal Gruppo di lavoro regionale per la riduzione dei tempi e delle liste d'attesa in materia di:</p>	<p align="center">   REGIONE PUGLIA  ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA  SETTORE PGS/BA </p> <p>La ricognizione degli atti adottati è riportata nella DGR 1200/2006 (BURP n.106 del 22.8.06), in Allegato, sub A, dalla pag. 15501 alla pag. 15517.</p> <p align="center">  </p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Controllo della domanda</li> <li>- Razionalizzazione dell'offerta</li> <li>- Organizzazione del lavoro</li> <li>- Implementazione di risorse umane e strumentali</li> <li>- Eventuale ricorso a forme d'incentivazione.</li> </ul> <p>In tale ricognizione sono richiamati gli indirizzi principali per la riduzione dei tempi d'attesa.</p> <p>Un contributo alla soluzione alle criticità, può essere dato da un'attenta rivisitazione dei contratti che le Aziende devono fare con le strutture Sanitarie private accreditate in conformità ad un'analisi dei propri bisogni. Le Aziende devono contrattare con i Privati Accreditati numero e tipologia di prestazioni anche a basso costo effettivamente indispensabili per l'Azienda. Tali contratti dovrebbero, inoltre, prevedere il numero di prestazioni, che le strutture accreditate devono erogare per conto delle Aziende con un resoconto mensile, allo scopo di raggiungere i tetti di spesa solo alla fine dell'anno, e non, come accade attualmente, ben prima di dicembre con l'immancabile passaggio all'assistenza indiretta. E' fondamentale il controllo, da parte delle Aziende, della quantità e qualità delle prestazioni erogate, anche attraverso l'adozione dei tempi per una corretta esecuzione delle prestazioni.</p> <p><b><u>Adempimenti aziendali</u></b></p> <p><i>Nella definizione degli atti deliberativi e dei programmi attuativi per il governo dei tempi d'attesa, le Aziende sanitarie devono tener conto dei processi in corso, descritti nella ricognizione riportata nella DGR 1200/06, in modo da dare continuità e sviluppo coerente alle attività da realizzare. Particolare attenzione deve essere dedicata al raggiungimento della conformità ai requisiti organizzativi di carattere generale e specifici per l'accreditamento istituzionale, per realizzare un approccio sistematico alla gestione dei tempi d'attesa.</i></p>	
<p><b>B1</b></p> <p><b>B2</b></p> <p><b>C2</b></p>	<p><b>Elenco delle prestazioni con i relativi tempi massimi d'attesa.</b></p> <p><b>Tempi massimi d'attesa fissati per le singole prestazioni (e per pacchetti di prestazioni correlate a specifici profili di cura).</b></p> <p><b>Predisposizione di iniziative regionali per la condivisione e diffusione di percorsi diagnostico-terapeutici.</b></p> <p>Nella DGR 1200/2006 (BURP n.106 del 22.8.06), nell'Allegato, sub B, dalla pag. 15518 alla pag. 15522, è riportato un elenco provvisorio delle prestazioni, tra quelle indicate dal PNCTA, con i relativi tempi massimi d'attesa.</p> <p>Rileva che le prestazioni sono quelle prescritte nell'ambito di talune aree problematiche (Oncologica, Cardiovascolare, Materno-infantile, Geriatrica, Visite specialistiche di maggior impatto), considerate di maggior interesse in relazione al contenimento dei tempi d'attesa.</p> <p>Nella DGR 1200/2006 sono stati indicati i tempi massimi per una parte di quell'elenco di prestazioni, in particolare solo per quelle</p>	<p>L'elenco delle prestazioni di primo accesso con i relativi tempi d'attesa è riportato nella DGR 1200/2006 (BURP n.106 del 22.8.06), nell'Allegato, sub B, dalla pag. 15518 alla pag. 15522.</p> <p>Con questo atto, l'elenco approvato con DGR 1200/2006 viene integrato con tutte le prestazioni precedentemente non incluse, attraverso la previsione di pacchetti di</p>

identificabili, chiaramente, quali visite o attività diagnostiche strumentali di primo accesso, per cui è stato possibile individuare uno standard di riferimento quale tempo massimo d'attesa, mentre sono state, temporaneamente, lasciate in sospeso le altre prestazioni che, invece, sono di approfondimento o di precisazione diagnostica e, come tali, più precisamente rientranti in protocolli diagnostico-terapeutici.

A seguito dei chiarimenti emersi in fase di elaborazione delle Linee guida di valutazione dei Piani regionali e delle decisioni concordate tra MS e regioni, le altre prestazioni, rimaste in sospeso, sono incluse, con questo atto integrativo, nell'ambito di pacchetti di prestazioni correlate a specifici profili di cura, con l'indicazione del tempo massimo complessivo in cui esse devono essere garantite al cittadino. Vi è da sottolineare, infatti, che tali prestazioni sono di secondo accesso, poiché disposte dal curante a seguito di visita o accertamento strumentale, da cui sia scaturita una diagnosi o un consistente sospetto diagnostico di patologia in atto, di cui vi è la necessità di approfondire la nosologia ovvero puntualizzare la stadiazione della malattia. Si specifica, inoltre, che le prestazioni incluse in tali pacchetti non debbano, necessariamente, essere erogate tutte in tutti i casi, e che esse possano essere prescritte in modo parziale, secondo le necessità del caso e del protocollo più appropriato, purchè, comunque, sia garantito il tempo massimo complessivo d'attesa.

In base alle considerazioni precedenti, pertanto, il tempo massimo individuato per tali pacchetti va considerato quale standard temporale entro il quale possa essere completato un processo diagnostico e valutativo e garantita un'adeguata risposta terapeutica. A tal proposito, trattandosi di bisogni rilevanti per gravità e complessità, si raccomanda una gestione dei processi diagnostico-terapeutici secondo un modello di presa in carico del paziente (Disease and care management), prevedendo la possibilità che la/e prenotazione/i delle prestazioni incluse nel pacchetto possa essere effettuata direttamente da chi assume la responsabilità del caso.

I tempi massimi, sia per le prestazioni di primo accesso che per i percorsi diagnostico-terapeutici, sono stati individuati facendo riferimento agli standard già individuati nell'Accordo Stato Regioni dell'11.7.2002.

Il tempo massimo indicato d'attesa dovrà essere garantito per il 90 per cento dei pazienti, a prescindere dalle classi di priorità d'accesso.

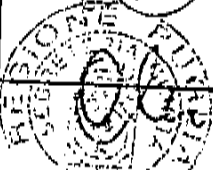
#### Adempimenti aziendali

*Nella definizione degli atti deliberativi e dei programmi attuativi per il governo dei tempi d'attesa, le Aziende sanitarie devono recepire, entro sessanta giorni dal presente atto, i tempi massimi stabiliti sia per le prestazioni di primo accesso che per quelle inserite in pacchetti. Tali tempi massimi devono essere garantiti ai cittadini che necessitano delle prestazioni correlate alle patologie rientranti nell'ambito delle aree individuate dal PNCTA (Oncologica, Cardiovascolare, Materno-infantile, Geriatrica, Visite specialistiche di maggior impatto).*

prestazioni tra loro correlate nell'ambito di specifici percorsi diagnostico terapeutici (vedi appendice al presente atto).

REG. REGIONALE  
 105502700422098  
 2007/04/02

Ol

	<p><i>L'elenco completo delle prestazioni e dei relativi tempi massimi d'attesa è riportato in appendice al presente atto.</i></p> <p><i>Il raggiungimento dello standard prescritto è obiettivo da conseguire entro il triennio di pianificazione programmato. Lo standard, infatti, è dipendente da un processo dinamico di riorganizzazione dell'assistenza, per adeguare l'offerta dei servizi e per incrementare i livelli d'appropriatezza della domanda. In particolare, le A.S. definiscono i percorsi organizzativi e le responsabilità per la gestione del caso e la presa in carico dei cittadini affetti dalle patologie rientranti nell'ambito delle aree individuate dal PNCTA (Oncologica, Cardiovascolare, Materno-infantile, Geriatrica, Visite specialistiche di maggior impatto).</i></p> <p><i>Saranno le Aziende sanitarie ad indicare, nei propri PACTA, entro quali scadenze progressive sarà garantito a regime lo standard, tenendo, comunque, conto che possono essere tollerati, entro il primo anno, eccedenze, rispetto ai tempi massimi, non superiori al 20% ed, entro il secondo anno, non superiori al 10%.</i></p>	
C1	<p><b>Promozione dell'appropriatezza della domanda</b></p> <p>Un aspetto decisivo per la riduzione delle liste e dei tempi d'attesa è legato alla capacità di gestire la domanda di prestazioni, attraverso il ricorso appropriato ai servizi diagnostici e terapeutici. Tale obiettivo può essere conseguito attraverso una strategia articolata, di cui gli strumenti prioritari sono rappresentati dalla redazione e diffusione di apposite <b>Linee guida</b> per il ricorso alle prestazioni con maggiore criticità (attraverso la costituzione di commissioni di esperti), espletamento di interventi formativi e monitoraggio dei relativi risultati, con l'obiettivo di pervenire a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• definizione delle specifiche cliniche per la individuazione delle priorità di accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero, in base ai criteri definiti nell'allegato B dell'Accordo Stato-Regioni dell'11.07.2002;</li> <li>• criteri ed interventi operativi/formativi per la verifica dell'appropriatezza delle prescrizioni e per la razionalizzazione della domanda;</li> <li>• criteri ed interventi operativi/formativi per il coinvolgimento e per la sensibilizzazione dei medici di Medicina Generale e degli Specialisti Ospedalieri e Territoriali all'adozione di Linee guida e Protocolli basati su evidenza di efficienza ed efficacia.</li> </ul> <p>Le Aziende sanitarie devono procedere ad un'analisi delle principali criticità ed, attraverso il coinvolgimento degli attori interessati, a vario titolo, ai processi individuati, devono articolare specifici progetti con l'obiettivo di promuovere l'appropriatezza, ovvero ridurre i livelli di inappropriata rilevati, nel ricorso alle prestazioni del SSR. Nell'articolazione dei progetti, particolare rilievo deve essere dato al ricorso agli strumenti contrattuali dell'incentivazione del personale e della formazione ECM, inserendo specifici corsi nei Piani Formativi Aziendali.</p> <p>La regione Puglia, con Regolamento regionale n. 17/2003, ha dettato</p>	<p>Nella DGR 1200/2006, (BURP n.106 del 22.8.06), nell'Allegato, sub A, dalle pag. 15504 alla pag. 15506 ed alla pag. 15515, sono indicate le strategie e metodologie per promuovere il ricorso appropriato alle prestazioni. Nel presente atto, di modifica ed integrazione alla citata DGR, sono specificati i compiti del livello regionale e di quello aziendale.</p> <p>REGIONE PUGLIA ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE SETTORE FGG - BASI</p> 



indirizzi per le prescrizioni ed il monitoraggio in materia d'assistenza sanitaria. Le linee guida ivi contenute descrivono, ai punti 3-4-5, le modalità per la prescrizione di visite e indagini diagnostiche, responsabilizzando i medici prescrittori a specificare il quesito diagnostico.

Con Delibera AReS n.18 dell'8.03.04, sono state recepite i risultati della Consensus Conference con la quale sono state adottate specifiche Linee guida per il ricorso alle indagini diagnostiche nel dolore lombare, per ridurre il ricorso inappropriato alla TAC e RMN, che rappresentano una forte criticità per i tempi d'attesa. Altresì, l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, in collaborazione con la Società Italiana di Radiologia Medica, l'Associazione Italiana di Medicina Nucleare e l'Associazione Italiana di Neuroradiologia, ha recepito le "Linee Guida in diagnostica per immagini", con l'obiettivo di promuovere l'appropriatezza nella domanda di prestazioni radiologiche.

Con nota prot. 4169 del 5 ottobre 2004, a firma congiunta dell'AREs e Assessorato, è stata data indicazione alle A.S. di inserire nel Piano Aziendale di Formazione, tra le aree formative prioritarie correlate all'attuazione del PSR, un programma di formazione per la diffusione delle predette Linee guida e la formazione dei professionisti, individuando come destinatari i dirigenti medici delle strutture dell'area radiologica ed i dirigenti medici dell'area critica.

Le competenze della Commissione regionale per il controllo dell'appropriatezza prescrittiva, costituita con Determinazione del Dirigente del Settore sanità dell'Assessorato n.15 del 24.02.2006, sono estese, con il presente atto, anche alle problematiche attinenti alle attività prescrittive di visite specialistiche ed indagini diagnostiche. Essa, pertanto, elaborerà, a sostegno delle attività aziendali, indirizzi e Linee guida per il miglioramento dei livelli di appropriatezza nel ricorso a tali prestazioni.

#### Adempimenti aziendali

*Nella definizione dell'atto deliberativo e dei programmi attuativi per il governo dei tempi d'attesa, le Aziende sanitarie devono indicare attraverso quali strategie intendono perseguire una tendenziale riduzione dei livelli di inappropriata nel ricorso alle prestazioni diagnostiche del SSR, specificando, nei relativi progetti, le responsabilità, le modalità, i tempi e gli indicatori di valutazione, analisi e miglioramento dei processi individuati, per il raggiungimento degli obiettivi definiti.*

*Le A.S. devono, altresì, adottare una procedura per la notifica ai soggetti interessati degli indirizzi e delle Linee guida adottate sia a livello regionale che aziendale.*

REGIONE PUGLIA  
ASSESSORATO ALLE FONTI DELLA SALUTE  
SETTORE PGSI - BARI

**C3** Individuazione dei criteri di priorità d'accesso nell'ambito delle prestazioni oggetto di monitoraggio.

Per quanto l'Intesa del 23 marzo 2005 non ne preveda l'obbligo, l'obiettivo dell'utilizzo delle classi di priorità dovrebbe essere perseguito nell'arco di vigenza del PCNTA, in base all'Accordo

Nella DGR  
1200/2006, (BURP  
n.106 del 22.8.06),  
nell'Allegato, sub B,  
alle pagg. 15519 e  
15528-9, e nel

Stato-Regioni dell'11 luglio 2002.

La DGR 1200/2006, in attesa che siano declinate specifiche condizioni cliniche per l'identificazione delle classi di priorità per l'accesso alle prestazioni nell'ambito delle aree individuate dal PNCTA, ha fornito indirizzi di massima alle A.S., sulla scorta di quanto già indicato dall'Accordo Stato-Regioni dell'11 luglio 2002.

In quel documento, infatti, sono previste, per la regolazione degli accessi secondo criteri di priorità, tre classi con tempi differenziati, in relazione alla gravità del problema: classe A entro 10 giorni per tutte le prestazioni, classe B entro 30 giorni per visite e 60 giorni per la diagnostica, classe C entro 180 giorni per tutte le prestazioni.

I criteri per l'identificazione delle classi di priorità delle prestazioni ambulatoriali sono stati elencati nella tabella di pag. 15519 della DGR 1200/2006, che, anche per correggere un refuso di stampa, ad ogni buon conto, si riporta:

CLASSE DI PRIORITÀ	INDICAZIONI
Classe A <i>Corrispondente alla modalità di accesso B della nuova ricetta.</i>	Prestazioni la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione, la disabilità. Da eseguirsi entro 10 giorni.
Classe B	Prestazioni la cui tempestiva esecuzione non condiziona la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o disfunzione o disabilità. Da eseguirsi entro 30 giorni per le visite ed entro 60 giorni per le prestazioni strumentali.
Classe C	La prestazione può essere programmata in un arco di tempo maggiore in quanto non influenza la prognosi il dolore, disfunzione, la disabilità. Da eseguirsi entro 180 giorni.

In attesa che la Commissione Nazionale per l'appropriatezza, di cui all'art. 9 del PNCTA, di cui all'Intesa del 28 marzo 2006, emani "...le linee guida per la fissazione di criteri di priorità di appropriatezza delle prestazioni e delle forme idonee di controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni delle medesime...", viene affidata ai medici prescrittori la responsabilità di indicare la priorità di accesso entro 10 giorni, secondo i criteri della classe A della precedente tabella, nel caso in cui ritengano necessaria una prestazione, tra quelle incluse nell'elenco, in tempi ancor più ridotti rispetto al tempo massimo definito.

A tal fine, essi devono contrassegnare la casella B della nuova ricetta, motivando nella ricetta il quesito diagnostico o il sospetto clinico, così come, peraltro, già disposto con circolare dell'Assessore alle Politiche della Salute, emanata in data 31/1/2006, con cui si è posto in carico a tutti i medici del SSR (medici di medicina generale

REGIONE PUGLIA  
ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE  
SETTORE PGS - BARI



presente atto, di modifica ed integrazione, è prevista la possibilità ovvero si forniscono indicazioni ad un utilizzo preferenziale di criteri di priorità per stratificare la domanda, almeno per alcune delle prestazioni dell'elenco di cui al punto 3 dell'Intesa Stato-Regioni

e pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali interni e specialisti ospedalieri) l'onere della prescrizione di prestazioni specialistiche ambulatoriali. In caso di incompleta compilazione della ricetta, per cui non si possa evincere la motivazione per la priorità d'accesso, la prestazione richiesta sarà, comunque, garantita entro i tempi massimi stabiliti.

In fase transitoria ed in considerazione delle principali criticità emerse a seguito dei monitoraggi dei tempi d'attesa effettuati secondo il metodo definito dall'ASSR, le aziende sperimentano il ricorso alla priorità d'accesso entro 10 giorni, sentite le COSS accreditate dei medici, almeno per alcune delle prestazioni individuate nell'elenco. Si suggerisce di prendere in considerazione, in prima istanza, le prestazioni di primo accesso correlate all'area oncologica, fornendo una particolare raccomandazione a ritenere proponibile (anche eticamente) una priorità d'accesso solo nei casi in cui il sospetto diagnostico è sostenuto da elementi di forte probabilità (definibile come "sospetto diagnostico consistente"), in considerazione del fatto che il riferimento ad un sospetto generico può produrre un inevitabile intasamento delle liste d'attesa e/o di eventuali percorsi critici definiti per patologie tumorali, a causa dell'elevatissimo numero di falsi positivi correlati con un sospetto generico.

La Commissione Regionale per l'appropriatezza provvederà, in attesa delle linee guida dell'omologa Commissione Nazionale, a definire le modalità di valutazione e controllo circa l'utilizzo della priorità d'accesso alle visite specialistiche ed alle indagini diagnostiche.

#### Adempimenti aziendali

*Nella definizione dell'atto deliberativo e dei programmi attuativi per il governo dei tempi d'attesa, le Aziende sanitarie devono recepire tali indirizzi per garantire le prestazioni entro 10 giorni dal momento della richiesta di prenotazione, utilizzando i criteri raccomandati per questa classe di priorità d'accesso. Le A.S. devono comunicare ai medici ed alle altre parti interessate (erogatori, CUP, ecc) le nuove modalità per la prescrizione e l'accesso alle prestazioni dell'elenco.*

REGIONE PUGLIA  
ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA S:  
SETTORE PGE - BARI

#### **C4 Predisposizione di revisioni periodiche dell'attività prescrittiva per le prestazioni oggetto di monitoraggio prioritariamente**

Le prestazioni oggetto di monitoraggio prioritariamente, come previsto dall'Intesa del 28.03.06, sono le seguenti: ecografia addome, ecodoppler dei tronchi sovraortici e dei vasi periferici, esofago-gastro-duodenoscopia, RMN della colonna, RMN cerebrale, TAC cerebrale, TAC dell'addome, visita cardiologica, visita oculistica, visita ortopedica.

La L.R. 3 agosto 2006 n.25, all'art 14, c.16, affida il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva all'Ufficio per la programmazione e il monitoraggio delle attività in medicina generale.

Tale ufficio è parte integrante del Distretto e la sua composizione è

Nel presente atto, sono esplicitati gli aspetti qualitativi e quantitativi delle revisioni periodiche da realizzarsi da parte delle aziende sanitarie

disciplinata dall'accordo collettivo nazionale di settore. Il medico di medicina generale, membro di diritto, è il responsabile dell'ufficio e referente distrettuale dell'organismo aziendale per il monitoraggio e per l'appropriatezza delle cure primarie.

#### Adempimenti aziendali

*Nella definizione dell'atto deliberativo e dei programmi attuativi per il governo dei tempi d'attesa, le Aziende sanitarie, sulla scorta delle verifiche e valutazioni effettuate dall'Ufficio per la programmazione e il monitoraggio delle attività in medicina generale sulle attività prescrittive, con particolare riferimento alle prestazioni oggetto di monitoraggio prioritariamente, inviano una relazione trimestrale all'ARES, che provvede ad inoltrarla sia al Gruppo regionale per i tempi d'attesa che alla Commissione regionale per l'appropriatezza prescrittiva, per i successivi adempimenti di competenza.*

C5

**Individuazione degli ambiti territoriali in cui i tempi massimi di attesa sono garantiti, differenziando il ruolo degli ospedali e del territorio, nonché delle modalità con le quali è garantita la diffusione dell'elenco delle strutture presenti nei diversi ambiti.**

Il PNCTA prescrive che le A.S. individuino, nel proprio ambito territoriale, le strutture erogatrici, tra quelle pubbliche e quelle private accreditate in accordo contrattuale, presso le quali le prestazioni incluse nell'elenco sono garantite entro i tempi massimi definiti, e che sia predisposto un apposito elenco di tali strutture. E', altresì, prevista la comunicazione ai cittadini ed agli altri soggetti interessati (in particolare i MMG e PLS) circa l'ubicazione di tali strutture e la specificazione di quali prestazioni sono ivi fruibili, utilizzando gli strumenti disponibili, con particolare riferimento alle carte dei servizi, nonché prevedendo la diffusione delle suddette informazioni anche presso strutture di abituale accesso dei cittadini (Call Center regionale, CUP, Punti informativi, farmacie, ambulatori di medicina generale e di pediatri di libera scelta etc.).

Per un ottimale utilizzo delle strutture presso cui garantire le prestazioni entro i tempi massimi stabiliti e per tutelare in modo adeguato e ragionevole il diritto dei cittadini a fruire dei servizi senza subire particolare disagio, è necessario, pertanto, prevedere precisi criteri per la selezione delle strutture da inserire negli elenchi aziendali. Per la loro individuazione e localizzazione, le A.S. devono distinguere le prestazioni da garantire tra quelle di base, caratterizzate da un'ampia domanda e da bassa complessità, da erogare presso strutture di ambito distrettuale o subdistrettuale, e quelle, caratterizzate da medio-alta complessità e più bassa domanda, da garantire presso strutture erogatrici individuate in ambito territoriale sovradistrettuale/aziendale ovvero in strutture assistenziali di più elevata complessità (poli ospedalieri di II o III livello).


Solo a titolo esemplificativo e meramente indicativo, si possono considerare prestazioni da erogare, almeno, in ambito distrettuale le visite specialistiche (eccetto quelle oncologiche e radioterapiche).

REGIONE PUGLIA  
ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA  
SETTORE PGS - BAR

Nella DGR  
1200/2006, (BURP  
n.106 del 22.8.06),  
nell'Allegato, sub E,  
alle pagg. 15526-7, e  
nel presente atto, di  
modifica ed  
integrazione, si  
definiscono i criteri  
specifici con cui i  
piani attuativi  
aziendali delimitano  
gli ambiti territoriali  
all'interno dei quali  
sono individuate le  
strutture e le relative  
prestazioni da erogare  
per la garanzia dei  
tempi massimi di  
attesa.



	<p>l'ecografia addominale ed ostetrico-ginecologica, l'ECG ed ECG sec. Holter, L'ecocolordoppler cardiaco e vascolare, mentre le altre possono essere considerate di livello sovradistrettuale.</p> <p>L'esigenza di localizzare le strutture in ambiti territoriali coerenti con il fabbisogno è necessaria, in particolare, a seguito del processo di unificazione delle AUSL nell'ambito territoriale provinciale. Solo qualora non fossero disponibili servizi eroganti le prestazioni da garantire entro i tempi massimi, le AUSL possono definire accordi con le AUSL viciniori.</p> <p>In particolare per quanto riguarda i pacchetti di prestazioni correlati alle aree individuate dal PNCTA (Oncologica, Cardiovascolare, Materno-infantile, Geriatrica, Visite specialistiche di maggior impatto), è opportuno che le A.S. individuino le strutture erogatrici delle prestazioni in base a modelli organizzativi di integrazione dei servizi e di presa in carico del paziente (Desease and care management).</p> <p><b><u>Adempimenti aziendali</u></b></p> <p><i>Nella definizione dell'atto deliberativo e dei programmi attuativi per il governo dei tempi d'attesa, le Aziende sanitarie devono recepire tali indirizzi per la individuazione delle strutture presso le quali garantire le prestazioni entro il tempo massimo stabilito e delle modalità attraverso le quali darne informazione a tutti i soggetti interessati.</i></p> <p><i>Le A.S. comunicano al Call Center regionale tutte le informazioni relative alle strutture individuate, alle prestazioni erogate entro i tempi massimi ed alle modalità di accesso alle stesse e provvedono alla manutenzione trimestrale dei dati.</i></p>	<p>REGIONE PUGLIA ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SETTORE PGS BAR</p>
C6	<p><b>Razionalizzazione/ottimizzazione dell'organizzazione dell'offerta anche in considerazione della necessità di garantire la gestione delle differenti classi di priorità e le diverse modalità di accesso alle prestazioni (primo accesso, etc).</b></p> <p>Nella DGR 1200/2006, (BURP n.106 del 22.8.06), nell'Allegato, sub C, alla pag. 15523 e nelle appendici 1 - 2 - 3, sono già stati adottati gli atti in materia regolamentare per la gestione degli accessi e per la tenuta dei registri e delle agende di prenotazione. Tali atti consistono in Linee guida organizzativo-gestionali per la gestione delle agende di prenotazione, anche ai fini dell'utilizzo dei criteri di priorità e della specificazione della tipologia di accesso.</p> <p><b><u>Adempimenti aziendali</u></b></p> <p><i>Nella definizione dell'atto deliberativo e dei programmi attuativi per il governo dei tempi d'attesa, le Aziende sanitarie devono recepire, qualora non abbiano già provveduto in tal senso, gli indirizzi contenuti nella DGR 1200/2006, in particolare per garantire, presso tutte le strutture erogatrici, l'accesso alle visite e attività diagnostiche prescritte prioritariamente entro 10 giorni, riservando posti nelle agende relative alle prestazioni per le quali è prevista tale modalità d'accesso ovvero facendo anche ricorso</i></p>	<p>Nella DGR 1200/2006, (BURP n.106 del 22.8.06), nell'Allegato, sub C, alla pag. 15523 e nelle appendici 1 - 2 - 3, sono fornite indicazioni sulle procedure per la gestione delle agende di prenotazione, anche ai fini dell'utilizzo dei criteri di priorità e della specificazione della tipologia di accesso (1° accesso, approfondimento, controllo, ecc).</p>

	all'overbooking.	
C7	<p><b>Predisposizione di specifici progetti regionali, in particolare per la realizzazione del CUP e/o riorganizzazione del sistema CUP in ambito regionale</b></p> <p>La Regione, con atto d'indirizzo del 1995, inviato a firma dell'Assessore alla sanità alle Aziende Sanitarie ed Enti del S.S.R., definì, tra le iniziative di carattere regionale, anche quella della creazione di un Sistema Regionale di gestione delle prestazioni sanitarie (CUP Regionale), da integrare ed interfacciare con i sistemi di prenotazione delle prestazioni sanitarie (CUP - Cassa Ticket) che, in particolare, le aziende Usl e le Aziende Ospedaliere furono incaricate - ove non esistenti - di organizzare ed attivare. A distanza di un decennio da tale scelta, tutte le Aziende Sanitarie di Puglia sono dotate di un proprio Sistema informatizzato autonomo di gestione delle prenotazioni delle prestazioni sanitarie, che però non risultano tra di essi comunicanti e non sono interfacciati ed integrati con un Sistema regionale, mai progettato ed attivato. In relazione, però, agli impegni assunti nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni nelle sedute del 14 febbraio 2002 e del 23 marzo 2005 in attuazione dell'art.1 comma 173 della Legge 311/2004 e tenuto conto di quanto previsto al DPCM 16 aprile 2002 recante "Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa" e considerata la situazione venutasi a creare nella Regione, in relazione alla criticità rappresentata dai tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie, è stata assunta l'iniziativa per la progettazione e realizzazione di un <b>Sistema Regionale di Gestione degli accessi e delle prestazioni sanitarie (CUP Regionale)</b>, al fine di avere un coordinamento e monitoraggio costante su base regionale e di conseguire obiettivi fondamentali quali il rispetto degli impegni assunti in Conferenza Stato-Regioni, l'attuazione delle Linee Guida e l'attuazione di politiche e procedure uniformi per la gestione della problematica nell'ambito delle Aziende Sanitarie pugliesi. Il progetto prevede la realizzazione del Sistema regionale con forme di interazione ed integrazione con i sistemi CUP delle Aziende Sanitarie di Puglia, nonché con il diretto coinvolgimento nella fase prenotativa dei Medici di Medicina generale e Pediatri di Libera Scelta sulla base di quanto previsto dalla <b>DGR 4 agosto 2006 n°1200</b> e delle linee guida proposte in tal senso dal <b>Gruppo Tecnico Regionale sulle Liste di Attesa</b> congiuntamente all'Assessorato alle Politiche della Salute ed all'Ares. Con la <b>DGR n 1327 del 19.9.2006</b> è stato affidato a <b>Tecnopolis CSATA</b> l'incarico di redigere il capitolato di gara per la creazione del <b>CUP Regionale</b>, di concerto con il Gruppo Tecnico per il contenimento delle liste di attesa, istituito presso l'ARES. Il <b>Sistema CUP Regionale</b> si configurerà come un sistema integrato per la prenotazione su scala regionale delle prestazioni sanitarie specialistiche ambulatoriali, erogate dalle Aziende Sanitarie operanti sul territorio pugliese. Il Sistema CUP Regionale non si sostituirà ai sistemi CUP aziendali esistenti, ma dialogherà con essi (sarà un cosiddetto sistema CUP di 2° livello), per: fornire una vista integrata</p>	<p>Nel presente atto sono richiamati i provvedimenti di formalizzazione di uno specifico progetto regionale, in particolare per la realizzazione del CUP e/o riorganizzazione del sistema CUP in ambito regionale.</p> <p style="text-align: right;">REGIONE PUGLIA ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE SETTORE POS - ZAFI</p> 

dell'offerta di prestazioni complessivamente disponibile; consentire la prenotazione di una prestazione (o la cancellazione di una prenotazione già effettuata) presso uno qualunque degli erogatori; offrire un supporto per il monitoraggio di liste e tempi di attesa.

La Regione, successivamente, con DGR n.2005 del 22.12.2006, ha approvato il Piano per la sanità elettronica, che, tra le azioni considerate prioritarie, ha inserito la realizzazione del Sistema informativo prenotazione prestazioni sanitarie (CUP Regionale), che, nelle Linee Guida per l'evoluzione dei sistemi informativi in ambito aziendale, prevede:

punto 11.2: Le indicazioni sia del Piano Nazionale che del Piano Regionale (DGR 1200/2006) per il contenimento delle liste d'attesa individuano nell'attivazione del Centro Unico di Prenotazione regionale (CUP Regionale) uno degli strumenti fondamentali in grado di facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie specialistiche e ospedaliere e di assicurare tempestività e trasparenza ai tempi di attesa. L'approccio che viene indicato nel Piano Regionale è quello di un CUP sovraziendale, che consenta agli operatori CUP di collegarsi ai singoli CUP aziendali. Questo approccio, di tipo "federato", consente di salvaguardare le scelte delle Singole Aziende Sanitarie in termini di sistemi Cup, e di poter utilizzare un front end unificato, di secondo livello, che a sua volta è in grado di dialogare con i Cup locali, di primo livello, per verificare la disponibilità a fornire determinate prestazioni, avere visibilità dei relativi tempi di attesa, e procedere alla prenotazione presso l'azienda che meglio soddisfa la richiesta dell'assistito.

#### Adempimenti aziendali

*Nella definizione dell'atto deliberativo e dei programmi attuativi per il governo dei tempi d'attesa, in materia di riorganizzazione del CUP, le Aziende sanitarie devono tener conto dei seguenti vincoli: l'adozione di tecniche di cooperazione applicativa per il dialogo tra i sistemi Cup; l'adozione, da parte del Cup regionale, dei servizi esposti sulla porta di dominio del SISR e del SIST (Rete MMG). E' evidente che tali vincoli interessano anche l'ambito di automazione aziendale, allo scopo di operare - a livello delle Aziende sanitarie - adeguate scelte in merito al sistema Cup da adottare, onde consentirne l'integrabilità con il Cup Regionale.*

*Le nuove ASL BA, FG, LE assicurano l'unificazione dei CUP delle UUSLL confluite in un unico sistema di prenotazione aziendale, entro sei mesi dal presente atto.*

REGIONE PUGLIA  
ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA  
SETTORE PGS - BA1

**C8** Predisposizione di iniziative e definizione di procedure per gestire l'intera offerta tramite il sistema CUP.

La Regione, nel Regolamento n. 3 del 15.01.2005 con il quale sono definiti i "Requisiti autorizzativi e di accreditamento", tra i requisiti organizzativi di carattere generale a garanzia dei "DIRITTI DEI CITTADINI, INFORMAZIONE ALL'UTENZA E CARTA DEI SERVIZI PUBBLICI SANITARI" è stato inserito, tra quelli ulteriori di accreditamento, il seguente:

*A01.08.03 Esplicitazione dei servizi disponibili e delle modalità di accesso ai servizi.*

*Requisito richiesto: Ogni Azienda Sanitaria dispone di un Centro*

Nel presente atto sono definite le procedure e le fasi operative per la gestione dell'intera offerta tramite il sistema CUP

*Oliva*

	<p><i>Unico di Prenotazione collegato con tutti i servizi territoriali ed ospedalieri che forniscono prestazioni diagnostiche e specialistiche ed ogni erogatore deve essere collegato con il CUP dell'Azienda di riferimento.</i></p> <p>L'Assessorato alle politiche della salute ed il Gruppo tecnico regionale per i tempi d'attesa hanno fornito indirizzi ed emanato circolari per l'attuazione a livello aziendale della procedura di collegamento al CUP, anche attraverso la previsione di clausole negli accordi e contratti con gli erogatori accreditati.</p> <p>Il processo di riorganizzazione dei CUP aziendali ed il loro previsto collegamento al CUP regionale garantiranno, a regime, tale obiettivo (vedi punto C7).</p> <p><b><u>Adempimenti aziendali</u></b></p> <p><i>Nella definizione dell'atto deliberativo e dei programmi attuativi per il governo dei tempi d'attesa, le Aziende sanitarie devono prevedere le procedure per garantire che l'intera offerta di prestazioni sia gestita attraverso il CUP aziendale, attraverso l'inserimento di specifiche clausole negli accordi e contratti con gli erogatori.</i></p>	
C9	<p><b>Velocizzazione del processo di refertazione</b></p> <p>La Regione, con il Regolamento n. 3 del 15.01.2005 con il quale sono definiti i "Requisiti autorizzativi e di accreditamento", tra i requisiti organizzativi di carattere generale a garanzia dei "DIRITTI DEI CITTADINI, INFORMAZIONE ALL'UTENZA E CARTA DEI SERVIZI PUBBLICI SANITARI" è stato inserito, tra quelli ulteriori di accreditamento, il seguente:</p> <p><i>A.01.02.06 Procedure per la gestione delle informazioni sanitarie.</i></p> <p><i>Requisito richiesto: La Direzione definisce le procedure relative ai documenti comprovanti l'attività sanitaria con particolare riferimento a:</i></p> <p><i>- modalità di compilazione e refertazione ...;</i></p> <p>Nell'ambito di tali procedure, deve essere specificato in che modo viene garantita una velocizzazione delle refertazioni, anche in considerazione dei tempi massimi da rispettare per pacchetti di prestazioni correlati a particolari percorsi diagnostico-terapeutici (vedi precedenti punti B1, B2 e C2).</p> <p><b><u>Adempimenti aziendali</u></b></p> <p><i>Nella definizione dell'atto deliberativo e dei programmi attuativi per il governo dei tempi d'attesa, le Aziende sanitarie devono prevedere le procedure per velocizzare i tempi di refertazione e d'effettiva messa a disposizione dell'utente, per i quali stabilire, anche attraverso la Carta dei servizi, standard di riferimento.</i></p>	<p>Nella DGR 1200/2006 e nel presente atto, sono fornite indicazioni alle strutture erogatrici per la revisione dei processi organizzativi di refertazione e messa a disposizione dei referti</p>
C10	<p><b>Indirizzi per la comunicazione e l'informazione sulle liste d'attesa ai cittadini</b></p> <p>Con DGR n. 618 del 22/6/2004 è stato istituito e reso operativo dall'ottobre 2004 un Call Center regionale che sia telefonicamente</p>	<p>Presenza nell'atto regionale degli indirizzi per la predisposizione di un Piano di</p>

REGIONE PUGLIA  
ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SANITÀ  
SETTORE FISSO





	<p>che on-line (sito <a href="http://www.sanita.puglia.it">www.sanita.puglia.it</a>) fornisce informazioni sulle prestazioni erogate, modalità di accesso, orari di apertura e di prenotazione relative a tutti gli erogatori pubblici e privati accreditati della regione. Il Call Center è, inoltre, in collegamento con gli Uffici Relazioni con il Pubblico di tutte le Aziende sanitarie per l'aggiornamento continuo dei dati e l'eventuale trasmissione di segnalazioni ricevute. Il Call Center è accessibile on line e con numero verde, pubblicizzato presso tutte le Aziende sanitarie, gli organi di informazione e le Carte dei servizi aziendali pubblicate.</p> <p>Con successiva Deliberazione n. 1327 del 19/09/2006, la Giunta Regionale della Regione Puglia ha approvato un progetto per l'evoluzione e gestione del Call Center Informativo Regionale per la Sanità, che deve integrare i servizi forniti con le informazioni ai cittadini circa le liste ed i tempi d'attesa registrati. Sul sito della Regione Puglia, inoltre, è stato allestito uno spazio informativo (<a href="http://www.regione.puglia.it/index.php?page=progetti&amp;id=1">www.regione.puglia.it/index.php?page=progetti&amp;id=1</a>) specificamente dedicato alla questione ed alle risultanze del lavoro del Gruppo regionale per i tempi d'attesa.</p> <p>Le A.S. e gli altri erogatori, altresì, sulla scorta delle procedure individuate per garantire le informazioni ai cittadini attraverso il Call center regionale, attivano, a cura degli URP, un Piano di comunicazione aziendale sulle liste ed i tempi d'attesa, rivolto agli interlocutori interessati (Comitati consultivi misti, farmacie, ambulatori di medicina generale e di pediatri di libera scelta etc.) ed utilizzando gli strumenti disponibili (Punti informativi, siti web, news, Guide all'uso dei servizi, ecc.), con la finalità di favorire i processi di orientamento dei cittadini nell'accesso alle strutture erogatrici.</p> <p>Attraverso un'informazione puntuale agli utenti sull'offerta di servizi, sulle liste ed i relativi tempi d'attesa, si attende il risultato di favorire una più omogenea distribuzione delle prenotazioni presso tutti i punti d'erogazioni presenti sul territorio.</p> <p><b><u>Adempimenti aziendali</u></b></p> <p>Nella definizione dell'atto deliberativo e dei programmi attuativi per il governo dei tempi d'attesa, le Aziende sanitarie devono prevedere le modalità per assicurare il flusso informativo al Call center regionale, secondo la procedura indicata dallo stesso Call Center d'intesa con il Gruppo regionale per i tempi d'attesa, ed assicurano un coerente Piano di comunicazione aziendale ai soggetti interessati.</p>	<p>comunicazione aziendale</p> <p>REGIONE PUGLIA ASSESSORATO ALLA SANITÀ SETTORE PGS</p>
C11	<p><b>Coinvolgimento degli utenti e delle loro associazioni</b></p> <p>In tutte le Aziende Sanitarie della Regione si sono costituiti i Comitati Consultivi Misti in coerenza a quanto previsto dal DLgs 502/92 all'art 14 che sottolinea l'obbligatorietà del coinvolgimento dei cittadini nei processi di valutazione e verifica dei servizi e nella implementazione delle politiche della qualità.</p> <p>L'Agenzia Regionale Sanitaria ha altresì strutturato e realizzato un corso di formazione rivolto ai componenti dei Comitati Misti Consultivi, finalizzato a maturare competenze in ordine alla</p>	<p>Avvenuta consultazione delle associazioni e difesa dei consumatori e degli utenti</p>

	<p>utilizzazione degli strumenti e tecniche di partecipazione all'interno dell'organismo di consultazione aziendale. L'obiettivo della formazione è stato di dare un senso concreto al ruolo dei cittadini nell'ottica del miglioramento ed umanizzazione dell'assistenza, riconoscendo la valenza strategica e strumentale dell'organismo "Comitato Misto Consultivo" per la piena attuazione di una politica partecipata.</p> <p>Nella Legge Regionale n° 25 del 3 agosto 2006 "Principi e organizzazione del Servizio Sanitario Regionale", all'art 6 sono definiti gli strumenti della partecipazione democratica dei cittadini ed, in particolare, viene espressamente fatto riferimento alla istituzionalizzazione dei Comitati Consultivi Misti in ogni AUSL, nonché alle modalità di organizzazione e di funzionamento degli stessi, quale requisito obbligatorio per attivare processi strutturati e continuativi di coinvolgimento dei cittadini nell'attività di programmazione sanitaria. Inoltre è previsto che la Regione produca un regolamento per definire le modalità organizzative e gli ambiti di operatività dei Comitati nelle Aziende.</p> <p><b><u>Adempimenti aziendali</u></b></p> <p><i>Le Aziende Sanitarie, pertanto, in attesa che la Regione definisca i contenuti di tale regolamento, devono prevedere il coinvolgimento dei Comitati Consultivi Misti nelle politiche di contenimento dei tempi di attesa e nella definizione di strategie operative finalizzate al monitoraggio, verifica e valutazione dello stato di attuazione del PACTA.</i></p>	
C12	<p><b>Regolamentazione della sospensione dell'attività d'erogazione delle prestazioni.</b></p> <p>Nella DGR 1200/2006, (BURP n.106 del 22.8.06), nell'Allegato, sub C, alla pag. 15523 ed in appendice 1, sono riportate le linee guida per regolare la sospensione dell'erogazione delle prestazioni, prodotte dal gruppo tecnico del Mattone "Tempi d'attesa" e sono state dettate precise indicazioni temporali per il loro recepimento da parte delle A.S. e degli erogatori accreditati.</p> <p><b><u>Adempimenti aziendali</u></b></p> <p><i>Nella definizione dell'atto deliberativo e dei programmi attuativi per il governo dei tempi d'attesa, le Aziende sanitarie devono recepire, qualora non abbiano già provveduto in tal senso, le "Linee guida per regolare la sospensione dell'erogazione delle prestazioni", già emanate con la DGR 1200/2006, prevedendone le modalità di diffusione alle strutture erogatrici del territorio ed assicurando il relativo flusso informativo (vedi successivo punto E5).</i></p>	<p>REGIONE PUGLIA ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SETTORE PGS/BAF</p> <p>Nella DGR 1200/2006, (BURP n.106 del 22.8.06), nell'Allegato, sub C, alla pag. 15523 ed in appendice 1, sono state recepite le linee guida per regolare la sospensione dell'erogazione delle prestazioni.</p> <p><i>Ol</i></p>
C13	<p><b>Definizione delle condizioni per l'individuazione delle misure da</b></p>	<p>Nel presente atto, viene data indicazione</p>

### **prevedere in caso di superamento dei tempi massimi d'attesa**

Anche sulla scorta di quanto è stato condiviso in sede di consultazione delle associazioni dei consumatori in fase di adozione del Piano Regionale per il Contenimento dei T.A., nella DGR 1200/2006 si è formulato l'indirizzo per cui non si debbano prevedere forme di ristoro, se non come ultima possibilità, ma che si offrano servizi alternativi aggiuntivi (quali, ad esempio: accompagnamento dell'utente presso strutture in condizione di erogare la prestazione garantita; attività di preavvalutazione clinica circa l'appropriatezza della prestazione richiesta, anche al fine di tutelare l'utente dai rischi connessi alle prestazioni strumentali; la proposizione all'utente ed al suo medico curante di protocolli alternativi per pervenire alla formulazione della diagnosi, in base a considerazioni di appropriatezza d'uso delle risorse tecnologiche e di evidenze scientifiche; la rivalutazione di eventuali indagini già effettuate che consentano di formulare la diagnosi; ecc).

D'altra parte, devono essere definite le condizioni che non danno diritto a forme di ristorazione, in quanto non viene negato il diritto alla prestazione garantita. Esse sono individuabili, ad esempio, nel caso in cui il cittadino, esercitando il diritto alla libera scelta, rifiuti l'erogazione presso le strutture individuate dall'azienda ovvero in tutti i casi nei quali si ravvisi una evidente inappropriata della prestazione richiesta ovvero un criterio di bassa priorità per l'accesso alla prestazione (vedi criteri di cui alla classe di priorità C al precedente punto C3).

#### **Adempimenti aziendali**

*Nella definizione dell'atto deliberativo e dei programmi attuativi per il governo dei tempi d'attesa, le Aziende sanitarie esplicitano, sentito il C.C.M. aziendale, le condizioni che configurano una violazione del diritto all'accesso alle prestazioni con tempo massimo garantito e determinano le misure da adottare in caso di superamento del tempo massimo.*

che nei Piani attuativi aziendali siano esplicitate le misure da prevedere in caso di superamento dei tempi massimi di attesa

REGIONE PUGLIA  
ASSESSORATO REGIONALE POLITICHE DELLA SALUTE  
SETTORE PGB - BARI

### **C14 Garanzia di coerenza del sistema dell'offerta da erogare in libera professione con l'obiettivo del contenimento dei tempi d'attesa**

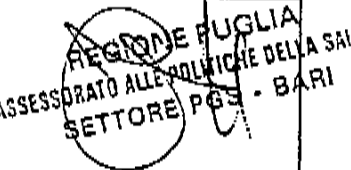
Con Circolare dell'Assessore alle politiche della salute n. 4719/ASS/ARES del 20.12.2006, avente ad oggetto "Attività libero-professionale intramoenia", sono state richiamate le responsabilità, sotto diversi profili, delle Direzioni generali delle A.S. circa la puntuale applicazione dell'istituto si è sottolineato che "...una delle finalità dell'ALPI è da individuare nella riduzione dei tempi d'attesa per l'accesso ... alle prestazioni. Di fatto, il possibile non rispetto delle disposizioni, in particolare nei rapporti spazio-temporali tra attività istituzionale ed ALPI, può creare eccessive sperequazioni nei rispettivi tempi d'attesa portando l'utilizzo dell'ALPI più che in conseguenza di scelte 'intuitu personae', al solo fine di ottenere le prestazioni in tempi brevi."

Con quella circolare, in particolare, si dispone che "...nell'Atto

Nel presente atto sono richiamati i precedenti indirizzi in materia e sono esplicitate le procedure per garantire la trasparenza della libera professione



	<p>aziendale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- devono essere indicate (e poi rispettate) le modalità di prenotazione;</li> <li>- devono essere fissati i criteri per assicurare un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale ed ALPI nel rispetto dei principi contenuti nell'atto di indirizzo e coordinamento regionale (DGR 616/2002);</li> <li>- devono essere previste verifiche periodiche da parte dell'apposito organismo.</li> </ul> <p>Una particolare attenzione va posta all'intramoenia allargata. ...omissis</p> <p>Per evitare disservizi e possibili utilizzi impropri dell'istituto è opportuno che le prenotazioni avvengano tramite CUP.</p> <p>In relazione a quanto sopra si invitano le direzioni aziendali, tramite l'organismo di verifica, a procedere a verifiche periodiche, almeno annuali, dell'attività svolta presso gli studi professionali, attraverso le relative fatturazioni, valutando la congruità tra orari e prestazioni. Va da sé che in presenza di un basso livello di prestazioni, ricorrente negli anni, è agevole assicurare spazi ed orari all'interno dell'azienda venendo meno le condizioni per il permanere dell'autorizzazione."</p> <p><b><u>Adempimenti aziendali</u></b></p> <p><i>Nella definizione dell'atto deliberativo e dei programmi attuativi per il governo dei tempi d'attesa, le Aziende sanitarie devono esplicitare le modalità con le quali viene eseguita la verifica periodica circa il corretto ricorso all'ALPI e viene organizzata la prenotazione delle prestazioni in regime libero-professionale attraverso il CUP aziendale.</i></p>	<p>REGIONE PUGLIA ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SETTORE P.S.G. - BAR</p>
D1	<p>Tenuta della "Agenda di prenotazione dei ricoveri" presso le strutture a gestione diretta e quelle accreditate in accordo contrattuale, secondo le "Linee guida per le agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili"</p> <p>Nella DGR 1200/2006, (BURP n.106 del 22.8.06), nell'Allegato, sub C, alla pag. 15523 e in appendice 2, sono riportate le Linee Guida per la tenuta della "Agenda di prenotazione dei ricoveri" prodotte dal Mattone tempi d'attesa e sono state dettate precise indicazioni temporali per il loro recepimento da parte delle A.S. e degli erogatori accreditati.</p> <p><b><u>Adempimenti aziendali</u></b></p> <p><i>Nella definizione dell'atto deliberativo e dei programmi attuativi per il governo dei tempi d'attesa, le Aziende sanitarie devono recepire, qualora non abbiano già provveduto in tal senso, le Linee guida per la tenuta della "Agenda di prenotazione dei ricoveri", già emanate con la DGR 1200/2006, prevedendo le modalità di diffusione alle strutture erogatrici del territorio e di controllo sull'effettivo rispetto.</i></p>	<p>Nella DGR 1200/2006, (BURP n.106 del 22.8.06), nell'Allegato, sub C, alla pag. 15523 e in appendice 2, sono presenti specifiche Linee Guida e la prescrizione dell'obbligo d'adeguamento, con indicazione dei termini temporali entro i quali le strutture sanitarie adempiono</p> <p><i>Oliva</i></p>

D2	<p><b>Inserimento nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) della data di prenotazione e della classe di priorità (qualora si sia adottata tale modalità di ammissione al ricovero) dal 1 gennaio del 2007</b></p> <p>Nella regione Puglia già dal 1 gennaio 2005 è stata resa obbligatoria l'indicazione della data di prenotazione del ricovero nella SDO, per cui attualmente il SISR è già in grado di fornire specifiche informazioni circa i tempi d'attesa per il ricovero programmato.</p> <p>Sarà cura dell'Assessorato disporre le procedure per l'inserimento di un nuovo campo facoltativo nella SDO (utilizzabile qualora si sia adottata tale modalità di ammissione al ricovero) per indicare anche la classe di priorità assegnata.</p> <p><u><b>Adempimenti aziendali</b></u></p> <p><i>Nella definizione dell'atto deliberativo e dei programmi attuativi per il governo dei tempi d'attesa, le Aziende sanitarie, dal momento in cui sarà disponibile il nuovo campo SDO per l'indicazione della priorità d'accesso assegnata, prevedono l'inserimento facoltativo di tale informazione, qualora sia stata adottata tale modalità di accesso al ricovero.</i></p>	<p>Nella DGR 1200/2006, (BURP n.106 del 22.8.06), e nel presente atto integrativo sono date disposizioni per l'adeguamento della SDO e del proprio Sistema Informativo per garantire queste procedure.</p>
E1	<p><b>Definizione della struttura dei Piani Aziendali</b></p> <p>Nella DGR 1200/2006, (BURP n.106 del 22.8.06), nell'Allegato, sub E, alla pag. 15526, sono elencati gli adempimenti delle aziende sanitarie, che sono schematicamente individuati nel presente atto deliberativo di modifica ed integrazione.</p> <p><u><b>Adempimenti aziendali</b></u></p> <p><i>Le Aziende sanitarie devono, entro sessanta giorni dalla pubblicazione del presente atto deliberativo, recepire i tempi massimi d'attesa definiti a livello regionale e produrre i propri Piani Aziendali per il Contenimento dei Tempi d'Attesa (PACTA), tenuto conto di tutti gli elementi contenuti nella DGR 1200/2006 e nel presente atto, così come precedentemente elencati.</i></p>	<p style="text-align: center;">  </p> <p>Nel presente atto sono esplicitati gli elementi che devono caratterizzare i Piani Aziendali</p>
E2	<p><b>Valutazione e monitoraggio dei Piani Aziendali</b></p> <p>La regione esercita un'attività di monitoraggio e valutazione sulle attività aziendali, anche al fine di garantire le funzioni di indirizzo e controllo previste ed attivare, eventuali, processi di revisione degli atti.</p> <p><u><b>Adempimenti aziendali</b></u></p> <p><i>Le Aziende sanitarie inviano immediatamente i PACTA approvati all'Assessorato alle politiche della Salute e, per conoscenza, al</i></p>	<p>Nel presente atto, sono esplicitati i criteri da utilizzare per la valutazione dei Piani aziendali e per il monitoraggio periodico circa lo stato d'attuazione delle attività programmate</p> <p style="text-align: right;"><i>Ol</i></p>

	<p><i>Gruppo regionale per i tempi d'attesa e trasmettono, semestralmente, una relazione sullo stato di attuazione del Piano con la relativa documentazione.</i></p> <p><i>Il competente settore dell'Assessorato alle politiche della Salute, avvalendosi del Gruppo regionale per i tempi d'attesa, sulla scorta degli adempimenti elencati nel presente atto deliberativo, esprime una valutazione circa la congruità dei PACTA, ed, in itinere, sulle attività poste in essere dalle A.S., adotta eventuali determinazioni e trasmette le risultanze del monitoraggio alla Commissione Regionale di esperti per la verifica del conseguimento dei risultati aziendali dei Direttori Generali.</i></p>	
E3	<p><b>Monitoraggio di sistema</b></p> <p>Nella DGR 1200/2006, (BURP n.106 del 22.8.06), nell'Allegato, sub F, alle pagg. 15528-9, sono descritte le attività che le A.S. devono garantire per l'adeguamento del flusso informativo alle esigenze di monitoraggio previste dall'Intesa del 28 marzo 2006.</p> <p>In particolare, il monitoraggio di sistema prevede la valutazione del tempo d'attesa per le seguenti prestazioni ambulatoriali (salvo eventuali aggiunte): ecografia addome, ecodoppler dei tronchi sovraortici e dei vasi periferici, esofago-gastro-duodenoscopia, RMN della colonna, RMN cerebrale, TAC cerebrale, TAC dell'addome, visita cardiologica, visita oculistica, visita ortopedica. Per quanto attiene ai ricoveri, la rilevazione sarà effettuata con cadenze e procedure, da definire a livello centrale, in modo simile a quanto già attuato nelle sperimentazioni svolte, a cui hanno già partecipato tutte le A.S. della regione Puglia.</p> <p>Il monitoraggio si baserà sulla rilevazione trimestrale in un periodo indice stabilito a livello nazionale a partire dal 1 gennaio 2007. In una prima fase il periodo indice farà riferimento ad un'unica giornata; successivamente diventerà settimanale.</p> <p>Sono oggetto di verifica esclusivamente le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto e le prestazioni urgenti differibili. Sono quindi escluse dal monitoraggio tutte le prestazioni urgenti non differibili (che devono trovare risposta entro poche ore), le prestazioni successive al primo accesso e programmate dallo specialista che ha già preso in carico il paziente (comprese le prestazioni di 2° e 3° livello rese a pazienti a cui è già stato fatto un inquadramento diagnostico che necessitano di approfondimento), i controlli successivi, le prestazioni di screening.</p> <p><b><u>Adempimenti aziendali</u></b></p> <p><i>Le aziende sanitarie, nelle more della definizione delle procedure per il monitoraggio di sistema da parte del Ministero della salute, devono provvedere a recepire le indicazioni contenute nelle "Linee Guida per le agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili" e "Linee Guida per la gestione dell'accesso ed il monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale", per assicurare la rilevazione, nel sistema</i></p>	<p>Nel presente atto sono esplicitati gli adempimenti aziendali per garantire il monitoraggio di sistema</p> <p>REGIONE PUGLIA ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA S SETTORE PGS BARI</p> <p>REGIONE PUGLIA ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA S SETTORE PGS BARI</p>

	<i>informativo aziendale, delle informazioni definite "essenziali" ai fini dell'effettuazione del monitoraggio di sistema.</i>	
E4	<p><b>Monitoraggio specifico</b></p> <p>Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e finanze, sentita la Cabina di Regia del Nuovo Sistema Informativo Sanitario, viene istituito un flusso informativo relativo alla raccolta trimestrale di dati sulle prestazioni con tempi d'attesa garantiti, erogate presso le strutture indicate nei programmi attuativi aziendali, con la rilevazione, per le strutture coinvolte e per singola prestazione, del numero delle prestazioni erogate e dei relativi tempi di attesa, nonché la percentuale di prestazioni effettuate con un tempo di attesa superiore al massimo stabilito.</p> <p>Inoltre, il Piano Nazionale prevede il monitoraggio di prestazioni che, essendo correlate a specifiche aree nosologiche (Oncologica, Cardiovascolare, Materno-infantile, Geriatrica, Visite specialistiche di maggior impatto), presuppongono la formulazione del sospetto diagnostico. Il sistema, infatti, deve essere in grado di distinguere una Mammografia richiesta per sospetto tumore della mammella da quelle effettuate per altre motivazioni (mastiti o altra patologia non oncologica), così come l'ecografie addome per sospetto tumore epatico da tutte le altre. Poiché, attualmente, dai flussi informativi non può essere rilevato il sospetto diagnostico, per migliorare la tracciabilità delle prestazioni da sottoporre al monitoraggio specifico previsto, si deve garantire una specifica procedura a cura del prescrittore.</p> <p>Quest'ultimo, oltre a riportare nell'apposita riga la prevista descrizione del sospetto clinico, segnala la prestazione inserendo il codice "G" nel campo 16 della nuova ricetta. Con questa procedura verrà definita in modo univoco la prestazione "garantita" nei tempi massimi prescritti, poiché inclusa nell'elenco. Ciò facilita enormemente il riconoscimento della prestazione da parte del CUP, ai fini del tempo da assegnare, e la rintracciabilità del dato registrato nel SISR.</p> <p><u><b>Adempimenti aziendali</b></u></p> <p><i>Le Aziende sanitarie, in attesa dell'emanazione del previsto DM, devono provvedere a recepire le disposizioni contenute nella DGR 1200/2006, (BURP n.106 del 22.8.06), nell'Allegato, sub F, alle pagg. 15528-9, circa le procedure di trattamento della ricetta-proposta di prescrizione, al fine di assicurare la "tracciabilità" delle prestazioni con tempi massimi d'attesa garantiti. La regione provvederà ad adeguare il relativo flusso informativo presso il SISR.</i></p>	<p>Nel presente atto sono esplicitati gli adempimenti aziendali per garantire il monitoraggio specifico</p> <p>REGIONE PUGLIA ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SETTORE ASS. BAP</p> <p>REGIONE PUGLIA ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SETTORE ASS. BAP</p>
E5	<p><b>Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione</b></p> <p>Il comma 282 dell'articolo 1 della legge finanziaria 2006 stabilisce che alle aziende sanitarie ed ospedaliere è vietato sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni di cui al decreto del</p>	<p>Esplicitazione degli adempimenti aziendali per garantire il monitoraggio delle</p>

<p>Presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001, anche nei casi di forza maggiore che causano sospensione dell'erogazione delle prestazioni.</p> <p>Di tutte le sospensioni delle attività di erogazione va informato, con cadenza semestrale, il Ministero della salute secondo quanto disposto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 16 aprile 2002, pubblicato nella <i>Gazzetta Ufficiale</i> n. 122 del 27 maggio 2002.</p> <p><b><u>Adempimenti aziendali</u></b></p> <p><i>Le Aziende sanitarie hanno l'obbligo di comunicare all'Assessorato alle politiche della salute, con la stessa cadenza semestrale, tutti gli episodi registrati di sospensione dell'erogazione delle prestazioni, così come indicato nella specifica "Linea Guida per la sospensione delle attività di erogazione delle prestazioni", di cui alla DGR 1200/2006, (BURP n.106 del 22.8.06), nell'Allegato, in appendice 3, alla pag. 15532.</i></p> <p><i>Le Aziende sanitarie provvedono, altresì, affinché le strutture erogatrici accreditate in accordo contrattuale assicurino il debito informativo, attraverso specifiche clausole contrattuali.</i></p> <p><i>L'Assessorato alle politiche della salute provvederà a trasmettere, con la stessa periodicità trimestrale, i dati al Ministero della salute, nelle forme e nei termini che saranno indicati, secondo quanto disposto nel DPCM del 16.04.2002 (GU 122 del 27.05.2002).</i></p>	sospensioni delle attività di erogazione
---	--

REGIONE PUGLIA  
ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA S  
SETTORE PGG - BARI

*Olivero*



**APPENDICE**

**Elenco delle prestazioni di primo accesso, di cui all'elenco del punto 3 dell'Intesa del 28.03.2006 (già incluse nelle DGR 1200/2006)**

**A. Area Oncologica**

Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore	Tempo massimo
1	Visita oncologica		89.7	15 giorni
<b>Radiologia</b>				
3	Mammografia (no screening)	87.37	87.37.1 - 87.37.2	60 giorni
TC con o senza contrasto				
4	Torace	87.41	87.41 - 87.41.1	60 giorni
5	Addome superiore	88.01	88.01.2 - 88.01.1	
6	Addome inferiore	88.01	88.01.4 - 88.01.3	
7	Addome completo	88.01	88.01.6 - 88.01.5	
<b>Risonanza Magnetica</b>				
8	Cervello e tronco encefalico	88.91	88.91.1 - 88.91.2	60 giorni
9	Pelvi, prostata e vescica	88.95	88.95.4 - 88.95.5	
<b>Ecografia</b>				
10	Addome	88.74 - 88.75 - 88.76	88.74.1 - 88.75.1 - 88.76.1	60 giorni
11	Mammella	88.73	88.73.2	
<b>Esami Specialistici</b>				
12	Colonscopia (no screening)	45.23	45.23	60 giorni
13	Sigmoidoscopia con endoscopia flessibile	45.24	45.24	
14	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13 - 45.16	

**B. Area Cardiovascolare**

Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore	Tempo massimo
25	Visita cardiologica	89.7	89.7	30 giorni
26	Visita chirurgia vascolare	89.7	89.7	
<b>Ecografia</b>				
27	Cardiaca (Ecocolordoppler cardiaca)	88.72	88.72.3	60 giorni
28	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73	88.73.5	60 giorni



29	Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77	88.77.2	60 giorni
<b>Esami Specialistici</b>				
30	Elettrocardiogramma	89.52	89.52	60 giorni
31	Elettrocardiogramma holter	89.50	89.50	60 giorni

**C. Area Materno Infantile**

Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore	Tempo massimo
39	Visita ginecologica	V72.3	89.26	30 giorni

**D. Area Geriatrica**

Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore	Tempo massimo
41	Visita neurologica	89.7	89.13	30 giorni
<i>TC con o senza contrasto</i>				
42	Capo	87.03	87.03 - 87.03.1	60 giorni
43	Rachide e speco vertebrale	88.38	88.38.2 - 88.38.1	
44	Bacino	88.38	88.38.5	
<b>Esami Specialistici</b>				
45	Audiometria	95.41	95.41.1	60 giorni
46	Spirometria	89.37	89.37.1 - 89.37.2	
47	Fondo Oculare	95.1	95.09.1	

**E. Visite specialistiche di maggior impatto**

Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore	Tempo massimo
50	Visita dermatologica	89.7	89.7	30 giorni
51	Visita oculistica	95.0	95.02	30 giorni
52	Visita otorinolaringoiatrica	89.7	89.7	30 giorni
53	Visita ortopedica	89.7	89.7	30 giorni
54	Visita urologica	89.7	89.7	30 giorni

Tutte le prestazioni incluse in questo elenco possono essere prescritte con classe di priorità d'accesso entro 10 giorni dalla prenotazione, da indicare nel modulo di richiesta/prescrizione siglando la casella B, quando, a giudizio del medico, si tratti di prestazioni la cui tempestiva esecuzione condiziona, in un arco di tempo ristretto, la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione, la disabilità.

**Elenco delle prestazioni, generalmente di secondo accesso, di cui all'elenco del punto 3 dell'Intesa del 28.03.2006, da erogare in pacchetti di prestazioni correlate a specifici percorsi diagnostico-terapeutici**

### A. Area Oncologica

<b>PRESTAZIONI AMBULATORIALI</b>			
<i>Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)</i>	<i>Prestazione</i>	<i>Codice ICD9-CM</i>	<i>Codice Nomenclatore</i>
2	Visita radioterapica pretrattamento		89.03
<b>Esami Specialistici</b>			
15	Broncoscopia	33.23	33.22
16	Colposcopia	70.21	70.21
17	Cistoscopia	57.32	57.32
18	Biopsia Transperineale o Transrettale della prostata (Agobiopsia Ecoguidata)		60.11.1
<b>Radioterapia</b>			
19	Sessione di radioterapia	V58.0	92.24.1 - 92.24.2 - 92.24.3 - 92.24.4 - - 92.25.1 - 92.25.2

<b>PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO</b>			
<i>Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)</i>	<i>Prestazione</i>	<i>Codice ICD9-CM</i>	<i>Codice Nomenclatore</i>
20	Interventi chirurgici tumore Mammella	Categoria 85.4	Categoria 174
21	Interventi chirurgici tumore Prostata	60.5	185
22	Interventi chirurgici per tumori Colon retto	45.7 - 45.8; 48.5 - 48.6	Categorie 153 - 154
23	Interventi ginecologici (per tumori dell'utero)	Da 68.3 a 68.9	Categoria 182

<b>PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL//DAY SURGERY</b>			
<i>Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)</i>	<i>Prestazione</i>	<i>Codice ICD9-CM</i>	<i>Codice Nomenclatore</i>
24	Chemioterapia	99.25	V58.1

Il percorso diagnostico-terapeutico per patologia oncologica, comprendente pacchetti di prestazioni tra quelle dell'elenco, deve realizzarsi entro 60 giorni dalla formulazione da parte dello specialista di un "consistente" sospetto diagnostico, conseguente ad un riscontro di probabile lesione neoplastica, a seguito d'indagini di diagnostica per immagini o di endoscopia per i tumori solidi o di specifica indagine per i tumori dell'apparato emopoietico.

In relazione allo specifico protocollo diagnostico, ogni pacchetto può comprendere ulteriori indagini (in particolare l'esame citologico e/o istologico con relativo referto), seppur non comprese nell'elenco di cui al punto 3 dell'Intesa del 28.03.2006, e le prestazioni richieste per l'eventuale stadiazione della malattia.

Ovviamente, nel caso in cui, nel corso delle indagini previste nel pacchetto, non sia riscontrata la conferma diagnostica di tumore (in particolare dopo accertamento citologico e/o istologico), s'interrompe il percorso per le successive indagini previste dal protocollo.

S'intende che, entro quel tempo massimo, debba essere garantito l'inizio del trattamento indicato dallo specialista per il caso in esame (chirurgico, chemioterapico, radioterapico).

Nel caso siano previsti step progressivi di terapia, il successivo trattamento deve essere garantito entro i 30 giorni dal precedente, salvo diversa ed esplicita indicazione dello specialista, formulata in relazione a criteri e priorità definite da specifiche Linee guida disciplinari.

Per il significato da attribuire alle diverse tappe del percorso oncologico, si rinvia alla lettura della "Proposta metodologica per il monitoraggio dei Percorsi assistenziali complessi, con particolare riferimento al percorso oncologico (stralcio dal Documento del Mattone Tempi d'attesa)", in appendice alla DGR 1200/2006.

## B. Area Cardiovascolare

### PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)	Prestazione	Codice ICD9- CM	Codice Nomenclatore
Riabilitazione			
34	Cardiologica	93.36	93.36

### PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO

Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)	Prestazione	Codice ICD9- CM	Codice Nomenclatore
35	By pass aortocoronarico	36.10	
36	Angioplastica Coronarica (PTCA)	Categoria 36.0	
37	Endoarteriectomia carotidea	38.12	

### PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL/DAY SURGERY

Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)	Prestazione	Codice ICD9- CM	Codice Nomenclatore
38	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	

I pacchetti di prestazioni dell'area cardiovascolare sono definiti dallo specialista a seguito della prima visita. L'esecuzione dell'ECG deve, di norma, essere effettuata contestualmente alla visita cardiologia.

Nel pacchetto possono rientrare anche le indagini diagnostiche inserite nell'elenco delle prestazioni di primo accesso (Ecocolordoppler cardiaco, Ecocolordoppler vascolari, ECG sec. Holter).

La riabilitazione cardiologia è disposta dallo specialista e garantita entro 30 giorni dall'indicazione.

Le prestazioni di ricovero, rientranti in specifici protocolli diagnostico-terapeutici, sono disposte, secondo i casi, dallo specialista e garantite, qualora programmabili, complessivamente entro 90 giorni dall'inizio del percorso diagnostico. Per inizio del percorso deve intendersi la data di esecuzione della prima prestazione tra quelle previste nel protocollo.

### C. Area Materno Infantile

PRESTAZIONI AMBULATORIALI			
Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)	Prestazione	Codice ICD9- CM	Codice Nomenclatore
Ecografia			
40	Ostetrica - Ginecologica	88.78 - 88.79	88.78 - 88.78.2

Le ecografie ostetriche devono essere programmate e prenotate secondo le scadenze previste dal protocollo d'assistenza della gravidanza, anche facendo ricorso all'overbooking.

### D. Area Geriatrica (numero prestazioni = 9)

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO			
Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)	Prestazione	Codice ICD9- CM	Codice Nomenclatore
48	Intervento protesi d'anca	81.51 - 81.52 - 81.53	

PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL//DAY SURGERY			
Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)	Prestazione	Codice ICD9- CM	Codice Nomenclatore
49	Cataratta	13.0	

Tali prestazioni sono disposte dallo specialista e garantite entro 90 giorni dall'indicazione all'intervento da parte dello specialista. Per indicazione all'intervento s'intende l'inserimento nella lista d'attesa per il ricovero (vedi le "Linee guida per la tenuta dell'Agenda di prenotazione dei ricoveri", già emanate con la DGR 1200/2006).

REGIONE PUGLIA  
ASSESSORATO ALLA POLITICA DELLA SALUTE  
SETTORI SPECIALI

