



AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA
POLICLINICO DI BARI

0066165|28/06/2019
|AOUCPG23|DIRSAN|P



Regione Puglia

ALLEGATO N. 1/1
Alla delibera n. 1134 /DG del 31 LUG 2019

PIANO AZIENDALE PER IL GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA

*IN ATTUAZIONE DEL REGOLAMENTO REGIONALE N. 13/2019
E DELLA DELIBERA DI GIUNTA REGIONALE N. 735/2019*

Sommario

1. Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari - Contesto di Riferimento	1
1.1. La struttura organizzativa	2
1.2. Mission e Vision	2
1.3. Specificità e Alta Specializzazione	5
1.4. Mobilità ospedaliera intraregionale	5
1.5. Dati di struttura	5
1.6. Dati di attività	6
2. La strategia e le azioni	8
3. Interventi organizzativi	10
3.1. Riorganizzazione logistica	11
3.2. La gestione dell'acuzie e dell'uso appropriato dell'ospedale come struttura di ricovero per pazienti acuti	12
3.3. La presa in carico dei pazienti	12
3.4. La gestione degli Ambulatori	13
3.5. La gestione delle Sale operatorie	13
3.6. La gestione del Pronto soccorso	14
3.7. La riabilitazione e Lungodegenza	15
3.8. Le reti assistenziali nel contesto regionale	15
4. Programma Attuativo Aziendale	16
5. Presentazione del piano	17
6. Analisi delle Liste d'Attesa	18
7. Il Responsabile Unico delle Liste d'Attesa (R.U.L.A.)	18
8. Procedura di Monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali	19
9. Procedura di Monitoraggio prestazioni in regime di ricovero	23
10. Monitoraggio Percorsi Diagnostico-Terapeutici regionali	23
11. Prestazioni aggiuntive finalizzate all'abbattimento delle liste di attesa	24
12. Modifiche ed integrazione al piano aziendale di governo delle liste d'attesa	27

Allegati 1 e 2

1. AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA POLICLINICO DI BARI - CONTESTO DI RIFERIMENTO

L'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Bari è stata formalmente costituita con D.P.G.R.P. n. 70 dell'1.03.1996, con decorrenza a far data dal 4.3.1996 e funzionamento a regime dal 1.5.1996.

Con successivo D.P.G.R. n. 957 del 29.06.2004, veniva autorizzato il trasferimento dello stabilimento ospedaliero ad indirizzo Pediatrico "Giovanni XXIII" mediante lo scorporo di ramo d'azienda dalla ex ASL BA/4 all'Azienda Policlinico, e con D.P.G.R. n. 1986 del 31.12.2004 veniva approvato, con procedura d'urgenza, il regolamento di trasferimento.

L'Azienda, ai sensi dell'art. 2 lett. b del D. Lgs. n. 517/1999 è denominata "Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Bari - Giovanni XXIII".

L'Azienda ha sede nell'area urbana di Bari ed assicura i propri servizi utilizzando le seguenti strutture ospedaliere:

- Presidio "Policlinico", ospedale generale dotato di Dipartimento di emergenza, e di tutte le unità operative di diagnosi e cura a basso, medio ed elevato livello di assistenza, con discipline ad alta specializzazione;
- Presidio "Giovanni XXIII", ospedale per bambini dotato di area d'emergenza, e di tutte le unità operative utili ad assicurare un'assistenza specialistica pediatrica pluridisciplinare, di alta specialità e per le malattie rare.

1.1. La struttura organizzativa

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Consorziale Policlinico di Bari è un Ente dotato di personalità giuridica pubblica e di autonomia organizzativa e gestionale dal 1° maggio 1996 ed opera nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale e Nazionale. L'Azienda è sede della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Bari e ospita gli insegnamenti dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia, Odontoiatria e i Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie.

In quanto polo universitario, l'A.O.U. Consorziale Policlinico di Bari coniuga le finalità di assistenza sanitaria con gli obiettivi di didattica e di ricerca, che forniscono il presupposto per la crescita della professione medica, infermieristica e delle altre professioni sanitarie, in un contesto di evoluzione costante delle competenze clinico/sanitarie e di necessità di aggiornamento continuo.

Le funzioni di assistenza, didattica e ricerca sono svolte in forma integrata e opportunamente regolamentate da protocolli d'intesa Regione-Università degli Studi di Bari, di cui l'ultima versione risale al 3 settembre 2013.

1.2. Mission e Vision

La **Mission** dell'Azienda è quella di soddisfare i bisogni e le aspettative di salute di ogni cittadino, assicurando in qualsiasi circostanza, la cura più adeguata, senza alcuna discriminazione di sesso, età, razza, nazionalità, religione, condizione sociale, realizzando altresì, in sinergia con la Scuola di Medicina dell'Università degli Studi di Bari, un ambiente

dedicato all'alta formazione, adeguato alla sperimentazione clinica ed alla ricerca scientifica in medicina e chirurgia.

Oltre che struttura di riferimento regionale e di rilievo nazionale, l'Azienda svolge in particolare il ruolo di ospedale generale per la Città Metropolitana di Bari, e di ospedale pediatrico regionale.

La **visione strategica** dell'Azienda è orientata al costante miglioramento organizzativo, logistico e infrastrutturale, teso a garantire appropriatezza, tempestività, efficacia e qualità dei servizi, in condizioni di sicurezza e nel rispetto della persona, attraverso una gestione efficiente delle risorse.

Se si immagina il futuro, emerge il convincimento e la determinazione di realizzare un ideale di azienda sanitaria che sia sempre più:

- un sistema integrato che unisce le competenze di professionisti sanitari alle più innovative tecnologie d'assistenza;
- un servizio finalizzato al benessere della persona;
- un luogo di cultura sanitaria, di ricerca intellettuale, di alta formazione e di aggiornamento professionale per i medici interni, esterni, il personale infermieristico e la collettività;
- una sicurezza per degenti e personale attraverso un'attenzione continua alle condizioni ambientali e alle procedure operative;
- uno sviluppo per tutte le risorse disponibili, in primis, quella umana.

La peculiarità dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Bari, consiste nella disponibilità al proprio interno di tutte le specialità cliniche per il trattamento della fase acuta della malattia, a qualunque età, e pertanto riconosce come caratteristica prioritaria di indirizzo nel proprio funzionamento la massima integrazione delle competenze e tecnologie esistenti.

L'ospedale stesso è parte di un sistema integrato, a rete, di servizi, professionisti sanitari e livelli di assistenza che compongono in un continuum l'offerta sanitaria regionale.

Obiettivo dell'Azienda è concorrere al benessere ed alla tutela della persona, pertanto tutte le funzioni ed i livelli di responsabilità nell'organizzazione, sono regolati in una prospettiva di servizio e fondati sul principio della corresponsabilità nel conseguimento di un beneficio per l'utente come risultato delle attività.

Il capitale più prezioso di cui l'Azienda dispone per assolvere la propria missione, è l'alta professionalità degli operatori, l'ospedale si caratterizza quindi, anche come luogo di sviluppo di cultura sanitaria, di ricerca intellettuale, di aggiornamento professionale e formazione continua.

La crescita e lo sviluppo dell'ospedale dipendono dalla massima espressione di tutte le risorse disponibili, con un'apertura all'evoluzione del sistema. In questo senso, accanto all'aggiornamento tecnologico e organizzativo, l'attenzione è rivolta prioritariamente alla valorizzazione della risorsa umana, offrendo a tutto il personale l'opportunità di sviluppare al meglio le proprie potenzialità e competenze.

Il complesso delle azioni svolte dall'Azienda, sulla base delle risorse a disposizione, nel rispetto di quanto previsto dalla programmazione regionale e dai rapporti di collaborazione instaurati con le altre aziende sanitarie, è pertanto finalizzato a:

- consolidare e potenziare le aree che caratterizzano l'Azienda come struttura di alta specialità incrementando, nel rispetto dei principi di appropriatezza, il "case mix";
- rafforzare il ruolo di riferimento svolto dall'Azienda nella risposta all'emergenza-urgenza in ambito provinciale e regionale;
- assicurare la risposta quali-quantitativa alla domanda di salute del bacino locale di riferimento per le aree di intervento di base valorizzando la vocazione per acuti dell'Azienda;
- favorire lo sviluppo dei necessari processi di integrazione, al proprio interno e nei rapporti con le altre strutture sanitarie e territoriali, volti ad assicurare ai pazienti la continuità assistenziale.

L'Azienda intende quindi realizzare la sua "vision" attraverso:

- l'organizzazione ospedaliera strutturata intorno al bisogno del paziente adottando un sistema basato su intensità e natura della cura con aree disciplinari integrate dove la persona compie un percorso interdisciplinare di diagnosi e cura
- la realizzazione di un modello di sviluppo continuo delle professionalità in considerazione del fatto che il patrimonio professionale aziendale è da considerare la leva fondamentale per poter perseguire le sue finalità assistenziali ed assicurarsi la possibilità di mantenere e migliorare nel tempo il posizionamento già conseguito;
- il mantenimento delle logiche e degli strumenti del miglioramento continuo dei risultati sia sul fronte clinico assistenziale che su quello dell'efficienza gestionale;
- la ricerca di nuove soluzioni organizzative basate sui principi della flessibilità e dell'economicità, anche agendo nel ridisegno complessivo della struttura organizzativa e del sistema delle responsabilità;
- la tendenza ad assicurare i più elevati standard qualitativi per il soddisfacimento delle esigenze dei pazienti e dei loro familiari sotto i profili della competenza tecnico professionale, della cortesia e della disponibilità del personale oltre che della rapidità nella gestione della pratica amministrativa e del confort alberghiero;
- la possibilità di realizzare o partecipare a programmi di ricerca finalizzati alla sperimentazione ed applicazione delle pratiche ospedaliere e delle evidenze scientifiche migliori e più avanzate.

L'Azienda Ospedaliera Policlinico è inserita nel Sistema Sanitario Regionale, in quanto **Centro Hub per numerose Reti**, anche tempo dipendenti, con riferimento agli ambiti di seguito descritti:

- Rete Ematologica Pugliese - DGR 912/2010
- Rete Nefrologico - Dialitica e Trapiantologica Pugliese - ReNDiT - DGR 1679/2018
- Rete Parkinson - DGR 2093/2018
- Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.) - D.G.R. 221/2017

- Rete Regionale di Radiologia Interventistica - D.G.R. 1439/2018 e 2251/2014
- Rete Emergenza-Urgenza - DGR n. 1788/2011
- Rete regionale per IMA (infarto Miocardico Acuto) e le SCA (Sindrome Coronarica Acuta) - DGR 397/2008
- Rete ictus - DGR 1251/2006
- Rete dei Centri di Senologia - D.G.R. 1864/2014
- Rete regionale dei Servizi di Anatomia patologia - DGR 1335/2018
- Rete Trasfusionale Pugliese - DGR 900/2017
- Rete Regionale per gli Screening obbligatori e allargati alle malattie metaboliche ereditarie DGR 1389/2012
- Sistema Trasporto in Emergenza del Neonato (STEN) - D.G.R. n. 1933/2016.

1.3. Specificità e Alta Specializzazione

In coerenza con gli obiettivi di salute assegnati, è stato disegnato un piano di indirizzo strategico aziendale (giusta Deliberazione del DG n. 738 del 24/05/2019) orientato al recupero del valore della specificità d'area e dell'elevata complessità.

È stata inoltre avviata la sperimentazione di soluzioni gestionali tendenti alla condivisione delle risorse tra le diverse unità operative aziendali, definendo percorsi di cura centrati sul paziente, organizzati in relazione al livello di complessità clinica e di bisogno assistenziale.

Allo stesso tempo è stato prodotto un considerevole sforzo per pianificare l'adeguamento della distribuzione delle infrastrutture assistenziali al nuovo disegno strategico.

La necessità di riequilibrare costi e ricavi, obbliga l'Azienda ad accelerare i processi, già in itinere, di accorpamento dei punti di erogazione e di efficientamento delle risorse produttive in una logica di saturazione.

L'attuale struttura produttiva infatti, è articolata su un insieme di padiglioni che ospitano in maniera indistinta attività di ricovero ordinarie, servizi ambulatoriali, piastre operatorie e attività diagnostiche, con diseconomie evidenti nella logistica di supporto, e causa anche di ripercussioni negative nella routinaria attività di diagnosi e cura.

1.4. Mobilità ospedaliera intraregionale

Il 10% della popolazione residente in Puglia si trasferisce in altre regioni per farsi curare: per il 71,6% in regime di ricovero ordinario, per il 21,8% in regime di ricovero diurno e per il 5,8% in regime di Riabilitazione. I pazienti pediatrici (età 0-17) sono circa 4.600 ricoverati in regime ordinario (pari all'8,5%) e circa 3.500 in regime diurno (pari al 24,8%) per un totale di poco più di 8.000.

1.5. Dati di struttura

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Consorziale Policlinico di Bari nel corso dell'anno 2017 ha fornito assistenza sanitaria, avvalendosi complessivamente, in media, di n.1.110 posti letto (n.1.140 nel 2016) articolati sui due Presidi Ospedalieri.

I dipendenti in forza all'Azienda nel corso del 2018 sono stati pari a 4.117 unità (organico medio), di cui 3.738 ospedalieri e 379 universitari conferiti in convenzione. Rispetto all'anno 2017 l'organico ha presentato una riduzione complessiva pari a 121 unità.

1.6. Dati di Attività

L'Azienda, nel corso dell'anno 2018 ha fornito assistenza sanitaria, avvalendosi complessivamente, in media, di n. 1.064 posti letto (1.111 nel 2017) articolati sui due plessi, di cui 95 dedicati ai day hospital.

I principali dati ed indicatori di produzione dei servizi erogati dall'Azienda nel corso del 2018, sia in regime di ricovero, sia in regime ambulatoriale, raffrontati con il 2017, sono di seguito riportati:

	Policlinico 2018			Giovanni XXIII 2018			Azienda 2018			
	Ricoveri ordinari	Ricoveri d.h.	Totale	Ricoveri ordinari	Ricoveri d.h.	Totale	Ricoveri ordinari	Ricoveri d.h.	Totale	
Posti letto medi	841,7	80,9	922,6	127,0	14,1	141,1	968,7	95,0	1.063,7	
Ricoveri (*)	n.ro	32.767	7.004	39.771	7.159	1.134	8.293	39.926	8.138	48.064
Peso medio		1,3501	0,9278		0,6969	0,6485		1,2329	0,8888	
gg di deg. / n. accessi	n.ro	270.105	15.784	285.889	37.702	2.243	39.945	307.807	18.027	325.834
deg. media / accessi medi	n.ro	8,2	2,3		5,3	2,0		7,7	2,2	
DRGs chir. / DRGs totali	%	43,0	19,0		23,4	5,4		40,0	17,1	
Utilizzo p.l.	%	87,9			81,3			87,1		
Prestaz. amb.li	n.ro			2.049.325			307.371			2.356.696
Day Service	n.ro			26.815			2.608			29.423

	Policlinico 2017			Giovanni XXIII 2017			Azienda 2017			
	Ricoveri ordinari	Ricoveri d.h.	Totale	Ricoveri ordinari	Ricoveri d.h.	Totale	Ricoveri ordinari	Ricoveri d.h.	Totale	
Posti letto medi	862,9	105,0	967,9	129,9	12,6	142,5	992,8	117,6	1.110,4	
Ricoveri (*)	n.ro	32.566	8.840	41.406	7.363	1.663	9.026	39.929	10.503	50.432
Peso medio		1,3342	0,9427		0,6716	0,5977		1,2120	0,8881	
gg di deg. / n. accessi	n.ro	279.668	18.100	297.768	38.130	2.445	40.575	317.798	20.545	338.343
deg. media / accessi medi	n.ro	8,6	2,0		5,2	1,5		8,0	2,0	
DRGs chir. / DRGs totali	%	41,0	20,8		20,1	4,4		37,1	18,2	
Utilizzo p.l.	%	88,8			80,4			87,7		
Prestaz. amb.li	n.ro			2.154.584			337.967			2.492.551
Day Service	n.ro			22.176			1.215			23.391

Il confronto con l'anno precedente evidenzia un sostanziale mantenimento dei casi trattati in regime ordinario ed un decremento del numero dei day hospital, dovuto al passaggio dei casi trattati in tale regime al setting assistenziale del day service (come si evince dalla tabella seguente).

	Anno 2018		Anno 2017		Diff. 2018 / 2017	
	n.ro	Valore (€/mgl)	n.ro	Valore (€/mgl)	n.ro	Valore (€/mgl)
• Day Service Oculistica	11.628	8.637	9.798	8.069	1.830	568
• Day Service Medicina Interna	4.490	731	3.735	534	755	197
• Day Service Ortopedia e Traumatologia	3.136	1.033	1.860	527	1.276	505
• Day Service Neurologia	2.681	552	1.363	197	1.318	355
• Day Service Malattie Metaboliche	1.377	232	94	19	1.283	213
• Day Service Ostetricia e Ginecologia	1.333	1.069	1.086	875	247	194
• Day Service Endocrinologia	1.195	223	903	114	292	109
• Day Service Pediatria	947	142	981	158	-34	-17
• Day Service Nefrologia Pediatrica	835	922	315	285	520	638
• Day Service Dermosifilopatia	711	184	651	193	60	-9
• Day Service Chirurgia Generale	516	475	372	323	144	152
• Day Service Urologia	411	256	580	367	-169	-111
• Day Service Oncologia	360	75	568	108	-208	-32
• Day Service Ematologia	337	76	185	37	152	38
• Day Service Malattie Apparato Respiratorio	325	143	86	35	239	109
• Day Service Otorinolaringoiatria	321	279	277	196	44	83
• Day Service Chirurgia Vascolare	287	358	213	266	74	92
• Day Service Oncologia Pediatrica	115	16	76	15	39	1
• Day Service Reumatologia	113	6	22	4	91	2
• Day Service Cardiologia	109	16	68	10	41	6
• Day Service Medicina Nucleare	52	6	58	7	-6	-1
• Day Service Malattie Infettive	48	17	4	1	44	17
• Day Service Senologia	29	27	28	25	1	2
• Day Service Gastroenterologia	47	18	3	0	44	18
• Altre specialità	42	19	65	27	-23	-8
	31.445	15.512	23.391	12.390	8.054	3.122

Per l'attività trapiantologia i dati disponibili per l'anno 2018 sono di seguito esposti:

DESCRIZIONE	2018
Trapianti di fegato	20
Trapianti di rene	55
Trapianti di cuore	11
Ventricular Assist Device (VAD)	0
Total Artificial Heart (TAH)	0
Trapianti di midollo osseo	64
Trapianti di cornea	108
Trapianti di tessuto muscolo scheletrico	36
Trapianti di membrana amniotica	1
TOTALE	295

2. LA STRATEGIA E LE AZIONI

Il principale obiettivo alla base della strategia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Bari, come dichiarato, è quello di garantire a ogni cittadino, in ogni circostanza, la cura più adeguata al proprio bisogno di salute.

Progettare le linee strategiche per il futuro è una grande responsabilità, uno sforzo complesso e articolato. È indispensabile immaginare il “domani” e iniziare a costruirlo oggi. Lo scenario sanitario si caratterizzerà nei prossimi anni per alcuni fenomeni:

- diminuzione della mortalità, grazie alle nuove terapie;
- aumento delle malattie croniche gravi non suscettibili di trattamenti risolutivi;
- aumento dell'intensità delle cure in acuto;
- possibilità di curare in regime diurno molti dei pazienti ora trattati in regime di ricovero ordinario;
- disponibilità di nuove tecnologie elettromedicali e di biotecnologie;
- diffusione di nuove tecnologie di comunicazione e di scambio dei dati clinici.

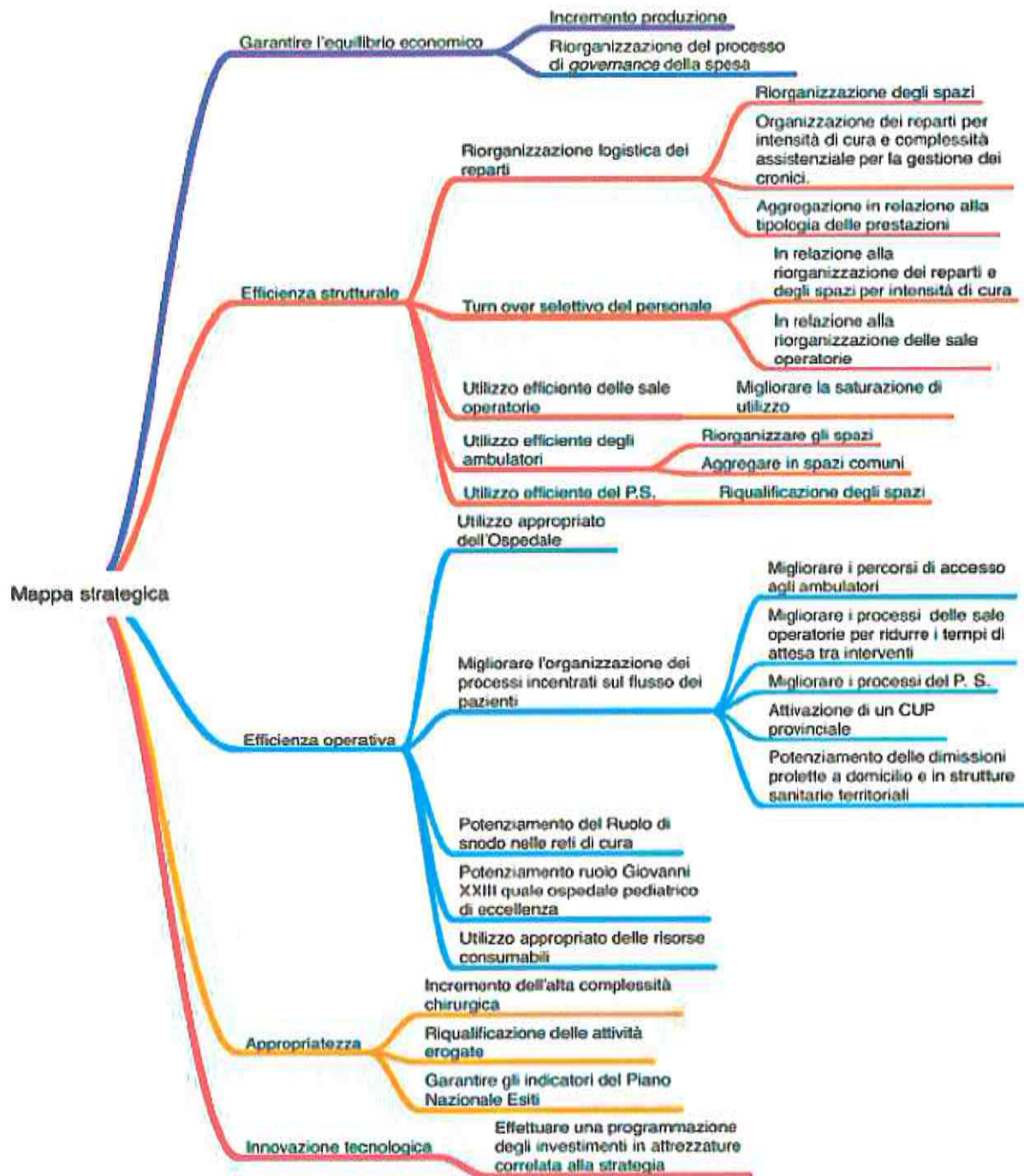
Il mondo sanitario si svilupperà quindi alla ricerca continua di appropriatezza clinica e sinergie in un sistema coordinato di relazioni tra erogatori sanitari e sociali, prestando però grande attenzione alla necessità di limitare la spesa.

In questo contesto l'Azienda dovrà perseguire linee strategiche orientate a:

- gestire in modo efficiente le risorse disponibili
- razionalizzare la logistica, le attrezzature, l'organizzazione delle terapie complesse e delle alte tecnologie per:
 - rispondere tempestivamente all'urgenza-emergenza;
 - accogliere in modo appropriato le patologie acute;
 - rispondere a quesiti diagnostici complessi.
- favorire l'assistenza integrata
- sviluppare un sistema di assistenza complesso e integrato con un'organizzazione a rete dei servizi:
 - ✓ rete ambulatoriale come filtro al ricovero o follow-up (continuità di cura);
 - ✓ dimissioni protette (continuità di cura);
 - ✓ telemedicina per counselling a distanza.
- potenziare il ruolo di nodo regionale
- divenire un nodo importante di un network regionale in un sistema non “ospedalocentrico” ma di ricerca di
- sinergie ed integrazioni con le altre strutture sanitarie.

Nella seguente figura si riporta la Mappa strategica per dare una visione d'insieme delle strategie, aggregate per le aree di miglioramento verso cui l'Azienda tenderà in termini di efficienza strutturale e operativa, di appropriatezza, di economicità, e innovazione tecnologica e delle azioni

che si dovranno porre in essere per realizzare le strategie stesse. E' uno strumento utile per sintetizzare il passaggio dalla strategia alle azioni.



3. INTERVENTI ORGANIZZATIVI

3.1 Riorganizzazione logistica

Riorganizzazione degli spazi

Il recupero della specificità d'area e l'adeguamento delle strutture assistenziali in una logica di ottimizzazione dei percorsi e della logistica complessiva dell'ospedale, costituiscono prerequisiti essenziali per il perseguimento degli obiettivi di efficientamento indicati nelle singole azioni che sono alla base del recupero di equilibrio costi e ricavi descritti in questo documento.

A tal fine, nonostante non si possano immaginare interventi radicali sulle strutture edilizie, sia per l'orizzonte temporale previsto dal piano, che per l'indisponibilità di adeguati strumenti di finanziamento, nel vasto perimetro aziendale è possibile riconoscere alcuni "driver" che consentono la definizione di un insieme di manovre, funzionali alla realizzazione di complessi assistenziali autonomi e strutturalmente coerenti con la specificità d'area:

- 1) Area assistenziale dell'emergenza-urgenza, in funzione del pronto soccorso generale;
- 2) Area assistenziale della chirurgia programmata, in relazione alla piastra operatoria del padiglione "Asclepios" e "Balestrazzi";
- 3) Area assistenziale delle medicine, con lungodegenza e riabilitazione;
- 4) Area assistenziale materno-infantile, con il complesso UTIN e sale parto;
- 5) Area assistenziale della pediatria, presso l'ospedale "Giovanni XXIII".

Sarà poi indispensabile procedere alla realizzazione di un'area dedicata ad ospitare tutte le attività di laboratorio e di un'area assistenziale ambulatoriale, di pre-ospedalizzazione e di day-service centralizzata, dove localizzare la gran parte delle attività diurne ad alto "turnover" e l'esercizio della libera professione intramuraria.

Aggregazione dei reparti

Le attività di assistenza dei ricoverati può essere meglio organizzata e resa più efficace con la aggregazione dei reparti della stessa tipologia, così da attivare una gestione degli spazi, dei posti letto, delle attrezzature sanitarie, delle sale operatorie più efficiente.

1. Area Chirurgica

In quest'ambito l'Azienda attiverà un percorso finalizzato ad aggregare le UU.OO. riferite alla medesima branca chirurgica nella stessa struttura. In relazione alla nuova allocazione e alle attività svolte sarà rideterminato il dimensionamento dei posti letto e del personale infermieristico anche in base ai livelli d'intensità di cura.

In particolare saranno aggregate le UU.OO. della branca Chirurgia generale, della Branca di Ostetricia e ginecologia e dell'Urologia.

2. Area Medica

In quest'ambito l'aggregazione delle UU.OO. riguarderà la Cardiologia, le UU.OO. riferibili alla Branca della Medicina interna (UU.OO. di Medicina interna, Endocrinologia, Reumatologia, Endocrinologia) e le UU.OO. della Nefrologia.

Lo sviluppo dei reparti sarà basato sulla complessità assistenziale per la gestione dei cronici e post-acuti.

L'aggregazione dei reparti consentirà anche di organizzare l'assistenza infermieristica per intensità di cura.

Tale assistenza produrrà dei benefici in termini d'impiego delle risorse infermieristiche che sarà determinato in funzione dei posti letto comuni ai reparti e al livello di assistenza da garantire con un beneficio anche in termini d'assistenza.

3.2 La gestione dell'acuzie e dell'uso appropriato dell'ospedale come struttura di ricovero per pazienti acuti

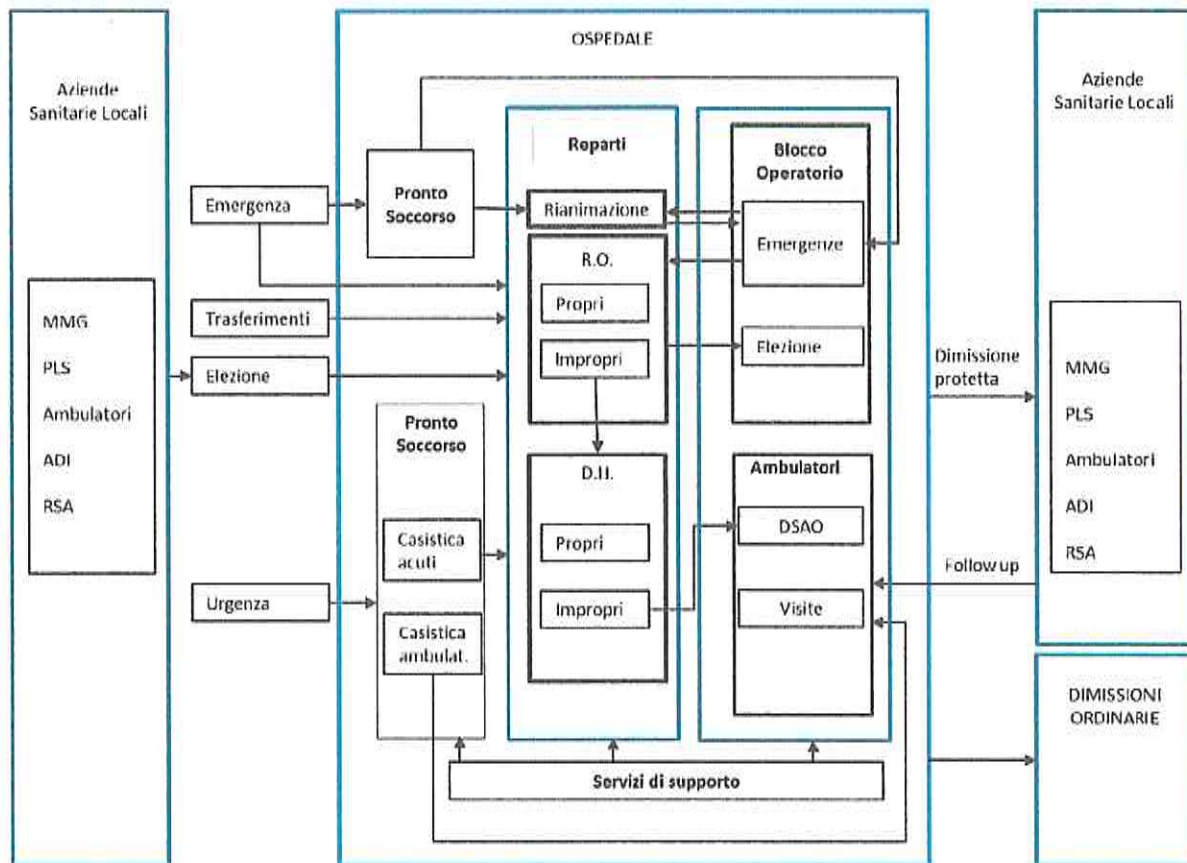
Gli obiettivi per il triennio 2019-2021 sono orientati a realizzare quanto sopra indicato anche nella consapevolezza che il percorso finalizzato a incidere sull'efficienza operativa e strutturale e sull'appropriatezza potrà consentire di incrementare i volumi di produzione, la redditività e la produttività.

La visione dell'ospedale quale luogo in cui si concentrano competenze professionali e tecnologiche a elevato assorbimento di risorse, ne impone un uso appropriato ed efficiente per fornire prestazioni puntuali (mirate ai bisogni), tempestive (erogate quanto prima), limitate nel tempo e differenziate nei vari livelli organizzativi dell'ambulatorio, del day-service, del ricovero diurno, del ricovero ordinario, assicurando nel caso di pazienti per lo più anziani e con pluripatologie risposte integrate con i servizi territoriali.

Come rappresentato nella figura sottostante, l'effetto delle manovre consentirà di gestire meglio i flussi dei pazienti per una più efficiente e appropriata presa in carico degli stessi e un utilizzo delle strutture solo per i setting assistenziali per le quali sono state istituite.

Nel contesto prospettato, in cui si porrà attenzione ai processi incentrati sul paziente e sul percorso di cura, conseguente alla diagnosi effettuata sia dalle strutture interne che territoriali, si attiveranno anche dei percorsi per l'ottimale dimissione, con eventuali follow up programmati.

Fig. 1 - Percorsi Ospedalieri



3.3. La presa in carico dei pazienti

Gestire in maniera efficiente l'accettazione dei pazienti in ricovero programmato di elezione è un obiettivo strategico rilevante in quanto consente di uniformare tempi e procedure, con gestione certa e condivisa del numero di posti letto di ricovero necessari per specialità in rapporto agli accessi con esito in ricovero in urgenza anche pervenuti dal PS.

La centralizzazione dell'Accettazione consente di gestire in unico punto e col medesimo personale le procedure amministrative e la presa in carico del paziente che accede al ricovero programmato, sollevando da tali incombenze il personale di assistenza dei reparti e facilitando l'accoglienza del paziente.

L'Azienda intende istituire dei tavoli tecnici per definire o migliorare i percorsi diagnostico terapeutici (PDTA) ritenuti prioritari per garantire qualità e sicurezza delle cure ed efficienza nella gestione delle risorse.

Gestire in maniera efficiente le dimissioni è un obiettivo strategico rilevante in quanto consente di ridurre i tempi di permanenza presso i reparti ma anche di attivare dei percorsi assistenziali efficaci per il paziente.

L'azienda a tale fine intende istituire una Struttura dedicata al coordinamento delle dimissioni protette che si interfacerà con le strutture territoriali per l'assistenza domiciliare o per il trasferimento presso le strutture sanitarie territoriali dedicate. Tale struttura avrà il compito di avviare degli incontri programmati con l'ASL di Bari prioritariamente, con le ASL limitrofe, le altre Aziende ospedaliere pubbliche, le case di cura, e altre strutture per

definire l'intero percorso, dal primo accesso del paziente, in un qualunque nodo della rete, fino all'intervento terapeutico medico o chirurgico e al follow-up, rispettando le indicazioni ministeriali per il flusso dei percorsi diagnostici terapeutici complessi.

3.4. La gestione degli Ambulatori

In quest'ambito è necessario intervenire per garantire la completa rilevazione delle prestazioni ambulatoriali effettuate a favore di utenti con esenzione per patologie. L'intervento dovrà garantire che tutte le prestazioni ambulatoriali saranno rilevate nei flussi regionali e di conseguenza nel conto economico dell'Azienda.

La soluzione organizzativa sarà quella di istituire, nei plessi in cui insistono le strutture che svolgono attività ambulatoriale e di diagnostica, un'accettazione per gli utenti esenti. Tale accettazione avrà il compito di accogliere gli utenti prima di accedere agli ambulatori e di rilevare nel gestionale la chiusura della prenotazione.

3.5. La gestione delle Sale operatorie

Nel 2019 si completerà il percorso di accorpamento delle Piastre operatorie per area omogenea di disciplina e/o di tipologia di interventi, per poter garantire elevati gradi di efficienza nell'uso delle tecnologie, degli spazi e dei tempi e per supportare un incremento dei volumi di attività operatoria.

Piastra operatoria "N" del Padiglione "Asclepios" per l'area dell'Emergenza.

Il blocco operatorio "N" diverrà il blocco operatorio dell'emergenza chirurgica, dell'alta complessità polispecialistica e dei trapianti di fegato. L'accorpamento dei Blocchi operatori "A", "B" ed "N" consentirà l'apertura quotidiana di 8 sale operatorie.

Piastra operatoria "M" del Padiglione "Asclepios" per l'area Urologica.

La destinazione di una piastra operatoria destinata esclusivamente all'urologia consentirà migliorare la logistica del paziente e la gestione dell'attività di urgenza urologica e dei trapianti di rene.

Piastra operatoria "O" del Padiglione "Asclepios" per l'area CardioVascolare. Il percorso di accorpamento delle Sale Operatorie destinate alla Cardiochirurgia ed alla Chirurgia Vascolare è terminato nel 2018. Attualmente è in fase di organizzazione un percorso di unificazione delle équipes infermieristiche, mediante l'avvio di un percorso di affiancamento e formazione, che consentirà una gestione più coerente dei percorsi di urgenza anche in Pronta Disponibilità.

Azioni di efficientamento delle attuali sale operatorie

Le attuali sale operatorie dovranno essere rimodulate per garantire la saturazione delle ore disponibili. Il processo di aggregazione dei reparti potrà consentire di concentrare su alcuni Blocchi operatori gli interventi chirurgici a beneficio di un migliore utilizzo delle risorse umane e delle tecnologie, oltre che un incremento dei livelli di sicurezza.

Implementazione di sistema di rilevazione dati per il controllo direzionale e gestionale

L'implementazione dell'applicativo software consentirà nel corso del 2019 di realizzare un sistema di rilevazione dati utile per verificare il corretto utilizzo delle sale operatorie e per

rilevare degli indicatori utili al Controllo di gestione per la predisposizione di una reportistica direzionale per il monitoraggio degli obiettivi di efficienza assegnati alle sale operatorie.

Al fine di razionalizzare e implementare il migliore utilizzo delle sale operatorie sarà istituito all'interno della Direzione sanitaria un ufficio dedicato al coordinamento delle sale operatorie. Tale modello di gestione consentirà di coordinare tutti gli attori che intervengono nel processo, di programmare in modo efficiente gli spazi, di gestire in modo efficiente le risorse tecnologiche e umane.

3.6. La gestione del Pronto soccorso

Se il paziente accede dal pronto soccorso, tale struttura dovrà coordinare l'accesso ai reparti e ai servizi nel modo mirato e nel minor tempo possibile.

Il Pronto soccorso inoltre soprattutto per tutti i pazienti che accedono con codice verde o giallo dovrà garantire un alto livello di assistenza e tempestività nell'erogazione della prestazione. Tale obiettivo è importante anche per migliorare il livello di umanizzazione per i pazienti che al momento rimangono in attesa per diverse ore in ambienti sovraffollati in presenza anche di persone che accompagnano gli altri pazienti.

Le azioni strategiche per innalzare i livelli di efficienza ed efficacia del Pronto soccorso e per eliminare il problema del sovraffollamento avranno come scopo ultimo:

- 1) il miglioramento dell'accoglienza per gli utenti che accedono con codice verde e della tempestività nell'assistenza;
- 2) il miglioramento nella tempestività e allocazione dei pazienti da ricoverare nei setting di cura appropriati.

Il Pronto soccorso subirà una ristrutturazione logistica per consentire un flusso più ordinato nell'accoglienza dei pazienti e una rivisitazione dei processi sanitari che coinvolgono anche le altre strutture aziendali di supporto al P.S..

Poiché la corretta individuazione del setting di cura e la gestione dei posti letto consentono di evitare il prolungato e ingiustificato stazionamento nel Pronto soccorso nonché sull'appropriatezza e sull'efficienza operativa delle strutture nelle fasi successive, l'azienda istituirà una struttura dedicata alla gestione del paziente che accede al pronto soccorso. Tale struttura sarà responsabile della:

- individuazione del setting di cura appropriato
- pianificazione della logistica dei posti letto dall'ingresso al Pronto soccorso fino al ricovero nei reparti di degenza;
- efficientamento del percorso dei pazienti del P.S. ai servizi di supporto;
- coordinamento delle strutture coinvolte dal P.S.;
- supportare le dimissioni dei reparti del padiglione "Asclepios" al fine di migliorare i tempi di dimissione.

L'accettazione del P.S. inoltre sarà potenziata per attivare la funzione di "Fast Trak" per l'invio diretto di alcune tipologie di pazienti (utenza deambulante con codici di priorità bassa) direttamente al medico specialista competente senza dovere accedere alla sala visita.

3.7. La riabilitazione e la lungodegenza

In una società con le caratteristiche delineate nel precedente paragrafo e di cui elemento importante è una popolazione che invecchia, le funzioni ospedaliere di riabilitazione intensiva e lungodegenza e quella di riabilitazione estensiva territoriale rappresentano momenti fondamentali di risposta sanitaria integrata ospedale-territorio.

A livello aziendale insistono strutture dedicate alla riabilitazione funzionale, alla neuro riabilitazione, con 14 posti letto dedicati. S'intende definire con le Aziende territoriali dei percorsi per la continuità assistenziale post-acuzie con la sottoscrizione di specifici accordi con l'ASL. Nello specifico, s'intende definire accordi per le dimissioni protette, uno per le facilitate ed uno per il trasferimento dall'acuto alla riabilitazione o alla lungodegenza.

In questo contesto sarà valutata la possibilità di attivare un reparto di lungodegenza.

3.8. Le Reti Assistenziali nel contesto Regionale

Attivazione e implementazione dei percorsi di assistenza domiciliare integrata (trasferimenti dall'acuzie all'assistenza domiciliare). Al fine di rendere sempre più appropriato il ricorso all'assistenza delle acuzie, diventa di estrema importanza gestire il fenomeno della crescente invecchiamento della popolazione e del conseguente incremento della popolazione anziana che necessita di cure da garantire non in strutture ospedaliere ma al proprio domicilio.

L'obiettivo è di ridurre i pazienti in carico presso i reparti di ospedaliere attraverso l'adozione di percorsi di dimissione protetta per la presa in carico di tale tipologia di paziente e per una corretta programmazione dell'erogazione delle Cure Domiciliari secondo profili di cura di diversa intensità.

S'intende pertanto attivare un tavolo tecnico con le ASL limitrofe per promuovere la continuità assistenziale Ospedale/Territorio per definire le procedure di dimissione protetta per la presa in carico dei pazienti nei servizi territoriali (Cure Domiciliari - RSA).

L'azione d'implementazione e attivazione dei percorsi di assistenza domiciliare integrata (trasferimenti dall'acuzie all'assistenza domiciliare) è rappresentata dalla condivisione e adozione delle procedure/modulistica unica di dimissione protetta dal Policlinico, dall'IRCCS Tumori di Bari e dagli altri Presidi ospedaliere dell'ASL di Bari per la presa in carico del paziente nei servizi territoriali (Cure Domiciliari - RSA).

La corretta e puntuale attuazione delle procedure condivise di dimissione protetta, consente di migliorare i percorsi assistenziali dell'utenza, di favorire la razionalizzazione dei giorni di degenza ospedaliera, di facilitare e garantire la continuità assistenziale e l'appropriatezza del percorso di cure successivo al ricovero ospedaliero attraverso la presa in carico del paziente nei programmi di Cure Domiciliari e/o in strutture residenziali (R.S.A).

L'incremento previsto dei pazienti in carico sarà pertanto determinato:

- 1) dalla definizione e consequenziale rispetto delle attività e dei tempi previsti nelle procedure che si andranno a definire con l'ASL di Bari;
- 2) dalla capillare gestione della domanda di attivazione delle dimissioni protette affidata alle strutture territoriali dell'ASL;
- 3) dalle azioni di sensibilizzazione/informazione dei Medici di Base a cura dell'ASL;

4) dal monitoraggio e la verifica delle prestazioni erogate, attraverso il sistema informativo, al fine di garantire l'equilibrio fra domanda/offerta e la certezza dei risultati attesi coerenti al programma;

5) dalla misurazione del livello di soddisfazione degli utenti.

Le azioni sopra descritte vanno verso un interesse dell'assistenza della provincia e consente l'allineamento al valore standard nazionale relativo all'aumento del rapporto fra numero di assistiti in Cure Domiciliari e popolazione target.

Considerata la valenza strategica regionale verrà proposto la definizione di un protocollo di intesa con il coinvolgimento dell'assessorato regionale alla salute e degli Enti interessati in ambito regionale.

In questo ambito saranno definite specifiche strategie da implementare in seguito all'analisi in corso di realizzazione e che verranno formalizzate nella prossima versione del PSA.

4. PROGRAMMA ATTUATIVO AZIENDALE

Ai sensi dell'art. 5 della L.R. n.13/2019 ed in coerenza con quanto previsto dal PNGLA 2019/2021 l'Azienda aggiorna il proprio Programma Attuativo Aziendale, in coerenza con quanto definito in ambito regionale, rendendolo disponibile sul portale dell'Azienda Sanitaria, quale documento dinamico, oggetto di costante aggiornamento.

Il Programma Attuativo Aziendale, come previsto dal comma 3 dell'art. 5 della L.R. n. 13/2019, 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 garantiranno l'equilibrio economico-finanziario dell'Azienda e risulteranno conformi alle disposizioni nazionali in materia di ALPI ed accordi contrattuali con gli erogatori privati.

Il Programma Attuativo Aziendale, inoltre, provvede a:

- individuare, per le prestazioni di primo accesso, gli ambiti aziendali e 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;
- individuare le modalità organizzative attraverso cui l'Azienda garantisce 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 attraverso il C.U.P.;
- 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;
- 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;
- fornire alle Unità Operative indicazioni relative 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;

L'Azienda provvede a redigere apposita relazione sullo stato di attuazione del programma aziendale, evidenziando le criticità, le aree di intervento e le azioni in essere, entro il 31 marzo successivo ad ogni anno di osservazione. Tale relazione sarà pubblicata sul sito aziendale.

Il presente Piano fornisce le prime informazioni sulle azioni attuate e da porre in essere basandosi sulle indicazioni regionali in attuazione del PNGLA e della legge regionale n. 13 del 28 marzo 2019, e rappresenta un documento quadro ulteriormente declinabile e modificabile con specifiche indicazioni applicative rivenienti dal monitoraggio della sua concreta attuazione.

Ulteriori specifiche indicazioni operative potranno, inoltre, derivare dalla condivisione degli aspetti applicativi del presente Piano a seguito di indicazioni che perverranno dalla Regione, dal confronto con gli Ordini professionali interessati, con le associazioni di categoria e sindacali dei professionisti e degli operatori sanitari e sociosanitari interessati, con le associazioni degli assistiti, con particolare riferimento a quelli cronici e più fragili, quali stakeholders principali.

5. PRESENTAZIONE DEL PIANO

La riduzione dei tempi d'attesa costituisce un obiettivo strategico della Regione Puglia, ancora una volta ribadito dalla Deliberazione Regionale riguardante il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) Triennio 2019/2021, per il peculiare impatto che riveste sull'organizzazione del servizio sanitario stesso, proponendo lo sviluppo di azioni indispensabili per favorire l'accessibilità ai servizi da parte di tutti i cittadini, siano essi portatori di patologie croniche, che necessitano quindi di percorsi costanti nel tempo, o siano fruitori del sistema per eventi acuti.

In questo momento, seguendo l'adozione delle due Procedure Aziendale sulla Gestione delle Liste di Attesa per i Ricoveri e per le Prestazioni Ambulatoriali, è opportuno intraprendere un piano comprendente azioni tese a governare la crescente domanda di prestazioni sanitarie che porta all'aumento di liste e tempi di attesa.

L'A.O.U. Policlinico di Bari aggiorna il Piano Aziendale per il Contenimento dei tempi di attesa adottato con Deliberazione nr. 110/79 del 12 settembre 2011, adeguandolo alle normative in vigore e, in particolare, condividendo le strategie individuate dai piani di governo nazionale e regionale per le liste di attesa già espresse nella procedura aziendale "Gestione dell'agenda di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali", adottata con Deliberazione nr. 996/2019, e nella Procedura Operativa "Gestione delle Liste di Attesa dei Ricoveri Programmati", adottata con Deliberazione nr. 309/2019.

L'obiettivo che si pone il Piano è quello individuare il reale bisogno di salute riducendo l'inappropriatezza, al fine di garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Il fine, nell'ottica della razionalizzazione e rimodulazione dell'offerta, è quello di garantire al cittadino/utente la

prestazione appropriata nei tempi adeguati, senza compromettere la prognosi e la qualità della vita.

6. ANALISI DELLE LISTE DI ATTESA

I fattori che più frequentemente concorrono a determinare le liste di attesa in ambito aziendale, e che saranno oggetto di azione di monitoraggio ed eventuale correzione, sono:

- Crescente richiesta di prestazioni sanitarie dovute all'invecchiamento della popolazione;
- Progresso tecnologico;
- Utilizzo inappropriato delle apparecchiature;
- Scelta dell'utente verso la struttura o il medico;
- Mancata informazione/comunicazione al cittadino;
- Offerta insufficiente;
- Sistema di prenotazione.

7. IL RESPONSABILE UNICO DELLE LISTE D'ATTESA (R.U.L.A.).

È stata istituita la figura del Responsabile Unico Liste di Attesa (RULA). Secondo quanto previsto dall'art. 3 della L.R. n. 13/2019 al Responsabile Unico delle Liste d'attesa spettano le funzioni relative all'attuazione e al raggiungimento degli obiettivi contenuti nel presente Piano, delle attività di monitoraggio e pubblicazione dei dati per fini di trasparenza.

Al R.U.L.A. è richiesto in particolare:

- di rappresentare l'Azienda nelle riunioni di coordinamento regionale onde elaborare linee operative uniformi per la riduzione delle liste d'attesa;
- di redigere ed aggiornare il registro in cui saranno riportati i volumi, i tempi di attesa e ogni altro dato necessario al monitoraggio dell'andamento della produttività aziendale in funzione della riduzione delle Liste d'Attesa.
- di elaborare proposte operative da sottoporre al Direttore Generale per l'aumento della produttività aziendale, relazionando, una volta adottate, sui risultati operativi ottenuti;
- di segnalare al Direttore Generale e alle riunioni dell'Organismo di Verifica e Promozione A.L.P.I. le inadempienze e le violazioni alle disposizioni contenute nella L.R. 13/2019 e ss.mm.ii., nel Regolamento regionale A.L.P.I. (R.R. 2/2016) e nel Regolamento A.L.P.I. aziendale.

A supporto dell'attività del R.U.L.A. è stata istituita una Task Force ad hoc.

8. PROCEDURA PER IL MONITORAGGIO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI (allegato nr. 1)

Il Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa ha introdotto il monitoraggio dei tempi di attesa per un cluster di prestazioni, 14 visite specialistiche e 55 prestazioni di diagnostica,

VISITE SPECIALISTICHE			
Numero	Prestazione	Codice	Codice disciplina
1	Visita cardiologica	89.7	8
2	Visita chirurgia vascolare	89.7	
3	Visita endocrinologica	89.7	19
4	Visita neurologica	89.13	32
5	Visita oculistica	95.02	34
6	Visita ortopedica	89.7	36
7	Visita ginecologica	89.26	37
8	Visita otorinolaringoiatria	89.7	38
9	Visita urologica	89.7	43
10	Visita dermatologica	89.7	52
11	Visita fisiatrice	89.7	56
12	Visita gastroenterologica	89.7	58
13	Visita oncologica	89.7	64
14	Visita pneumologica	89.7	68

PRESTAZIONI STRUMENTALI		
Diagnostica per immagini		
Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore
15	Mammografia	87.37.1
16	Mammografia monolaterale	87.37.2
17	TC del Torace	87.41
18	TC del Torace senza e con MDC	87.41.1
19	TC dell'Addome superiore	88.01.1
20	TC dell' Addome superiore senza e con MDC	88.01.2
21	TC dell' Addome inferiore	88.01.3
22	TC dell' Addome inferiore senza e con MDC	88.01.4
23	TC dell' Addome completo	88.01.5
24	TC dell' Addome completo senza e con MDC	88.01.6
25	TC del Cranio- Encefalo	87.03
26	TC del Cranio- Encefalo senza e con MDC	87.03.1
27	TC del Rachide e dello speco vertebrale cervicale	88.38.1
28	TC del Rachide e dello speco vertebrale toracico	88.38.1
29	TC del Rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	88.38.1
30	TC del Rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	88.38.2
31	TC del Rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	88.38.2
32	TC del Rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC	88.38.2
33	TC del 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 Addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4
37	RM 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 sovra aortici	88.73.5
43	Ecografia dell' Addome Superiore	88.74.1
44	Ecografia dell' Addome Inferiore	88.75.1
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 endoscopia flessibile	45.23
52	Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	45.42
53	Rettosigmoidoscopia con endoscopia 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 ino a 6 muscoli. Non associabile a 93.09.1 e 93.092	93.081
65	Elettromiografia semplice (EMG) per arto inferiore. Analisi qualitativa fino a 4 muscoli. Non associabile a 93.09.1 e 93.092	93.081
66	Elettromiografia semplice (EMG) del capo fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Escluso : EMG dell'occhio (9525) e Polisomnografia (89.17)	93.081
67	Elettromiografia semplice (EMG) del tronco. Analisi qualitativa fino a 4 muscoli.	93.081
68	Valutazione EMG dinamica del canunino. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli), associato ad esame barografico per la definizione delle fasi del passo. Non associabile ad Analisi della cinematica e della dinamica del passo (93.057)	93.081
69	EMG dinamica dell'arto superiore. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)	93.081

Per il cluster di prestazioni oggetto di monitoraggio è prevista l'erogazione, nei tempi stabiliti dal nomenclatore, almeno per il 90% degli utenti richiedenti nell'ambito territoriale di garanzia in cui rientra l'A.O.U. Policlinico di Bari; il citato adempimento è, comunque, subordinato alla corretta prescrizione da parte del MMG/specialista che ha in carico il paziente.

Le prenotazioni delle prestazioni ambulatoriali devono essere effettuate solo esclusivamente sul sistema informatico in uso in Azienda.

Le agende di prenotazione ambulatoriali sono differenziate per prime visite e visite di controllo e sono strutturate in maniera tale da tenere distintamente separata la programmazione dell'attività istituzionale da quella libero professionale.

È attivato un processo di revisione delle agende secondo le classi di priorità, che prevede, in condivisione con le varie UU.OO. eroganti prestazioni, un incremento del numero di disponibilità da attribuire ai codici di priorità **B** e **D**.

È previsto un sistema di "overbooking", riservato alle prestazioni prescritte con classe di priorità "U".

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 (nella prescrizione del primo accesso).

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)

Ai fini del monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, secondo le modalità fissate dal PNGLA, sono prese in considerazione solo le prestazioni specialistiche 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 10 gennaio 2020

Per alcune delle prestazioni oggetto di monitoraggio è stata definita in maniera specifica la classe di priorità da attribuire nel PNGLA 2019/ 2021, mentre, per le prestazioni non aggiornate dal Piano nazionale permangono i criteri temporali regionali previsti dalla DGR n.479/2014.

Il CUP, dopo le consuete operazioni, avvierà il paziente con suddetta richiesta urgente alle UU.OO. che provvederanno, grazie ad un sistema di “forzature delle agende” (autorizzato e controllato dal RULA), a verificare la concordanza ed erogare la prestazione entro 72 ore.

Tutte le agende di prenotazione relative a prima visita devono essere gestite dal sistema CUP e devono essere suddivise per Classi di priorità. La gestione delle agende deve essere improntata a criteri di flessibilità, in modo da evitare la sottoutilizzazione della capacità erogativa e massimizzare la capacità di assicurare il rispetto del tempo massimo di attesa per ciascuna Classe di priorità.

Con Delibera 416/2019 "Adozione procedura operativa Gestione dell'agenda di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali" questa A.O.U. ha stabilito modalità e regole per la gestione delle liste di attesa per le prestazioni ambulatoriali.

9. PROCEDURA PER IL MONITORAGGIO DELLE PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO (allegato n. 2)

Con riferimento all'attività di ricovero, il presente Piano recepisce le indicazioni del PRGLA 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.

L'iter di monitoraggio delle prestazioni in regime di ricovero e della gestione delle relative liste di attesa è descritto nell'allegata procedura "Adozione procedura operativa Gestione delle liste di attesa dei ricoveri programmati" (Delibera n. 309/2019).

Con Delibera n. 309/2019 "Adozione procedura operativa Gestione delle liste di attesa dei ricoveri programmati" questa Azienda ha stabilito modalità e regole per la gestione delle liste di attesa per i ricoveri e per le prestazioni ambulatoriali.

10. MONITORAGGIO PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI REGIONALI

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 PRGLA 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.

11. PRESTAZIONI AGGIUNTIVE FINALIZZATE ALL'ABBATTIMENTO DELLE LISTE DI ATTESA

Utilizzo e monitoraggio delle grandi macchine

Nel rispetto di quanto previsto dal DMS 22/04/2014 sono state adottate misure tecniche e organizzative, al fine di utilizzare le grandi macchine almeno per l'80%, oggetto di monitoraggio regionale.

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

Controlli sulla appropriatezza prescrittiva

Si rimanda alla deliberazione del DG n. 706 del 21/05/2019 in esecuzione della Delibera di 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.

Predisposizione di revisioni periodiche e messa in atto delle relative procedure di verifica dell'appropriatezza prescrittiva attraverso provvedimenti specifici che regolamentino le condizioni di erogabilità con particolare riferimento: all'utilizzo delle classi di priorità; alla presenza del quesito diagnostico; alla corretta identificazione delle prime visite e dei controlli. 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, ecc) mediante procedure attuative da predisporre, relative a:

- gestione delle agende di prenotazione
- gestione di disdetta delle prenotazioni
- riorganizzazione del sistema CUP per la gestione dell'intera offerta, in base alla linea guida nazionale sul sistema CUP
- iniziative ICT per lo sviluppo di funzionalità informatizzate per la gestione del processo di prescrizione, prenotazione e refertazione digitale, sistemi per l'accesso informatizzato ai referti e uso della telemedicina
- Indirizzi per la comunicazione e l'informazione sulle liste d'attesa ai cittadini promuovendo la partecipazione di utenti e delle associazioni di tutela e di volontariato per il tramite dell'Ufficio stampa aziendale e l'URP
- regolamentazione della sospensione dell'attività d'erogazione delle prestazioni
- garanzia di coerenza del sistema dell'offerta da erogare in libera professione con l'obiettivo del contenimento dei tempi d'attesa attraverso il monitoraggio del rapporto dell'attività istituzione con ALPI ed adozione di eventuali interventi correttivi
- monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero direttamente dal sistema informatico in uso secondo le indicazioni del PRGLA 2019-2021.

Prestazioni aggiuntive libero professionali

- L'A.O.U. Policlinico di Bari garantisce l'eventuale acquisto e l'erogazione delle prestazioni aggiuntive in regime libero professionale nelle aree individuate ad alta criticità per il rispetto dei tempi di attesa, concordate con i professionisti e sostenute economicamente dall'Azienda, riservando al cittadino l'eventuale partecipazione al costo.
- L'Azienda potrà, pertanto, al fine di ridurre le liste di attesa dei servizi interessati, concordare con le équipes sanitarie l'acquisto di prestazioni specialistiche aggiuntive quale integrazione dell'attività istituzionale da effettuare prioritariamente per le prestazioni i cui tempi di attesa risultino critici, ai sensi dell'art. 55, comma 2, lett. d) dei CCNL 08/06/2000 dell'area della Dirigenza medica e veterinaria e dell'area della Dirigenza Sanitaria 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.

12. MODIFICHE ED INTEGRAZIONI AL PIANO AZIENDALE DI GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA

Il Piano Aziendale potrà essere implementato, a seguito di intervenute disposizioni regionali, di esigenze relative alla riduzione delle liste d'attesa, alla rimodulazione dei servizi in funzione della centralità del paziente nei percorsi di cura, anche all'esito dell'analisi delle segnalazioni effettuate dai pazienti per il tramite di questionari di Patient Satisfaction.

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. Matilde CARLUCCI