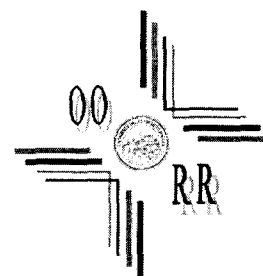


Letto, confermato e sottoscritto

IL SEGRETARIO
- Filannino Filomena -

IL DIRETTORE GENERALE
- Tommaso Moretti -



Regione Puglia
OSPEDALI RIUNITI
Azienda Ospedaliero - Universitaria
FOGGIA

Deliberazione del Direttore Generale

Nominato con Delibera di Giunta Regionale n. 2224 del 18/11/2008

N. 337 del Registro

Il presente provvedimento è stato trasmesso al Collegio dei Revisori
il _____

IL SEGRETARIO

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

N. 1725

Si certifica che il presente provvedimento è stato pubblicato all'Albo Pretorio dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti" di

Foggia dal 9-9-2011 e per giorni quindici.

Foggia, li 9-9-2011

IL SEGRETARIO

OGGETTO: Adozione Piano Aziendale per il governo dei tempi di attesa per il triennio 2011-2013.

L'anno 2011 il giorno 8 del mese di SETTEMBRE in Foggia, nella sede della Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti", il **Direttore Generale** Dott. Tommaso MORETTI, con la partecipazione del **Direttore Amministrativo** e del **Direttore Sanitario**, e con l'assistenza del **Segretario redigente** Sig.ra Filannino Filomena sulla base dell'istruttoria espletata dall'ufficio competente e su proposta del Dirigente responsabile, che attesta la legittimità e conformità della proposta alla vigente normativa, **adotta il provvedimento che segue:**

Visto che:

- ◆ Il SSN assicura i livelli essenziali di assistenza nel rispetto dei principi della dignità umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse (D.Lvo n° 502/92);
- ◆ L'erogazione delle prestazioni entro tempi appropriati alle necessità di cura degli assistiti, rappresenta una componente strutturale dei LEA (DPCM 16 aprile 2002 "Linee guida su criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche sui tempi massimi di attesa");
- ◆ La Regione Puglia con DGR n°1200 del 4/8/2006 e n°68 del 6/2/2007 aveva deliberato l'adozione del Piano Regionale per il Contenimento dei Tempi di Attesa in ottemperanza all'Intesa Stato Regione del 28/3/2006;
- ◆ L'Azienda con delibera n°169 del 30/3/2007 aveva adottato un proprio Piano Aziendale per il Contenimento dei Tempi di Attesa (PACTA);
- ◆ La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni nella seduta del 28/10/2010 siglava l'intesa sul Piano Nazionale sul Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2010/2012 e demandava alle Regioni l'adozione del proprio Piano Regionale sul governo dei tempi di attesa;

- La Regione Puglia con DGR n°1397 del 24/6/2011 ha approvato il Piano Regionale per il governo dei tempi di attesa 2011-2013 con la quale ha disposto che le Aziende Sanitarie entro sessanta giorni dalla pubblicazione della suddetta delibera sul BUR della Regione Puglia adottassero il proprio piano attuativo aziendale in conformità agli indirizzi in materia di governo delle liste e dei tempi di attesa contenuti nell'allegato A della delibera;

Premesso che:

- Con nota n°1091/DMP del 18/8/2011 sono stati richiesti ai Direttori dei Dipartimenti i calendari delle attività ambulatoriali delle strutture afferenti secondo quanto previsto dal Piano Regionale per il Governo dei tempi di attesa 2011-2013;
- Con nota n°1092/DMP del 18/8/2011 sono state richieste al Presidente del Comitato Consultivo Misto eventuali proposte al fine della predisposizione del Piano aziendale sul Governo dei tempi di attesa 2011-2013;

Preso atto :

- Del riscontro fornito dai Direttori dei Dipartimenti Aziendali alla nota inviata circa la conformità delle agende di prenotazione a quanto previsto dal Piano regionale;
- Del riscontro inviato dal Presidente del Comitato Consultivo Misto in merito all'opportunità di promuovere una maggiore collaborazione dei medici di differenti discipline al fine di accelerare l'iter diagnostico - terapeutico del paziente ricoverato;
- Che quanto proposto nel precedente punto trova piena attuazione nel Documento Generale di Pianificazione Aziendale 2011- 2013 in ordine alla progettazione di percorsi diagnostico - terapeutici intraaziendale ed interaziendali;

Ritenuto:

- ◆ di dover predisporre, per le ragioni sopra esposte, un nuovo Piano per il Governo dei Tempi di attesa per il triennio 2011-2013, allegato al presente atto quale parte integrante dello stesso;

Acquisiti i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e Sanitario

DELIBERA

1. di recepire la DGR n°1397 del 24/6/2011 ed il relativo Piano Regionale di Governo delle Liste dei tempi di attesa per il triennio 2011-2013;

2. di adottare il Piano Aziendale per il Governo dei Tempi di Attesa triennio 2011-2013, allegato al presente atto quale parte integrante dello stesso, così come previsto dalla DGR n°1397 del 24/6/2011.

Il provvedimento, non essendo soggetto al controllo previsto dalla vigente normativa, è esecutivo ai sensi di legge.

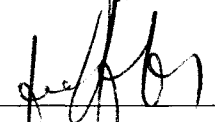
IL DIRIGENTE DELLA S.C. PRESTAZIONI Dott. ssa Tiziana Tonti



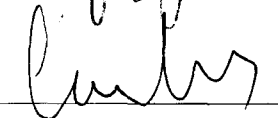
p. IL DIRETTORE MEDICO DI PRESIDIO Dott. Giovanni Villone



IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO Dott. Gaetano Fuiano

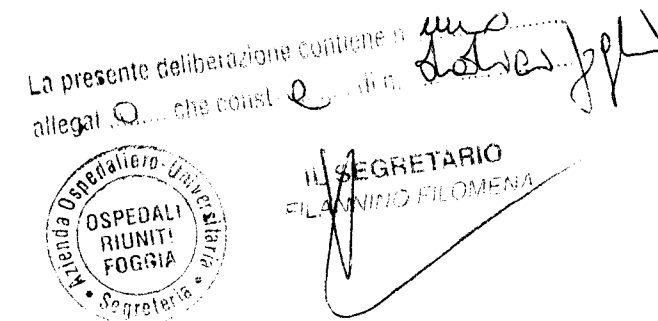


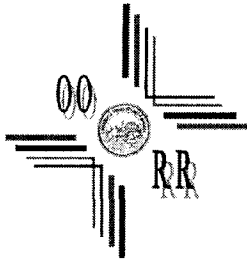
IL DIRETTORE SANITARIO Dott. Deni Aldo Procaccini



La presente deliberazione contiene n. uno allegati Q che consistono in uno allegato

IL SEGRETARIO
FILAMINIO FILOMENA





PIANO AZIENDALE PER IL GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA TRIENNIO 2011-2013

PREMESSA

I tempi di attesa possono configurare un problema etico per il sistema, in quanto tempi di attesa troppo lunghi di erogazione delle prestazioni possono influire sulla storia naturale della malattia e sulla prognosi.

Il SSN assicura i livelli essenziali di assistenza nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo agli specifici bisogni, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse (D.Lvo 502/92 e s.m.i.).

In ogni caso, l'erogazione delle prestazioni entro tempi appropriati alle necessità di cura degli assistiti rappresenta una componente strutturale dei LEA (DPCM 16 aprile 2002 "Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche sui tempi massimi di attesa").

A livello regionale la DGR 1200/2006 e la DGR 68/2007 hanno introdotto significative novità per il contenimento dei tempi di attesa.

La DGR 2268 del 26/10/2010 dettava disposizioni urgenti in materia di garanzia dei tempi di attesa per alcune prestazioni critiche per il quarto trimestre 2010.

Il 28/10/2010 veniva siglata l'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2010 - 2012.

Con la DGR n° 1397 del 24/6/2011 la Regione Puglia adottava il Piano Regionale per il Governo dei tempi di attesa per il triennio 2011-2013.

- 1 -

L'intervento sulla riduzione dei tempi di attesa, per poter avere una qualche efficacia, deve necessariamente contemplare due aspetti: la selezione della domanda e la razionalizzazione dell'offerta. La selezione della domanda si realizza prevalentemente mediante la stesura, la condivisione, la diffusione tra i medici prescrittori di linee guida e protocolli assistenziali. Ulteriori elementi strategici di controllo della domanda, secondo criteri di appropriatezza clinica, sono rappresentati dall'implementazione e dalla verifica dell'adesione alle suddette raccomandazioni. E' del tutto evidente che una Struttura di erogazione quale un'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha, presa singolarmente, modesti margini di intervento sulla selezione della domanda e che i suoi programmi e le sue azioni non possono che focalizzarsi sulla razionalizzazione dell'offerta, in particolare mediante l'ottimizzazione del sistema di prenotazione. In tal senso è opportuno precisare, come di seguito esposto più dettagliatamente, che una parte considerevole delle indicazioni e delle norme riportate sui documenti nazionali e regionali di riferimento sono già operative o di prossimo recepimento.

Monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali

Oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa previsti nella DGR n°1397 del 24/6/2011 sono, in particolare, 14 visite specialistiche e 29 prestazioni di diagnostica strumentale di seguito elencate:

VISITE SPECIALISTICHE

numero	Prestazione	Codice	Codice disciplina
1	Visita cardiologica	89.7	8
2	Visita chirurgia vascolare	89.7	14
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

numero	Prestazione	Codice Nomenclatore
Diagnostica per immagini		
15	Mammografia	87.37.1 - 87.37.2
16	TC senza e con mezzo di contrasto Torace	87.41 - 87.41.1
17	TC senza e con mezzo di contrasto Addome superiore	88.01.2 - 88.01.1
18	TC senza e con mezzo di contrasto Addome inferiore	88.01.4 - 88.01.3
19	TC senza e con mezzo di contrasto Addome completo	88.01.6 - 88.01.5
20	TC senza e con mezzo di contrasto Capo	87.03 - 87.03.1
21	TC senza e con mezzo di contrasto Rachide e speco vertebrale	88.38.2 - 88.38.1
22	TC senza e con mezzo di contrasto Bacino	88.38.5
23	RMN Cervello e Tronco encefalico	88.91.1 - 88.91.2
24	RMN Pelvi, prostata e vescica	88.95.4 - 88.95.5
25	RMN Muscoloscheletrica	88.94.1 - 88.94.2
26	RMN Colonna Vertebrale	88.93 - 88.93.1
27	Ecografia capo e collo	88.71.4
28	Ecocolordoppler cardiaca	88.72.3
29	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73.5
30	Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77.2
31	Ecografia Addome	88.74.1 - 88.75.1 - 88.76.1
32	Ecografia Mammella	88.73.1 - 88.73.2
33	Ecografia Ostetrica - Ginecologica	88.78 - 88.78.2

Altri esami specialistici		
34	Colonscopia	45.23 - 45.25 - 45.42
35	Sigmoidoscopia con endoscopia flessibile	45.24
36	Esofagogastroduodenoscopia	45.13 - 45.16
37	Elettrocardiogramma	89.52
38	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50
39	Elettrocardiogramma da sforzo	89.71 - 89.43
40	Audiometria	95.41.1
41	Spirometria	89.37.1 - 89.37.2
42	Fondo Oculare	95.09.1
43	Elettromiografia	93.08.1

L'Azienda recepisce l'elenco delle prestazioni sopra indicate e garantisce il rispetto dei tempi massimi individuati, per ciascuna classe di priorità, dal PNGLA e dalla DGR n°1397/2011 ad almeno il 90% degli utenti ai quali la prestazione dell'elenco viene correttamente prescritta. Il pieno rispetto del citato adempimento è subordinato alla risoluzione, almeno parziale, delle criticità di seguito elencate.

Classi di priorità relative alle prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio

Come previsto dalle citate norme, per garantire una corretta erogazione delle prestazioni, sono state individuate delle classi e dei codici di priorità riportati nel seguente schema:

CLASSE DI PRIORITA' PER PRESTAZIONI AMBULATORIALI	INDICAZIONI
CLASSE A Corrispondente al codice di priorità B	Prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità. Da eseguirsi entro 10 giorni.
CLASSE B Corrispondente al codice di priorità D	Prestazione la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza del dolore o di disfunzione o disabilità. Da eseguirsi entro 30 giorni per le visite e entro 60 giorni per le

	prestazioni strumentali.
CLASSE C Corrispondente al codice di priorità P	Prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, la disfunzione, la disabilità. Da eseguirsi secondo la programmazione indicata.

Inoltre è stato previsto anche il Codice "U" relativo alle **Urgenze** che, in relazione a quanto previsto dall'art. 1 comma 4 lettera D della Legge 3 agosto 2007 n°120, identifica l'indicazione all'erogazione della prestazione entro le 72 ore dalla prenotazione per i casi con diagnosi o sospetto diagnostico di patologie severe e/o per le quali si preveda una rapida evoluzione clinica.

Sebbene il sistema aziendale dell'offerta, per il tramite del CUP, abbia portato a realizzazione gli strumenti informatici per la stratificazione della domanda secondo classi di priorità, sono presenti obiettivi ostacoli alla piena operatività del modello attribuibili a:

- frequente mancata indicazione del codice di priorità da parte dei medici prescrittori e di conseguenza estrema difficoltà ad adeguare l'offerta secondo criteri di severità clinica;
- carenza, in talune discipline, di personale e inadeguatezza della dotazione tecnologica e strumentale;
- assenza di percorsi diagnostico - terapeutici condivisi con l'Azienda territoriale di riferimento, anche al fine di identificare la casistica attribuibile a prestazioni di primo livello erogabili in via esclusiva da parte delle strutture territoriali;
- assenza di protocolli clinico-assistenziali, indirizzati ai medici prescrittori, che definiscano, per ciascuna prestazione ambulatoriale monitorata e per ciascuna classe di priorità, la specifica indicazione clinica.

Si prevede il superamento dei suddetti punti critici specificamente attribuibili alla insufficiente integrazione con l'Azienda Territoriale mediante la piena implementazione del documento di pianificazione aziendale 2011-2013, che promuove programmi e azioni di coordinamento con le strutture territoriali. La necessità di identificare la casistica attribuibile a prestazioni di primo livello erogabili dall'Azienda territoriale, trova piena conferma nel

suddetto documento di pianificazione aziendale ove, nel puntualizzare la "mission" dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria, si evidenziano le motivazioni, in termini di efficacia e di efficienza, sull'opportunità di invertire il trend in crescita della "produzione" ambulatoriale. Nello specifico si sottolinea la dispersione delle già limitate risorse disponibili a scapito di un'offerta di maggiore complessità e di elevato profilo assistenziale, nonché la non congruità della remunerazione con i costi sostenuti.

Individuazione delle linee generali di intervento per il contenimento dei tempi di attesa

Sono in via di emanazione ulteriori direttive ai prescrittori interni affinché siano assicurate, con classe di priorità "B", tutte le visite e le prestazioni diagnostiche monitorate dal PNGLA per sospetta patologia neoplastica e per sospetta cardiopatia ischemica o aritmia.

Inoltre tutte le prestazioni richieste per l'inserimento nelle liste di attesa per trapianto d'organo devono essere prescritte ed assicurate con classe di priorità "D", mentre quelle per il mantenimento attivo in lista devono essere tempestivamente prescritte con classe di priorità "P" ed assicurate entro il tempo indicato dal medico richiedente che nella ricetta motiva tale richiesta.

Come previsto nel Documento Generale di Programmazione Aziendale 2011 -2013 l'Azienda, con l'obiettivo di fornire risposte alle crescenti richieste informative da parte dell'utenza in merito alle prenotazioni per prestazioni sanitarie, ha ritenuto riconoscere all'Ufficio "Centro Unico Prenotazioni" un ruolo strategico all'interno delle articolazioni aziendali con funzioni di front -office. Infatti come previsto anche dalla Regione Puglia, per questa attività, vi è l'obbligo di istituire un Struttura Semplice Dipartimentale (S.S.D.) che la Direzione Aziendale ha programmato di inserire all'interno dell'Atto Aziendale che dovrà essere approvato.

L'Azienda, con delibera n°321 dell'11/8/2010, recepisce la DGR n°854 del 23/3/2010 sul Sistema CUP e le linee guida nazionali sull'organizzazione dei CUP. Ha quindi previsto l'adozione di un nuovo software per la gestione del CUP che nel corso dell'anno sarà attivato. Il software potrà consentire revisioni periodiche e messa in atto di relative procedure di verifica di appropriatezza prescrittiva con particolare riferimento all'utilizzo delle classi di priorità, alla identificazione delle prime visite e dei controlli nonché, qualora possibile, alla verifica della presenza del quesito diagnostico.

E' previsto, in ottemperanza alla DGR n°854/2010, un sistema di "recall" per le prestazioni oggetto di monitoraggio sui tempi di attesa e la conseguente pulizia delle liste di attesa.

Al fine di ottimizzare e razionalizzare l'offerta delle prestazioni in oggetto, l'Azienda e l'ASL Provinciale FG hanno costituito un tavolo tecnico per permettere l'interfaccia e l'integrazione dei rispettivi CUP.

Non appena andrà a regime il nuovo software per la gestione del CUP Aziendale degli OO.RR., sarà data ampia diffusione, anche attraverso il proprio sito web delle nuove modalità operative e delle informazioni sui tempi di attesa sia ai medici prescrittori che agli utenti, avvalendosi anche delle relative associazioni di tutela e di volontariato.

Nel corso del periodo di vigenza del Piano saranno delineati, coerentemente con gli specifici indirizzi sulla definizione dei PDT contemplati nella pianificazione aziendale 2011 - 2013, modelli organizzativi per assicurare la presa in carico di pazienti oncologici e cardiovascolari affetti da:

- carcinoma del colon retto
- carcinoma della mammella
- carcinoma del polmone

La strutturazione di PDT inerenti il bypass aorto-coronarico è subordinata alla attivazione dell' Unità Operativa di Cardiocirurgia, così come delineato nel Documento di Pianificazione Aziendale 2011 - 2013.

Per i suddetti percorsi l'Azienda assicura il rispetto dei tempi di attesa previsti dal Piano Regionale.

L'Azienda provvede a vigilare sistematicamente sulle eventuali sospensioni dell' erogazione di prestazioni, attivando provvedimenti tempestivi finalizzati a garantirne l'offerta nei tempi più brevi possibili.

È nota la situazione di grave carenza di personale che vive l'Azienda , peraltro ripetutamente evidenziata in tutti i documenti di programmazione aziendale e che rende estremamente difficile razionalizzare la gestione delle interruzioni delle attività di erogazione. Tali interruzioni si verificano, di massima, per improvvise assenze, non

vicariabili, di personale specializzato o per improvvise avarie di apparecchiature per le quali non si prevede il ripristino immediato.

Ove occorranno queste circostanze, l'Azienda garantisce la tempestiva comunicazione agli utenti prenotati e la riassegnazione dell'appuntamento a breve termine nell'ambito delle agende disponibili o in "overbooking".

In ottemperanza alla legge n°120/2007 l'Azienda ha attivato il CUP centralizzato per la prenotazione e fatturazione dell'Attività libero professionale al fine anche di un monitoraggio costante sulle prestazioni erogate nel suddetto regime.

E' stato altresì costituito all'interno dell'Azienda, con delibere n°377 del 29/9/2008 e n°379 del 30/9/2008 l'Organismo Paritetico per la Promozione e la Verifica dell'ALPI.

Promozione dell'appropriatezza della domanda

Sono sistematicamente verificate le prescrizioni effettuate, per completamento diagnostico e/o terapeutico, mediante impegnativa redatta da medici dipendenti dell'Azienda. Si registra un'elevata percentuale di adesione alle indicazioni sulla corretta e completa compilazione dell'impegnativa. Ove si individuino delle non conformità si prevede la tempestiva predisposizione di azioni correttive.

L'Azienda intende sottoporre a monitoraggio sistematico tutte le prescrizioni effettuate a CUP verificando: l'utilizzo delle classi di priorità, la presenza del quesito diagnostico, la corretta identificazione delle prime visite e dei controlli.

Periodicamente si dovrà produrre un report di sintesi riportante la percentuale di adesione alle citate indicazioni sulla corretta compilazione della prescrizione.

L'Azienda offre la propria disponibilità all'Azienda territoriale di riferimento per la definizione condivisa con tutti i medici prescrittori dell'ambito territoriale (MMG, prescrittori interni, specialisti ambulatoriali esterni) di protocolli clinico-assistenziali che stabiliscano, per ciascuna prestazione ambulatoriale monitorata e per ciascuna classe di priorità, la specifica indicazione clinica.

Si rappresenta, peraltro, che l'Azienda ha assunto ogni possibile iniziativa utile all'integrazione con il territorio così come indicato nel Documento Generale di Pianificazione Aziendale per il Triennio 2011- 2013. Nello specifico il Piano prevede la progettazione e l'attivazione di percorsi diagnostico - terapeutici anche interaziendali. Lo strumento organizzativo e gestionale è rappresentato dalla completa dipartimentalizzazione delle

attività aziendali sia sotto il profilo formale che organizzativo nonché dalla implementazione delle attività dei dipartimenti interaziendali già costituiti o di prossima costituzione.

Si prevede la promozione di progetti aziendali e sovra aziendali orientati a perseguire una tendenziale riduzione dei livelli di inappropriatazza nel ricorso alle prestazioni diagnostiche strumentali. Per ciò che concerne la diagnostica per immagini è di fatto già in essere una valutazione di merito sull'appropriatezza dell'indicazione clinica da parte degli specialisti della disciplina.

Ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse

Sul fronte della razionalizzazione dell'offerta e delle potenzialità di migliore utilizzo delle risorse, si evidenzia come i margini di conseguimento, da parte dell'Azienda, di un incremento dell'efficienza operativa siano assai limitati. Il risultato atteso di interventi sui modelli organizzativi, sull'organizzazione del lavoro o su aspetti gestionali è quindi di modesto impatto sull'incremento dei volumi prestazionali.

Quanto sopra è ancor più avvalorato dai pesanti vincoli posti alle nuove assunzioni, al "turn over" del personale, all'applicazione di incentivazioni previste dagli istituti contrattuali.

Tuttavia proseguirà l'attività di monitoraggio sulla congruità della erogazione di prestazioni con le risorse umane e strumentali al momento disponibili.

Predisposizione di procedure obbligatorie inerenti le attività di ricovero

L'Azienda recepisce le Linee guida per la tenuta dell'agenda di prenotazione dei ricoveri emanate con DGR 1200/2006 secondo le classi di priorità di seguito elencate:

CLASSE DI PRIORITA' PER IL RICOVERO	INDICAZIONI
CLASSE 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.
CLASSE 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 da diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere

	grave pregiudizio alla prognosi.
CLASSE C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione, disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
CLASSE 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.

Tali classi di priorità dovranno essere assicurate in via prioritaria obbligatoriamente per le prestazioni di ricovero di seguito indicate e successivamente per tutti gli altri ricoveri in elezione sia chirurgici che medici:

PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL/DAY SURGERY			
Numero	Prestazione	Codice intervento	Codice diagnosi
44	Chemioterapia (1)	99.25	V58.1
45	Coronarografia	88.55-88.56-88.57	
46	Biopsia percutanea del fegato(1)	50.11	
47	Emorroidectomia	49.46	
48	Riparazione ernia inguinale(1)	-53.10	

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

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO			
Numero	Prestazione(2)	Codice intervento	Codice diagnosi
49	Interventi chirurgici tumori della mammella	Categoria 85.4	Categoria 174
50	Interventi chirurgici tumori della prostata	60.5	185
51	Interventi chirurgici tumori colon retto	45.7x -45.8; 48.5 - 48.6	Categoria 153-154
52	Interventi chirurgici tumori dell'utero	Da 68.3 a 68.9	Categoria 182
53	By pass aortocoronarico	36.10	
54	Angioplastica coronarica (PTCA)	Categoria 36.0	
55	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
56	Intervento protesi d'anca	81.51 - 81.52 - 81.53	
57	Interventi chirurgici tumori del polmone	32.3 - 32.4 - 32.5 -32.9	
58	Tonsillectomia	28.2 - 28.	

- 10 -

- (2) Qualora la prestazione sia erogata prevalentemente od esclusivamente in regime di day surgery o one day surgery, il monitoraggio deve riguardare tale setting assistenziale.

Nello specifico si prevede di attivare i "registri di ricovero" contenenti le agende di prenotazione dei ricoveri programmabili. Di tali registri saranno evidenziate le modalità di richiesta di prenotazione di ricovero, di inserimento nell'agenda di prenotazione, di custodia e di consultazione dei registri. Il "registro di ricovero" prevede la presenza di informazioni inerenti al paziente, diagnosi o sospetto diagnostico, classe di priorità, nome del medico prescrittore, data di prescrizione della richiesta, data inserimento paziente nell'agenda di prenotazione, data prevista di ricovero, data effettiva di ricovero, motivi di eventuale cancellazione o anticipazione o comunque spostamento nella lista, modalità di accesso (visita in attività istituzionale, visita in attività privata, visita di specialista ambulatoriale esterno, visita di MMG).

L'Azienda verifica, per il tramite della Direzione Sanitaria ospedaliera, l'operatività e la corretta tenuta delle agende di prenotazione dei ricoveri in conformità alle indicazioni emanate.

Per quanto riguarda la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) è già presente il campo relativo alla compilazione della data di prenotazione e, in ottemperanza alle DGR n°208/2011 e n°633/2011, l'Azienda si sta adeguando a quanto disposto in merito al campo obbligatorio sulla classe di priorità, anche al fine di garantire la raccolta e la trasmissione dei dati inerenti i flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa dei ricoveri.

Le suddette innovazioni sui campi SDO saranno oggetto di un'ampia comunicazione e di una specifica formazione rivolte ai medici delle UU.OO..

I controlli di qualità sulla completa e corretta compilazione della SDO, già sistematicamente effettuati, devono prevedere un'integrazione attinente alla verifica puntuale dei nuovi campi obbligatori.

Individuazione degli indirizzi uniformi per le attività di monitoraggio

È assicurata la trasmissione dei flussi informativi per il monitoraggio costante ex post dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio secondo le modalità previste dal flusso informativo ex art. 50 della Legge 326/2003.

- 11 -

L'Azienda fornirà, inoltre, alla Regione in formato software, per le prestazioni oggetto di monitoraggio, le informazioni richieste.

A seguito di rilevazione degli eventi di sospensione si provvederà all'adempimento del debito informativo in merito alla sospensione dell'attività erogativa, già peraltro oggetto di sistematica rilevazione. La trasmissione sarà espletata secondo le modalità operative previste dal PRGLA.

Sarà assicurato anche il monitoraggio ex ante delle prestazioni previste al punto 3.1 del PRGLA riguardanti il primo accesso e le classi di priorità B e D.

L'informazione e la comunicazione sulle liste di attesa saranno in carico all'URP e alla Struttura di Informazione e Comunicazione attraverso campagne informative, aggiornamento della Carta dei Servizi, avvalendosi del sito web e del call center aziendali.

Sarà garantita la partecipazione alle rilevazioni periodiche che l'AGENAS e la Regione Puglia promuoveranno sui tempi di attesa delle prestazioni oggetto di monitoraggio erogate in ALPI.

Per consentire il monitoraggio dei PDT, l'Azienda proseguirà l'ordinaria attività di controllo di qualità sulle SDO per verificarne la completa e corretta compilazione, in particolare per i campi inerenti le diagnosi e le procedure chirurgiche.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Gaetano Fuiano

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Dani Aldo Procaccini

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Tommaso Marretti

Allegato composto di n. dottores fogli
alla deliberazione n. 337 del 8/9/2014



IL SEGRETARIO
FILIPPINO F. CIMENA