

ATTI PARLAMENTARI

XVI LEGISLATURA

---

# CAMERA DEI DEPUTATI

---

Doc. CCI

n. 34

## RELAZIONE

CONCERNENTE L'ATTUAZIONE DEGLI ADEMPIMENTI  
PREVISTI DALL'ACCORDO DEL 14 FEBBRAIO 2002 TRA  
LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI  
TRENTO E DI BOLZANO, IN MATERIA DI ACCESSO ALLE  
PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE E DI  
INDIRIZZI APPLICATIVI SULLE LISTE DI ATTESA

(Anno 2010)

*(Articolo 52, comma 4, lettera c), della legge 27 dicembre 2002, n. 289)*

PREDISPOSTA DALLA REGIONE PUGLIA

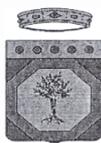
*Presentata dalla Presidenza del Consiglio dei ministri*

---

*Trasmessa alla Presidenza il 4 agosto 2011*

---

Presidenza del Consiglio dei Ministri  
CSR 0003991 A-4.23.2.10  
del 03/08/2011



## REGIONE PUGLIA

Area Politiche per la promozione della Salute, delle persone e delle pari opportunità  
Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica

Spett.le  
Conferenza Stato-Regioni  
v. della Stamperia n. 8  
00187 ROMA



Oggetto: **Iniziative della Regione Puglia in materia di liste e tempi d'attesa – anno 2010.**  
**Relazione ex art. 52, comma 4, lett. C) della legge 27 dicembre 2002 n. 289.**

Nel corso del 2010 sono state adottate iniziative in ottemperanza a quanto previsto dalla DGR n. 1200 del 4.8.2006 con cui è stato definito il Piano Regionale di Contenimento dei Tempi d'Attesa per 2006-2008, successivamente integrata con Deliberazione di Giunta Regionale n. 68 del 6 febbraio 2007, contenente l'indicazione completa degli indirizzi regionali ed i conseguenti adempimenti, a carico delle aziende sanitarie, per la definizione dei Piani Aziendali per il contenimento dei tempi di attesa.

*La relazione riguarderà gli interventi in materia di potenziamento del Sistema CUP, di governo delle liste d'attesa, di promozione dell'appropriatezza delle prestazioni, di organizzazione dell'offerta, di Accordi contrattuali e di informazione e comunicazione ai cittadini.*

In materia di riorganizzazione dei CUP, sono stati adottati i seguenti atti:

Con la Deliberazione n°710 del 15 marzo 2010 la Giunta Regionale ha approvato, ai sensi della D.G.R. n. 751/2009, la scheda delle attività che la società *in house* Innova Puglia s.p.a. deve assicurare per la realizzazione della scheda "Sistema Regionale di Monitoraggio dell'Accesso alle Prestazioni Sanitarie e dei tempi di attesa (e-cup Puglia)" e che prevede la predisposizione dello studio di fattibilità, la redazione della documentazione di gara e l'espletamento della stessa nonché il monitoraggio del contratto e le attività di assistenza e supporto alla Regione.

Si pone in evidenza che in data 2 marzo 2010 si è svolto un incontro, convocato dal Tavolo della Sanità Elettronica (TSE) Puglia con nota prot. n.AOO/081/893/Coord, con tutti i referenti dei Servizi CUP ed i Referenti dei Sistemi Informativi delle Aziende Sanitarie, Istituti ed Enti del Servizio Sanitario Regionale. Tale incontro ha permesso:

- di effettuare un aggiornamento della situazione organizzativa, funzionale e tecnica dei servizi di prenotazione ed accesso alle prestazioni sanitarie nonché dei relativi sistemi informativi;
- di condividere i contenuti del documento "Sistema CUP – Linee Guida nazionali" al fine di verificare l'effettiva applicabilità nell'ambito delle realtà regionali e di individuare gli elementi peculiari e caratterizzanti un modello organizzativo, tecnico e funzionale univoco su base regionale;
- di valorizzare le positive esperienze sin qui realizzate nelle Aziende ed Istituti del SSR;
- di condividere il percorso per realizzare una rete regionale dei sistemi e dei servizi di prenotazione ed accesso alle prestazioni sanitarie grazie anche all'iniziativa e-CUP Puglia.

Sulla scorta degli esiti di tale incontro nonché dell'esperienza maturata dalla interazione tra A.Re.S. Puglia, Assessorato alle Politiche della Salute, TSE Puglia e referenti delle Aziende Sanitarie ed Istituti del S.S.R. è stato elaborato un documento denominato "Standard di organizzazione e funzionamento dei sistemi e dei servizi di prenotazione ed accesso alle prestazioni sanitarie della Regione Puglia" contenente le linee guida specifiche utili ad uniformare i modelli ed elevare ulteriormente la qualità dei servizi offerti ai cittadini con l'obiettivo di potenziare gli strumenti diffusi per il governo dei tempi e delle liste di attesa.

Tutto ciò premesso, con DGR n. 854 del 23 marzo 2010 è stato recepito il documento denominato "Sistema CUP – Linee Guida nazionali", già in data precedente alla sua approvazione come Intesa Stato Regioni, al fine di fornire gli elementi di indirizzo sui sistemi di prenotazione aziendali, per applicare regole omogenee nell'organizzazione e nell'implementazione del servizio e dei relativi sistemi informativi di supporto, in modo da facilitare il percorso per la

realizzazione del “*Sistema regionale di monitoraggio dell’accesso alle prestazioni sanitarie e dei tempi di attesa*”. Can tale DGR si è stabilito:

- 1) di approvare il documento denominato “*Standard di organizzazione e funzionamento dei sistemi e dei servizi di prenotazione ed accesso alle prestazioni sanitarie – Linee di indirizzo regionali*”;
- 2) di costituire un Coordinamento regionale per l’attuazione e l’evoluzione nel tempo, a livello regionale ed aziendale delle linee guida nazionali e regionali in materia di sistemi e servizio di prenotazione ed accesso alle prestazioni sanitarie nonché in materia di governo dei tempi e delle liste di attesa;
- 3) di stabilire che le Aziende, gli Enti e gli Istituti del Servizio Sanitario Regionale debbano recepire formalmente i contenuti del presente provvedimento e porre in essere le azioni conseguenti;
- 4) di stabilire che con successivo provvedimento, a seguito dell’approvazione da parte della Conferenza Stato-Regioni del *Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2009-2011* sarà predisposto il *Piano Regionale di governo delle liste di attesa*.

In materia di governo delle liste d’attesa, di promozione dell’appropriatezza delle prestazioni, di organizzazione dell’offerta e di Accordi contrattuali sono stati adottati i seguenti atti:

Con Deliberazione 4/8/2009, n.1494 la Giunta regionale aveva già ridefinito i criteri per le Aziende Sanitarie Locali per la stipula degli accordi contrattuali ex-art. 8 quinquies del D.Lgs n. 502/92 e s.m.i. come modificato dalla Legge n. 133/2008 per l’anno 2009, di cui all’Allegato 1 al citato provvedimento.

Con Deliberazioni 28/12/2009, n.2671 e n.2672 la Giunta regionale ha confermato anche per l’anno 2010 i criteri stabiliti con DGR n.1494/2009 e, in considerazione della specificità e, per alcune, della numerosità delle prestazioni erogate dalle strutture nella specialistica ambulatoriale, ha proceduto ad approvare modalità e griglie utili per l’applicazione dei criteri previsti dalla DGR n.1494/2009 al fine di riscontrare unitarietà e conformità da parte delle Aziende Sanitarie Locali su tutto il territorio regionale nella definizione degli Accordi Contrattuali con le strutture private accreditate. Con tali provvedimenti la G.R. ha, altresì, confermato per l’anno 2009, il tetto di spesa stabilito per l’anno 2008 dalla l.r. n. 40/2007 e dal DIF 2008 (DGR. n. 95/2008) senza decurtazione del 2% per le prestazioni di specialistica e per le prestazioni di riabilitazione ex art. 26 legge n. 833/79.

Con Deliberazione 15/3/2010, n.728 la Giunta Regionale ha confermato per l’anno 2009 il tetto di spesa stabilito per l’anno 2008 dalla l.r. n. 40/2007 e dal DIF 2008 (DGR. n. 95/2008) senza la decurtazione del 2%, per le prestazioni erogate dalle Case di Cura private accreditate.

Con Deliberazione 25/6/2010, n.1500 la Giunta Regionale ha specificato che il “*tetto di spesa 2008 confermato per l’anno 2009*” per le prestazioni di specialistica di cui alla succitata deliberazione, n.2671/2010 deve intendersi come “*fondo aziendale di branca per l’anno 2008 confermato per l’anno 2009...decurtato del 2%*” e non già come “*tetto di spesa assegnato al singolo erogatore*” ed ha altresì modificato a seguito degli incontri con le Organizzazioni rappresentative di categoria, le modalità e le griglie della succitata deliberazione.

Con le Deliberazioni sopra richiamate la Giunta Regionale ha, quindi, stabilito i tetti annuali regionali per gli anni 2009 e 2010 per le diverse tipologie di prestazioni erogabili da parte delle strutture sanitarie private accreditate, previa stipulazione di Accordi Contrattuali con le ASL provinciali, prevedendo l’applicazione dei criteri di regressione (di cui all’articolo 17, commi 2 e 3, della legge regionale 4 agosto 2004, n. 14 e agli articoli 16, comma 1, lettera c), e 18, comma 2, della legge regionale 9 agosto 2006, n. 26) per la remunerazione delle prestazioni erogate dalle strutture al di fuori dei tetti contrattualmente stabiliti.

Va posto in evidenza che le linee guida regionali:

- 1) hanno espressamente indicato che ciascuna ASL deve procedere alla determinazione del fabbisogno di prestazioni in considerazione delle liste di attesa rilevate nel proprio territorio, con particolare attenzione all’appropriatezza dei ricoveri e all’appropriatezza delle prescrizioni;
- 2) hanno stabilito che per l’assegnazione del tetto di spesa per ciascuna struttura ciascuna ASL deve, tra l’altro, assicurare:
  - a) il conferimento delle agende di prenotazione contenenti le prestazioni contrattualizzate al CUP aziendale mediante integrazione tra i sistemi informativi ovvero con altra modalità individuata d’intesa con gli erogatori, che assicuri trasparenza ed immediata disponibilità alle operazioni di prenotazione ed accesso alle prestazioni nell’ambito del Sistema CUP ASL;
  - b) la trasparenza nelle modalità di prenotazione e di accesso alle prestazioni, oggettivamente rilevate attraverso indagini delle ASL, e, più generalmente, la correttezza dei rapporti con l’utenza rilevata attraverso la raccolta delle segnalazioni pervenute agli URP aziendali.

Con Deliberazione 23/3/2010, n.854, già citata, la Giunta Regionale ha recepito il documento denominato “*Sistema CUP – Linee Guida nazionali*” al fine di fornire alle Aziende Sanitarie gli elementi di indirizzo sui sistemi di prenotazione aziendali per favorire l’applicazione di regole omogenee nell’organizzazione e nell’implementazione del servizio e dei relativi sistemi informativi di supporto ed ha approvato le Linee di indirizzo regionali contenenti gli “*Standard di organizzazione e funzionamento dei sistemi e dei servizi di prenotazione ed accesso alle prestazioni sanitarie*” al fine di omogeneizzare e potenziare in tutte le Aziende Sanitarie di Puglia l’organizzazione ed il

funzionamento dei servizi e dei sistemi addetti alla prenotazione ed all'accesso alle prestazioni sanitarie da parte dei cittadini.

Va posto in evidenza che tale provvedimento prevede che le Aziende Sanitarie assicurino una idonea organizzazione ed un sistema CUP aziendale al fine di garantire, tra l'altro, la gestione centralizzata delle agende di prenotazione (ivi comprese funzionalità per l'individuazione delle strutture che devono garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni indicate nei Piani di governo dei tempi d'attesa regionale ed aziendale), la gestione delle agende delle strutture private accreditate (in relazione agli accordi contrattuali sottoscritti a livello aziendale), la gestione delle agende dell'attività libero professionale intramoenia (ALPI), la gestione delle prenotazioni prevedendo in particolare la gestione delle urgenze differibili, delle priorità di accesso, dei percorsi diagnostico – terapeutici, il rispetto dei tempi massimi di attesa previsti e del bacino territoriale di riferimento, la gestione dell'overbooking.

L'art.3 della Legge Regionale 24/9/2010, n.12 "Piano di rientro 2010-2012. Adempimenti" ha previsto che, in attuazione dell'articolo 8 quinquies, comma 2, lettera e-bis), e del comma 2-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, negli accordi contrattuali stipulati con gli erogatori privati, provvisoriamente e/o istituzionalmente accreditati, deve essere garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture in base al tetto di spesa e ai volumi di attività predeterminati annualmente e conseguentemente ha introdotto il divieto di erogazione e relativa remunerazione con oneri a carico del Servizio sanitario regionale di prestazioni sanitarie effettuate al di fuori dei tetti di spesa massimi.

Tale intervento normativo è stato espressamente richiesto dal Governo centrale nell'ambito delle prescrizioni formalizzate dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, dal Ministero della Salute e dal Ministero per gli Affari Regionali e vincolanti per la sottoscrizione dell'Accordo per l'approvazione del Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311.

Quanto previsto dall'art.3 della L.R. n.12/2010 ha determinato l'impossibilità per le Aziende Sanitarie Locali di riconoscere agli erogatori privati accreditati le prestazioni erogate ai cittadini oltre il tetto di spesa annuale e/o oltre i volumi di attività predeterminati annualmente nell'ambito degli Accordi Contrattuali e, di conseguenza, ha prodotto un immediato peggioramento dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni da parte dei cittadini anche per prestazioni già prenotate, per prestazioni urgenti e per prestazioni previste in classi di priorità.

Si è posta, pertanto, l'esigenza urgente ed indifferibile di adottare misure straordinarie per assicurare ai cittadini pugliesi l'accesso alle prestazioni sanitarie secondo criteri di priorità, urgenza e necessità, pur nel rispetto delle limitazioni imposte dalla citata L.R. n.12/2010 relativa agli adempimenti correlati al Piano di rientro 2010-2012.

A tal fine è stata acquisita una proposta tecnica formulata dall'Agenzia Regionale Sanitaria in conformità con quanto indicato in precedenza, recepita dalla Giunta Regionale con la Delibera n. 2268 del 26/10 2010 che all'Allegato A conteneva "Disposizioni urgenti in materia di garanzia dei tempi d'attesa per prestazioni critiche per il quarto trimestre 2010", con cui si è previsto:

- 1) di disporre che le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliero – Universitarie, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico garantiscano l'erogazione delle prestazioni urgenti differibili (codice U della ricetta prescrizione), da erogare nell'ambito dell'attività ambulatoriale istituzionale, entro le 72 ore dalla richiesta così come prescritto dall'art. 1 comma 4 lett. d) della legge 3 agosto 2007 n. 120;
- 2) di stabilire che, data l'urgenza, le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliero – Universitarie, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e le strutture private accreditate del Servizio Sanitario Regionale provvedano alla immediata riclassificazione delle agende di prenotazione delle prestazioni da erogare ai cittadini osservando in modo puntuale le disposizioni approvate con il provvedimento;
- 3) di stabilire che le Aziende Sanitarie Locali devono garantire che l'offerta di prestazioni erogate dalle strutture private accreditate sia gestita tassativamente ed inderogabilmente attraverso il sistema CUP ASL e di stabilire che tale requisito risulti vincolante, ai sensi della D.G.R. n.1494/2009 e ss.mm.ii., per la sottoscrizione degli Accordi Contrattuali e per la liquidazione delle prestazioni erogate dalle strutture private che, in ogni caso, devono risultare prenotate dal sistema CUP ASL;
- 4) di stabilire che le prescrizioni di prestazioni ambulatoriali di primo accesso devono tassativamente ed esplicitamente indicare il sospetto diagnostico ovvero la condizione per la quale viene richiesta la garanzia di accesso, relativamente alle patologie oncologiche, cardiovascolari, materno infantile e geriatrica appartenenti alle aree già individuate con la Deliberazione di Giunta Regionale n.68/2007;
- 5) di stabilire che le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliero – Universitarie, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici del SSR provvedano a porre in essere ogni intervento di miglioramento organizzativo, nell'ambito di quanto previsto dalle norme, disposizioni, direttive, linee guida nazionali e regionali, volto ad incrementare immediatamente la disponibilità e l'offerta di prestazioni prenotabili ed erogabili ai cittadini con particolare riferimento alle patologie oncologiche, cardiovascolari, materno infantile e geriatrica appartenenti alle aree già individuate con la Deliberazione di Giunta Regionale n.68/2007;
- 6) di stabilire che le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliero – Universitarie, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici e le strutture private accreditate del Servizio Sanitario Regionale devono assicurare il potenziamento dei servizi e dei sistemi, anche automatici, di recall delle prestazioni prenotate;
- 7) di stabilire che le Aziende Sanitarie Locali rispettino le procedure operative ed adeguino i sistemi informativi aziendali (in particolare di gestione dei CUP) per la valorizzazione obbligatoria dei campi previsti nei flussi ex art. 50 D.L.269/2003, convertito in legge con modificazioni dalla L.n. 326/2003, per il monitoraggio dei tempi di attesa

- come da circolare dell'Area Politiche per la Promozione della Salute, delle Persone e della Pari Opportunità – Servizio PGS prot.AOO\_081/4317/PGS2 del 01/10/2010 e che provvedano a diramare la suddetta circolare alle strutture private accreditate e di verificarne l'applicazione;
- 8) di stabilire che le Aziende Ospedaliero – Universitarie, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici e privati e gli Enti Ecclesiastici del SSR adeguino le proprie procedure operative ed i sistemi informativi aziendali (in particolare di gestione dei CUP) per la valorizzazione obbligatoria dei campi previsti nei flussi ex art. 50 D.L.269/2003, convertito in legge con modificazioni dalla L.n. 326/2003, secondo le ulteriori disposizioni operative che saranno fornite dal competente Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria;
  - 9) di stabilire che, ai sensi dell'art. 3 comma 15 del D. lgs 124 del 29/04/1998 ed al fine di ridurre i tempi di attesa, per le nuove prenotazioni non disdette almeno 48 ore prima della data fissata dai cittadini mediante i diversi canali di comunicazione verso il sistemi CUP aziendali si dovrà applicare una penale equivalente al ticket previsto per quella prestazione;
  - 10) di stabilire che le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliero – Universitarie, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e le strutture private accreditate, i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta del Servizio Sanitario Regionale forniscano mediante idonee e tempestive forme di comunicazione, anche coinvolgendo le associazioni di rappresentanza e tutela dei cittadini, le organizzazioni sindacali, tutte le informazioni necessarie circa i contenuti del presente provvedimento ed i suoi effetti;
  - 11) di stabilire che l'Assessorato alle Politiche della Salute e l'Ares congiuntamente al Servizio Comunicazione Istituzionale, all'Ufficio Stampa della Regione Puglia ed al Call Center Informativo Regionale Sanitario assicurino idonee forme di comunicazione ai cittadini;
  - 12) di stabilire che il Coordinamento regionale di cui alla D.G.R. n.854/2010, da insediarsi entro 10 giorni, effettui la verifica ed il monitoraggio dell'attuazione delle disposizioni di cui al presente provvedimento nonché circa il rispetto delle linee guida e degli standard di cui alla D.G.R. n.854/2010 segnalando le eventuali difformità affinché siano assunte le determinazioni conseguenti.

L'Allegato A, al fine di assicurare ai cittadini l'accesso in via prioritaria ed eventualmente esclusiva alle prestazioni relative alle patologie oncologiche, cardiovascolari, materno infantile e geriatrica appartenenti alle aree già individuate con la Deliberazione di Giunta Regionale n.68/2007, ha disposto che le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliero – Universitarie, gli I.R.C.C.S. e le strutture private accreditate con il Servizio Sanitario della Regione Puglia, per le rispettive competenze e per quanto di pertinenza, devono procedere come segue.

- 1) riclassificare immediatamente, per le branche su cui impattano le prestazioni relative alle patologie oncologiche, cardiovascolari, materno infantile e geriatrica da assicurare entro tempi massimi, tutte le agende di prenotazione per assicurare che l'erogazione delle prestazioni avvenga tassativamente entro i tempi fissati rinviando le prestazioni non prioritarie a partire dall'1/1/2011:
  - a. per le agende di prestazioni "miste" (prestazioni in tabella e non) di specialisti impattati dalle prestazioni previste nella tabella occorre sospendere le prenotazioni sino al 31.12.2010 delle prestazioni non prioritarie e riservare tutta la potenzialità erogativa alle prestazioni prioritarie di cui alla tabella;
  - b. per le agende di prestazioni "non in tabella" di specialisti impattati dalle prestazioni previste nella tabella occorre sospendere le prenotazioni sino al 31.12.2010 di queste agende e re-indirizzare tutta la potenzialità erogativa (in termini di risorse temporali ed umane) sulle agende di prestazioni prioritarie di cui alla tabella;
  - c. per le agende di specialisti impattati da tutte le discipline previste in tabella e con agenda già satura fino al 31.12.2010 si deve prevedere l'overbooking;
- 2) assicurare che i cittadini forniscano sempre i dati prelevati dalla Tessera Sanitaria all'atto della prenotazione e/o della eventuale disdetta;
- 3) assicurare che, da parte delle strutture private accreditate, l'erogazione delle prestazioni debba avvenire nell'ambito della compatibilità economica e dei budget ancora disponibili per l'anno 2010 per le attività ambulatoriali e di ricovero per acuti in regime di accreditamento e di accordo contrattuale, relative, in via prioritaria ed eventualmente esclusiva, alle patologie oncologiche, cardiovascolari, materno infantile e geriatrica, di cui alla sotto riportata tabella;
- 4) garantire che tutta l'offerta di prestazioni erogate sia gestita unicamente attraverso il sistema CUP aziendale e che, per le ASL, tale sistema debba gestire tassativamente ed inderogabilmente l'offerta delle strutture private accreditate, di cui ai rispettivi Accordi Contrattuali; in assenza, le ASL non possono dar luogo alle liquidazioni delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie private accreditate;
- 5) dare indicazioni ai soggetti interessati affinché le prescrizioni di prestazioni ambulatoriali indichino tassativamente ed esplicitamente il sospetto diagnostico ovvero la condizione per la quale viene richiesta la garanzia del diritto prioritario, relativamente alle patologie oncologiche, cardiovascolari, materno infantile e geriatrica, di cui alla sotto riportata tabella; a tal fine, i prescrittori segnalano la prestazione inserendo il codice "G" nel campo 16 della ricetta prescrizione come indicato dalla DGR n.68/2007; le richieste che non contengono l'indicazione della lettera "U" o del codice "G" saranno considerate non prioritarie;
- 6) assicurare la gestione delle disdette di prenotazione che devono essere comunicate dai cittadini almeno 48 ore prima della data fissata ed essere immediatamente rese disponibili per altre persone; in caso di annullamento entro i

termini, deve essere comunicato al cittadino il numero di disdetta che deve essere conservato dai cittadini per almeno 6 mesi, a garanzia del cittadino rispetto ad eventuali ingiustificate rivalse;

- 7) garantire forme facilitate ed accessibili dai cittadini (sportello, call center, e-mail, servizi web, sms, ecc...) per effettuare le disdette di prenotazione;
- 8) potenziare i servizi ed i sistemi anche automatici di recall delle prestazioni prenotate;
- 9) nei casi di mancata disdetta entro le 48 ore, richiedere ai cittadini, anche in possesso di esenzione, il pagamento di una penale equivalente al ticket previsto per quella prestazione;
- 10) rispettare le procedure operative ed adeguare i sistemi informativi aziendali (in particolare di gestione dei CUP) per la valorizzazione obbligatoria dei campi previsti dal MEF per il monitoraggio dei tempi di attesa come da circolare del Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria prot.AOO\_081/4317/PGS2 del 01/10/2010 diramata alle Aziende Sanitarie Locali, e per il tramite di quest'ultime alle strutture private accreditate, e secondo le ulteriori disposizioni operative che saranno fornite dal competente Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria alle Aziende Ospedaliere – Universitarie, agli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici e privati ed agli Enti Ecclesiastici del SSR.

Sono state, altresì, confermate le disposizioni previste dall'art. 1 comma 4 lett. d) della legge 3 agosto 2007 n. 120 relativamente alla garanzia dell'erogazione delle prestazioni urgenti differibili (codice U della ricetta prescrizione) da erogare, entro le 72 ore dalla richiesta, nell'ambito dell'attività ambulatoriale istituzionale delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliere – Universitarie e degli I.R.C.C.S..

Va, peraltro, evidenziato che con nota AOO\_081/4317/PGS2 del 01/10/2010 il Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria ha fornito indicazioni alle Aziende Sanitarie Locali per la valorizzazione dei campi "Tipo di Accesso", "Garanzia dei Tempi Massimi" e "Classe di Priorità", necessari per il monitoraggio dei tempi di attesa, previsti nel flusso ex art.50 D.L.269/2003, convertito in legge con modificazioni dalla L.n. 326/2003, e dal Decreto Ministeriale del 18/03/2010 del Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Con la nota AOO\_081/337/PGS2 del 24/01/2011, l'Ufficio 2 – Sistemi Informativi e Flussi Informativi del Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria ha trasmesso alle Aziende Sanitarie Locali le Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi d'attesa, come da Accordo Stato-Regioni sul PNGLA stipulato il 28.10.2010, notificato dal Ministero della Salute con nota DGPROG 0042754-P-30/12/2010. A tale invio, ha fatto seguito la nota AOO\_081/504/PGS2 del 03/02/2011, sempre a cura dell'Ufficio 2 – Sistemi Informativi e Flussi Informativi del Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria, con la quale sono state emanate specifiche indicazioni per quanto riguarda la codifica delle strutture eroganti le prestazioni da monitorare.

Nel periodo successivo all'adozione della DGR 2268/2010 si sono svolti periodici incontri sia del gruppo di coordinamento regionale sia della rete dei referenti aziendali per:

- Chiarire eventuali dubbi o difficoltà applicative della DGR 2268/2010
- Verifica della scheda CUP, già inviata alle AS in relazione alla DGR 854/2010, anche in considerazione della attuazione delle indicazioni operative previste per l'ALPI e delle specifiche previste dalla DGR 1494/2009 (vedi anche punto successivo)
- Gestione dei CUP nella fase transitoria (DGR 2268) ed a regime (inclusione delle agende dei soggetti accreditati ex DGR 1494/2009), anche alla luce dell'accesso per priorità (quote da destinare a ciascuna fascia temporale)
- Definizione di una metodologia/procedura per il monitoraggio della spesa in rapporto agli accordi contrattuali (tracciato record che includa spesa e tipologia di prestazioni erogate). Al proposito va valutata la questione del monitoraggio della spesa per laboratori per i quali gli utenti sinora hanno avuto accesso libero (inserirli nelle agende CUP?)
- Diverse tipologie di monitoraggio previste dal PNGTA (previsione dei tracciati record) e modalità di pubblicizzazione dei dati
- Allineamento dei flussi rispetto ai punti precedenti (incluso il problema delle strutture individuate dalle ASL per la garanzia dei TA)

In ultimo, si segnala la formulazione, a cura dell'AReS, di un documento di proposta diffuso ai soggetti interessati dell'Assessorato e delle Aziende sanitarie, per la definizione del secondo Piano regionale di governo delle liste d'attesa, di cui al punto 9 dell'Intesa Stato-Regioni sul PNGLA 2010-2012, con l'obiettivo di superare l'impostazione del precedente Piano, che era basato sulla garanzia di Tmax per aree patologiche, ed avviare l'adeguamento al nuovo, che prevede l'uso sistematico delle priorità per l'accesso alle prestazioni secondo tempi d'attesa differenziati, congrui con le problematiche cliniche degli utenti a prescindere dall'area patologica di appartenenza.

In materia di comunicazione ed informazione ai cittadini in sanità, la Giunta Regionale con D.G.R.1101 del 16.5.2011 stabilisce che tutte le Aziende ed Istituti pubblici del SSR sono tenuti all'attuazione di quanto previsto dai documenti "Linee Guida per i siti web delle Aziende ed Istituti Pubblici del Servizio Sanitario Regionale e per l'utilizzo della posta elettronica certificata", allegato sub A) e "Linee guida attuative del Sistema Integrato di Comunicazione e Informazione in Sanità", allegato sub B) che costituiscono parte integrante e sostanziale della delibera e che tale attuazione rappresenta obbligo informativo ai sensi dell'art.39 della L.R. n.4/2010 ed obiettivo posto a carico dei Direttori Generali delle Aziende ed Istituti pubblici del SSR.

In particolare l'allegato sub A alla delibera: "Linee Guida per i siti web delle Aziende ed Istituti Pubblici del Servizio Sanitario Regionale e per l'utilizzo della posta elettronica certificata" definisce le linee di indirizzo per la

razionalizzazione, la riduzione dei siti web delle Aziende ed Istituti pubblici del Servizio Sanitario Regionale (SSR) in coerenza con quanto previsto dalla Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione n.8 del 26.11.2009 e dalle Linee Guida per i siti web della PA del 26.07.2010 previste dall'art.4 della medesima Direttiva.

Il percorso è volto alla riduzione e progressivo assorbimento dei siti web delle Aziende Sanitarie ed Istituti pubblici del SSR da parte del Portale Regionale della Salute di cui alla DGR. n.2005/2006 ed alla DGR. n.1079/2008.

A tal fine viene indicato che "Il Portale Regionale della Salute implementa specifiche e separate sezioni destinate ad ospitare servizi e comunicazioni istituzionali di ciascuna Azienda ed Istituto pubblico del Servizio Sanitario Regionale. Tali sezioni sono finalizzate a far convergere su un'unica piattaforma i contenuti, le informazioni, i servizi e la comunicazione istituzionale da parte del Servizio Sanitario Regionale al fine, anche, di mantenere una coerenza complessiva, una omogeneità generale nella comunicazione ed offerta di servizi ai cittadini.

Il processo di razionalizzazione e ottimizzazione dei siti web della PA introdotto dalle già citate Linee Guida nazionali deve essere raccolto nell'ottica della razionalizzazione dei costi complessivi a carico delle Aziende ed Istituti pubblici del SSR (es. gestione e manutenzione di più siti istituzionali e dei relativi servizi, ecc.), del potenziamento e della qualificazione della comunicazione istituzionale e dei servizi *on line* offerti ai cittadini nonché della valorizzazione del ruolo dei responsabili della comunicazione e della pubblicazione dei contenuti come previsto dalla Legge n.150/2000. Il mantenimento dei siti web istituzionali distinti e separati da parte di ciascuna Azienda Sanitaria ed Istituto pubblico del SSR deve, quindi, essere adeguatamente motivato sia sotto il profilo economico che da oggettive ragioni di tipo tecnico-organizzativo e deve considerarsi un'eccezione. In tal caso, ciascuna Amministrazione deve comunque assicurare la non sovrapposizione e ridondanza di contenuti e di servizi presenti sul sito istituzionale rispetto a quelli previsti dal progetto di Portale Regionale della Salute".

L'allegato sub B) "Linee guida del Sistema Integrato di Comunicazione ed Informazione in Sanità" definisce ruoli, funzioni e responsabilità delle commissioni individuate nel documento di indirizzo sul Sistema Integrato di Comunicazione e Informazione in Sanità, approvato con Delibera di Giunta Regionale 25 giugno 2008, n.1079, con riferimento sia a livello regionale sia a quello aziendale, nonché le modalità di interazione tra gli stessi.

#### Attività di monitoraggio:

Nel corso del 2010 sono stati assicurati i monitoraggi previsti dal Piano nazionale, sia per l'attività istituzionale che per l'ALPI.

Si segnala che la Puglia ha contribuito, in un gruppo di lavoro ristretto presso il Ministero della salute e l'AGeNaS, alla definizione della metodologia per il monitoraggio dei tempi d'attesa dei Percorsi diagnostico terapeutici complessi, sia in area oncologica (in particolare il Ca della mammella) che cardiovascolare (in particolare il By pass aorto-coronarico). Il documento metodologico è stato poi recepito e diffuso a tutte le Regioni per assicurare una delle attività di monitoraggio previste dall'Intesa Stato-Regioni sul PNGLA 2010-2012.

#### **Il Dirigente del Servizio P.A.O.S. dell'Assessorato alle Politiche della Salute**

**Sig.ra Silvia Papini**



#### **Il Direttore dell'Area Accreditamento, Qualità e Ricerca dell'Agenzia Regionale Sanitaria**

**Dr. Ambrogio Aquilino**

