



Servizio Sanitario Regionale Basilicata
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

NUMERO 2019/00452

DEL 27/06/2019

Collegio Sindacale il 27/06/2019

OGGETTO

PNGLA 2019-2021. Presa d'atto delle attività poste in essere dalla ASP; Ulteriori misure finalizzate al contenimento delle liste di attesa : Integrazione della Task Force Aziendale con MMMMG; Approvazione dei tempi massimi di erogazione delle prestazioni specialistiche e di diagnostica per immagini; Approvazione protocollo per la appropriatezza prescrittiva; Mandato ai Direttori di Distretto della Salute per la effettuazione di audit con MMMMG e con Specialisti prescrittivi.

Struttura Proponente

U.S.I.B. - Lauria

Documenti integranti il provvedimento:

Descrizione Allegato	Pagg.	Descrizione Allegato	Pagg.
protocollo appropriatezza prescrittiva	14		

Uffici a cui notificare

Area delle Cure Primarie - (LAG)	Area delle Cure Primarie - (PZ)
Budget e Controllo di Gestione	Diagnostica per Immagini
Direzione Sanitaria	Gestione Strutture Private Accreditate e Convenzionate - Ex. Art.26
U.S.I.B. - Lauria	U.S.I.B. - Senise
U.S.I.B. - Melfi	U.S.I.B. - Venosa
U.S.I.B. Potenza	U.S.I.B. Villa D'Agri

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

La presente è stata pubblicata ai sensi dell'Art.32 della L.69/2009 all'Albo Pretorio on-line in data **27/06/2019**

La presente diviene eseguibile ai sensi dell'art.44 della L.R. n.39/2001 e ss.mm.ii

Immediatamente

Dopo 5 gg dalla pubblicazione all'Albo

Ad avvenuta approvazione regionale

l'Istruttore, Dott. Massimo De Fino, relaziona quanto segue:

Richiamati:

- la DGR n. 1189/2011, di approvazione del Piano Attuativo Regionale per il contenimento delle liste di attesa per il triennio 2010-2012;
- la DGR n. 15/2012, di approvazione del Disciplinare tecnico sulle modalità di accesso alle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali, ex art. 25 della Legge n. 833/78;
- il Regolamento aziendale di gestione delle agende di attività specialistica ambulatoriale, adottato con Deliberazione n. 1196 del 10.12.2009 ed aggiornato con i contenuti della DGR n.15/2012, relativo alla gestione delle agende e delle modalità prescrittive delle prestazioni di specialistica ambulatoriale da parte dei Medici di medicina generale e degli altri medici specialisti ospedalieri, territoriali ed ambulatoriali;
- il DPCM del 12.1.2017 di "Definizione ed aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all'art. 1, comma 7, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", pubblicato nella GU n. 65 del 18.03.2017;
- La DGR 1178 del 16.11.2018, di istituzione dell'Osservatorio Regionale dei tempi di attesa, di cui all'art. 4 della Legge regionale n. 11 del 29.6.2018, alle cui attività la ASP partecipa con propri rappresentanti;
- l'intesa del 21.02.2019, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della Legge 05.06.2003, n. 131, tra il Governo, Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021, di cui all'art. 1, comma 280, della Legge 23.12.2005, n. 266 (cfr. 4.10/2018/98/CSR);
- la DGR n. 271 del 04.04.2019, avente ad oggetto "Intesa del 21.2.2019 ai sensi dell'art. 8, comma 6 della Legge 05.06.2003, n. 131 tra il Governo, Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021, di cui all'art. 1, comma 280, della Legge 23.12.2005, n. 266 – Recepimento”;

Premesso che,

- in coerenza con il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2012 (nel seguito, PNGLA), questa Azienda, nell'alveo di un percorso di mutua collaborazione tra le componenti mediche, sanitarie ed amministrative dell'Azienda medesima, ha programmato - e in parte già realizzato - una pluralità di interventi che, in maniera strutturale, concorreranno a rimodulare le dinamiche presupposte alla domanda e all'offerta di prestazioni sanitarie e a garantire un appropriato e tempestivo accesso dei cittadini ai servizi sanitari regionali;
- i predetti interventi muovono prioritariamente dall'obiettivo di addivenire ad una significativa riduzione dei tempi di attesa relativi alle prestazioni erogate dalla scrivente Azienda (in parte già conseguiti attraverso iniziative ad hoc) e, più in generale, delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale ed ospedaliera;

Ritenuto che,

- per le finalità di cui sopra, sia necessario incidere, secondo un modello di coinvolgimento partecipativo dei medici prescrittori (MMG, PLS e Specialisti) e dei soggetti erogatori, sulle

modalità di governo della domanda di prestazioni sanitarie, di offerta delle medesime nonché sul sistema di prenotazione CUP e sul conseguente dimensionamento delle Agende;

Considerato che

- al fine di assicurare la massima integrazione nel raggiungimento degli obiettivi regionali relativi alla gestione delle liste di attesa delle prestazioni ospedaliere e delle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali, nonché alla riduzione della migrazione ospedaliera extraregionale, le Aziende Sanitarie del SSR di Basilicata hanno proceduto alla stesura e alla condivisione di specifici accordi interaziendali, individuando le pertinenti azioni ed il relativo cronoprogramma per il triennio 2019-2021, di cui questa Azienda ha preso con DDG n. 206 del 19.03.2019:
- con DDG n. 330 del 03.05.2019, al fine di implementare un sistema di monitoraggio sui tempi di attesa e sulla coerenza degli stessi rispetto a quelli massimi stabiliti dalla normativa vigente, nonché sulle attività previste per la riduzione della mobilità passiva ospedaliera, l'ASP ha proceduto alla individuazione di alcuni referenti aziendali, parte della task force interaziendale, per la verifica sullo stato di attuazione delle azioni rinvenienti dal menzionato accordo;

Ravvisata la necessità di uniformare l'intero processo di offerta prestazionale relativo alle attività istituzionali delle strutture aziendali, ai centri esterni accreditati e contrattualizzati nell'ambito del budget annuo assegnato nonché all'attività libero professionale degli specialisti dipendenti;

Rilevato che le attività libero professionali rese in regime intramurario da personale medico dell'ASP hanno formato oggetto di costante monitoraggio da parte della Direzione Strategica aziendale, sicché le stesse, allo stato rese in misura del tutto marginale rispetto al complesso delle prestazioni erogate dall'Azienda e dagli specialisti medesimi in regime istituzionale, in nessun caso concretano l'ipotesi di "superamento del rapporto tra l'attività libero professione e istituzionale sulle prestazioni erogate" (che il PNGLA presuppone al "blocco dell'attività libero professionale, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate");

Tenuto conto

- che, a seguito della Deliberazione sopra citata, la Direzione Strategica dell'ASP ha proceduto alla costituzione di un tavolo permanente, partecipato dalla predetta Direzione, dai referenti aziendali in materia di PNGLA e dal Management dei Distretti della Salute e di Assistenza Primaria, integrato di volta in volta con gli attori rientranti nei processi di gestione e monitoraggio dei tempi di attesa;
- che il percorso sinora attuato ha portato alla stesura ed approvazione, con Deliberazione n. 386 del 22.05.2019, di un regolamento interno disciplinante le procedure relative alle sospensioni non programmabili;
- che, nelle more del perfezionamento dei processi di cui alla presente Deliberazione, sono stati adottati provvedimenti specifici per il governo della domanda prestazionale:
 - a) con nota prot. n. 49448 del 07.05.2019 indirizzata al Dipartimento Politiche della Persona, l'ASP ha formulato richiesta di modifica del software di gestione CUP (secondo le modalità appresso riportate), al fine di rimodulare il meccanismo di

monitoraggio, controllo e rivisitazione delle agende specialistiche e migliorare l'appropriatezza delle prestazioni. Nello specifico:

- Richiamata e/o ricontatto dell'utente: il PNGLA promuove il "governo del fenomeno della "prestazione non eseguita per mancata presentazione dell'utente, potenziando i servizi telefonici di richiamata – recall e quelli telematici di modifica e disdetta di una prenotazione; pertanto si è proceduto alla attivazione di servizi telematici e telefonici di richiamata e/o di ricontatto degli utenti, per la conferma e/o disdetta delle prestazioni prenotate (una recente verifica relativa al 2018 ha palesato la presenza di una percentuale di prestazioni non eseguite pari a circa il 25% di quelle complessivamente prenotate);
 - Visualizzazione prestazioni pregresse: visualizzazione, in automatico, di una maschera contenente le prenotazioni pregresse del paziente e l'elenco delle prestazioni effettuate nel corso degli ultimi due anni, sì da garantire appropriatezza e congruità nella prenotazione dei primi accessi;
 - Rinuncia prima disponibilità: il PNGLA dispone che "ai fini di distinguere le situazioni di oggettiva difficoltà di accesso da quelle determinate dalla scelta discrezionale dell'utente di rivolgersi ad altra struttura sanitaria o di richiedere la prestazione in altra data successiva alla prima proposta, appare opportuno che i sistemi di prenotazione CUP prevedano la possibilità di registrare l'avvenuta scelta e distinguere questa situazione dall'effettiva capacità di offerta". Pertanto si è provveduto alla modifica della maschera "Garanzia dei tempi massimi" per codificare l'eventuale motivo di rinuncia, da parte dell'utente, alla prima data utile ed il conseguente (improprio) allungamento del tempo di attesa relativo alla prestazione richiesta: a) volontà del paziente; b) distanza eccessiva; c) impegni personali; d) altro;
 - Recapito telefonico in anagrafica: a) acquisizione del recapito telefonico in anagrafica del paziente ex novo, sì da circoscrivere i casi di irreperibilità dello stesso; b) attivazione di servizi telematici e telefonici di richiamata agli utenti in attesa.
- b) Su richiesta della Direzione Strategica dell'ASP e nelle more delle determinazioni ut sopra richieste al Dipartimento regionale della Salute, la società affidataria del servizio di gestione CUP e Ticket sta procedendo all'implementazione di ulteriori servizi, utili all'efficientamento del sistema (con nota prot. n. 55678 del 23.05.2019 la Direzione Strategica ha invitato i Direttori di Distretto ad rendere edotti gli operatori CUP aziendali su quanto appresso):
- Operatore Virtuale (prossimo al completamento): il sistema prevede l'inoltro di richiesta di conferma della prenotazione effettuata e, nel caso di disdetta della stessa, la tempestiva riapertura delle Agende presenti all'interno del sistema Cup. Con la digitazione del Codice Fiscale associato alla propria utenza telefonica, il paziente può, altresì, conoscere e gestire le prenotazioni attive a suo nome;
 - Cruscotti direzionali (in corso di completamento): il servizio, di prioritario interesse della Direzione Strategica e dei Direttori di Distretto, fornisce dati in tempo reale sui tempi di attesa per le visite ambulatoriali;
 - Finestre disponibilità (completato): l'operatore CUP, all'atto della prenotazione, può visionare l'elenco delle disponibilità relative a tutte le strutture aziendali, in luogo delle Agende relative allo sola struttura di afferenza;
 - Recall telefonico (completato): per il tramite degli operatori del Cup aziendale, l'ASP ha attivato il servizio di richiamata per la conferma della visita prenotata.

Dato atto che, nell'ambito del governo dell'offerta, al fine di garantire una efficiente ed appropriata attività ambulatoriale, omogenea sia in ambito istituzionale che nel privato accreditato e nell'ALPI, si rende necessario revisionare:

- la codifica delle prestazioni, da aggiornare sulla base di quanto previsto dal nomenclatore tariffario;
- le tabelle RAO, da conformare alle prescrizioni dell'Agenas;
- le modalità prescrittive nella parte in cui la normativa più recente pone in capo al MMG, in fase di prescrizione del primo accesso, l'obbligo di indicare il quesito diagnostico, che specifica il bisogno di salute motivante la richiesta e "deve essere riferito all'insieme di prestazioni che confluiscono in una stessa ricetta" (v. PNGLA), e il codice di priorità RAO;
- le modalità prescrittive di ulteriori approfondimenti diagnostici a cura dello specialista che prende in carico l'utente, salva l'ipotesi in cui il MMG prescriva direttamente la prestazione strumentale che si renda necessaria durante il decorso clinico del proprio assistito;
- le modalità di prenotazione delle visite di controllo, da fissare in agende specifiche a cura del medico specialista e non del medico di medicina generale (in coerenza con il PNGLA, a mente del quale "le prestazioni successive al primo accesso devono essere prescritte dal professionista che ha preso in carico il paziente senza che questi sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione. A tal fine le Aziende devono prevedere idonee modalità per far sì che le prestazioni successive al primo accesso siano prenotate, se non diversamente richiesto dal paziente, contestualmente alla produzione della prescrizione da parte del medico specialista della struttura");
- le modalità di attivazione di consulti brevi, consulti o colloqui con l'utente abbinabile di verifiche di esami e/o monitoraggio terapeutico e/o di colloqui via e-mail con il MMG curante;
- i tempi relativi alle attività intramurarie e istituzionali, da uniformare al fine di rendere sovrapponibili le performances, in termini qualitativi e quantitativi, delle prestazioni specialistiche rese in ALPI e in regime ordinario;
- il tempario delle prestazioni, con individuazione, alla luce di quanto previsto dalle Evidenze scientifiche, da linee guida, dalle esperienze degli specialisti, i valori massimi di seguito riportati, da assumere a riferimento unitario, per quanto testé detto, per le prestazioni rese in regime istituzionale ed in ALPI:
 - per prima visita: tempo massimo 20 minuti;
 - per visita di controllo: tempo massimo 15 minuti;
 - per esame strumentale con visita: tempo massimo 30 minuti;
 - per esame strumentale senza visita: tempo massimo 20 minuti;
- il tempario delle prestazioni di diagnostica per immagini:
 - esame di radiologia convenzionale senza mezzo di contrasto: tempo massimo 15 minuti;
 - esame di radiologia con mezzo di contrasto stomaco e duodeno: tempo massimo 30 minuti;
 - esame di radiologia con mezzo di contrasto digerente completo e clisma: tempo massimo 60 minuti;
 - esame di radiologia con mezzo di contrasto app. urinario: tempo massimo 30 minuti;
 - esame ecografico: tempo massimo 20 minuti;
 - esame mammografico: tempo massimo 15 minuti;

- esame mammografico ed ecografico: tempo massimo 30 minuti;
 - densitometria ossea: tempo massimo 20 minuti;
 - risonanza magnetica per segmento senza mezzo di contrasto: tempo massimo 30 minuti;
 - risonanza magnetica per segmento con mezzo di contrasto: tempo massimo 45 minuti
 - TAC senza mezzo di contrasto: tempo massimo 20 minuti;
 - TAC con mezzo di contrasto: tempo massimo 30 minuti.
- I criteri di costruzione delle Agende, perché tengano conto dei tempi massimi sopra indicati, con possibilità di deroga al predetti nel caso in cui:
 - i Direttori di Distretto ritengano di poter individuare tempi minori di erogazione delle prestazioni;
 - le prestazioni libero professionali intramurarie presentino tempistiche più contenute rispetto alle attività rese in regime istituzionale (il dato deve essere disaggregato a livello di singolo specialista). In tale ipotesi i tempi più stringenti, perché possano preservare la loro validità ai fini della gestione delle attività in ALPI, dovranno essere assunti a riferimento per le corrispondenti prestazioni in ambito istituzionale;

Ravvisata la necessità, per quanto sopra, di integrare la task force aziendale con ulteriori figure professionali in base alla specificità delle attività da attuare;

Considerato che le prestazioni di specialistica ambulatoriale sono erogate dall'Azienda al fine di garantire i Livelli Essenziali di Assistenza e offrire all'utenza un servizio adeguato alle necessità;

Tenuto conto che la numerosità dell'offerta, intesa come complesso delle Agende ambulatoriali, e la sua diffusione in plurimi punti di erogazione necessitano di una modalità omogenea di gestione delle Agende medesime;

Ravvisata l'esigenza di realizzare attività dirette al governo dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e di uniformare le modalità operative di prescrizione, prenotazione e erogazione delle stesse in tutto il territorio provinciale ed in particolare di:

- standardizzare le Agende prenotabili, inserendo le prestazioni elencate nel PNGLA recepito dalla Regione Basilicata con DGR n. 271/2019;
- fissare dei tempi massimi di erogazione delle prestazioni, con la riferita possibilità dei Direttori di Distretto di concordare con gli specialisti ambulatoriali tempi più celeri per garantire un maggiore accesso di pazienti;
- rispettare la normativa vigente in tema di dematerializzazione delle prescrizioni di prestazioni, che pone obblighi inderogabili in capo ai medici di medicina generale, ai medici specialisti ambulatoriali e ai medici territoriali;
- applicare le disposizioni di cui alla presente Deliberazione anche ai Centri Esterni Accreditati e contrattualizzati con la ASP, nonché alle attività specialistica in intramoenia;

Ravvisata la necessità

- a seguito di quanto deciso nella seduta del Comitato Aziendale per la Assistenza Primaria in data 20.6.2019, di dover integrare il Gruppo aziendale di lavoro in materia di liste d'attesa con i seguenti rappresentanti della Medicina Generale:

- FIMMG: dr. Ambrogio Carpentieri, sostituto dr. Egidio Giordano;
 - CGIL: dr.ssa Maria Teresa Bochicchio, sostituta dr.ssa Stefania Lamanna;
 - CISL: dr.ssa Migla Russo;
 - SNAMI: dr. Costantino Quagliata;
- che di volta in volta detto Gruppo venga integrato con gli specialisti interessati e di riferimento della specialità oggetto di organizzazione e monitoraggio, come previsto dal PNGLA;
 - che le attività previste saranno finalizzate alla analisi dei profili prescrittivi di specialistica, anche attraverso specifici audit tra il Direttore del Distretto della Salute ed il MMG interessato al profilo prescrittivo, sulla base di criteri di appropriatezza sia quantitativi che qualitativi (al riguardo, il PNGLA richiede alle Aziende la introduzione di “sistemi di monitoraggio dei volumi di prescrizione per tipologia di prestazione che tengano conto delle caratteristiche epidemiologiche della popolazione assistita, con l’obiettivo di generare cruscotti di monitoraggio aziendali che consentano, attraverso un benchmark interno, di orientare in modo virtuoso i comportamenti prescrittivi”);
 - che siano, altresì, previsti incontri con gli specialisti distrettuali ed ambulatoriali per migliorare la performance organizzativa ed il governo dell’offerta, partendo dalle specialità più critiche e da quelle monitorate a livello ministeriale;
 - che, al fine di rispondere alla necessità di una migliore appropriatezza prescrittiva, siano elaborate modalità di presa in carico del paziente cronico anche attraverso la elaborazione di specifici PDTA che tengano conto delle disposizioni del Piano Nazionale della Cronicità;

Ritenuto di prendere atto del protocollo per la appropriatezza prescrittiva (contenente indicazioni per la corretta compilazione della prescrizione di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale) prodotto dalla task force aziendale e che, allegato alla presente Deliberazione, ne costituisce parte integrante e sostanziale;

Dato atto che la formulazione della proposta di un atto deliberativo impegna la responsabilità del soggetto proponente in ordine alla regolarità amministrativa e legittimità del contenuto della stessa;

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

Di richiamare la narrativa della deliberazione nella sua sezione dispositiva;

Di prendere atto delle attività già in poste in essere da questa Azienda in risposta alle direttive nazionali, regionali ed in ottemperanza a quanto previsto nell’Accordo Interaziendale per il governo delle liste di attesa delle prestazioni ospedaliere e delle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali, di cui alla DDG n. 206 del 19/03/2019, così riassunte:

- la Direzione Strategica dell’ASP ha proceduto alla costituzione di un tavolo permanente, partecipato dalla predetta Direzione, dai referenti aziendali in materia di PNGLA e dal Management dei Distretti della Salute e di Assistenza Primaria, integrato di volta in volta con gli attori rientranti nei processi di gestione e monitoraggio dei tempi di attesa;
- che il percorso sinora attuato ha portato alla stesura ed approvazione, con Deliberazione n. 386 del 22.05.2019, di un regolamento interno disciplinante le procedure relative alle sospensioni non programmabili;
- che, nelle more del perfezionamento dei processi di cui alla presente Deliberazione, sono stati adottati provvedimenti specifici per il governo della domanda prestazionale;

- a. con nota prot. n. 49448 del 07.05.2019 indirizzata al Dipartimento Politiche della Persona, l'ASP ha formulato richiesta di modifica del software di gestione CUP (secondo le modalità appresso riportate), al fine di rimodulare il meccanismo di monitoraggio, controllo e rivisitazione delle agende specialistiche e migliorare l'appropriatezza delle prestazioni. Nello specifico:
- Richiamata e/o ricontatto dell'utente: il PNGLA promuove il "governo del fenomeno della "prestazione non eseguita per mancata presentazione dell'utente, potenziando i servizi telefonici di richiamata – recall e quelli telematici di modifica e disdetta di una prenotazione; pertanto si è proceduto alla attivazione di servizi telematici e telefonici di richiamata e/o di ricontatto degli utenti, per la conferma e/o disdetta delle prestazioni prenotate (una recente verifica relativa al 2018 ha palesato la presenza di una percentuale di prestazioni non eseguite pari a circa il 25% di quelle complessivamente prenotate);
 - Visualizzazione prestazioni pregresse: visualizzazione, in automatico, di una maschera contenente le prenotazioni pregresse del paziente e l'elenco delle prestazioni effettuate nel corso degli ultimi due anni, sì da garantire appropriatezza e congruità nella prenotazione dei primi accessi;
 - Rinuncia prima disponibilità: il PNGLA dispone che "ai fini di distinguere le situazioni di oggettiva difficoltà di accesso da quelle determinate dalla scelta discrezionale dell'utente di rivolgersi ad altra struttura sanitaria o di richiedere la prestazione in altra data successiva alla prima proposta, appare opportuno che i sistemi di prenotazione CUP prevedano la possibilità di registrare l'avvenuta scelta e distinguere questa situazione dall'effettiva capacità di offerta". Pertanto si è provveduto alla modifica della maschera "Garanzia dei tempi massimi" per codificare l'eventuale motivo di rinuncia, da parte dell'utente, alla prima data utile ed il conseguente (improprio) allungamento del tempo di attesa relativo alla prestazione richiesta: a) volontà del paziente; b) distanza eccessiva; c) impegni personali; d) altro;
 - Recapito telefonico in anagrafica: a) acquisizione del recapito telefonico in anagrafica del paziente ex novo, sì da circoscrivere i casi di irreperibilità dello stesso; b) attivazione di servizi telematici e telefonici di richiamata agli utenti in attesa.
- b. Su richiesta della Direzione Strategica dell'ASP e nelle more delle determinazioni ut sopra richieste al Dipartimento regionale della Salute, la società affidataria del servizio di gestione CUP e Ticket sta procedendo all'implementazione di ulteriori servizi, utili all'efficientamento del sistema (con nota prot. n. 55678 del 23.05.2019 la Direzione Strategica ha invitato i Direttori di Distretto ad rendere edotti gli operatori CUP aziendali su quanto appresso):
- Operatore Virtuale (prossimo al completamento): il sistema prevede l'inoltro di richiesta di conferma della prenotazione effettuata e, nel caso di disdetta della stessa, la tempestiva riapertura delle Agende presenti all'interno del sistema Cup. Con la digitazione del Codice Fiscale associato alla propria utenza telefonica, il paziente può, altresì, conoscere e gestire le prenotazioni attive a suo nome;
 - Cruscotti direzionali (in corso di completamento): il servizio, di prioritario interesse della Direzione Strategica e dei Direttori di Distretto, fornisce dati in tempo reale sui tempi di attesa per le visite ambulatoriali;

- Finestre disponibilità (completato): l'operatore CUP, all'atto della prenotazione, può visionare l'elenco delle disponibilità relative a tutte le strutture aziendali, in luogo delle Agende relative allo sola struttura di appartenenza;
- Recall telefonico (completato): per il tramite degli operatori del Cup aziendale, l'ASP ha attivato il servizio di richiamata per la conferma della visita prenotata.

Di approvare:

- il tempario delle prestazioni, con individuazione, alla luce di quanto previsto dalle Evidenze scientifiche, da linee guida, dalle esperienze degli specialisti, i valori massimi di seguito riportati, da assumere a riferimento unitario per le prestazioni rese in regime istituzionale ed in ALPI:
 - per prima visita: tempo massimo 20 minuti;
 - per visita di controllo: tempo massimo 15 minuti;
 - per esame strumentale con visita: tempo massimo 30 minuti;
 - per esame strumentale senza visita: tempo massimo 20 minuti;
- il tempario delle prestazioni di diagnostica per immagini:
 - esame di radiologia convenzionale senza mezzo di contrasto: tempo massimo 15 minuti;
 - esame di radiologia con mezzo di contrasto stomaco e duodeno: tempo massimo 30 minuti;
 - esame di radiologia con mezzo di contrasto digerente completo e clisma: tempo massimo 60 minuti;
 - esame di radiologia con mezzo di contrasto app. urinario: tempo massimo 30 minuti;
 - esame ecografico: tempo massimo 20 minuti;
 - esame mammografico: tempo massimo 15 minuti;
 - esame mammografico ed ecografico: tempo massimo 30 minuti;
 - densitometria ossea: tempo massimo 20 minuti;
 - risonanza magnetica per segmento senza mezzo di contrasto: tempo massimo 30 minuti;
 - risonanza magnetica per segmento con mezzo di contrasto: tempo massimo 45 minuti;
 - TAC senza mezzo di contrasto: tempo massimo 20 minuti;
 - TAC con mezzo di contrasto: tempo massimo 30 minuti;

Di prevedere due possibili ipotesi di deroga ai tempari massimi sopra indicati:

- i Direttori di Distretto ritengano di poter individuare tempi minori di erogazione delle prestazioni;
- le prestazioni libero professionali intramurarie presentino tempistiche più contenute rispetto alle attività rese in regime istituzionale (il dato deve essere disaggregato a livello di singolo specialista). In tale ipotesi i tempari più stringenti, perché possano preservare la loro validità ai fini della gestione delle attività in ALPI, dovranno essere assunti a riferimento per le corrispondenti prestazioni in ambito istituzionale;

Di integrare, a seguito di quanto deciso nella seduta del Comitato Aziendale per la Assistenza Primaria in data 20.6.2019, il Gruppo aziendale di lavoro in materia di liste d'attesa con i seguenti rappresentanti della Medicina Generale:

- FIMMG: dr. Ambrogio Carpentieri, sostituto dr. Egidio Giordano;

- CGIL: dr.ssa Maria Teresa Bochicchio, sostituta dr.ssa Stefania Lamanna;
- CISL: dr.ssa Migla Russo;
- SNAMI: dr. Costantino Quagliata;

Di prevedere:

- che di volta in volta detto Gruppo venga integrato con gli specialisti interessati e di riferimento della specialità oggetto di organizzazione e monitoraggio, come previsto dal PNGLA;
- che le attività previste saranno finalizzate alla analisi dei profili prescrittivi di specialistica, anche attraverso specifici audit tra il Direttore del Distretto della Salute ed il MMG interessato al profilo prescrittivo, sulla base di criteri di appropriatezza sia quantitativi che qualitativi (al riguardo, il PNGLA richiede alle Aziende la introduzione di “sistemi di monitoraggio dei volumi di prescrizione per tipologia di prestazione che tengano conto delle caratteristiche epidemiologiche della popolazione assistita, con l’obiettivo di generare cruscotti di monitoraggio aziendali che consentano, attraverso un benchmark interno, di orientare in modo virtuoso i comportamenti prescrittivi”);
- che siano, altresì, previsti incontri con gli specialisti distrettuali ed ambulatoriali per migliorare la performance organizzativa ed il governo dell’offerta, partendo dalle specialità più critiche e da quelle monitorate a livello ministeriale;
- che, al fine di rispondere alla necessità di una migliore appropriatezza prescrittiva, siano elaborate modalità di presa in carico del paziente cronico anche attraverso la elaborazione di specifici PDTA che tengano conto delle disposizioni del Piano Nazionale della Cronicità;

Di emanare le seguenti direttive, vincolanti per i Dirigenti responsabili di procedimento (Distretti della Salute, Assistenza Primaria, CEA, SIA , ecc.), che richiedono la revisione di quanto appresso:

- la codifica delle prestazioni, da aggiornare sulla base di quanto previsto dal nomenclatore tariffario;
- le tabelle RAO, da conformare alle prescrizioni dell’Agenas;
- le modalità prescrittive nella parte in cui la normativa più recente pone in capo al MMG, in fase di prescrizione del primo accesso, l’obbligo di indicare il quesito diagnostico, che specifica il bisogno di salute motivante la richiesta e “deve essere riferito all’insieme di prestazioni che confluiscono in una stessa ricetta” (v. PNGLA), e il codice di priorità RAO;
- le modalità prescrittive di ulteriori approfondimenti diagnostici a cura dello specialista che prende in carico l’utente, salva l’ipotesi in cui il MMG prescriva direttamente la prestazione strumentale che si renda necessaria durante il decorso clinico del proprio assistito;
- le modalità di prenotazione delle visite di controllo, da fissare in agende specifiche a cura del medico specialista e non del medico di medicina generale (in coerenza con il PNGLA, a mente del quale “le prestazioni successive al primo accesso devono essere prescritte dal professionista che ha preso in carico il paziente senza che questi sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione. A tal fine le Aziende devono prevedere idonee modalità per far sì che le prestazioni successive al primo accesso siano prenotate, se non diversamente richiesto dal paziente, contestualmente alla produzione della prescrizione da parte del medico specialista della struttura”);
- le modalità di attivazione di consulti brevi, consulti o colloqui con l’utente abbinabile di verifiche di esami e/o monitoraggio terapeutico e/o di colloqui via e-mail con il MMG curante;

- i tempi relativi alle attività intramurarie e istituzionali, da uniformare al fine di rendere sovrapponibili le performances, in termini qualitativi e quantitativi, delle prestazioni specialistiche rese in ALPI e in regime ordinario;

Di realizzare attività dirette al governo dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e di uniformare le modalità operative di prescrizione, di prenotazione e di erogazione delle stesse in tutto il territorio provinciale ed in particolare di:

- standardizzare le Agende prenotabili, inserendo le prestazioni elencate nel PNGLA recepito dalla Regione Basilicata con DGR n. 271/2019;
- fissare dei tempi massimi di erogazione delle prestazioni, con la riferita possibilità dei Direttori di Distretto di concordare con gli specialisti ambulatoriali tempi più celeri per garantire un maggiore accesso di pazienti;
- rispettare la normativa vigente in tema di dematerializzazione delle prescrizioni di prestazioni, che pone obblighi inderogabili in capo ai medici di medicina generale, ai medici specialisti ambulatoriali e ai medici territoriali;
- applicare le disposizioni di cui alla presente Deliberazione anche ai Centri Esterni Accreditati e contrattualizzati con la ASP, nonché alle attività specialistica in intramoenia;

Di prendere atto del protocollo per la appropriatezza prescrittiva (contenente indicazioni per la corretta compilazione della prescrizione di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale), prodotto dalla task force aziendale e che, allegato alla presente Deliberazione, ne costituisce parte integrante e sostanziale;

IL DIRETTORE GENERALE

In virtù dei poteri conferitigli con Decreto di nomina dal Presidente della Giunta Regionale di Basilicata n. 258 del 16.11.2018;

Letta e valutata la proposta deliberativa riportata in narrativa;

Acquisiti i pareri favorevoli del Direttore amministrativo, del Direttore sanitario, resi per quanto di rispettiva competenza;

DELIBERA

di adottare la proposta di deliberazione sopra riportata, nei termini indicati e per l'effetto:

Di richiamare la narrativa della deliberazione nella sua sezione dispositiva;

Di prendere atto delle attività sin qui poste in essere da questa Azienda - che, ad oggi, hanno già prodotto una riduzione dei tempi di attesa relativi a talune branche e specialità - in risposta alle direttive nazionali, regionali ed in ottemperanza a quanto previsto nell'Accordo Interaziendale per il governo delle liste di attesa delle prestazioni ospedaliere e delle prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali, di cui alla DDG n. 206 del 19/03/2019. Nello specifico (a titolo esemplificativo e non esaustivo):

- la Direzione Strategica dell'ASP ha proceduto alla costituzione di un tavolo permanente, partecipato dalla predetta Direzione, dai referenti aziendali in materia di PNGLA e dal Management dei Distretti della Salute e di Assistenza Primaria, integrato di volta in volta con gli attori rientranti nei processi di gestione e monitoraggio dei tempi di attesa;
- che il percorso sinora attuato ha portato alla stesura ed approvazione, con Deliberazione n. 386 del 22.05.2019, di un regolamento interno disciplinante le procedure relative alle sospensioni non programmabili;
- che, nelle more del perfezionamento dei processi di cui alla presente Deliberazione, sono stati adottati provvedimenti specifici per il governo della domanda prestazionale:
 - c. con nota prot. n. 49448 del 07.05.2019 indirizzata al Dipartimento Politiche della Persona, l'ASP ha formulato richiesta di modifica del software di gestione CUP (secondo le modalità appresso riportate), al fine di rimodulare il meccanismo di monitoraggio, controllo e rivisitazione delle agende specialistiche e migliorare l'appropriatezza delle prestazioni. Nello specifico:
 - Richiamata e/o ricontatto dell'utente: il PNGLA promuove il "governo del fenomeno della "prestazione non eseguita per mancata presentazione dell'utente, potenziando i servizi telefonici di richiamata – recall e quelli telematici di modifica e disdetta di una prenotazione; pertanto si è proceduto alla attivazione di servizi telematici e telefonici di richiamata e/o di ricontatto degli utenti, per la conferma e/o disdetta delle prestazioni prenotate (una recente verifica relativa al 2018 ha palesato la presenza di una percentuale di prestazioni non eseguite pari a circa il 25% di quelle complessivamente prenotate);
 - Visualizzazione prestazioni pregresse: visualizzazione, in automatico, di una maschera contenente le prenotazioni pregresse del paziente e l'elenco delle prestazioni effettuate nel corso degli ultimi due anni, sì da garantire appropriatezza e congruità nella prenotazione dei primi accessi;
 - Rinuncia prima disponibilità: il PNGLA dispone che "ai fini di distinguere le situazioni di oggettiva difficoltà di accesso da quelle determinate dalla scelta discrezionale dell'utente di rivolgersi ad altra struttura sanitaria o di richiedere la prestazione in altra data successiva alla prima proposta, appare opportuno che i sistemi di prenotazione CUP prevedano la possibilità di registrare l'avvenuta scelta e distinguere questa situazione dall'effettiva capacità di offerta". Pertanto si è provveduto alla modifica della maschera "Garanzia dei tempi massimi" per codificare l'eventuale motivo di rinuncia, da parte dell'utente, alla prima data utile ed il conseguente (improprio) allungamento del tempo di attesa relativo alla prestazione richiesta: a) volontà del paziente; b) distanza eccessiva; c) impegni personali; d) altro;
 - Recapito telefonico in anagrafica: a) acquisizione del recapito telefonico in anagrafica del paziente ex novo, sì da circoscrivere i casi di irreperibilità dello stesso; b) attivazione di servizi telematici e telefonici di richiamata agli utenti in attesa.
 - d. Su richiesta della Direzione Strategica dell'ASP e nelle more delle determinazioni ut sopra richieste al Dipartimento regionale della Salute, la società affidataria del servizio di gestione CUP e Ticket sta procedendo all'implementazione di ulteriori servizi, utili all'efficientamento del sistema (con nota prot. n. 55678 del 23.05.2019 la Direzione Strategica ha invitato i Direttori di Distretto ad rendere edotti gli operatori CUP aziendali su quanto appresso):
 - Operatore Virtuale (prossimo al completamento): il sistema prevede l'inoltro di richiesta di conferma della prenotazione effettuata e, nel caso di disdetta della stessa, la tempestiva riapertura delle Agende presenti all'interno del sistema

Cup. Con la digitazione del Codice Fiscale associato alla propria utenza telefonica, il paziente può, altresì, conoscere e gestire le prenotazioni attive a suo nome;

- Cruscotti direzionali (in corso di completamento): il servizio, di prioritario interesse della Direzione Strategica e dei Direttori di Distretto, fornisce dati in tempo reale sui tempi di attesa per le visite ambulatoriali;
- Finestre disponibilità (completato): l'operatore CUP, all'atto della prenotazione, può visionare l'elenco delle disponibilità relative a tutte le strutture aziendali, in luogo delle Agende relative allo sola struttura di afferenza;
- Recall telefonico (completato): per il tramite degli operatori del Cup aziendale, l'ASP ha attivato il servizio di richiamata per la conferma della visita prenotata.

Di approvare:

- il tempario delle prestazioni, con individuazione, alla luce di quanto previsto dalle Evidenze scientifiche, da linee guida, dalle esperienze degli specialisti, i valori massimi di seguito riportati, da assumere a riferimento unitario per le prestazioni rese in regime istituzionale ed in ALPI:
 - per prima visita: tempo massimo 20 minuti;
 - per visita di controllo: tempo massimo 15 minuti;
 - per esame strumentale con visita: tempo massimo 30 minuti;
 - per esame strumentale senza visita: tempo massimo 20 minuti;
- il tempario delle prestazioni di diagnostica per immagini:
 - esame di radiologia convenzionale senza mezzo di contrasto: tempo massimo 15 minuti;
 - esame di radiologia con mezzo di contrasto stomaco e duodeno: tempo massimo 30 minuti;
 - esame di radiologia con mezzo di contrasto digerente completo e clisma: tempo massimo 60 minuti;
 - esame di radiologia con mezzo di contrasto app. urinario: tempo massimo 30 minuti;
 - esame ecografico: tempo massimo 20 minuti;
 - esame mammografico: tempo massimo 15 minuti;
 - esame mammografico ed ecografico: tempo massimo 30 minuti;
 - densitometria ossea: tempo massimo 20 minuti;
 - risonanza magnetica per segmento senza mezzo di contrasto: tempo massimo 30 minuti;
 - risonanza magnetica per segmento con mezzo di contrasto: tempo massimo 45 minuti;
 - TAC senza mezzo di contrasto: tempo massimo 20 minuti;
 - TAC con mezzo di contrasto: tempo massimo 30 minuti;

Di prevedere due possibili ipotesi di deroga ai tempari massimi sopra indicati:

- i Direttori di Distretto ritengano di poter individuare tempi minori di erogazione delle prestazioni;
- le prestazioni libero professionali intramurarie presentino tempistiche più contenute rispetto alle attività rese in regime istituzionale (il dato deve essere disaggregato a livello di singolo specialista). In tale ipotesi i tempari più stringenti, perché possano preservare la loro validità ai fini della gestione delle attività in ALPI, dovranno essere assunti a riferimento per le corrispondenti prestazioni in ambito istituzionale;

Di integrare, a seguito di quanto deciso nella seduta del Comitato Aziendale per la Assistenza Primaria in data 20.6.2019, il Gruppo aziendale di lavoro in materia di liste d'attesa con i seguenti rappresentanti della Medicina Generale:

- FIMMG: dr. Ambrogio Carpentieri, sostituto dr. Egidio Giordano;
- CGIL: dr.ssa Maria Teresa Bochicchio, sostituta dr.ssa Stefania Lamanna;
- CISL: dr.ssa Migla Russo;
- SNAMI: dr. Costantino Quagliata;

Di prevedere:

- che di volta in volta detto Gruppo venga integrato con gli specialisti interessati e di riferimento della specialità oggetto di organizzazione e monitoraggio, come previsto dal PNGLA;
- che le attività previste saranno finalizzate alla analisi dei profili prescrittivi di specialistica, anche attraverso specifici audit tra il Direttore del Distretto della Salute ed il MMG interessato al profilo prescrittivo, sulla base di criteri di appropriatezza sia quantitativi che qualitativi (al riguardo, il PNGLA richiede alle Aziende la introduzione di “sistemi di monitoraggio dei volumi di prescrizione per tipologia di prestazione che tengano conto delle caratteristiche epidemiologiche della popolazione assistita, con l’obiettivo di generare cruscotti di monitoraggio aziendali che consentano, attraverso un benchmark interno, di orientare in modo virtuoso i comportamenti prescrittivi”);
- che siano, altresì, previsti incontri con gli specialisti distrettuali ed ambulatoriali per migliorare la performance organizzativa ed il governo dell’offerta, partendo dalle specialità più critiche e da quelle monitorate a livello ministeriale;
- che, al fine di rispondere alla necessità di una migliore appropriatezza prescrittiva, siano elaborate modalità di presa in carico del paziente cronico anche attraverso la elaborazione di specifici PDTA che tengano conto delle disposizioni del Piano Nazionale della Cronicità;

Di emanare le seguenti direttive, vincolanti per i Dirigenti responsabili di procedimento (Distretti della Salute, Assistenza Primaria, CEA, SIA , ecc.), che richiedono la revisione dei processi di cui appresso:

- la codifica delle prestazioni, da aggiornare sulla base di quanto previsto dal nomenclatore tariffario;
- le tabelle RAO, da conformare alle prescrizioni dell’Agenas;
- le modalità prescrittive nella parte in cui la normativa più recente pone in capo al MMG, in fase di prescrizione del primo accesso, l’obbligo di indicare il quesito diagnostico, che specifica il bisogno di salute motivante la richiesta e “deve essere riferito all’insieme di prestazioni che confluiscono in una stessa ricetta” (v. PNGLA), e il codice di priorità RAO;
- le modalità prescrittive di ulteriori approfondimenti diagnostici a cura dello specialista che prende in carico l’utente, salva l’ipotesi in cui il MMG prescriva direttamente la prestazione strumentale che si renda necessaria durante il decorso clinico del proprio assistito;
- le modalità di prenotazione delle visite di controllo, da fissare in agende specifiche a cura del medico specialista e non del medico di medicina generale (in coerenza con il PNGLA, a mente del quale “le prestazioni successive al primo accesso devono essere prescritte dal professionista che ha preso in carico il paziente senza che questi sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione. A tal fine le Aziende devono prevedere idonee modalità per far sì che le prestazioni successive al primo accesso siano prenotate, se non diversamente

richiesto dal paziente, contestualmente alla produzione della prescrizione da parte del medico specialista della struttura”);

- le modalità di attivazione di consulti brevi, consulti o colloqui con l'utente abbinabile di verifiche di esami e/o monitoraggio terapeutico e/o di colloqui via e-mail con il MMG curante;
- i tempi relativi alle attività intramurarie e istituzionali, da uniformare al fine di rendere sovrapponibili le performances, in termini qualitativi e quantitativi, delle prestazioni specialistiche rese in ALPI e in regime ordinario;

Di realizzare attività dirette al governo dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e di uniformare le modalità operative di prescrizione, di prenotazione e di erogazione delle stesse in tutto il territorio provinciale ed in particolare di:

- standardizzare le Agende prenotabili, inserendo le prestazioni elencate nel PNGLA recepito dalla Regione Basilicata con DGR n. 271/2019;
- fissare dei tempi massimi di erogazione delle prestazioni, con la riferita possibilità dei Direttori di Distretto di concordare con gli specialisti ambulatoriali tempi più celeri per garantire un maggiore accesso di pazienti;
- rispettare la normativa vigente in tema di dematerializzazione delle prescrizioni di prestazioni, che pone obblighi inderogabili in capo ai medici di medicina generale, ai medici specialisti ambulatoriali e ai medici territoriali;
- applicare le disposizioni di cui alla presente Deliberazione anche ai Centri Esterni Accreditati e contrattualizzati con la ASP, nonché alle attività specialistiche in intramoenia;

Di prendere atto del protocollo per la appropriatezza prescrittiva (contenente indicazioni per la corretta compilazione della prescrizione di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale), prodotto dalla task force aziendale e che, allegato alla presente Deliberazione, ne costituisce parte integrante e sostanziale;

Di dare mandato ai Direttori di Distretto della Salute di effettuare specifici audit con i MMG e con gli specialisti prescrittori, finalizzati al monitoraggio ed alla adesione al protocollo per la appropriatezza prescrittiva, nonché alla analisi dei profili prescrittivi;

Di dichiarare la deliberazione immediatamente eseguibile e trasmetterne copia, tramite la procedura atti digitali, alle strutture indicate in copertina, nonché al Dipartimento Politiche della Persona della Regione Basilicata e all'Azienda AOR San Carlo di Potenza;

L'Istruttore

Il Responsabile Unico del Procedimento

Massimo De Fino

Il Dirigente Responsabile dell'Unità Operativa

Il presente provvedimento è notificato ai destinatari a cura dell'istruttore.

Francesco Negrone

Lorenzo Bochicchio

Giacomo Chiarelli

Il Direttore Sanitario
Francesco Negrone

Il Direttore Generale
Lorenzo Bochicchio

Il Direttore Amministrativo
Giacomo Chiarelli

Tutti gli atti ai quali è fatto riferimento nella premessa e nel dispositivo della deliberazione sono depositati presso la struttura proponente, che ne curerà la conservazione nei termini di legge.