



Bollettino ufficiale della Regione Puglia n. 168 del 05/11/2010

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 26 ottobre 2010, n. 2268

Legge Regionale 24 settembre 2010, n.12 - Art. 3 Tetti di spesa -Liste di Attesa - Disposizioni urgenti.

Assente l'Assessore Regionale alle Politiche della Salute, prof. Tommaso Fiore, sulla base dell'istruttoria effettuata dal Dirigente del Servizio Programmazione e Gestione Sanitaria congiuntamente al Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica dell'Area Politiche per la Promozione della Salute delle Persone e delle Pari Opportunità, riferisce quanto segue l'Ass.Fratoianni:

Con Deliberazione 4/8/2009, n.1494 la Giunta regionale ha definito i criteri provvisori per le Aziende Sanitarie Locali per la definizione 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 DIEF 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 DIEF 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 4/8/2006, n.1200 come modificata ed integrata dalla Deliberazione 6/2/2007, n.68 è stato approvato il Piano Regionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008 nell'ambito del quale sono stati, tra l'altro, stabiliti:

- i tempi massimi per l'erogazione delle prestazioni da parte delle Aziende Sanitarie da sostanzarsi mediante i Piani Aziendali per il contenimento dei Tempi di Attesa (PACTA) e negli atti attuativi di governo dei tempi d'attesa al fine di garantire i tempi massimi stabiliti sia per le prestazioni di primo accesso che per quelle inserite in pacchetti con specifico riferimento ai tempi massimi da garantire ai cittadini che necessitano delle prestazioni correlate alle patologie rientranti nell'ambito delle aree individuate dal PNCTA (Oncologica, Cardiovascolare, Materno-infantile, Geriatrica, Visite specialistiche di maggior impatto);

- i criteri per la regolazione degli accessi secondo criteri di priorità, suddivisi in tre classi con tempi differenziati, in relazione alla gravità del problema: classe A entro 10 giorni per tutte le prestazioni (corrispondente al codice B della ricetta), classe B entro 30 giorni per visite e 60 giorni per la diagnostica (corrispondente al codice D della ricetta), classe C entro 180 giorni per tutte le prestazioni (corrispondente al codice P della ricetta);

- gli indirizzi per la individuazione da parte delle Aziende Sanitarie delle strutture presso le quali garantire le prestazioni entro il tempo massimo stabilito e delle modalità attraverso le quali darne informazione a tutti i soggetti interessati;

- gli indirizzi per garantire, presso tutte le strutture erogatrici, l'accesso alle visite e attività diagnostiche prescritte prioritariamente entro 10 giorni, riservando posti nelle agende relative alle prestazioni per le quali è prevista tale modalità d'accesso ovvero facendo anche ricorso all'overbooking;

- i vincoli da sostanziare in specifiche clausole da prevedersi negli Accordi Contrattuali tra ASL e strutture private accreditate per garantire che l'intera offerta di prestazioni sia gestita attraverso il CUP aziendale.

Con Deliberazione 23/3/2010, n.854 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.

Risulta, pertanto, urgente ed indifferibile 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.

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;

A tal fine è stata acquisita una proposta tecnica formulata dall'Agenzia Regionale Sanitaria in conformità con quanto indicato in precedenza.

Si sottopone alle valutazioni della Giunta Regionale, l'opportunità:

- 1) di approvare l'allegato A) contenente "Disposizioni urgenti in materia di garanzia dei tempi d'attesa per prestazioni critiche per il quarto trimestre 2010";
- 2) 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;

- 3) 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 presente provvedimento;
- 4) 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;
- 5) 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;
- 6) 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;
- 7) 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;
- 8) 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;
- 9) 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;
- 10) 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;
- 11) 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;
- 12) 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;

13) 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.

COPERTURA FINANZIARIA

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria né di entrata né di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta, ai sensi delle LL.RR. n. 7/97 e n. 7/2004, l'adozione del conseguente atto finale.

LA GIUNTA

Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;

Vista la sottoscrizione posta in calce al presente provvedimento da parte dei Dirigenti dell'Assessorato alle Politiche della Salute;

A voti unanimi, espressi nei modi di legge;

DELIBERA

di approvare la relazione dell'Assessore relatore così come in narrativa indicata, che qui si intende integralmente trascritta e, conseguentemente:

1) di approvare l'allegato A) contenente "Disposizioni urgenti in materia di garanzia dei tempi d'attesa per prestazioni critiche per il quarto trimestre 2010";

2) 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;

3) 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 presente provvedimento;

4) 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;

5) 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;

6) 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;

7) 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;

8) 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;

9) 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;

10) 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;

11) 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;

12) 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;

13) 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;

14) di disporre la pubblicazione del presente provvedimento nel B.U.R. della Regione Puglia.

Il Segretario della Giunta Il Presidente della Giunta
dott. Romano Donno Avv.Loredana Capone