

Piano Aziendale Gestione Liste di Attesa:

“Programma attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa 2010-2012”

Direzione Sanitaria



Prot. nr. 0001208 del 20/02/2013

PROGRAMMA ATTUATIVO AZIENDALE
PER IL GOVERNO
DELLE LISTE DI ATTESA 2010-2012

INTRODUZIONE

Il Nuovo Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2010-2012 (PRGLA) ha come obiettivo la promozione della capacità del SSR di intercettare il reale bisogno di salute, di ridurre l'inappropriatezza e di rendere compatibile la domanda con la garanzia dei LEA.

A tal fine, ad integrazione degli interventi già previsti nei provvedimenti adottati dal Piano Regionale Tempi di Attesa 2006-2008 di cui alla D.G.R. 170/2007 ed in coerenza con quanto previsto dal nuovo Piano Regionale 2010-2012, nel Programma Attuativo Aziendale 2010-2012 sono stati individuati nuovi strumenti e modalità di collaborazione tra tutti gli attori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo, sia quelli di tutela del cittadino per una concreta presa in carico dei pazienti fin dal processo di definizione o approfondimento diagnostico da parte degli specialisti e delle strutture, prevedendo anche modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie (Chronic Care Model), attraverso l'attuazione e gestione programmata dei protocolli diagnostici.

Viene riconosciuto, inoltre, che il governo delle liste di attesa è fortemente connesso ad altri processi che, sia a livello centrale che periferico, si ripercuotono decisamente sulle modalità organizzative del rapporto domanda-offerta, rispetto a cui deve essere perseguita una necessaria coerenza di sistema.

Le iniziative in corso sono, altresì, finalizzate all'informatizzazione del ciclo prescrizione-prenotazione-referto, con particolare attenzione alle classi di priorità, fino alla digitalizzazione dei documenti stessi e agli obiettivi dei contratti e degli accordi collettivi nazionali, sia per quanto attiene le modalità prescrittive che per l'attività libero professionale intramuraria (ALPI);

RICOGNIZIONE DELLA NORMATIVA AZIENDALE

INTERVENTI DI GOVERNO

Istituzione Referente

Istituzione Commissione LA

PDT E PERCORSI DI INTEGRAZIONE :

Progetto Satellite

Network dislipidemie

Progetto Dona un sorriso

POTENZIAMENTO CANALI DI OFFERTA

FARMACUP

CUP PER LA DIOCESI

CONVENZIONI EMODINAMICA

OBIETTIVI

Il Piano Aziendale Attuativo di Governo liste di Attesa 2010-2012 si propone di condividere un percorso per il governo delle liste di attesa finalizzato a garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari e da realizzare con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, del rispetto delle classi di priorità e della trasparenza del sistema a tutti i livelli.

A tal fine, ferme restando le strategie definite con il Piano Regionale di cui alla D.G.R.C. n.170/07 e col PACTA aziendale 2006-2008, si rende necessario effettuare le seguenti integrazioni;

- aggiornamento dell'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera per le quali vanno fissati i tempi massimi di attesa;

- integrazione degli interventi per le aree cardiovascolare e oncologica individuate quali aree prioritarie per lo sviluppo di percorsi diagnostico terapeutici (PDT) e recepimento dei relativi tempi massimi di attesa a garanzia della tempestività della diagnosi e del trattamento;
- promozione dell'appropriatezza prescrittiva;
- presenza sul sito web aziendale, delle informazioni sulle liste e tempi di attesa;
- recepimento ai sensi del PRGLA quali strumenti di rilevazione per il monitoraggio dei tempi di attesa i tempi e flussi di cui all'allegato ...A.....
- Promozione dell'attività informatizzate di prenotazione per le prestazioni erogate in libera professione
- Revisione della metodologia di monitoraggio e potenziamento dei canali di accesso alle prestazioni
- implementazione di un'ampia ulteriore offerta di canali di accesso al servizio prenotazioni

LINEE DI INTERVENTO

1) CLASSI DI PRIORITA'

Le classi di priorità devono essere applicate a tutte le prestazioni ambulatoriali, diagnostico-strumentali e di ricovero erogate dal SSN. Pertanto, si rende obbligatoria da parte dei medici prescrittori la biffatura del campo della ricetta del SSN recante le classi di priorità, limitatamente alle prescrizioni delle prime visite specialistiche e delle prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche e riabilitative.

All'indicazione della classe di priorità in sede prescrittiva corrisponde una diversa tempistica di prenotazione della prestazione e uno specifico sistema di monitoraggio in merito sui prescrittori da parte delle Aziende Sanitarie. La classe P rappresenta una categoria residuale rispetto alle altre, pertanto deve essere erogata nell'arco temporale di 180 giorni. Inoltre, nel caso in cui il medico non provveda all'indicazione della classe di priorità per le prescrizioni di prime visite e prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche la prenotazione sarà effettuata con riferimento alla classe P, fermo restando l'obbligo del prescrittore di applicare con rigore le indicazioni cliniche espresse nei provvedimenti normativi di riferimento.

CLASSI DI PRIORITA' DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Il tempo di attesa correlato con la classe di priorità prescritta deve essere calcolato a partire dalla data di prenotazione della prestazione.

La classificazione delle classi di priorità per tutte le prestazioni ambulatoriali garantite dal SSN, in conformità a quanto previsto nell'Accordo Stato Regioni dell'11 luglio 2002 e nel PNGLA 2010-2012 è articolata come di seguito:

- U (Urgente), da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;
- B (Breve), da eseguire entro 10 giorni;
- D (Differibile), da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;
- P (Programmata), da eseguire entro un arco temporale massimo di 180 giorni.

I criteri che sottendono l'individuazione delle suddette classi di priorità, si riportano qui di seguito:

- Classe U prestazione la cui indifferibile esecuzione debba essere riferita a condizioni di particolare gravità clinica;
- Classe B prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco temporale breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità;
- Classe D prestazione la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o di disfunzione/disabilità;

- Classe P prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, la disfunzione, la disabilità.

Il medico che fa la prescrizione è tenuto a fornire al cittadino tutte le informazioni utili riguardo la inclusione nelle classi di priorità, ai fini della espressione del consenso informato e consapevole.

Nell'ambito della verifica del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali sono prese in considerazione esclusivamente le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche/riabilitative, ovvero quelle che presentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto, mentre sono escluse tutte le prestazioni di controllo e le prestazioni di screening.

La scelta dell'utente nei confronti di uno specifico specialista ambulatoriale o di altra struttura presso cui non vi sia disponibilità entro il tempo massimo definito in rapporto alla priorità richiesta comporta la decadenza al diritto alla garanzia del tempo massimo di attesa.

CLASSI DI PRIORITA' PER PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO

Nel rispetto della normativa vigente in materia di scheda di dimissione ospedaliera(SDO) e del Decreto del Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di rientro del settore sanitario n.6 del 17. 01.2011 e D.G.R.C. n.277 del 21.06.2011, in tutti i ricoveri programmati devono essere indicate sia la data di prenotazione sia la classe di priorità.

Le classi di priorità, in attuazione di quanto definito dall'Accordo Stato Regioni dell'11 luglio 2002, sono le seguenti:

A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che possono aggravarsi rapidamente o che possono recare grave pregiudizio alla prognosi.
B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che non presentano intenso dolore o gravi disfunzioni o gravi disabilità e che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti né possono per l'attesa diventare grave pregiudizio alla prognosi.
C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità e che non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere pregiudizio per la prognosi.
D	Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici senza dolore, disfunzione o disabilità. Questi ricoveri debbono essere effettuati comunque entro almeno 12 mesi.

Questa categorizzazione, nata per i ricoveri chirurgici, può comunque essere di riferimento anche per i ricoveri di tipo medico tenendo conto della relativa facilità di applicazione di tali classi.

In esecuzione a quanto previsto dal PNGLA 2010-2012, al fine di attivare percorsi di gestione dell'appropriatezza prescrittiva,

la DMP verifica che siano recepite le indicazioni regionali in merito ai punti sotto descritti:

- il medico prescrittore è obbligato ad apporre il quesito diagnostico su tutte le prescrizioni di prestazioni ambulatoriali, comprese le analisi di laboratorio
- Le prestazioni di specialistica ambulatoriale garantite dal SSN devono obbligatoriamente riportare nelle procedure di prenotazione l'indicazione di prima visita e controllo.
- La differenziazione, infatti, tra una prima visita specialistica e visita successiva o controllo, ha un impatto significativo sia sulla gestione delle liste di attesa che sul il monitoraggio dei tempi di attesa, effettuato solo sulle prime visite.
- La prima visita è quella in cui il problema del paziente è affrontato per la prima volta ed in cui viene formulato un preciso quesito diagnostico, accompagnato dalla esplicita dizione di "primo accesso"

- Per accessi successivi devono intendersi quelli che, a fronte di un inquadramento diagnostico già concluso e di un piano terapeutico già impostato, sono finalizzati a seguire, su indicazione del medico prescrittore, l'evoluzione della patologia o l'insorgenza di complicanze.

Inoltre sono definiti primi accessi:

- le prestazioni specialistiche richieste come tali, la cui erogazione non risulti essere stata effettuata nei 12 mesi precedenti.

Sono, invece, accessi successivi:

- le prestazioni specialistiche (anche se richieste come visite e prestazioni diagnostico-terapeutiche di primo accesso) che risultino essere state erogate nei 12 mesi precedenti;
- le prestazioni di controllo richieste come tali, incluse quelle necessarie al monitoraggio di una malattia cronica e delle sue complicanze e alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti, anche se il soggetto accede per la prima volta ad una struttura e/o ad una disciplina specialistica diversa da quella di riferimento per la malattia esente.

Infine, le prestazioni di controllo post-ricovero eseguite nell'ambulatorio divisionale entro 30 giorni dalla dimissione da reparti per acuti sono gratuite, poiché la remunerazione delle stesse rientra nella tariffa del DRG attribuito. La AOU individua per le verifiche congiunte

1) Audit in DMP (settimanali per 9 mesi , circa la implementazione dei registri)

2) Audit Periferici on demand

Gli AUDIT con i referenti nelle strutture permettono la valutazione di modalità di accesso di volta in volta condivise ed appropriate (primo accesso, controllo), permettendo la corretta applicazione dei Criteri di Priorità : un processo di acquisizione di conoscenze fortemente dinamico.

2) FISSAZIONE DEI TEMPI MASSIMI REGIONALI PER LE PRESTAZIONI DI CUI AL PUNTO 3.1 DEL PIANO NAZIONALE DI GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA 2010-2012

Le prestazioni per le quali vanno fissati, garantiti e monitorati i tempi massimi di attesa comprendono: A) 43 prestazioni ambulatoriali, di cui 14 visite specialistiche e 29 prestazioni di diagnostica strumentale; B) 15 in regime di ricovero, di cui 5 erogate in regime di ricovero diurno e 10 in regime di ricovero ordinario. (Tavola sinottica di cui all'Allegato)

Per il rispetto dei tempi di attesa delle suindicate prestazioni l'Azienda Ospedaliera Universitaria concorderà con l'ASL di competenza territoriale protocolli di integrazione Ospedale/Territorio secondo quanto previsto dal punto 4 del PRGLA 20102012.

DEFINIZIONE SPECIFICI PERCORSI CORRELATI ALLE PATOLOGIE ONCOLOGICHE E CARDIOVASCOLARI

In questi ambiti, va prevista una tempistica nell'erogazione delle prestazioni che consenta di garantire ad ogni paziente lo svolgimento dei PDT in tempi adeguati, nonché modalità di comunicazione e informazione per l'utente e i familiari rispetto ai PDT previsti e alla relativa tempistica di erogazione.

Nell'ambito dei PDT aziendali di integrazione (vedi Progetto satellite, Vedi Network delle dislipidemie descritti nell'ultimo aggiornamento del PACTA) sarà garantito il rispetto dei tempi di attesa e delle integrazioni ospedale-territorio

I tempi massimi d'attesa per ciascun PDT, per le patologie oggetto di monitoraggio, non potranno essere superiori ai 30 giorni per la fase diagnostica e 30 giorni per l'inizio della terapia dal momento dell'indicazione clinica per almeno il 90% dei pazienti.

MONITORAGGIO E VERIFICHE

Le verifiche sono trimestrali e seguono la metodologia della settimana indice secondo la seguente metodologia:

Selezione delle variabili

Le variabili selezionate sono quelle relative ai dati degli ambulatori della AOU Federico II, come ipotesi sperimentale

Raccolta dei dati dalla periferia

La raccolta è attuata tramite una intervista Responsabile dell'ambulatorio secondo una modalità di comunicazione diretta che è considerata la modalità di raccolta associata alla maggiore completezza delle informazioni.

I dati raccolti sono catalogati in un database elettronico per i seguenti campi di sorting

- AF
- Dirigente
- Tipologia di ambulatorio
- Orario di Servizio e giorni
- N personale ambulatoriale
- N prestazioni giornaliere totali
- N prestazioni giornaliere seguite in ambulatorio con ricetta (prima visita)
- N prestazioni giornaliere seguite in ambulatorio senza ricetta
- N prestazioni per consulenze in altre AAFF della AOU (consulenza)
- N prestazioni eseguite in ambulatorio (del reparto afferente alla AF dell'ambulatorio)
- Se la prima prestazione passa per il CUP

Validazione del flusso

I dati raccolti sono di volta in volta organizzati in una reportistica standardizzata e condivisi con il responsabile dell'ambulatorio

Integrazione di flussi

I dati saranno disponibili per le valorizzazioni economiche a cura del responsabili dei File C e File F e del Controllo di gestione.

Monitoraggio e controllo delle variabili e analisi dei dati mancanti

L'analisi dei dati preliminarmente raccolti consentirà di identificare le variabili più informative, da quelle eventualmente ridondante.

La matrice individuata è la seguente:

MATRICE DI RESPONSABILITA'

COMPITI E RESPONSABILITÀ	DIRETTORE AF	MEDICO responsabile	PERSONALE DI COMPARTO
Registro e Prenotazioni	++	+	+
Governo della domanda	++		
Verifica Criteri di Priorità	++		
Comunicazione e informazione ai pazienti		++	++

Le MISURE di intervento IN CASO LA LUNGHE
STRATEGIE PREVENTIVE

1. **l'overbooking** cioè l'inserimento nell'agenda giornaliera di un numero concordato di prenotati maggiore rispetto al piano giornaliero dell'ambulatorio, che deve naturalmente accompagnarsi ad una sufficiente flessibilità del sistema nel caso in cui si presentino tutti i prenotati; attuato dopo analisi e valutazione delle prenotazioni esistenti
2. **la revisione periodica delle liste**, ossia una sistematica (settimanale) operazione di pulitura delle stesse attraverso un contatto telefonico con il paziente per chiedere conferma della prenotazione qualche giorno prima della prestazione programmata. E' dimostrato infatti che, con una certa frequenza, i pazienti rinunciano alla prestazione prenotata o perché l'hanno ottenuta in tempi più brevi presso un'altra struttura o perché, nel frattempo, si sono verificate modificazioni delle condizioni cliniche.

STRATEGIE CORRETTIVE

1. Potenziamento on demand dell'offerta (in periodi epidemici per es)
2. Ricorso all'ALPI

Inoltre sempre per la riduzione delle liste di attesa sono da potenziarsi i seguenti canali

- Attivazione delle prenotazioni in farmacia (Progetto FARMA CUP)
- Attivazione della convenzione per l'apertura delle prenotazioni ai centri di ascolto della CURIA di Napoli (CUP per la DIOCESI)

CENTRI UNICI DI PRENOTAZIONE

Il CUP aziendale, nel seguito denominato semplicemente CUP, è il sistema di prenotazione interno alle AA.SS.LL., AA.OO, AA.OO.UU, I.R.C.C.S., e consente la prenotazione di prestazioni unicamente nell'agenda della stessa azienda. Il CUP unico regionale, sinteticamente CUREP, è il sistema che consente la

prenotazione di prestazioni presso tutte le aziende del territorio regionale. Il CUREP costituisce pertanto un canale di accesso alle agende di prenotazione, aggiuntivo rispetto ai canali dei singoli CUP (braccio operativo del progetto SPICCA)

Il sistema CUP sarà rivisto ed aggiornato in accordo a quanto previsto dalle Linee guida Nazionali e alla D.G.R.C.n. 484 del 4.10.2011

I principi che regolano il funzionamento del CUREP coerentemente al PRGLA oltre che al Decreto Sviluppo in tema di digitalizzazione sono :

TIPOLOGIA DELLE PRESTAZIONI

Le prestazioni prenotabili attraverso il CUREP sono definite all'interno del "Catalogo delle Prestazioni del CUP unico Regionale".

NON DISCRIMINAZIONE DELLE DISPONIBILITA' E PRENOTAZIONE

Le aziende sanitarie non devono discriminare in alcun modo le disponibilità proposte e le prenotazioni effettuate attraverso il CUREP, rispetto a quelle gestite attraverso il proprio CUP. A tal fine le disponibilità esposte attraverso il CUREP devono essere determinate accedendo alle stesse agende dei CUP. Inoltre, una prenotazione effettuata attraverso il CUREP deve essere gestita dalla struttura erogatrice della prestazione in modo del tutto equivalente ad una prenotazione effettuata attraverso il CUP aziendale interno.

RICONOSCIMENTO DEGLI UTENTI

Ogni azienda individua autonomamente i propri utenti, fornendoli delle relative credenziali di accesso al sistema. Tutte le aziende sono tenute al riconoscimento reciproco degli utenti delle altre aziende, consentendo loro di accedere a tutte le funzionalità esposte ed ai relativi dati.

LIBERTA' DI SCELTA DELL'ASSISTITO

L'assistito deve essere messo in grado di poter scegliere se prenotare attraverso il CUP aziendale o attraverso il CUREP. I centri di prenotazione devono essere organizzati in modo da non limitare in alcun modo la possibilità di prenotazione tramite CUREP.

INFORMATIVA ALL'ASSISTITO E RECLAMI

Le aziende devono assicurare all'assistito le informazioni idonee per l'accesso al CUREP

DISPONIBILITA' DEL SISTEMA

Ogni Azienda, sulla base degli *sla* presenti nell'accordo di servizio, deve garantire il livello di servizio prestabilito, anche nel caso di evoluzione tecnologica

SISTEMI DI GOVERNANCE

Il sistema di governance del CUREP si compone di un livello centrale regionale e di un livello periferico aziendale. Il livello regionale si articola attraverso attività di tipo strategico e attività di tipo operativo. Il livello aziendale si sostanzia nella figura del Referente Liste di attesa

LINEE DI INDIRIZZO PER LA COMUNICAZIONE E L'INFORMAZIONE SULLE LISTE D'ATTESA AI CITTADINI E PER LA PROMOZIONE DELLA PARTECIPAZIONE DEGLI UTENTI E DELLE ASSOCIAZIONI DI TUTELA E DI VOLONTARIATO

In coerenza ed in prosecuzione di quanto stabilito con il PRCTA 2006/2008 l'Azienda ribadisce quanto già stabilito nel paragrafo 7 della D.G.R.C. n. 170/07.

MONITORAGGIO SITI WEB

Il criterio della disponibilità e del puntuale aggiornamento dei dati sui tempi d'attesa inseriti nei siti web costituisce un adempimento per le regioni nell'ambito della verifica LEA.

Pertanto, l'Azienda avrà cura che su proprio sito Web siano presenti sezioni dedicate, aggiornate e facilmente accessibili sui tempi e liste di attesa in cui dovranno esserci:

1. informazioni che coprono sia l'ambito ambulatoriale che quello dei ricoveri;
2. informazioni su cosa si intenda per primo accesso e per controlli successivi e sulle diverse procedure di gestione dei regimi di erogazione;
3. presenza (o link) della normativa di riferimento nazionale e regionale aggiornata;
4. riferimenti telefonici che possono essere utilizzati per prenotarsi;
5. elenco delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero per cui sono garantiti i tempi massimi regionali di attesa in caso di primo accesso;
6. per ogni prestazione devono essere indicati i tempi massimi di attesa in relazione ad ogni classe di priorità;
7. strumenti di ricerca per il cittadino che, per una data prestazione, forniscono le strutture che la erogano nell'azienda sanitaria;
8. strumenti per il cittadino che, per una data prestazione e classe di priorità, forniscono la data di prima disponibilità e la struttura erogante aggiornate in tempo reale.

REGOLAMENTAZIONE DELLA SOSPENSIONE DELL'ATTIVITÀ D'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

La sospensione dell'attività di erogazione di prestazioni sanitarie deve essere rilevata presso le strutture erogatrici nel momento in cui si verifica l'evento di sospensione dell'erogazione dei servizi che può avvenire solo per una delle seguenti cause:

1. inaccessibilità struttura,
2. guasto macchina,
3. indisponibilità del personale,
4. indisponibilità materiali / dispositivi.

Per ogni evento di sospensione sarà necessario specificare nel registro delle sospensioni:

1. dove è avvenuta la sospensione
2. la causa (codificata in accordo alle linee guida regionali sul flusso delle sospensioni)
3. la data di inizio della sospensione
4. durata espressa in giorni solari
5. la prestazione sospesa

Il registro sarà accessibile dai rappresentanti delle associazioni dei pazienti e dei consumatori e dagli uffici regionali dell'assessorato alla sanità che si occupano di monitoraggio delle liste di attesa.

Inoltre la DMP entro 48 ore dal verificarsi della sospensione dell'erogazione della prestazione, comunicherà per iscritto all' Assessorato alla Sanità la prestazione sospesa specificando le stesse informazioni richieste per il registro delle sospensioni.

Invece, con cadenza semestrale, il referente aziendale autorizzato ha l'obbligo di inoltrare alla regione il flusso informativo per il monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione in accordo a quanto specificato nel PNGLA 2010-2012 e nelle Linee Guida Regionali sulle Sospensioni prot. n. 2011.034897 del 02/05/2011 e ss.mm.ii.

Le aziende, inoltre, sia nel caso del flusso informativo semestrale che al verificarsi della sospensione dell'erogazione, devono rilevare solo le sospensioni che riguardano la sospensione dell'erogazione totale di una certa prestazione in una singola struttura, cioè non ci siano altre agende che continuano ad erogare tale prestazione garantendo così il servizio.

Pertanto, anche le sospensioni programmate non sono oggetto di rilevazione e monitoraggio in quanto, essendo oggetto di pianificazione, sono gestibili anticipatamente dalle aziende e non costituiscono impedimento all'erogazione della prestazione all'assistito nella data prefissata.

all'uopo si riportano :

STRATEGIE CORRETTIVE IN CASO DI SOSPENSIONI

- **Potenziamento on demand su Servizi aziendali equivalenti**
- **Manutenzioni full risk con pronta disponibilità in H/24**

Inoltre in caso di GESTIONE RECLAMI E NOTIFICHE ALL'ASSESSORATO ALLA SANITA'

Gli URP aziendali devono notificare entro 24 ore all'Assessorato alla Sanità i reclami URP relativi alla gestione delle prenotazioni e a sospensioni di erogazione di prestazioni sanitarie. Inoltre per ogni reclamo deve essere garantita la tracciabilità e l'univoca identificazione in ambito regionale.

GARANZIA DI COERENZA DEL SISTEMA DELL'OFFERTA DA EROGARE IN LIBERA PROFESSIONE CON L'OBIETTIVO DEL CONTENIMENTO DEI TEMPI D'ATTESA

La Libera professione, sia erogata per conto ed a favore dell'Azienda, sia quella intramoenia rappresenta un'opportunità per incidere sulle liste di attesa.

In particolare, le prestazioni erogate in regime professionale dai professionisti in favore dell'Azienda, come previsto dall'articolo 55 comma 2 del CCNL/2000 della dirigenza medica e veterinaria costituisce un ulteriore strumento per il governo delle liste ed il contenimento dei tempi di attesa, in quanto tali prestazioni possono contribuire ad integrare l'offerta istituzionale, allorché una ridotta disponibilità, anche temporanea, di prestazioni in regime istituzionale metta a rischio la garanzia di assicurare al cittadino le prestazioni all'interno dei tempi massimi regionali.

Tale tipologia di attività andrà concordata con i professionisti e sostenuta economicamente dall'Azienda, riservando al cittadino solo la eventuale partecipazione al costo del ticket.

L'esercizio della libera professione intramuraria per l'erogazione di prestazioni sanitarie erogate su richiesta e per scelta dell'utente sono a totale carico di quest'ultimo.

A tale proposito, e al fine di impedire il verificarsi di taluni fenomeni distorsivi nel rapporto domanda-offerta, si richiama l'osservanza della D.G.R.C. n.214/2007, della Legge n. 120/2007, della Circolare assessorile del 09/10/2007 e dell'Accordo stipulato in sede di Conferenza Permanente Stato- Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, Rep.Atti n. 198/CSR del 18 novembre 2010

L'Azienda

- organizza l'accesso alle prestazioni rese in intramoenia, sia "pura" che "allargata" tramite i centri di prenotazione su apposita lista di prenotazione attraverso il Centro Unico di Prenotazione (CUP) e senza oneri aggiuntivi. Il personale addetto va individuato tra quello già presente nell'organico dell'azienda.
- Garantisce che l'attività intramuraria venga svolta presso una sede e con tempi diversi rispetto a quelli istituzionali, al fine di permettere il controllo dei volumi delle medesime

prestazioni, che non devono superare, globalmente considerati, quelli eseguiti nell'orario di lavoro

- esclusivamente per l'attività clinica e diagnostica strumentale ambulatoriale, gli spazi e le attrezzature dedicati all'attività istituzionale possono essere utilizzati anche per l'attività libero-professionale intramuraria, garantendo la separazione delle attività in termini di orari, prenotazioni e modalità di riscossione dei pagamenti.
- organizza un sistema che garantisca la riscossione degli onorari delle prestazioni erogate. La legge 120/07 stabilisce che della riscossione degli onorari sono responsabili le aziende
- favorisce il progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione intramuraria, al fine di assicurare che il ricorso a quest'ultima sia conseguenza di libera scelta del cittadino e non di carenza nell'organizzazione dei servizi resi nell'ambito dell'attività istituzionale.
- compila, annualmente, l'apposita scheda-rilevazione, all'uopo predisposta, concernente sia la verifica dei volumi nei diversi regimi che la corretta gestione dell'attività in questione. Tale scheda va inviata ai preposti uffici regionali.

PREDISPOSIZIONE DI PROCEDURE OBBLIGATORIE INERENTI LE ATTIVITÀ DI RICOVERO

Il percorso per i ricoveri programmati parte da un bisogno di cure del cittadino/ paziente riconosciuto dal medico curante (MMG,PLS) che, in funzione del quadro patologico, prescrive o approfondimenti diagnostici preliminari, o consulenze specialistiche, o direttamente il ricovero.

Lo specialista ambulatoriale è una delle figure che il MMG/PLS può coinvolgere in ulteriori approfondimenti clinico/terapeutici. Egli rilascia un referto sulla base del quale il MMG/PLS confermerà o meno la necessità di proporre il ricovero.

Il Sistema di prenotazione si sostanzia, operativamente, nella costruzione del Registro (Agenda di prenotazione) dei ricoveri ospedalieri strutturato e gestito all'interno di ciascun Presidio Ospedaliero.

Il medico ospedaliero preposto alla accettazione della richiesta di ricovero verifica la proposta di ricovero del medico di MMG/PLS, valutandone l'appropriatezza relativamente a: effettiva presenza del problema segnalato (valutazione clinica), pertinenza al regime di ricovero (valutazione organizzativa) e pertinenza strutturale (idoneità della struttura in relazione a tecnologie, risorse, competenze ecc.). Lo stesso, pertanto, può verificare i requisiti relativi alla intensità assistenziale necessaria, in risposta alla gravità del quadro clinico e alla intensità degli interventi diagnostico/terapeutici possibili, ed è il titolare del giudizio sull'appropriatezza del ricovero, e quindi sull'ammissione del bisogno specifico al livello di assistenza ospedaliera.

Il paziente con tale scheda accede all'accettazione per l'iscrizione nel registro e per ottenere la prima data utile in considerazione di:

- livello di priorità clinica
- ordine cronologico di iscrizione in lista
- risorse necessarie

Il paziente, al momento dell'erogazione della prestazione, dovrà esibire la prescrizione di ricovero sul ricettario regionale del MMG.

Le Aziende Ospedaliere, nel caso non riescono a coprire i tempi massimi di attesa previsti nel presente piano, devono interagire con le Aziende Sanitarie locali tramite la stipula di appositi accordi, per

concordare le disponibilità dell'offerta di prestazioni, in modo da creare percorsi alternativi più agevoli per l'utente, nel rispetto del principio della migliore accessibilità sul territorio delle strutture e ponendo particolare attenzione soprattutto per le prestazioni in cui si richiede una più alta specializzazione e professionalità, un caso tipico, evidenziato da un primo monitoraggio, è rappresentato dalle prestazioni cardiologiche, che non tutte le aziende sanitarie erogano o nel caso contrario, non c'è garanzia di rispetto dei tempi di attesa previsti.

Anche le Convenzioni e i percorsi di continuità sono monitorati al livello aziendale attraverso audit organizzativi

COSTITUZIONE DELLA COMMISSIONE DI ESPERTI DI CUI AL PUNTO 11 DEL PRGLA

Ruolo del Referente aziendale LA

Il Referente, nominato dal Direttore generale si avvale del Gruppo di lavoro sulle Liste di attesa della DMP che ha seguito negli ultimi anni le fasi del monitoraggio sopra descritte. I Servizi che curano le prenotazioni delle prestazioni (Servizio CUP) e la comunicazione con gli utenti (Carta dei servizi e iniziative analoghe) assicurano al Referente la collaborazione necessaria al raggiungimento degli obiettivi

Il Referente propone iniziative di valutazione analitica e di appropriatezza, utilizzando le metodologie di Efficienza, Efficacia ed Analisi EBM codificate in letteratura; inoltre, attraverso l'analisi dei dati disponibili propone strategie di miglioramento che saranno discusse ed approvate in commissione

Ruolo della Commissione di esperti

in conformità a quanto indicato nella D.G.R.C n. 170/2007, l'Azienda dovrà costituire, con atto formale una Commissione di esperti che, utilizzando la metodologia proprio del governo clinico, orienti l'attività almeno sui seguenti aspetti:

- Analisi dell'offerta e della domanda delle prestazioni sanitarie e/o sociosanitarie;
- Individuazione, definizione e promozione di modelli organizzativi funzionali agli obiettivi di contenimento delle liste di attesa;
- Individuazione e definizione dei principali percorsi-diagnostici terapeutici sulla base di linee guida rispondenti ai criteri dell'EBM;
- Individuazione e definizione dei principali criteri e principi dell'appropriatezza prescrittiva;
- Promozione di attività di formazione, per gli operatori sanitari, finalizzate al miglioramento della gestione delle liste di attesa.
- Indirizzi applicativi inerenti gli aspetti organizzativo-gestionali, di natura informativo-semantiche e indicatori di performance dei Centri di Prenotazione, in accordo a quanto previsto al paragrafo 6 del presente Piano.

Le eventuali iniziative e strategie proposte dalla Commissione di esperti saranno formalmente adottate dalle direzioni aziendali.

La Commissione di cui sopra dovrà affiancare il referente aziendale unico per le liste di attesa Tale Referente costituisce l'interfaccia unica dell'azienda verso la Regione e partecipa ai tavoli regionali.

FLUSSO INFORMATIVO DI CUI AL PUNTO 12 DEL PRGLA

La Azienda per il monitoraggio dei tempi di attesa attiva i seguenti flussi di rilevazione :

- il flusso informativo dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali con modalità ex ante, basato sulla rilevazione semestrale in un periodo indice stabilito a livello nazionale ;

- il flusso informativo con modalità ex post, attraverso il flusso ex art . 50 della legge 326/2003 per le finalità di monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali, rendendo obbligatori, così come previsto al punto 1, lettera F del PNGLA 2010/2012, i campi di cui al punto 7 .1 .A del PNGLA stesso;
- il flusso informativo SDO per le finalità di monitoraggio dei ricoveri ospedalieri, rendendo obbligatorio quanto previsto con Decreto del Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di Rientro del settore sanitario n. 6 del 17.01.2011 e D.G.R. C.n.277 del 21.06.2011;
- il flusso informativo dei tempi di attesa dei percorsi diagnostico terapeutici nell'area cardiovascolare e oncologica; e per i network regionali congiuntamente alle attività di rilevazione dei centri
- il flusso informativo dei tempi d'attesa delle prestazioni erogate in libera professione intramuraria;
- il flusso informativo delle eventuali sospensioni delle attività di erogazione delle prestazioni.

Le modalità di rilevazione e trasmissione dei flussi sopra riportati vengono effettuati secondo apposite le apposite linee guida, definite in accordo tra Ministero, Regioni e Province Autonome ed AgeNaS, .

ALLEGATO A

PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER LE QUALI VANNO FISSATI, GARANTITI E MONITORATI I TEMPI DI ATTESA.

A) PRESTAZIONI AMBULATORIALI

VISITE SPECIALISTICHE

N.	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice
1.	Visita cardiologia	89.7	08
2.	Visita chirurgia vascolare	89.7	14
3.	Visita endocrinologia	89.7	19
4.	Visita neurologica	89.13	32
5.	Visita oculistica	95.02	34
6.	Visita ortopedica	89.7	36
7.	Visita ginecologica	89.26	37
8.	Visita otorinolaringoiatria	89.7	38
9.	Visita urologia	89.7	43
10.	Visita dermatologica	89.7	52
11.	Visita fisiatrice	89.7	56
12.	Visita gastroenterologica	89.7	58
13.	Visita oncologica	89.7	64
14.	Visita pneumologica	89.7	68

PRESTAZIONI STRUMENTALI

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

ALTRI ESAMI SPECIALISTICI

N.	Prestazione	Codice Nomenclatore
34	Colonscopia	45.23 - 45.25 - 45.42
35	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24
36	Esofagogastroduodenoscopia	45.13 - 45.16
37	Elettrocardiogramma	89.52
38	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50
39	Elettrocardiogramma da sforzo	89.41 - 89.43
40	Audiometria	95.41.1
41	Spirometria	89.37.1 - 89.37.2
42	Fondo Oculare	95.09.1
43	Elettromiografia	93.08.1

Per tutte le prestazioni ambulatoriali garantite dal SSN, comprese quelle di cui al punto 4, lettera A del presente Piano Regionale, le classi di priorità con i relativi tempi di attesa sono quelli della sottostante tabella

Prestazioni ambulatoriali (Visite e prestazioni diagnostiche- terapeutiche-riabilitative)	Classi di priorità	Tempi massimi di attesa	- Si riferiscono alle prime visite/accertamenti - Sono esclusi i controlli e gli screening
Tutte le Prestazioni	U	72 ore	Priorità della ricetta del SSN
Visite	B	10 gg	
Prestazioni Strumentali	B	10 gg	
Visite	D	30 gg	
Prestazioni strumentali	D	60 gg	
Tutte le prestazioni	P	180 gg	

Il tempo di attesa per la visita fisiatrica con la classe D è di 30 giorni come per tutte le altre visite.

ALLEGATO B

PRESTAZIONI DI RICOVERO PER CUI VANNO FISSATI, GARANTITI E MONITORATI I TEMPI DI ATTESA

Le prestazioni in regime di ricovero per cui devono essere fissati e monitorati i tempi di attesa sono:

PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL/DAY SURGERY

N.	Prestazione	Codice intervento	Codice diagnosi
44	Chemioterapia (1)	99.25	V58 .1
45	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57
46	Biopsia percutanea del fegato (1)	50.11	
47	Emorroidectomia		
48	Riparazione ernia inguinale (1)	53.0-53.10	

(1) Le regioni che erogano la prestazione prevalentemente od esclusivamente in regime ambulatoriale, svolgeranno il monitoraggio in tale setting assistenziale ;

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO

N.	Prestazione	Codice intervento	Codice diagnosi
49	Interventi chirurgici tumore Mammella	Categoria 85.4	Categoria 174
50	Interventi chirurgici tumore Prostata	60 .5	185
51	Interventi chirurgici tumore colon retto	45 .7x - 45.8 ; 48.5 - 48 .6	Categorie 153 - 154
52	Interventi chirurgici tumori dell'utero	Da 68.3 a 68 .9	Categoria 182
53	By pass aortocoronarico	36 .10	
54	Angioplastica Coronarica (PTCA)	Categoria 36.0	
55	Endoarteriectomia carotidea	38 .12	
56	Intervento protesi d'anca	81 .51 - 81 .52 - 81 .53	
57	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32 .3 - 32.4 - 32.5 -32.9	
58	Tonsillectomia	28 .2-28.3	

(2) le regioni che erogano la prestazione prevalentemente od esclusivamente in regime di day surgery o one day surgery svolgeranno il monitoraggio in tale setting assistenziale.

Per tutte le prestazioni di ricovero garantite dal SSn e le prestazioni di cui al punto 4, lettera B del presente Piano le classi di priorità, in attuazione di quanto definito dall'Accordo Stato Regioni dell'11 luglio 2002, sono le seguenti:

A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che possono aggravarsi rapidamente o che possono recare grave pregiudizio alla prognosi.
B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che non presentano intenso dolore o gravi disfunzioni o gravi disabilità e che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti né possono per l'attesa diventare grave pregiudizio alla prognosi
C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità e che non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere pregiudizio per la prognosi
D	Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici senza dolore, disfunzione o disabilità. Questi ricoveri debbono essere effettuati comunque entro almeno 12 mesi

PROGRAMMA ATTUATIVO AZIENDALE
PER IL GOVERNO
DELLE LISTE DI ATTESA 2010-2012

N.	Prestazione	Codice intervento	Codice diagnosi
44	Chemioterapia (1)	99.25	V58 .1
45	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57
46	Biopsia percutanea del fegato (1)	50.11	
47	Emorroidectomia		
48	Riparazione ernia inguinale (1)	53.0-53.10	

(1) Le regioni che erogano la prestazione prevalentemente od esclusivamente in regime ambulatoriale, svolgeranno il monitoraggio in tale setting assistenziale ;

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO

N.	Prestazione	Codice intervento	Codice diagnosi
49	Interventi chirurgici tumore Mammella	Categoria 85.4	Categoria 174
50	Interventi chirurgici tumore Prostata	60 .5	185
51	Interventi chirurgici tumore colon retto	45 .7x - 45.8 ; 48.5 - 48 .6	Categorie 153 - 154
52	Interventi chirurgici tumori dell'utero	Da 68.3 a 68 .9	Categoria 182
53	By pass aortocoronarico	36 .10	
54	Angioplastica Coronarica (PTCA)	Categoria 36.0	
55	Endoarteriectomia carotidea	38 .12	
56	Intervento protesi d'anca	81 .51 - 81 .52 - 81 .53	
57	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32 .3 - 32.4 - 32.5 -32.9	
58	Tonsillectomia	28 .2-28.3	

(2) le regioni che erogano la prestazione prevalentemente od esclusivamente in regime di day surgery o one day surgery svolgeranno il monitoraggio in tale setting assistenziale.

Per tutte le prestazioni di ricovero garantite dal SSn e le prestazioni di cui al punto 4, lettera B del presente Piano le classi di priorità, in attuazione di quanto definito dall'Accordo Stato Regioni dell'11 luglio 2002, sono le seguenti:

A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che possono aggravarsi rapidamente o che possono recare grave pregiudizio alla prognosi.
B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che non presentano intenso dolore o gravi disfunzioni o gravi disabilità e che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti né possono per l'attesa diventare grave pregiudizio alla prognosi
C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità e che non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere pregiudizio per la prognosi
D	Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici senza dolore, disfunzione o disabilità. Questi ricoveri debbono essere effettuati comunque entro almeno 12 mesi