

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
VIBO VALENTIA**

Via Dante Alighieri 89900 Vibo Valentia 02866420793 di Vibo Valentia
Part. IVA 02866420793



REGIONE CALABRIA

**PIANO ATTUATIVO AZIENDALE
PER IL CONTENIMENTO DEI TEMPI D'ATTESA**

Sommario

PREMESSA	3
QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO	3
LE PRESTAZIONI OGGETTO DI MONITORAGGIO	4
PROGRAMMA DI CONTENIMENTO LISTE DI ATTESA	5
Governare la domanda di prestazione	5
Determinazione delle priorità di accesso	5
LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI OGGETTO DI MONITORAGGIO	6
PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO	8
PRESTAZIONI DI RICOVERO OGGETTO DI MONITORAGGIO	9
MONITORAGGI	9
Il monitoraggio ex ante	9
Il monitoraggio ex post	9
Il monitoraggio dell'attività libero-professionale intramoenia (ALPI)	9
monitoraggio sospensioni	9
SOSPENSIONE ATTIVITA' DI PRENOTAZIONE	10
ATTIVITA' DI CONTROLLO E VERIFICA	10
RINVII	10

PREMESSA

“La gestione delle liste di attesa rappresenta una sfida importante per le aziende sanitarie. Per garantire un servizio efficiente e tempestivo ai pazienti, è necessario adottare un approccio strategico e organizzato. Il presente Piano attuativo Aziendale per il contenimento delle Liste di Attesa ha l’obiettivo di individuare le criticità e le azioni necessarie per migliorare la gestione delle liste di attesa nell’ambito dell’azienda sanitaria. Il piano si basa sulle disposizioni regionali e nazionali in materia e tiene conto delle esigenze della popolazione e delle risorse sanitarie disponibili.”

Il governo delle liste di attesa rapportato al nostro sistema sanitario nazionale viene svolto con notevoli impegno di risorse accresciute ancor di più nella nostra Regione, sottoposta ormai da anni al Piano di rientro dal debito sanitario.

I Progetto “Mattoni SSN – tempi d’attesa” ha sempre offerto un valido contributo per individuare percorsi ed elementi atti a ridurre il fenomeno. In particolare, l’attuazione del Centro Unico di Prenotazione (CUP) pone al centro della sua organizzazione una serie di obiettivi strategici. Tra questi, il CUP mira a semplificare le procedure di accesso garantendo il principio di equità, promuovere una maggiore omogeneità e trasparenza dell’accesso alle prestazioni, costruire una base informativa unica e condivisa sulle prenotazioni e le prestazioni ambulatoriali diagnostiche e specialistiche, dare un contributo alla riduzione dei tempi d’attesa, eliminare il fenomeno delle multiprenotazioni, garantire la gestione delle priorità d’accesso e gestire le agende aperte con il conseguente superamento delle liste chiuse.

La complessità del problema richiede un impegno comune al fine di trovare soluzioni efficaci con la consapevolezza che non esistono soluzioni semplici e univoche. Vanno poste in essere azioni articolate, prima fra tutte quella dell’appropriatezza delle prescrizioni, che chiama in causa l’esercizio di una responsabilità precisa da parte di tutti gli attori e, in particolare, di medici e cittadini.

Fissare i tempi massimi d’attesa per un certo numero di prestazioni e programmare una serie di azioni generali per la riduzione dei tempi massimi d’attesa necessita dell’implementazione di un qualificato ed efficiente sistema di monitoraggio e di controllo. Uno degli elementi di successo nell’attuazione delle norme risiede proprio nella possibilità di mettere in piedi un sistema informativo adeguato ed efficiente, serio ed affidabile, che consenta di disporre in tempo reale del controllo della situazione e di assumere decisioni basandole su elementi oggettivi.

Particolare attenzione deve essere destinata alla fase di informazione dei cittadini.

QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

D.Lgs n. 502/92 e s.m.i.

DPCM 19 maggio 1995

D.Lgs 29 aprile 1998, n. 124

DPCM 27 marzo 2000 Articolo 10

Decreto Ministeriale 27/12/200 “Istituzione Commissione Nazionale su tempi d’attesa”

DPCM 29 novembre 2001
Accordo Stato-Regioni del 14/02/2002 n° 724
DPCM 16 aprile 2002 "Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi d'attesa"
Intesa Stato-Regioni 11/07/2002
Intesa Stato-Regioni 24/07/2003
Decreto Ministeriale 18 maggio 2004
Legge 23 dicembre 2005 n. 266 (legge finanziaria 2006)
Intesa Stato-Regione del 28 marzo 2006 "Piano Nazionale di contenimento delle liste d'attesa per il triennio 2006-2008"
Delibera G.R. 502 del 31 luglio 2006 "Piano Attuativo Regionale del Contenimento dei tempi d'attesa"
Intesa Stato-Regione del 29 aprile 2010 "Sistema CUP – Linee guida nazionali"
Intesa Stato-Regione del 28 ottobre 2010 "Piano Nazionale di contenimento delle liste d'attesa per il triennio 2010-2012"
Accordo Stato-Regioni Rep. Atti n. 28/CSR del 21 febbraio 2019 "Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa"
D.C.A. 88 del 23 maggio 2019 Adozione Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa

LE PRESTAZIONI OGGETTO DI MONITORAGGIO

Il Piano Regionale Governo Liste d'Attesa individua tre gruppi di prestazioni oggetto di monitoraggio: prestazioni ambulatoriali, prestazioni in regime di ricovero, prestazioni inserite in Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali nell'area Cardiovascolare ed Oncologica.

Per quanto riguarda le prestazioni ambulatoriali, gli interventi saranno mirati alle 69 prestazioni ambulatoriali indicate dal Piano Nazionale e contenute nel Piano Regionale approvato con il D.C.A.88/2019.

I CC.CC.NN.LLL, gli AA.CC.NN. e gli AA.II.RR. e il recente accordo regionale per la medicina generale ad integrazione dell'accordo dell'ACN del marzo 2005 sanciscono all'articolo 8.5 quanto segue: "si ritiene che il miglioramento dei livelli di appropriatezza non può essere perseguito e raggiunto se non si modificano in maniera incisiva le abitudini prescrittive di tutti i prescrittori in esecuzione dell'art. 50 della L.326/04 (ricettario unico). È necessario programmare attività formative specifiche per indirizzare le scelte secondo le linee della medicina basate sull'evidenza. La commissione per l'appropriatezza prescrittiva, in collaborazione con la commissione regionale per l'ECM, con i sindacati, dovrà proporre percorsi formativi mirati".

La nostra azienda ha l'ambizione di perseguire strategie necessarie per operare nel modo migliore il perseguimento dell'abbattimento delle liste d'attesa attraverso il massimo coinvolgimento del personale medico.

PROGRAMMA DI CONTENIMENTO LISTE DI ATTESA

Governare la domanda di prestazione

In sede di prenotazione delle prestazioni,

- il medico prescrittore deve obbligatoriamente indicare se si tratta di primo accesso oppure di accesso successivo al primo (visita di controllo, follow up, diagnostica strumentale).

-Per primo accesso si intende il primo contatto che il paziente ha con la struttura sanitaria per il proprio specifico problema di salute, ovvero gli accessi di pazienti già noti, affetti da malattie croniche, che presentino una fase di riacutizzazione o l'insorgenza di un nuovo problema, non necessariamente correlato con la patologia cronica, tale da rendere necessaria una rivalutazione complessiva e/o una revisione sostanziale della terapia. Il medico proscrittore è tenuto ad indicare obbligatoriamente il corrispondente codice nomenclatore 89.7 o equivalente.

-Per la visita successiva alla prima (accesso successivo al primo o visita di controllo o follow up) si intende il controllo successivo ad un inquadramento diagnostico già concluso nonché la visita finalizzata ad un approfondimento diagnostico. Tale tipologia di visita è demandata al medico prescrittore della struttura che abbia preso in carico il paziente con la prima visita, senza che questi sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione, il quale è tenuto, oltre che a prescrivere la prestazione, a fissare l'appuntamento al paziente.

A tal fine si istituiranno apposite agende "dedicate" alle prestazioni intese come visite/esami successivi al primo accesso e programmati dallo specialista che ha già preso in carico il paziente, agende che saranno integrate nel sistema CUP.

Determinazione delle priorità di accesso

Le classi di priorità si articolano:

.Urgente (U) prestazioni da erogare entro 72 ore e prenotabili entro 48 ore dalla data ricetta;

-Breve (B) da erogare entro 10 giorni;

-Differibile (D) da erogare entro 30 giorni per le visite e 60 giorni per gli accertamenti diagnostico-strumentali.

LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI OGGETTO DI MONITORAGGIO

come riportato al punto
del PRGLA sono:

prog.	prestazione	codice minister.	Codici LEA nuovi
1	Prima visita Cardiologia	89.7	89.7A.3
2	Prima visita chirurgica vascolare	89.7	89.7.A.3
3	Prima visita endocrinologia	89.7	89.7A.8
4	Prima visita neurologica	89.13	89.13
5	Prima visita oculistica	95.02	95.02
6	Prima visita ortopedica	89.7	89.7B.7
7	Prima visita ginecologica	89.26	89.26.1
8	Prima visita otorinolaringoiatria	89.7	89.7B.8
9	Prima visita urologia	89.7	89.7C.2
10	Prima visita dermatologica	89.7	89.7A.7
11	Prima visita fisiatrica	89.7	79.7B.2
12	Prima visita gastroenterologica	89.7	89.7°.9
13	Prima visita oncologica	89.7	89.7B.6
14	Prima visita pneumologica	89.7	89.7B.9
15	Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale	87.37.1	89.37.1
16	Mammografia monolaterale	87.37.2	87.37.2
17	TC del Torace	87.41	87.41
18	TC del Torace con MCD senza e con MCD	87.41.1	87.41.1
19	TC dell'addome superiore	88.01.1	88.01.1
20	TC dell'addome superiore senza e con MDC	88.01.2	88.01.2
21	TC dell'addome superiore	88.01.3	88.01.3
22	TC dell'addome inferiore senza e con MDC	88.01.4	88.01.4
23	TC dell'addome completo	88.01.5	88.01.5
24	TC dell'addome completo senza e con MDC	88.01.6	88.01.6
25	TC Cranio – encefalo	87.03	87.03
26	TC Cranio – encefalo senza e con MDC	87.03.1	87.03.1
27	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	88.38.1	88.38.A
28	TC de rachide e dello speco vertebrale toracico	88.38.1	88.38.B
29	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	88.38.1	88.38.C
30	TC del rachide edello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	88.38.2	88.38.D
31	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	88.38.2	88.38.E
32	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	88.38.2	88.38.F

	senza e con MDC		
33	TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	88.38.5	88.38.5
34	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vescolare	88.91.1	88.91.1
35	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	88.91.2	88.91.2
36	RM di addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4	88.95.4
37	RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	88.95.5	88.95.5
38	RM della colonna in toto	88.93	88.93.6
39	RM della colonna in toto senza e con MDC	88.93.1	88.93.B
40	Diagnostica ecografia del capo e del collo	88.71.4	88.71.4
41	Eco (color) dopplergrafia cardiaca	88.72.3	88.72.3
42	Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	88.73.5	88.73.5
43	Ecografia dell'addome superiore	88.74.1	88.74.1
44	Ecografia dell'addome inferiore	88.75.1	88.75.1
45	Ecografia dell'addome completo	88.76.1	88.76.1
46	Ecografia bilaterale della mammella	88.73.1	88.73.1
47	Ecografia monolaterale della mammella	88.73.2	88.73.2
48	Ecografia ostetrica	88.78	88.78
49	Ecografia ginecologica	88.78.2	88.78.2
50	Ecocolordoppler degli arti inferiori arteriosi e/o venoso	88.77.2	88.77.4 88.77.5
51	Colonscopia totale con endoscopio flessibile	45.23	45.23
52	Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	45.42	45.42
53	Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	45.24
54	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13
55	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	45.16	45.16.1 45.16.2
56	Elettrocardiogramma	89.52	89.52
57	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	89.50
58	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	89.41	89.41
59	Altri test Cardiovascolari da sforzo	89.44	89.44
60	Esame audiometrico tonale	95.41.1	95.41.1
61	Spirometria semplice	89.37.1	89.37.1
62	Spirometria globale	89.37.2	89.37.2
63	Fotografia del fundus	95.11	95.11
64	Elettromiografia semplice (EMG) per arto superiore. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Non associabili a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.A
65	Elettromiografia semplice (EMG) per arto inferiore. fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa non associabili a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.B
66	Elettromiografia semplice (EMG) del capo fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Escluso: EM G dell'occhio(95.25) e Polisonnografia (89.17)	93.08.1	93.08.C

67	Elettromiografia semplice (EMG) del Tronco. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli	93.08.1	93.08.D
68	Valutazione EMG Dinamica del cammino. Valutazione EMG di superficie e con elettrodi a filo (4 muscoli) associati ad esame basografico per la definizione delle fasi del passo. Non associabile a Analisi della cinetica e della dinamica del passo (93.05.7)	93.08.1	98.08.E
69	EMG dinamica dell'arto superiore. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)	93.08.1	93.08.F

Il tempo massimo su indicato per le singole prestazioni dovrà essere garantito dalle sedi erogatrici per almeno il 90% dei prenotati.

Per l'area prestazioni di ricovero, relativamente alle prestazioni individuate nel PRGLA, punto 2, cod. 2.2 vengono recepiti i tempi massimi indicati nello stesso piano regionale ed applicate le classi di priorità distinte in:

classe A, ricovero da eseguire entro 30 giorni; classe B, ricovero da eseguire entro 60 giorni, classe C, ricovero da eseguire entro 180 giorni; classe D ricovero da eseguire entro 12 mesi.

Le prestazioni di ricovero oggetto di monitoraggio, come riportato al punto 3.2 del PRGLA sono:

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO			
N.	PRESTAZIONE	Codici Intervento ICM-9-CM	Codici Diagnosi ICD-9-CM
1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	85.2x; 85.33; 85.34; 85.35, 85.36; 85.4x;	174.x; 198.81;233.0
2	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	60.21; 60.29; 60.3; 60.4;60.5;60.61;60.62;60.69;60.96;60.97	185;198.82
3	Interventi chirurgici tumore maligno Colon	45.7x;45.8;45.9;46.03;46.04;46.1	153.x; 197.5
4	Interventi chirurgici tumore maligno Retto	48.49; 48.5; 48.6;	154.x; 197.5
5	Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	Da68.3x; A 68.9	179;180;182.x; 183; 184; 198.6; 198.82;
6	Interventi chirurgici per melanoma	86.4	172.x
7	Interventi chirurgici per tumore maligno della Tiroide	06.2; 06.3x; 06.4; 06.5; 06.6	193
8	By Pass Aortocoronarico*	36.1x	
9	Angioplastica Coronarica (PTCA)*	00.66; 36.06;36.07	
10	Endoarteriectomia carotidea*	38.12	
11	Intervento protesi d'Anca	00.70; 00.71; 00.72; 00.73; 00.85; 00.86; 00.87; 81.51; 81.52; 81.53	
12	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.29; 32.3; 32.4; 32.5; 32.6; 32.9	162.x; 197.0
13	Colecistectomia laparoscopica	51.23;	574.x; 575.x
14	Coronarografia*	88.55; 88.56; 88.57;	
15	Biopsia percutanea del fegato(1)	50.11	
16	Emorroidectomia	49.46; 49.49	
17	Riparazione ernia inguinale (1)	53.0x; 53.1x	

*Non eseguiti in azienda

PRESTAZIONI DI RICOVERO OGGETTO DI MONITORAGGIO

Relativamente alle 17 prestazioni di ricovero oggetto di monitoraggio, si attendono le Linee Guida della Regione Calabria previste nel PRGLA per l'introduzione in ogni singola Azienda di apposita procedura informatizzata per l'inserimento dei ricoveri nelle liste d'attesa.

Per quanto concerne le prestazioni inserite nei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali nell'area Cardiovascolare ed Oncologica la nostra azienda eroga tutti i PAC (Pacchetti Ambulatoriali Complessi) e gli APA (Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali) definiti dalla Regione Calabria.

MONITORAGGI

Il monitoraggio ex ante

sulle prestazioni ambulatoriali verrà eseguito nei giorni indice stabiliti in campo nazionale, ed interesserà tutte le strutture pubbliche e tutte le strutture private.

Il monitoraggio ex post

delle prestazioni ambulatoriali verrà effettuato attraverso il flusso informativo dell'ex art. 50, legge 326/2003 e s.m.i.; lo stesso interesserà anche l'attività prescrittiva, incrociando i dati sui ricettari assegnati ai medici con quelli relativi alla spesa specialistica rilevabili entrambi dall'utilizzo del cruscotto integrato del sistema TS, secondo quanto previsti dall'allegato B del PNGLA 2019/2021.

Il monitoraggio dell'attività libero-professionale intramoenia (ALPI)

è garantito dal CUP, e riguarda le prestazioni ambulatoriali di cui al punto 3.1 del PRGLA rese in regime di ALPI a totale carico dell'utenza e viene effettuato su piattaforma messa a disposizione dal Ministero della Salute. Per quanto attiene il monitoraggio ex post dei tempi d'attesa per le prestazioni di ricovero, verrà effettuato mediante il flusso SDO, che sarà opportunamente implementato per la compilazione dei campi concernenti la data di prenotazione e la classe di priorità. Tale monitoraggio sarà effettuato attraverso la misurazione dell'indicatore "Proporzione di prestazioni di ricovero programmato erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per la classe di priorità A ex DM 8/7/2010 n. 135 e ss.mm.ii." come riportato al punto 2 dell'allegato B del PNGLA 2019/2021.

monitoraggio sospensioni

Sarà garantito il monitoraggio sulle sospensioni dell'attività di erogazione così come previsto dal PRGLA con la conseguente segnalazione.

SOSPENSIONE ATTIVITA' DI PRENOTAZIONE

Così come previsto dall'*art.1, comma 282, Legge Finanziaria 2006*, non è contemplata la sospensione dell'attività di prenotazione svolta tramite il sistema informatizzato del CUP salvo in casi eccezionali, per motivi prettamente tecnici e, comunque, purché la prestazione, indisponibile in una data unità operativa aziendale, non sia reperibile presso altre unità operativa della stessa struttura erogatrice pubblica o privata accreditata.

ATTIVITA' DI CONTROLLO E VERIFICA

L'applicazione di tutti gli interventi previsti dal presente Piano inclusa l'attività di verifica e monitoraggio degli adempimenti per il raggiungimento degli obiettivi prefissati saranno garantiti dagli uffici ed organismi aziendali preposti.

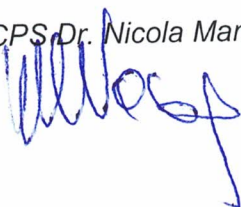
RINVII

Per quanto non espressamente previsto dal presente documento, si rinvia alle norme a carattere nazionale e regionale applicabili.

Si dà atto che il presente documento è suscettibile delle integrazioni e/o correzioni che dovessero rendersi necessarie a seguito dell'emanazione di Linee d'indirizzo regionali.

Il Res. CUP/ALPI

Inc. Funz. CPS Dr. Nicola Maria Nocera



Il Direttore Sanitario Aziendale

Dott. Luigi Mandia

