



PROGRAMMA ATTUATIVO AZIENDALE

“ADOZIONE DEL PIANO REGIONALE PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA”

(ai sensi della DGR n° 545 del 20/05/2011)

1.INDICE

1.INDICE	3
2. PREMESSA	4
3. TAVOLO TECNICO	5
3.1 COMPOSIZIONE.....	5
3.2 COMPITI.....	5
3.3 REGOLAMENTAZIONE DELLA SOSPENSIONE DELLE ATTIVITA'.....	6
3.4 VERIFICA DELLA APPROPRIATEZZA DESCRITTIVA.....	6
3.5 MISURE IN CASO DI SUPERAMENTO DEI TEMPI MASSIMI.....	7
4. PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE	8
4.1. INTRODUZIONE.....	8
4.2. INDICAZIONI DEL DGR 545/11.....	8
4.3. TITOLARITÀ PRESCRITTIVA.....	11
4.4. INDICAZIONI DA APPORRE SULLA RICHIESTA.....	11
4.5 MODALITA' DI COMPILAZIONE DELLA RICHIESTA.....	12
4.6. ACCESSO AI SERVIZI IN PRIORITA' CLINICA ED INDICAZIONI PER GLI SPECIALISTI.....	13
4.7 AGENDE AMBULATORIALI A CUP.....	14
4.8 INDICAZIONI PER I SERVIZI.....	15
4.9 STRUTTURE CHE GARANTISCONO I TEMPI DI ATTESA.....	17
5. RICOVERI OSPEDALIERI	20
5.1.PREMESSA.....	20
5.2. PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO.....	20
5.3 CONTROLLO DELLE LISTE DI PRENOTAZIONE.....	22
5.4 DAY SURGERY.....	22
5.5 REGISTRI DI PRENOTAZIONE.....	22
5.6 GESTIONE DELLE LISTE D'ATTESA.....	24
5.7 SITUAZIONE ATTUALE.....	24
6. PERCORSI DIAGNOSTICI TERAPEUTICI ASSISTENZIALI	26
7.DAY SERVICE AMBULATORIALI	28
8. ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE	31
9. SISTEMA INFORMATIVO ED EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI	32
9.1 PRESCRIZIONI ELETTRONICHE.....	32
9.2 FASCICOLO SANITARIO PERSONALE E CONSEGNA DEI REFERTI.....	33
9.3 SUITE TOPSAN (SOFTWARE PER LA SPECIALISTICA AMBULATORIALE).....	33
10. FORMAZIONE E COMUNICAZIONE	35
10.1 FORMAZIONE.....	35
10.2 COMUNICAZIONE.....	35
10.3 TRASPARENZA NEI CONFRONTI DEL CITTADINO.....	36
11. MONITORAGGIO DEI FLUSSI INFORMATIVI	37
12. COMPITI DEI MEDICI	38
12.1 COMPITI DEI DIRETTORI DI STRUTTURA COMPLESSA.....	38
12.2 COMPITI DEGLI SPECIALISTI OSPEDALIERI E TERRITORIALI.....	39
13. COMPITI PER GLI OPERATORI CUP (SPORTELLI AZIENDALI, CALLCENTER, FARMACIE)	40
14 ALLEGATI	42

2. PREMESSA

Con DGR n. 545 del 20/5/2011 la Regione ha recepito l'Accordo Stato/Regioni 28/10/2010 il cui obiettivo dichiarato è l'abbattimento delle liste di attesa sia per le prestazioni ambulatoriali sia per le prestazioni ospedaliere.

In relazione al recepimento dell'Accordo l'Azienda deve predisporre un Piano operativo che sulla base della domanda consenta di erogare le prestazioni interessate nel rispetto dei tempi precisati nei richiamati indirizzi regionali e operando altresì in sinergia con altre Aziende per quanto riconducibile all'ambito sovra aziendale.

L'attribuzione della classe di priorità è uno step importante del processo in quanto stabilisce con preventiva chiarezza i termini del patto Azienda – Utente e consente altresì di definire gestionalmente il corretto equilibrio tra risorse necessarie e bisogno assistenziale che a sua volta è condizionato anche dalla appropriatezza della domanda. Si osserva infine che il conseguimento del contestuale ed indiretto obiettivo rappresentato dal contenimento della mobilità passiva sarà possibile solo in presenza di applicazione dell'Accordo e comportamenti omogenei da parte delle Regioni viciniori e delle Strutture accreditate.

3.TAVOLO TECNICO

In applicazione di quanto previsto dalla DGR 545 del 20/05/2011 ad oggetto: “Recepimento Intesa Stato/Regioni del 29.04.2010 sul documento “Sistema CUP – Linee guida nazionali” e dell’intesa Stato/Regioni del 28.10.2010 “Piano nazionale di governo delle liste di attesa 2010 – 2012” viene istituito un Tavolo Tecnico Aziendale.

3.1.Composizione

Il Tavolo Tecnico Aziendale dell’ASL 5 “Spezzino” è composto da:

- Direttore S. C Controllo di Gestione (coordinatore)
- Direttore del Dipartimento Amministrativo
- Direttore del Dipartimento Cure Primarie e Attività Distrettuali
- Direttore del Presidio Ospedaliero Unico del Levante Ligure
- Direttore S. C. ICT
- Direttore S. C. Attività Amministrative Ospedaliere e Territoriali
- Direttore S. C. Sistema Qualità
- Responsabile S. S. D. Gestione Convenzioni
- Responsabile S. S. Flussi Informativi e Rapporti con il MEF

Il Tavolo Tecnico si avvarrà della consulenza delle seguenti figure professionali:

- Dirigenti Medici Ospedalieri (in relazione a problematiche di specifica competenza)
- Rappresentanti degli Specialisti Ambulatoriali (in relazione alla branca interessata)
- Rappresentanti sindacali dei MMG/PLS
- Responsabile S.C Professioni Sanitarie

3.2.Compiti

Compiti principali del Tavolo Tecnico sono:

- adottare il piano regionale attuativo del governo delle liste d’attesa;
- elaborare e dare attuazione al presente programma attuativo aziendale la cui finalità è quella di garantire agli assistiti dell’ASL 5 “Spezzino” tempi di attesa congrui rispetto alle necessità assistenziali, garantendo una risposta appropriata della domanda e una migliore organizzazione dell’apparato di offerta in coerenza con le linee di intervento individuate dal Piano Nazionale di governo delle liste di attesa 2010-2012;
- proporre alla Direzione Aziendale un nuovo modello organizzativo che possa rispondere pienamente alle nuove disposizioni della DGR 545/11 in materia di liste di attesa ed altresì verificare l’appropriatezza prescrittiva;

- proporre alla Direzione Aziendale i referenti per ciascun flusso informativo citato al punto 9 della DGR 545/11 (tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali con modalità ex-ante, tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali con modalità ex-post, SDO, prenotazioni effettuate, tempi di attesa delle prestazioni erogate in libera professione intramuraria, monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni);
- proporre documenti tecnici condivisi relativi ai principi generali per la definizione dei criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni individuate;
- definire una procedura per la specialistica ambulatoriale finalizzata a favorire e migliorare l'appropriatezza prescrittiva;
- definire una procedura per i ricoveri ospedalieri finalizzata a favorire e migliorare l'appropriatezza prescrittiva;
- verificare l'andamento del progetto;
- proporre iniziative sia di modifica sia di implementazione del progetto;
- concordare e stabilire, insieme al CUP, la possibile modifica delle agende sia qualitativa, sia quantitativa, in funzione dell'obiettivo degli accessi prioritari;
- coinvolgere, nell'ambito di specifiche iniziative formative, i Medici di Medicina Generale, al fine di garantire una sempre maggiore appropriatezza prescrittiva, anche nella richiesta di prestazioni diagnostiche, unitamente alla programmazione di campagne informative rivolte all'utenza;
- verificare e monitorare le fasi di avanzamento dell'attività informatica sia del progetto sulle classi di priorità ambulatoriali, sia del progetto sulle classi di priorità degenziali, sia del progetto di prenotazione anche dei Medici di Medicina Generale (MMG)

Il tavolo tecnico aziendale dovrà, altresì, garantire la piena applicazione delle disposizioni di cui al punto 6.1 "utilizzo di linee guida condivise per favorire e migliorare l'appropriatezza prescrittiva" a livello di Area Ottimale Levante.

3.3.Regolamentazione della sospensione delle attività

L'Azienda Sanitaria Locale n. 5 "Spezzino" si dovrà dotare, con deliberazione del Direttore Generale, delle procedure per la sospensione dell'erogazione di prestazioni e per la sospensione delle prenotazioni.

L'applicazione di tali procedure dovranno costituire norma cogente per tutti i Direttori di struttura complessa dell'Azienda.

Il tavolo tecnico aziendale dovrà, nel più breve tempo possibile rivedere, il documento aziendale vigente al fine di garantirne la conformità alle disposizioni di cui al punto 6.8 del piano regionale per il governo delle liste d'attesa.

3.4.Verifica dell'appropriatezza prescrittiva

Il tavolo tecnico aziendale dovrà definire, entro 6 mesi dall'approvazione del presente programma adeguate modalità di verifica dell'appropriatezza prescrittiva, con esplicitazione di funzioni e responsabilità, che garantisca il controllo annuale sulle

prescrizioni pari allo 0,5% del volume delle prestazioni oggetto di monitoraggio erogate dalla azienda.

3.5.Misure in caso di superamento dei tempi massimi

Il tavolo tecnico aziendale dovrà definire, entro 6 mesi dall'approvazione del presente programma, adeguate misure da adottarsi in caso di superamento dei tempi massimi di attesa, conformemente alle disposizioni di cui al punto 6.9 del piano regionale per il governo delle liste d'attesa.

4.PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

4.1.Introduzione

Il principio dell'equità nell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali è oggi ancora governato unicamente dal fattore tempo, secondo il quale il paziente che arriva per primo a prenotare una visita gode del diritto di precedenza.

Questa modalità di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, o di ricovero in elezione, è una delle cause di dilatazione dei tempi di attesa perchè non tiene conto né del diritto dei pazienti ad essere curati secondo la priorità del loro bisogno, né dell'esigenza di un uso più appropriato delle risorse.

Pertanto si intende avviare con i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di libera scelta e gli Specialisti un percorso comune per definire, per le prestazioni di cui alla DGR 545 del 20/05/2011, una modalità di accesso che :

- rispetti l'esigenza clinica del paziente di ottenere il trattamento appropriato in tempo utile
- individui un "diritto di precedenza" rispetto ad altri anche su basi cliniche e non solo su parametri temporali, attraverso l'adozione di strategie che garantiscano l'erogazione tempestiva delle prestazioni in condizione di appropriatezza ed equità.

E' necessario, quindi, che l'Azienda si doti di uno strumento organizzativo adatto alla realtà locale.

La riuscita del progetto dipende dalla partecipazione di tutti gli attori del sistema e degli utenti, che devono essere consapevoli della necessità di un uso appropriato delle risorse messe a disposizione della collettività per i bisogni sanitari prioritari.

La condivisione di questo percorso di miglioramento deve essere considerata aspetto fondamentale del Patto tra Azienda e Medici.

È comunque stata già inviata una nota protocollo a tutti i prescrittori (Dirigenti Medici Ospedalieri, MMG, Pediatri di Libera Scelta (PLS), Medici di Continuità Assistenziale e Medici Specialisti Ambulatoriale) nella quale vengono ribadite le indicazioni per la corretta redazione della ricetta sul ricettario nazionale:

- indicazione se trattasi di 1° prestazione o di controllo,
- obbligatorietà dell'apposizione del quesito diagnostico,
- indicazione delle classi di priorità come di seguito riportato.

4.2. Indicazioni della DGR 545/11

Per l'accesso in priorità alle prestazioni specialistiche ambulatoriali devono essere considerati i seguenti aspetti generali:

1. severità del quadro clinico (incluso il sospetto diagnostico)
2. prognosi (quoad vitam o quoad valetudinem)

3. tendenza al peggioramento a breve
4. presenza di dolore e/o deficit funzionale
5. implicazioni sulla qualità della vita
6. casi particolari che richiedono di essere trattati in un tempo prefissato
7. speciali caratteristiche del paziente che possono configurare delle eccezioni, purché esplicitamente dichiarate dal medico prescrittore.

La DGR 545 del 20/05/2011, definisce le categorie ed i tempi massimi di accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale come di seguito specificato:

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 12 mesi.

Le prestazioni che inizialmente sono interessate dalla nuova tipologia di accesso sono elencate di seguito.

Accanto ad ogni prestazione è riportato il tempo massimo di attesa:

VISITE SPECIALISTICHE (in accesso differibile D)

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice branca	Tempo Massimo di Attesa GG
1	Visita cardiologica	89.71J	02	30
2	Visita chirurgia vascolare	89.71J	05	30
3	Visita endocrinologica	89.71J	09	30
4	Visita neurologica	89.71J	15	30
5	Visita oculistica	89.71J	16	30
6	Visita ortopedica	89.71J	19	30
7	Visita ginecologica	89.71J	20	30
8	Visita otorinolaringoiatrica	89.71J	21	30
9	Visita urologica	89.71J	25	30
10	Visita dermatologica	89.71J	06	30
11	Visita fisiatrica	89.71J	12	30
12	Visita gastroenterologica	89.71J	10	30
13	Visita oncologica	89.71J	18	30
14	Visita pneumologica	89.71J	22	30

PRESTAZIONI STRUMENTALI - Diagnostica per Immagini (in accesso differibile D)

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Tempo Massimo di Attesa GG
15	Mammografia	87.37.1 - 87.37.2	60
16	TC senza e con contrasto Torace	87.41 - 87.41.1	60
17	TC senza e con contrasto Addome superiore	88.01.2 – 88.01.1	60
18	TC senza e con contrasto Addome inferiore	88.01.4 – 88.01.3	60
19	TC senza e con contrasto Addome completo	88.01.6 – 88.01.5	60
20	TC senza e con contrasto Capo	87.03 – 87.03.1	60
21	TC senza e con contrasto Rachide e speco	88.38.2 – 88.38.1	60

	vertebrale		
22	TC senza e con contrasto Bacino	88.38.5	60
23	RMN Cervello e tronco encefalico	88.91.1 - 88.91.2	60
24	RMN Pelvi, prostata e vescica	88.95.4 - 88.95.5	60
25	RMN Muscoloscheletrica	88.94.1 - 88.94.2	60
26	RMN Colonna vertebrale	88.93 - 88.93.1	60
27	Ecografia Capo e collo	88.71.4	60
28	Ecocolordoppler cardiaca	88.72.3	60
29	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73.5	60
30	Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77.2	60
31	Ecografia Addome	88.74.1 - 88.75.1 - 88.76.1	60
32	Ecografia Mammella	88.73.1 - 88.73.2	60
33	Ecografia Ostetrica - Ginecologica	88.78 - 88.78.2	60

ALTRI ESAMI SPECIALISTICI (in accesso differibile D)

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Tempo Massimo di Attesa GG
34	Colonscopia	45.23 - 45.25 - 45.42	60
35	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	60
36	Esofagogastroduodenoscopia	45.13 - 45.16	60
37	Elettrocardiogramma	89.52	60
38	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	60
39	Elettrocardiogramma da sforzo	89.41 - 89.43	60
40	Audiometria	95.41.1	60
41	Spirometria	89.37.1 - 89.37.2	60
42	Fondo Oculare	95.09.1	60
43	Elettromiografia	93.08.1	60

Per tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio, il tempo massimo di attesa, individuato dal presente piano, dovrà essere garantito al 90% degli utenti che ne fanno richiesta, presso le strutture erogatrici indicate nel presente piano.

Al fine della verifica del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali sono considerate le prime visite e le prime prestazioni diagnostico-terapeutiche, mentre sono escluse tutte le prestazioni di controllo e le prestazioni di screening.

La necessità di perseguire l'obiettivo di garantire i tempi di attesa agli utenti, secondo le loro esigenze cliniche, non può prescindere dal controllo della domanda che deve essere proposta dal medico prescrittore secondo criteri di "evidence based".

In particolare per quanto riguarda le richieste "Urgenti" da soddisfare entro 72 ore, i criteri di accesso devono essere molto accurati per non sovraccaricare i servizi e determinarne il collasso.

A tale proposito il Direttore della S. C. Controllo di Gestione ha già inviato ai Direttori delle SS. CC. referenti delle 43 prestazioni ambulatoriali, la richiesta di individuazione per ogni branca, delle principali patologie legate alle priorità (U, B, D e T).

Sulla base di quelle indicazioni verranno concertate con i MMG le linee guida aziendali da adottare.

I raggruppamenti per liste di priorità non mirano a contenere la domanda, se non indirettamente, ma a selezionarla e a migliorare l'appropriatezza clinica dei tempi di risposta.

Naturalmente queste condizioni cliniche individuate e condivise restano soprattutto delle indicazioni per il medico prescrittore.

Per meglio definire le condizioni cliniche relative agli accessi prioritari, il tavolo tecnico, propone di seguire il metodo Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO); metodo peraltro già collaudato nella sua applicazione e nei risultati in alcune regioni italiane, prima fra tutte la Provincia di Trento. Al presente documento si aggiungeranno le schede che faranno parte del "Manuale di indicazioni RAO della ASL 5 "Spezzino" riguardanti le visite e/o prestazioni prese in considerazione dal DDR 545/11

Inoltre l'Azienda si prefigge di verificare trimestralmente e a campione l'andamento della percentuale di "concordanza" tra richiesta del Medico Prescrittore di Accesso Prioritario e verifica della congruità clinica da parte dello Specialista.

4.3.Titolarietà prescrittiva

L'utilizzo del ricettario del SSN è riservato ai medici, dipendenti del SSN o convenzionati (MMG, PLS, Medici specialisti ambulatoriali convenzionati -SUMAI e Medici di Continuità Assistenziale, Medici Specialisti INAIL e ai Direttori Sanitari delle Strutture convenzionate come da DGR 862 del 15/07/2011), nell'ambito **esclusivo** dei rispettivi compiti istituzionali.

È escluso l'utilizzo del ricettario SSN da parte di medici dipendenti o Specialisti ambulatoriali convenzionati per prestazioni conseguenti o connesse con l'attività erogata in regime libero – professionale intra o extra muraria e ai medici di strutture private convenzionate.

4.4.Indicazioni da apporre sulla richiesta

Il medico prescrittore, per qualsiasi tipologia di accesso, deve obbligatoriamente:

- **Indicare il quesito diagnostico**
- **Barrare l'indicazione del tipo di priorità di accesso**
- **Indicare se trattasi di 1° visita/esame diagnostico; 2° visita o controllo/esame diagnostico**

A questo proposito si sta valutando insieme a Datasiel la possibilità di rendere obbligatorio sul sistema informatico MilleWin (in dotazione ai MMG della Provincia della Spezia) la priorità di accesso; di inserire la possibilità di 1° o 2° accesso anche per le prestazioni diagnostiche e di incentivare i MMG ad utilizzare il software in

modalità “cartella clinica” in modo che venga visualizzata nella ricetta da stampare anche la diagnosi clinica.

Si ribadisce che:

la prestazione è programmabile, a seconda delle indicazioni, nell’ambito dell’attività ambulatoriale, con un tempo d’attesa non superiore a 3 gg. per le priorità di tipo U (urgente), 10 gg. per le priorità di tipo B (visite e/o esame strumentale) o di 30 gg per quelle di tipo D se visite o 60 gg se esame strumentale.

In attesa delle modifiche al software qualora il medico prescrittore nella richiesta di 1° visita/prestazione diagnostica non indichi alcun tipo di priorità, la prenotazione terrà conto esclusivamente della prima disponibilità della classe di priorità P (programmabile entro 12 mesi).

4.5.Modalità di compilazione della richiesta

1. Prima visita o primo esame strumentale

Per prima visita/primo esame strumentale si intende la visita/esame in cui il problema del paziente viene affrontato per la prima volta ed in cui sarebbe opportuno venga predisposta una breve documentazione scritta; inoltre sono considerate prime visite/esami quelle effettuate nei confronti di pazienti noti, affetti da malattie croniche, che presentino una fase di un nuovo problema tale da rendere necessaria una rivalutazione complessiva ed una rivisitazione della terapia in atto.

Il medico prescrittore ha l’obbligo di segnalare sulla ricetta che si tratta di prima visita / esame strumentale

2. Visita successiva o di controllo o secondo esame specialistico

Per visita successiva o “di controllo” si intende:

- visite o accertamenti diagnostici strumentali successivi ad un inquadramento diagnostico già concluso che ha definito il caso ed eventualmente già impostato una prima terapia; si tratta di prestazioni finalizzate ad esempio a seguire nel tempo l’evoluzione di patologie croniche, valutare a distanza l’eventuale insorgenza di complicanze, verificare la stabilizzazione della patologia o il mantenimento del buon esito dell’intervento, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto al primo accesso;
- le prestazioni successive al primo accesso e programmate dallo specialista che ha già preso in carico il paziente (comprese le prestazioni di 2° e 3° livello rese a pazienti a cui è già stato fatto un inquadramento diagnostico che necessita di approfondimento);
- tutte le prestazioni prescritte con l’indicazione del codice di esenzione per patologia sulla ricetta, fatto salvo le fasi di riacutizzazione.

Il medico prescrittore ha l’obbligo di segnalare sulla ricetta che si tratta di seconda visita / prestazione diagnostica.

E' **obbligo esclusivo dello Specialista**, nell'ambito della prima visita, la prescrizione sul Ricettario regionale della seconda visita/controllo e di qualunque ulteriore indagine reputata necessaria al fine del completamento dell'iter diagnostico

Al fine di evitare i disagi ai pazienti e limitare il fenomeno delle prescrizioni indotte **sarà normalmente a carico del MMG l'impegnativa per le prime visite mentre sarà compito dello specialista redigere l'impegnativa, che non ha scadenza temporale, per il controllo programmato indicando anche entro quanto tempo dovrà essere resa disponibile, barrando una delle priorità.**

E' **obbligo del Medico Prescrittore, anche per la 2° visita/prestazione diagnostica**, indicare sulla richiesta il **quesito diagnostico** (per esempio: visita di controllo in paziente iperteso).

4.6. Accesso ai Servizi in priorità clinica

Il concetto di "Priorità di accesso"

La stratificazione della domanda in classi con priorità d'accesso formalmente differenziate è una metodologia da tempo applicata soprattutto nell'ambito delle attività di emergenza, attraverso il metodo del triage .

Per l'attività ambulatoriale è possibile definire una priorità nelle richieste di prestazioni diagnostiche in modo da poter garantire una risposta appropriata ai bisogni dell'utente anche sulla base delle risorse disponibili.

Pertanto **il medico richiedente non si limita solo a formulare la richiesta di prestazione specialistica ma anche a stabilirne, secondo criteri definiti, il grado di priorità.**

Accessi prioritari urgenti, entro 3 gg "U"

Il Medico Prescrittore deve specificare il quesito diagnostico e predisporre una breve relazione anamnestica del paziente.

Si intendono in priorità "U" i pazienti molto critici che abbisognano di accedere al più presto agli ambulatori specialistici.

I servizi eroganti prestazioni urgenti "U" sono prioritariamente quelli ubicati presso gli stabilimenti del Presidio Ospedaliero Unico del Levante che garantiscono n. 1 priorità "U" per ogni seduta ambulatoriale; qualora occorressero ulteriori disponibilità i Medici Specialisti Ambulatoriali anche loro garantiscono, per ogni seduta ambulatoriale, n. 1 disponibilità.

Per agevolare il paziente gli operatori CUP saranno obbligati ad utilizzare prioritariamente le disponibilità del punto erogativo più vicino.

Accessi prioritari brevi, entro 10 gg "B"

Il Medico prescrittore oltre al quesito diagnostico, deve barrare la casella "B" e indicare se si tratta di primo accesso o primo esame strumentale.

Inoltre il Medico prescrittore deve indicare la condizione clinica per la quale viene richiesto l'accesso "B".

Si intendono in priorità “B” i pazienti mediamente critici con presenza di rischio evolutivo della sintomatologia o della condizione clinica.

Accessi prioritari differiti, entro 30 gg. per le visite, ed entro 60 gg. per le prestazioni strumentali “D”

Il Medico prescrittore oltre al quesito diagnostico, deve barrare la casella “D” e indicare se si tratta di primo accesso o primo esame strumentale.

Si intendono in priorità “D” i pazienti poco critici con assenza di rischi evolutivi che quindi possono accedere ad una prestazione differibile.

Accessi prioritari programmati “P”

Gli accessi con priorità “P”, sono da considerarsi “programmabili”, privi di priorità e hanno come limite temporale 12 mesi.

Fanno parte di questa categoria di accesso le prescrizioni anche senza codice di priorità che verranno prenotate nel primo posto disponibile.

Si ricorda che il tempo minimo previsto per la MOC di controllo è 18 mesi, fatte salve esplicite richieste del Medico prescrittore

4.7. Agende ambulatoriali a CUP

Con l’adozione del presente Piano Attuativo Aziendale l’organizzazione delle griglie di disponibilità per prestazioni ambulatoriali per esterni è stata di conseguenza modificata nella seguente modalità:

- ✓ le prestazioni disponibili a CUP sono tutte suddivise tra 1° prestazione ambulatoriale (1° visita e/o 1° prestazione strumentale) e 2° prestazione ambulatoriale (2° visita o controllo e/o 2° prestazione strumentale).
- ✓ le 1° prestazioni sono suddivise nelle seguenti categorie:
 - **U** (urgente, entro 72 ore): ogni seduta ambulatoriale ospedaliera e quelle territoriali individuate come idonee dal tavolo tecnico, deve garantire n. 1 prestazione in soprannumero; tale appuntamento deve essere inserito tra la 1° e la 2° prestazione della griglia di disponibilità.

L’operatore CUP dovrà prima utilizzare le disponibilità delle griglie ospedaliere, prioritariamente quelle della Struttura Ospedaliera o di appartenenza del paziente, quindi, esaurite queste ultime, si utilizzeranno le disponibilità territoriali del Distretto, ed infine quelle territoriali degli altri Distretti.

- **B** (breve: urgenza entro 10 giorni): a questa tipologia sono dedicate il 20% circa delle offerte di 1° visita; tali appuntamenti occupano i primi posti orari delle liste. Se tali prestazioni non sono utilizzate, il 5° giorno devono essere riversate nella categoria D (differite entro 30 giorni)

- **D** (differite entro 30 giorni): a questa tipologia sono dedicate circa il 60% dell'offerta di 1° visita specialistica; occupano i posti cronologicamente consecutivi alle prestazioni della tipologia B.
- **P** (programmabili entro 12 mesi): a questa tipologia sono dedicate circa il 20% delle prestazioni di 1° visita specialistica; esse occupano cronologicamente gli ultimi posti delle sedute ambulatoriali.

Tale strutturazione delle agende sarà attuata in forma "sperimentale" fino al 31 dicembre 2011; oltre tale data sarà possibile apportare le eventuali variazioni che saranno evidenziate dal processo di monitoraggio che verrà istituito dal Tavolo Tecnico.

Il dettaglio provvisorio delle griglie viene riportato **nell'Allegato n. 1**, che costituisce parte integrante del presente Piano.

Le revisioni saranno parte integrante del documento.

4.8.Indicazioni per i Servizi

Drop out:

L'Azienda deve provvedere a contattare telefonicamente gli utenti almeno **5 giorni prima** dell'esecuzione della prestazione.

Il "richiamo" degli utenti deve essere eseguito per coloro i quali devono sottoporsi a:

- 1° Visita Oculistica
- 1° Visita Cardiologia
- 1° Visita Neurologica
- 1° Visita Dermatologica
- 1° Visita Otorinolaringoiatria
- 1° Visita Urologica
- TAC, 1° Accesso
- RMN, 1° Accesso
- Ecografia addome, 1° prestazione
- Ecografia capo e collo, 1° prestazione

ed anche per le prestazioni i cui tempi di attesa saranno particolarmente critici.

Il fenomeno del "DROP OUT" è diffuso, con diversa incidenza, praticamente per tutte le prestazioni con un'incidenza di circa il 13-15% di abbandono.

Il Tavolo Tecnico propone di predisporre Ufficio dedicato al re-call ed eventualmente, in base alle decisioni regionali, al recupero crediti.

Procedure di verifica e programmazione

Le procedure di verifica sono rivolte a tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio e includono le prime visite o la prima prestazione diagnostica.

Sono escluse le 2° visite/ prestazioni di controllo, le prestazioni inserite in programmi di screening, e quelle erogate in libera professione.

La rilevazione dei tempi di attesa aziendali avviene valutando il tempo di attesa espresso in giorni, che intercorre tra la data di contatto dell'utente con la struttura (CUP, Farmacia, Call Center), cioè la data di prenotazione, e la data di erogazione della prestazione al fine di valutare la capacità delle griglie ad assorbire la domanda.

INDICATORI

a) Generali:

Tasso Visite = Prima visita 70-80 % Seconda visita 30 - 20%

Prime Visite: percentuale del n° di Prime visite sul totale delle visite

Seconde Visite: percentuale del n° di Seconde visite sul totale delle visite

Modalità di accesso: percentuale del n° di prestazioni erogate secondo le diverse modalità di accesso ("U" entro 3 giorni, "B" entro 10 giorni; "D" entro 30 giorni per le visite e 60 giorni per le prestazioni strumentali; "P" programmate entro 12 mesi) rispetto al totale delle prestazioni ("U" <= 5%, "B" <= 20% ; "D" <= 60% "P"<=15%

b) Indicatori di accesso

Indice Consumo Prescrizioni: n° di prescrizioni per 1000 abitanti totalità dei MMG
n° di prescrizioni per 1000 abitanti per singolo MMG

c) Indicatori di Performance

Indice di performance Prospettico (prestazioni in accesso breve "B")

Percentuale del n° dei pazienti prenotati nella settimana/mese indice con tempo di attesa <= a 10 giorni sul totale dei pazienti prenotati nella settimana/mese indice per prestazioni in accesso breve (entro 10 giorni , "B") >= 90%

Indice di performance Prospettico (prestazioni in accesso differito "D")

Percentuale del n° dei pazienti prenotati nella settimana/mese indice con tempo di attesa <= a 30 giorni per le visite e 60 giorni per le prest.strumentali sul totale dei pazienti prenotati nella settimana/mese indice per prestazioni differite (entro 30/60 giorni , "D") >= 90%

d) Controllo su ogni singolo MMG/PLS delle percentuali delle varie classi di priorità. % di U, % di B, % di D, % di P sulla media aziendale

4.9. Strutture aziendali che garantiscono i tempi di attesa

Di seguito si riporta l'elenco di tutti i Servizi Erogatori dell'ASL 5 e il tavolo tecnico entro 3 mesi individuerà quelli predisposti ad eseguire le prime visite e/o gli esami strumentali in base alle priorità.

STRUTTURA EROGANTE	PRESTAZIONE	TIPOLOGIA DI ACCESSO IN PRIORITA' CLINICA *
Presidio Ospedaliero Levante Ligure	Visita cardiologica	
	Visita chirurgia vascolare	
	Visita endocrinologica	
	Visita neurologica	
	Visita oculistica	
	Visita ortopedica	
	Visita ginecologica	
	Visita otorinolaringoiatrica	
	Visita urologica	
	Visita dermatologica	
	Visita gastroenterologica	
	Visita oncologica	
	Visita pneumologica	
	Mammografia	
	TC con e senza contrasto Torace	
	TC con e senza contrasto Addome inferiore	
	TC con e senza contrasto Addome superiore	
	TC con e senza contrasto Addome completo	
	TC con e senza contrasto Capo	
	TC con e senza contrasto Rachide e speco vertebrale	
	TC con e senza contrasto Bacino	
	RM Cervello e tronco encefalico	
	RM Pelvi, prostata e vescica	
	RM Muscoloscheletrica	
	RM Colonna vertebrale	
	Ecografia Capo e collo	
	Ecocolordoppler cardiaca	
	Ecocolordoppler dei tronchi sovra-aortici	
	Ecocolordoppler dei vasi	

PROGRAMMA ATTUATIVO AZIENDALE DI RAZIONALIZZAZIONE DELLE LISTE DI
ATTESA

	periferici	
	Ecografia Addome	
	Ecografia Mammella	
	Ecografia Ostetrico - Ginecologica	
	Colonscopia	
	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	
	Esofagogastroduodenoscopia	
	Elettrocardiogramma	
	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	
	Elettrocardiogramma da sforzo	
	Audiometria	
	Spirometria	
	Fondo oculare	
	elettromiografia	
	Distretto 17	
Poliambulatorio Levanto	Visita cardiologica	
	Visita neurologica	
	Visita oculistica	
	Visita ortopedica	
	Visita otorinolaringoiatrica	
	Visita urologica	
	Visita dermatologica	
	Visita fisiatrica	
	Visita pneumologica	
	Ecografia Capo e collo	
	Ecografia Addome	
	Ecografia Mammella	
	Elettrocardiogramma	
Poliambulatorio Brugnato	Visita cardiologica	
	Visita oculistica	
	Visita ortopedica	
	Visita dermatologica	
Poliambulatorio Follo	Visita cardiologica	
	Visita neurologica	
	Visita ortopedica	
	Visita urologica	
	Visita dermatologica	
	Visita fisiatrica	
Poliambulatorio Beverino	Visita cardiologica	
Poliambulatorio Ceparana	Visita cardiologica	
	Visita neurologica	
	Visita oculistica	
	Visita otorinolaringoiatrica	

PROGRAMMA ATTUATIVO AZIENDALE DI RAZIONALIZZAZIONE DELLE LISTE DI ATTESA

	Visita pneumologica	
Distretto 18		
Poliambulatorio Bragarina	Visita cardiologica	
	Visita neurologica	
	Visita oculistica	
	Visita ortopedica	
	Visita otorinolaringoiatrica	
	Visita urologica	
	Visita dermatologica	
	Visita fisiatrica	
	Ecocolordoppler cardiaca	
Poliambulatorio Lerici	Visita cardiologica	
	Visita neurologica	
	Visita oculistica	
	Visita ortopedica	
	Visita otorinolaringoiatrica	
	Visita dermatologica	
Distretto 19		
Poliambulatorio Ospedale	Visita cardiologica	
	Visita Chirurgia vascolare	
	Visita neurologica	
	Visita oculistica	
	Visita ortopedica	
	Visita otorinolaringoiatrica	
	Visita urologica	
	Visita dermatologica	
	Visita fisiatrica	
	Ecocolordoppler cardiaca	
Poliambulatorio Ortonovo	Visita cardiologica	
	Visita neurologica	
	Visita fisiatrica	
Poliambulatorio Arcola	Visita cardiologica	

* = Le diverse tipologie verranno specificate entro 2 mesi dal Tavolo Tecnico Aziendale.

5. RICOVERI OSPEDALIERI

5.1. Premessa

“L'ospedale, in ottemperanza al disposto della L. 23 dicembre 1994, n. 724 (art. 3, comma 8) e nel rispetto dei principi di uguaglianza e imparzialità, deve predisporre un "registro dei ricoveri ospedalieri ordinari" contenente l'elenco delle attività svolte, nonché i tempi massimi di attesa per ciascun reparto e per le principali patologie. Il mancato rispetto dei tempi di attesa deve essere sempre motivato”. (DPCM 19 Maggio 1995).

Presso ogni struttura degenziale è presente un registro di prenotazione per il ricovero in regime ordinario a ciclo continuo, in regime di Day Surgery ed in regime di D.H.

Il registro viene conservato nella stanza del Coordinatore infermieristico, sotto la responsabilità del:

- Coordinatore infermieristico per quanto concerne la gestione quotidiana, la conservazione e la tutela di accesso e riservatezza;
- Direttore di S.C./S.S.D./S.S. e suoi delegati per quanto concerne l'inserimento dei dati;
- Direttore di S.C./S.S.D./S.S. per le attività di vigilanza e controllo in ordine alla regolare applicazione ed utilizzo

Il Direttore è responsabile della corretta effettuazione delle procedure di prenotazione.

5.2. Prestazioni in regime di ricovero

I ricoveri di cui alle tabelle di sotto riportate devono necessariamente essere classificati secondo classi di priorità, definite in coerenza con quanto indicato nell'ambito dell'Accordo dell'11 luglio 2002 e del PNCTA 2006-2008 e del D. M. 8/7/2010, n. 135 (recepito con DGR n. 1473 del 10/12/2010: “Aggiornamento del manuale regionale per la compilazione e codifica ICD-9-CM della Scheda di dimissione ospedaliera. Recepimento del Decreto Ministero Salute 10/12/2009 e del D. M. n. 135 del 8/7/2010”).

Le classi di priorità per il ricovero sono le seguenti:

CLASSI DI PRIORITA' PER IL RICOVERO	
CLASSE A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.
CLASSE B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità, ma

PROGRAMMA ATTUATIVO AZIENDALE DI RAZIONALIZZAZIONE DELLE LISTE DI
ATTESA

	che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti, né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
CLASSE C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità e non manifestano tendenza ad aggravarsi, né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
CLASSE D	Ricovero senza attesa massima e definitiva per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

Fonte: Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa – Regione Liguria 5 Maggio 2011

Le prestazioni di ricovero oggetto di monitoraggio per la ASL 5 comprendono n. 6 prestazioni erogate prevalentemente in regime di ricovero diurno e n. 8 in regime di ricovero ordinario.

PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL / DAY SURGERY			
Numero	Prestazione	Codice intervento	Codice diagnosi
44	Chemioterapia	99.25	V58.1
45	Coronarografia	88.55, 88.56, 88.57	
46	Biopsia percutanea del fegato	50.11	
47	Emorroidectomia	49.46	
48	Riparazione ernia inguinale	53.0, 53.10	
54	Angioplastica coronarica (PTCA)	0066	

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO			
Numero	Prestazione	Codice intervento	Codice diagnosi
49	Interventi chirurgici tumore della mammella	Categoria 85.4	Categoria 174
50	Interventi chirurgici tumore della prostata	60.5	185
51	Interventi chirurgici tumore colon retto	45.7x – 45.8, 48.5 – 48.6	Categorie 153-154
52	Interventi chirurgici tumore dell'utero	Da 68.3 a 68.9	Categoria 182
53	By pass aorto-coronarico	NON EFFETTUATO IN ASL 5	
55	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
56	Intervento protesi d'anca	81.51, 82.52, 81.53	
57	Interventi chirurgici tumore del polmone	32.3, 32.4, 32.5, 32.9	
58	Tonsillectomia	28.2, 28.3	

5.3. Controllo delle liste di prenotazione

La Direzione Medica di Presidio Ospedaliero (DMPO) potrà effettuare, in qualunque momento, controlli sui registri di prenotazione dei ricoveri programmati.

La DMPO deve garantire una attività di vigilanza continua, in particolare relativamente all'utilizzo corretto, trasparente ed appropriato delle agende; tale attività di vigilanza avviene con precise responsabilità e modalità operative.

Il DPCM 19/5/1995 (punto 4.3) prevede la possibilità di svolgere azioni di controllo sulle agende di prenotazione anche da parte di soggetti esterni, previa autorizzazione della Direzione Sanitaria.

Al fine di garantire l'ottemperanza alla normativa vigente in materia di trattamento dei dati sensibili (D.L.vo 196/2003) il soggetto incaricato dal Direttore di S.C. di soprassedere alle operazioni di valutazione, dovrà garantire l'occultamento dei dati sensibili.

5.4. Day Surgery

Per i ricoveri in regime di Day Surgery la registrazione dell'attività viene effettuata con le stesse modalità seguite per i ricoveri ordinari e di D.H., in particolare attraverso la cartella clinica, il registro nosologico, il registro di sala operatoria nonché attraverso la compilazione della scheda di dimissione.

La fase di ammissione del paziente prende inizio con una visita chirurgica, in regime ambulatoriale, che fornirà le indicazioni circa le condizioni generali del paziente e consentirà di raccogliere tutte le informazioni di ordine familiare e logistico indispensabili per porre indicazione al trattamento in regime di ricovero diurno.

Di seguito viene individuata la data dell'arruolamento in PreRicovero Chirurgico (PRC) ove si effettuano le indagini ritenute indispensabili per la visita anestesiologicala e conseguentemente l'intervento chirurgico.

L'accettazione viene disposta dal chirurgo d'intesa con il coordinatore/responsabile della day Surgery.

Nella fase di prericovero deve essere inserito il codice di priorità sopra riportato.

L'ASL 5 "Spezzino", per meglio ottemperare ai requisiti di trasparenza ed equità all'accesso degli interventi chirurgici, sta predisponendo un programma informatico per la gestione delle sale operatorie comprensivo delle liste di attesa per gli interventi chirurgici e la suddivisione in classi di priorità.

5.5. Registri di prenotazione

Per quanto concerne l'inserimento dei dati nell'apposito registro di prenotazione si riporta quanto previsto da "PROGETTO MATTONE-TEMPI DI ATTESA-Linee guida per le agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili" versione 2005.

Le linee guida sopra citate riportano un elenco di campi. Per ogni campo è stato riportato un giudizio di rilevanza, distinguendo tra quelli considerati essenziali e quelli ritenuti potenzialmente utili.

Tali rilevanze sono state in parte modificate dal tavolo tecnico aziendale per meglio rispondere alle esigenze informatiche.

Alcuni campi sotto elencati sono già presenti nella SDO: per la compilazione di questi si dovranno seguire le stesse regole utilizzate in quella scheda; mentre per gli altri si riportano di seguito alcune note esplicative.

Campi dati inerenti al paziente	Rilevanza
Nome e cognome del paziente	Essenziale
Codice fiscale del paziente	Essenziale
Sesso	Essenziale
Data di nascita	Essenziale
Residenza	Utile
Numero telefono del paziente	Essenziale
Persona da informare (nome e telefono)	Essenziale
Diagnosi o sospetto diagnostico	Essenziale
Classe di priorità	Essenziale
Note cliniche particolari	Utile
Informazioni gestionali	Rilevanza
Nome del medico prescrittore	Essenziale
Tipo di percorso/intervento previsto (diagnostico, terapeutico, chirurgico ecc)	Utile
Data di prescrizione della richiesta da parte del prescrittore	Essenziale
Data inserimento del paziente nella agenda di prenotazione	Essenziale
Data prevista per il ricovero	Essenziale
Data reale del ricovero	Essenziale
Motivi eventuale esclusione/cancellazione, anticipazione o spostamento nella lista	Essenziale
Modalità di accesso (visita in ambulatorio divisionale, prescrizione di specialista esterno, visita al PS, visita privata ecc.)	Utile

Il registro dovrà essere compilato con calligrafia leggibile in ogni sua parte, eventuali correzioni dovranno essere effettuate mediante una riga che lasci leggibile quanto scritto precedentemente e dovranno essere firmate;

In caso di irreperibilità del paziente deve essere segnata la data dell'avvenuta convocazione;

In caso di reiterata irreperibilità del paziente deve essere depennata la prenotazione;

La prenotazione dei pazienti che rinunciano, rifiutano o rinviano il ricovero per motivi personali deve essere considerata nulla e quindi depennata con la motivazione e la data;

Non sono concesse annotazioni diverse da quelle richieste, annotazioni a matita o cancellature che rendano illeggibile (bianchetto) quanto precedentemente indicato;

Tutti i ricoveri d'elezione effettuati dalla struttura devono risultare prenotati sul registro;

Il registro deve essere sempre accessibile per ogni controllo da parte della Direzione, nella stanza del Coordinatore Infermieristico, che ne risponde per quanto concerne la gestione quotidiana, la conservazione e la tutela di accesso e riservatezza;

Il Direttore e suoi delegati sono responsabili dell'inserimento dei dati.

5.6. Gestione delle liste d'attesa

Per la gestione delle liste d'attesa il Direttore della struttura o la persona da Lui espressamente delegata dovrà effettuare, con cadenza mensile, la revisione dei tempi d'attesa e comunicare alla DMPO i tempi medi d'attesa relativamente ai ricoveri ordinari, di D.H. e di D.S..

La DMPO, con cadenza almeno semestrale, effettuerà a campione la verifica dei registri di prenotazione di tutte le strutture, relativamente al rispetto delle norme sulla trasparenza ed imparzialità dei ricoveri programmati, al rispetto dei tempi d'attesa dichiarati e alla corretta applicazione di specifica procedura.

La S.C Controllo di Gestione effettuerà, a campione, il monitoraggio dei pazienti degenti con la loro provenienza e la loro iscrizione nei registri di prenotazione.

5.7. Situazione attuale

Rilevato che dati di attività strutturati coerentemente con gli indirizzi regionali saranno disponibili solo con la definitiva differenziazione della classe di priorità per il ricovero, in riferimento ai dati rilevati del 1° semestre 2011 si rappresenta di seguito la situazione in essere presso il Presidio Ospedaliero del Levante.

DAY HOSPITAL / DAY SURGERY Gen-Giu 2011

Prestazione	Modalità di erogazione	Struttura	Numero prestazioni	Tempi medi attesa (giorni)
Chemioterapia	DH	Oncologia	467	<15
Coronarografia	DS	Cardiologia	46	27
Biopsia percutanea al fegato	Ambulatoriale/ DH	Chirurgia	13	7
Emorroidectomia	DS	Chirurgia	37	105
Riparazione ernia inguinale	DS	Chirurgia	219	80

Dai dati rilevati risulta che per le prestazioni di chemioterapia, coronarografia, biopsia per cutanea del fegato è rispettato il tempo di erogazione previsto per la classe di priorità A (30 giorni) e pertanto, a parità di numero di prestazioni, è ipotizzabile il mantenimento anche nel secondo semestre 2011, e ciò a maggior ragione con la differenziazione della classe di priorità.

Per quanto riguarda le prestazioni di emorroidectomia, riparazione ernia inguinale i tempi medi di attesa sono superiori a quelli previsti e pertanto è necessaria una revisione della programmazione da parte delle strutture interessate

PUNTO 5.2.2 RICOVERO ORDINARIO Gen-GIU 2011

Prestazione	Modalità di erogazione	Struttura	Numero prestazioni	Tempi medi attesa (giorni)
Intervento chirurgico di Tumore alla mammella	Ordinario	Chirurgia	100	19
Intervento chirurgico di Tumore alla prostata	Ordinario	Urologia	17	29
Intervento chirurgico di Tumore colon retto	Ordinario	Chirurgia	43	26
Intervento chirurgico di Tumore dell'utero	Ordinario	Ginecologia	19	18
By Pass aortocoronarico	Ordinario	Esterna		
Angioplastica coronarica	DS	Cardiologia	10	Vedi coronarografia
Endoarteriectomia carotidea	Ordinario	Chirurgia Vascolare	16	28
Intervento chirurgico di Protesi d'anca	Ordinario	Ortopedia	59	114
Intervento chirurgico di Tumore al polmone	Ordinario	Chirurgia	11	30
Tonsillectomia	DS/Ordinario	ORL	19	50

Dai dati rilevati risulta che per le prestazioni di intervento chirurgico di tumore alla mammella, di tumore alla prostata, di tumore colon retto, di tumore al polmone, di tumore dell'utero, by-pass aortocoronarico, angioplastica coronarica, endoarteriectomia carotidea, è rispettato il tempo di erogazione previsto per la classe di priorità A (30 giorni) e pertanto, a parità di numero di prestazioni, è ipotizzabile il mantenimento anche nel secondo semestre 2011, e ciò a maggior ragione con la differenziazione della classe di priorità.

Per quanto riguarda le prestazioni di intervento chirurgico di protesi d'anca e tonsillectomia i tempi medi di attesa sono superiori a quelli previsti e pertanto è necessaria una revisione della programmazione da parte delle strutture interessate.

6. PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI

Come indicato nella DGR n. 545 del 20/05/2011, l'Azienda promuove l'attivazione dei PDTA prioritariamente in campo oncologico e Cardiovascolare, favorendo il coordinamento con i servizi territoriali deputati all'assistenza domiciliare, ai percorsi riabilitativi e alle cure palliative.

Le malattie del sistema cardiocircolatorio e i tumori si confermano essere da ormai molti anni le principali cause di morte nel nostro Paese. Parte di questi decessi potrebbe essere evitata, attraverso interventi tempestivi in termini diagnostici e cura, nell'ambito di appropriati percorsi diagnostico terapeutici. (PDTA)

Pertanto, va prevista una tempistica nell'erogazione delle prestazioni che consenta di garantire ad ogni paziente lo svolgimento dei PDTA in tempi adeguati.

In ambito cardiovascolare l'organizzazione in rete è il riferimento più logico nell'ambito dell'assistenza al paziente.

Le strutture ospedaliere della rete ligure sono integrate tra loro, con il sistema regionale dell'emergenza e con le strutture di riabilitazione, utilizzando specifici protocolli operativi.

In ambito oncologico, appare sempre più evidente la necessità di garantire adeguate modalità organizzative, attraverso una tempestiva diagnosi e un veloce avvio delle procedure terapeutiche.

I PDTA devono essere intesi come una serie di attività, alcune erogate in regime ambulatoriale altre in condizione di degenza ospedaliera, finalizzate alla gestione programmata ed appropriata di un problema assistenziale complesso, secondo priorità temporali e modalità di accesso differenziate a seconda della gravità del singolo caso.

In ASL5 in ambito cardiologico il Direttore della S. C. Cardiologia ha già formulato le linee guida di appropriatezza delle indicazioni all'esame di ecocardiografia transtoracica nell'adulto.

Tale documento è già stato consegnato ai Direttori dei Distretti ed ai MMG.

Dopo circa 2 mesi sono state raccolte le osservazioni e, le linee guida definitive sono state recepite ufficialmente dall'Azienda (Allegato n. 2).

Verranno predisposte al più presto altre linee guida in ambito cardiologico con un coordinamento regionale già in essere tra il Presidente dell'Associazione Nazionale medici cardiologi ospedalieri e il Presidente della rete cardiologica regionale.

Per quanto attiene all'area oncologica il Direttore della S. C. Oncologia ha predisposto proposte dei PDTA per la neoplasia polmonare (Allegato n. 3), la neoplasia coloretale (Allegato n. 4) e la neoplasia mammaria (Allegato n. 5).

Tali documenti dovranno essere valutati dalla rete oncologica prima di poter essere applicati.

I PDTA dovranno prevedere entro 6 mesi la prenotabilità a CUP del primo accesso con lo Specialista individuato per ogni PDTA quale "case manager". Lo Specialista, prende in carico il paziente e provvede a prenotare nel circuito riservato al PDTA, le successive prestazioni ed a concludere il percorso con la compilazione della relazione finale, con la eventuale prescrizione terapeutica e l'invio al Medico Curante.

I tempi massimi da garantire per il primo accesso al PDTA e la conclusione dell'iter, sono di 30 giorni.

7.DAY SERVICE AMBULATORIALI

Le aziende sanitarie devono dare completa applicazione alla DGR 754 del 25/06/2010 Direttiva vincolante ai sensi dell'art. 8 della L.R. 41/2006: regolamentazione dei ricoveri in Day Hospital di tipo medico e istituzione del modello organizzativo di Day Service Ambulatoriale (DSA), volta a favorire la semplificazione delle procedure, la garanzia di una maggiore appropriatezza, la riduzione dei tempi di attesa e gli altri evidenti vantaggi connessi allo sviluppo di “forme ambulatoriali organizzate”.

Il day hospital medico può essere erogato per scopi diagnostici, terapeutici e riabilitativi.

Sono considerati appropriati i ricoveri in day hospital medico di tipo diagnostico quali:

_ quelli che prevedano l'esecuzione di accertamenti diagnostici che necessitano di monitoraggio/osservazione prolungata del paziente (oltre 60 minuti);

_ quelli per specifiche condizioni del paziente che prevedono l'esecuzione di accertamenti diagnostici da eseguire a pazienti non collaboranti che richiedono un'assistenza dedicata e l'accompagnamento da parte di personale della struttura negli spostamenti all'interno della struttura stessa (ad esempio pazienti geriatrici, pediatrici, soggetti affetti da demenza o deficit delle funzioni cognitive, soggetti fragili per motivi clinici e sociali).

Al di fuori di questi casi i ricoveri in day hospital medico sono considerati inappropriati e pertanto l'erogazione delle prestazioni assistenziali andrà trasferita, in funzione delle caratteristiche delle prestazioni da erogare e della complessità del quesito diagnostico, o verso il tradizionale modello assistenziale della specialistica ambulatoriale, o verso il modello assistenziale di day service ambulatoriale (DSA), come di seguito descritto.

Il Day Service (DSA) consiste in un pacchetto di prestazioni ambulatoriali complesse che costituisce un modello di attività specialistica ambulatoriale utile nella gestione di situazioni cliniche che richiedono una presa in carico del paziente da parte dello specialista, per le quali il ricovero risulta inappropriato.

Rappresenta un sistema facilitato e semplificato di accesso dell'utente alle strutture sanitarie ospedaliere per problemi che richiedono l'esecuzione di più prestazioni specialistiche.

Il tavolo tecnico provvederà a monitorare la piena applicazione della direttiva regionale e la costruzione di ulteriori percorsi di DSA.

Situazione attuale

In applicazione della DGR n. 754 del 25/6/2010, a partire dal 1/7/2010, è stato avviato il percorso per la regolamentazione dei ricoveri in Day Hospital di tipo medico e l'istituzione del modello organizzativo di DSA.

Contestualmente non sono stati più attivati i protocolli PAC di tipo medico chiudendo progressivamente quelli aperti entro il 30/6/2010.

Per detta attivazione si è proceduto a stilare i protocolli diagnostico-terapeutici afferenti al nuovo modello.

Si è proceduto alla organizzazione e programmazione dell'informatizzazione e standardizzazione delle procedure di gestione dei protocolli operativi DSA ed alla organizzazione della modalità di prenotazione delle prestazioni previste da ciascun protocollo.

Di seguito vengono elencati i protocolli attivati suddivisi per SC coinvolta:

SC Cardiologia	sincope, collasso senza cc
SC Medicina	anemia microcitica dislipidemie ipertensione arteriosa, secondaria anemia non acuta anemia normocitica, macrocitica diabete mellito rischio cardiovascolare trombosi venosa reumatologia
SC Neurologia	declino cognitivo sindrome multifocale infiammatoria demielinizzante disturbi del movimento disturbo neuromuscolare crisi epilettiche tia cefalee
SC Pneumologia	neoplasia toracica pneumopatia infettiva pneumopatia infiltrativa diffusa patologia pleurica emottisi broncopneumopatia cronica ostruttiva insufficienza respiratoria cronica follow up embolia polmonare
SC Pediatria	dolori addominali ricorrenti – rar obesità deficit di crescita staturo-posturale
SC Nefrologia	glomerulonefrite acuta e cronica, anomalie urinarie isolate vasculite/seu paziente portatore di trapianto renale e paziente in lista d'attesa per trapianto renale calcolosi, tubulopatie, alterazioni del metabolismo osseo

SC Dermatologia	malattie bollose autoimmuni connettivopatie malattie linfoproliferative primitive della cute vasculiti sistemiche di competenza pannicoliti psoriasi severa sindrome orticaria-angioedema dermatosi neutrofile prurito-prurigo patologia neoplastica maligna di competenza
SC Geriatria	osteoporosi malattie metaboliche dell'osso
SC Malattie Infettive	cirrosi epatite acuta fu lesione nodulare epatica linfoadenopatia di ndd epatite cronica evolutiva screening HIV (in fase di attivazione)

A completamento di quanto esposto, si sottolinea che le SS. CC coinvolte nell'applicazione del Day Service Ambulatoriale stanno implementando progressivamente tale attività non soltanto nel numero delle prestazioni prodotte, ma anche migliorando la qualità del servizio offerto e l'appropriatezza dei percorsi attivati.

8. ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA (ALPI)

Le prestazioni erogate in regime libero professionale dai professionisti in favore dell'Azienda costituiscono un ulteriore possibile strumento per il governo delle liste di attesa ed il contenimento dei tempi di attesa, in quanto possono contribuire ad integrare l'offerta istituzionale, allorquando una ridotta disponibilità di prestazioni in regime istituzionale metta a rischio la garanzia di assicurare al cittadino le prestazioni all'interno dei tempi massimi regionali.

Entro 6 mesi dall'approvazione del presente programma la Direzione Amministrativa fornirà al Tavolo Tecnico un progetto di riorganizzazione e di regolamentazione dell'attività libero professionale conformemente alle disposizioni di cui al punto 6.10 del piano regionale per il governo delle liste d'attesa da sottoporre alle Organizzazioni Sindacali.

Attualmente è in uso un software che gestisce la fase di rendicontazione che è stato ultimamente migliorato con la possibilità di gestire anche la fase di prenotazione.

Tale software consente allo specialista di gestire direttamente la prenotazione delle proprie prestazioni via internet e all'Azienda di gestirle e controllarle a livello centralizzato.

Il sistema non è stato ancora messo in esercizio anche se è stata ultimata la fase di test.

Situazione attuale

Il monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali libero professionali con riferimento alle modalità di prenotazione, al numero delle prestazioni erogate e ai relativi tempi di attesa, come dal punto 9.5 del piano regionale, verrà effettuato secondo i tempi e le modalità stabilite dal Ministero della Salute.

Verrà nominato al più presto dalla Direzione Aziendale il referente del flusso che dovrà anche garantire l'attivazione di forme di controllo sul volume di tali prestazioni e sui relativi tempi di attesa, sia per le attività ambulatoriali che per quelle di ricovero, al fine di garantire il corretto rapporto tra il regime istituzionale di erogazione delle prestazioni e quello in libera professione.

Il monitoraggio dovrà altresì produrre un report a cadenza bimestrale che sarà trasmesso al Tavolo Tecnico per le valutazioni e gli eventuali adempimenti conseguenti.

9.SISTEMA INFORMATIVO ED EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

La DGR n. 545/20.5.2011 “Recepimento Intesa Stato/Regioni 29.4.2010. Adozione del Piano regionale per il governo delle liste di attesa”, al paragrafo 6.6 “Iniziative ICT per lo sviluppo dei servizi connessi all’erogazione delle prestazioni”, recita che il governo delle liste di attesa è fortemente connesso a diversi processi, tra i quali quelli relativi all’informatizzazione del ciclo prescrizione-prenotazione-referto.

Regione Liguria ha, in pratica, posto l’attenzione sulle seguenti tematiche:

- Prescrizioni elettroniche, per le quali ha stabilito che i prescrittori liguri dovranno produrre, a decorrere dalla data 1.9.2011, le ricette SSN anche in formato elettronico e dovranno inviarle al Sistema di Accoglienza di Regione Liguria – SAR
- Fascicolo Sanitario Personale (FSP) ovvero il repository dei documenti clinici riferiti al singolo paziente, per il quale ha promosso la realizzazione del Conto Corrente Salute (CCS)
- Consegna referti attraverso il FSP e, se non esistente, attraverso canali differenziati (sportelli, farmacie, MMG, internet)

9.1.Prescrizioni elettroniche

La Regione Liguria, una volta ricevute le prescrizioni elettroniche, provvede all’invio delle stesse al Sistema di accoglienza centrale (SAC)

I prescrittori sono:

- MMG
- PLS
- SPECIALISTI AMBULATORIALI (ospedalieri e territoriali)
- MEDICI DI CONTINUITA’ ASSISTENZIALE
- DIRETTORI SANITARI delle Strutture Convenzionate (come da delibera 862 del 15/7/11)
- MEDICI SPECIALISTI INAIL

La situazione ad oggi presso la ASL 5 “Spezzino” è la seguente:

La Regione Liguria ha reso disponibile su piattaforma ISES (Datasiel) un modulo per la compilazione ed inoltro della ricetta in modalità (web application)

La convenzione con in i MMG e i PLS, prevede l’informatizzazione dello studio medico, tale da consentire l’archiviazione dei dati clinici del paziente, per la compilazione e stampa della prescrizione.

L'ASL 5 Verificherà in tempi brevi la conformità dei sistemi informatici utilizzati con il sistema di Regione Liguria (SAR), per il conferimento dei dati di prescrizioni ambulatoriali (e-prescription)

SPECIALISTI AMBULATORIALI sono in grado, con il software TOPSAN (soc.Topware), di stampare le ricette SSN ma devono essere implementate le funzionalità di produzione della ricetta SSN in formato elettronico e l'invio delle prescrizioni al SAR. E' in corso la fornitura hardware e la formazione del personale e si prevede entro 8 mesi il completamento informatico degli ambulatori specialistici.

MEDICI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE e DIRETTORI SANITARI DELLE STRUTTURE CONVENZIONATE (come da delibera 862 del 15/7/1) non dispongono di strumenti per la stampa delle ricette SSN né della possibilità di invio al SAR.

Per quanto riguarda le RP/RSA si sta completando il software SPD (sportello polifunzionale distrettuale) e la fornitura di hardware.

9.2.Fascicolo sanitario personale e consegna dei referti

I referti digitali inerenti le prestazioni diagnostico-strumentali vengono archiviati sul Repository aziendale (CPR) e pubblicati sul Fascicolo Sanitario Personale (Conto Corrente Salute).

Il paziente, con apposite credenziali, sarà in grado di consultare/stampare i propri referti digitali sul Conto Corrente Salute.

I MMG pongono come vincolo la necessità di consultare/stampare i referti digitali dei propri pazienti sul sistema MilleWIN.

Va quindi presa in considerazione la possibilità di realizzare l'integrazione tra il Conto Corrente Salute ed il sistema Millewin tramite il Repository di transito SERVER FARM Datasiel.

La realizzazione prevede l'impiego dell'infrastruttura tecnologica già utilizzata per il progetto MMG, attuato da ASL5 in collaborazione con Datasiel e deve essere progettata in accordo tra ASL5, ASL4 (fornitore del CCS) e Millennium (fornitore del sistema Millewin).

9.3.Suite TOPSAN (software per la specialistica ambulatoriale)

La suite TOPSAN ha l'obiettivo principale di gestire tutte le funzioni necessarie alla erogazione di prestazioni specialistiche e diagnostiche con le conseguenti necessità di refertazione e rendicontazione.

Per ciò che riguarda la rendicontazione i principali filoni di analisi consentiranno di verificare la corretta esecuzione dei processi (prenotazione, esecuzione, refertazione, consegna referto) con una immediata ricaduta sul controllo dei tempi di attesa, l'assolvimento del debito informativo verso il MEF (articolo 50) e verso la Regione.

Per ciò che riguarda la refertazione la finalità è quella di consentire agli operatori sanitari l'immissione dei dati relativi ai referti direttamente sul sistema informatico con la contestuale produzione del referto digitale per la successiva archiviazione a

livello di Repository aziendale (CPR) e pubblicazione sul Fascicolo sanitario personale (Conto Corrente Salute).

Un ulteriore beneficio è rappresentato dalla disponibilità, in tempo reale, dei dati di attività degli ambulatori.

L'utilizzo della suite TOPSAN consentirà inoltre di ridurre progressivamente, fino ad eliminare totalmente, l'attività di back-office conseguendo economie rilevanti in termini di bilancio.

La suite TOPSAN consente, in pratica, di gestire tutte le funzionalità tipiche di un "Ambulatorio generico" nonché, attualmente, le funzionalità di alcuni "Ambulatori specialistici" quali: Cardiologia, Gastroenterologia, Odontostomatologia.

La suite TOPSAN consente infine di gestire l'erogazione dei "Farmaci in dimissione".

Dispone delle seguenti funzionalità:

1. accettazione del paziente ed erogazione delle prestazioni
2. inserimento di prestazioni aggiuntive contestuali
3. prenotazione di prestazioni aggiuntive non contestuali (su agenda interna)
4. stampa della ricetta SSN
5. refertazione digitale delle prestazioni
6. archiviazione dei referti digitali sul Repository Aziendale (Clinical Patient Record) e pubblicazione degli stessi sul Fascicolo Sanitario Personale (Conto Corrente Salute)
7. gestione della cartella ambulatoriale
8. acquisizione di immagini e video digitali
9. produzione dei flussi informativi S/T e MEF (specialistica)
10. erogazione di farmaci in dimissione
11. erogazione dei flussi informativi DR, DA, DP (diretta)
12. erogazione dei flussi informativi TB, TF (piani terapeutici).

Inoltre è in grado di gestire:

1. le diverse provenienze (CUP, Accesso diretto, Ambulatorio, Reparto, PS)
2. la prenotazione di prestazioni su agenda di altro ambulatorio (se informatizzato con TOPSAN)

mentre non è in grado di gestire:

1. la produzione ricetta SSN in formato elettronico
2. l'invio delle prescrizioni al SAR
3. la prenotazione di prestazioni diagnostico-strumentali (Radiodiagnostica, Neuroradiologia, Laboratorio Analisi, Medicina Nucleare)
4. la gestione delle esenzioni ticket
5. la cassa

Le funzionalità di cui ai punti 1. e 2. devono quindi come già detto prima essere implementate (si prevede 4 mesi)

L'implementazione in TOPSAN delle funzionalità di gestione della prenotazione di prestazioni diagnostico-strumentali è possibile solo a condizione che il software ISESWEB (Datasiel) esponga servizi applicativi, quali ad esempio rendere disponibili le agende CUP.

10. FORMAZIONE E COMUNICAZIONE

A supporto/ integrazione del programma attuativo aziendale relativo alla delibera di Giunta regionale n. 545 del 2011 , sopra descritto, l'azienda ha programmato interventi sia nell'area della formazione che nell'area della comunicazione.

Il tavolo tecnico aziendale dovrà definire entro 2 mesi le iniziative finalizzate alla formazione, comunicazione e trasparenza.

10.1. Formazione

Sono previste iniziative formative di carattere generale sul programma attuativo e specifiche sull'appropriatezza prescrittiva e diagnostica.

Le iniziative formative di carattere generale saranno rivolte ai MMG e ai medici specialisti attraverso 1/2 incontri di 2 ore formative ciascuno, dedicati alla presentazione degli obiettivi, azioni e tempistiche previste nel programma .

Saranno inoltre avviati progetti formativi nell'ambito:

1) della appropriatezza prescrittiva e diagnostica, anche a completamento di progetti già sviluppati negli anni precedenti, con particolare attenzione alla popolazione anziana;

2) della gestione di percorsi clinico-diagnostici-terapeutici e delle linee guida aziendali per la gestione delle priorità(RAO)secondo le modalità indicate nel presente programma attuativo.

I progetti formativi saranno rivolti ai MMG, ai medici specialisti ospedalieri e convenzionati

Gli interventi verso i MMG saranno attuati in stretto coordinamento con i Direttori dei tre Distretti.

10.2. Comunicazione

Gli interventi in tema di comunicazione saranno rivolti all'utenza e diretti a tutto il personale dipendente attraverso diversi canali (internet, intranet, carta servizi, URP, depliant info, etc.) .

Si procederà a forme di comunicazione dirette a sensibilizzare i cittadini sui determinanti che possano generare anomalie sulle liste di attesa, informando al contempo sui comportamenti corretti da attuare.

Questi interventi saranno sviluppati sia utilizzando lo strumento del web aziendale sia con fogli informativi/locandine presso i CUP, gli ambulatori distrettuali, le farmacie e gli studi medici.

Si provvederà a revisionare le informazioni quali quantitative già disponibili sul sito web aziendale e carta dei servizi, relative a modalità di accesso alle prestazioni, condizioni di erogazione e sedi/strutture erogatrici, e, in una seconda fase, migliorare le stesse informazioni, privilegiando requisiti di accessibilità, completezza dell'informazione, chiarezza di linguaggio, affidabilità, semplicità di consultazione.

Il progetto integrato di comunicazione diretto a creare un insieme organico di informazioni, sui servizi e le prestazioni offerti dall'azienda, comprende la carta dei servizi e lo sviluppo del nuovo sito WEB aziendale.

In correlazione con le tempistiche delle azioni a programma, verranno inoltre attuati singoli interventi di comunicazione su argomenti mirati.

Gli interventi informativi al personale dipendente, relativi alle modalità operative del programma attuativo, verranno attuati utilizzando sia lo strumento di intranet sia l'inoltro di comunicazioni tramite mailing-list aziendali con diffusione ai diversi livelli organizzativi e funzionali.

10.3. Trasparenza nei confronti del cittadino

Il sito internet aziendale prevederà in home page una voce dedicata ai tempi di attesa delle prestazioni sanitarie ; nella sezione relativa saranno pubblicati i dati relativi ai tempi di attesa mediante link diretto alla pagina del sito regionale.

11.MONITORAGGIO DEI FLUSSI INFORMATIVI

Il monitoraggio dei tempi di attesa viene effettuato da Regione Liguria sulla base delle rilevazioni effettuate dalle Aziende, che le comunicano al Dipartimento Salute, Settore Comunicazione, Ricerca, Sistema Informativo Coordinamento Progetti in Sanità.

Questo Settore provvede a definire ed aggiornare le specifiche e le modalità di effettuazione delle rilevazioni, elaborare e mettere a disposizione i monitoraggi, trasmettere ai competenti organi centrali i flussi informativi richiesti nell'ambito degli adempimenti Lea.

Al fine di garantire tempi e modi delle rilevazioni richieste la ASL 5 identificherà per ciascun flusso un referente aziendale entro 2 mesi.

Sono strumenti di rilevazione per il monitoraggio dei tempi di attesa:

- il flusso informativo dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali con modalità ex-ante;
- il flusso informativo dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali con modalità ex-post;
- il flusso informativo SDO
- il flusso informativo delle prenotazioni effettuate;
- il flusso informativo dei tempi di attesa delle prestazioni erogate in libera professione intramuraria;
- il flusso informativo per il monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni

Per le specifiche relative a ciascun flusso (vedi DGR 545/2011 punti 9.1 - 9.2 - 9.3 - 9.4 - 9.5 - 9.6.

12.COMPITI DEI MEDICI

12.1.Compiti dei Direttori di Struttura Complessa

I Direttori delle SS.CC. dell'Azienda devono garantire, ciascuno per rispettiva area di competenza, la compiuta adozione del presente programma attuativo aziendale di razionalizzazione delle liste di attesa attraverso l'applicazione degli accessi per priorit  clinica riferiti alle prestazioni di specialistica ambulatoriale ed ai ricoveri ospedalieri.

Altres  dovranno attenersi alle linee guida riguardanti i PDTA e il DAY Service ambulatoriale di cui ai punti 6 e 7 del presente documento

Dovranno in particolare garantire:

- la disponibilit  sui sistemi CUP di tutte le prestazioni erogate;
- lo shift delle agende in caso di disequilibrio dell'offerta in relazione alle indicazioni del presente programma;
- l'ottemperanza alla normativa vigente in materia di sospensione delle prenotazioni, attivandosi per la massima riduzione di tali circostanze e garantendo che l'eventuale circostanza venga attuata conformemente alle disposizioni normative vigenti (vedi 2.3);
- l'individuazione di percorsi diagnostico terapeutici (PDTA), in particolare nell'area cardiovascolare ed oncologica che prevedano una tempistica nell'erogazione delle prestazioni che consentano di garantire ad ogni paziente lo svolgimento dei PDTA in tempi adeguati (che comunque 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), nonch  modalit  di comunicazione e informazione per l'utente e i familiari rispetto ai PDTA previsti (tumore della mammella, tumore del polmone, tumore del colon-retto, cardiopatia ischemica trattata con by-pass aorto-coronarico) (vedi allegati n  2.-3-4-5) ed alla relativa tempistica di erogazione.
- la compilazione della SDO relativamente ai campi classe di priorit  e data di prenotazione conformemente alle disposizioni previste nel registro di prenotazione dei ricoveri programmati;
- la corretta gestione del registro di prenotazione dei ricoveri programmati e delle disposizioni ad esso correlate;
- l'ulteriore implementazione dei percorsi di Day Service Ambulatoriale (DSA) garantendo la completa applicazione alla DGR 754 del 25/06/2010.
- l'implementazione di progetti di integrazione con l'attivit  dei MMG al fine di migliorare l'appropriatezza prescrittiva;
- la regolamentazione dei ricoveri programmati secondo le indicazioni previste nel piano attuativo aziendale;
- la disponibilit  del programma ISES WEB affinch  la prenotazione delle prestazioni successive alla prima avvenga direttamente all'interno della struttura, quando questo sar  installato;
- la definizione di progetti di governo clinico con i MMG e la previsione di successive integrazione delle stesse, tenuto conto delle raccomandazioni prescrittive gi  emanate

con provvedimenti regionali (DGR 1235/07, relativamente a TAC e RMN) che devono rappresentare un sostanziale riferimento.

A questo proposito è stata inviata ai Direttori di S.C coinvolti nel monitoraggio delle 43 visite e prestazioni ambulatoriali previste dal DRG 545/11 uno schema tipo da compilare per la definizione in classi di priorità delle patologie/sintomatologie che verranno concordate con i MMG.

- la cooperazione con il tavolo tecnico aziendale
- la divulgazione del presente documento nell'ambito della propria struttura.
- la vigilanza sul proprio personale sul rispetto delle norme riportate nel presente documento.

12.2. Compiti degli Specialisti Ospedalieri e Territoriali

I Dirigenti Medici e gli Specialisti ospedalieri e territoriali dell'Azienda devono garantire, l'applicazione, per quanto di competenza, del presente programma attuativo aziendale di razionalizzazione delle liste di attesa attraverso l'applicazione degli accessi per priorità clinica riferiti alle prestazioni di specialistica ambulatoriale ed ai ricoveri ospedalieri.

Dovranno in particolare garantire:

- la disponibilità per il rispetto dei tempi massimi di accesso per le prestazioni oggetto di monitoraggio;
- la corretta e completa compilazione della richiesta (ricettario regionale) di prestazione specialistica secondo le indicazioni sopra già riportate, con particolare riferimento ai seguenti obblighi: indicazione della classe di priorità, indicazione del quesito diagnostico, indicazione se primo accesso o controlli.
- la compilazione della prescrizione per la visita successiva alla prima e degli esami diagnostico-strumentali richiesti evitando al paziente di ritornare dal proprio medico curante.
- le prenotazioni successive col supporto informatico(TOPSAN) quando tale procedura sarà attivata.
- la corretta applicazione della suddivisione in priorità per i ricoveri ospedalieri
- l'inserimento nella SDO della data di prenotazione e della classe di priorità al punto 5.5

13.COMPITI PER GLI OPERATORI CUP (SPORTELLI AZIENDALI, CALL CENTER, FARMACIE)

Compiti per gli operatori CUP (sportelli aziendali, call center, farmacie)

Qualora il medico prescrittore non abbia indicato il quesito diagnostico il tavolo tecnico si riserva di valutare come poter differenziare (informaticamente o no) le ricette con o senza quesito.

Qualora il medico prescrittore non abbia indicato alcun tipo di priorità, l'operatore deve prenotare la prima disponibilità della classe di priorità P (programmabile entro 12 mesi) e dovrà rilevare informaticamente il dato "non presente la specificazione di priorità".

Qualora il medico prescrittore non abbia indicato se 1° o 2° visita/prestazione strumentale l'operatore dovrà inserirlo nelle griglie di 2° visita/prestazione strumentale.

Accessi prioritari urgenti, entro 3 gg "U"

Si ritiene che questo tipo di priorità venga gestita esclusivamente dagli operatori CUP.

L'operatore di fronte ad una richiesta contenente l'indicazione "U" deve prenotare il paziente in un primo posto libero, creato ad hoc in overbooking, nelle agende di disponibilità ospedaliera e nel presidio più vicino.

In caso di esaurimento dei posti dovranno utilizzare le disponibilità sempre in overbooking dei poliambulatori territoriali preposti alle urgenze.

Anche in questo caso si dovrà tenere conto dell'ambulatorio più vicino.

Accessi prioritari brevi, entro 10 giorni "B"

L'operatore di sportello/call center/farmacia di fronte ad una richiesta contenente l'indicazione "B" deve prenotare il paziente per il primo posto libero nelle agende dedicate alle urgenze a 10 giorni.

Accessi prioritari differiti, 30 gg. per le visite, entro 60 gg. per le prestazioni strumentali), "D"

L'operatore di fronte ad una richiesta contenente l'indicazione "D" deve prenotare il paziente per il primo posto disponibile nelle agende dedicate agli accessi differiti a 30 giorni per le visite e 60 giorni per le prestazioni strumentali.

Accessi prioritari programmati, "P"

L'operatore di fronte ad una richiesta contenente l'indicazione "P" deve prenotare il paziente per il primo posto disponibile nelle agende dedicate, rispettando il tempo massimo di 12 mesi salvo diversa e specifica indicazione temporale apposta dal Medico Prescrittore.

Si ricorda che il tempo minimo previsto per la MOC di controllo è 18 mesi, fatte salve esplicite richieste del Medico prescrittore.

14.ALLEGATI

- Allegato 1** Dettaglio delle griglie di prenotazione CUP suddivise per fasce di priorità
Allegato 2 (PDTA) Linee guida per l'appropriatezza della richiesta per l'esame di Ecocardiografia transtoracica nell'adulto
Allegato 3 Proposta di PDTA per la neoplasia polmonare
Allegato 4 Proposta di PDTA per la neoplasia coloretale
Allegato 5 Proposta di PDTA per la neoplasia della mammella