

Piano regionale Liste di attesa - sintesi

Decreto Commissario Regione Lazio 247/2013
PIANO REGIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA (2013 – 2015)
(Ai sensi del Decreto 314 del 5 luglio 2013. "Adozione P.O. 2013-2015 Azione 14.3.5")

Premessa

Con il presente Piano la regione intende avviare un **percorso programmatico per il governo delle liste di attesa**, caratterizzato da una serie di azioni, a **breve e medio termine**, a partire dai bisogni di salute delle persone.

Gli interventi riguarderanno in particolare:

individuazione delle prestazioni ambulatoriali e tempi massimi di attesa,

indicazioni organizzative per l'implementazione del sistema regionale RECUP,

linee d'intervento per il governo delle liste di attesa,

l'aumento dei tempi di utilizzo delle apparecchiature ad alta tecnologia,

l'attuazione di percorsi di cura per la presa in carico di malati cronici,

il corretto rapporto tra il regime istituzionale di erogazione delle prestazioni e quello libero professionale,

i diritti in caso di superamento dei limiti di tempo e i doveri dei cittadini,

il monitoraggio dei tempi di attesa.

Il piano quindi si propone di condividere un percorso per il governo delle liste di attesa finalizzato a garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari, mediante l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, del rispetto delle classi di priorità e della trasparenza del sistema a tutti i livelli.

1. Elenco delle prestazioni ambulatoriali e tempi massimi di attesa.

Il PNGLA 2010-2012 individua un elenco di prestazioni che modifica ed integra quello individuato dal precedente Piano Nazionale. La regione Lazio nelle procedure di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali specialistiche garantite dal SSN provvederà in modo sistematico all'indicazione di prima visita/controllo, del quesito diagnostico e delle seguenti classi di priorità:

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)

Ai fini della verifica del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali sono prese in considerazione esclusivamente le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche (programmabili e urgenti differibili) ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto, mentre sono escluse le prestazioni di controllo e le prestazioni inserite nei programmi di screening. Tali prestazioni programmabili e urgenti differibili devono essere garantite al 90% degli utenti entro i tempi massimi stabiliti ovvero 7 gg. per le prestazioni urgenti differibili, 30 gg. per le visite programmabili, 60 gg. per le prestazioni diagnostico strumentali programmabili. In particolare, sono oggetto di monitoraggio 14 visite specialistiche e 29 prestazioni di diagnostica strumentale, di seguito elencate:

VISITE SPECIALISTICHE (max 30 gg)

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice Disciplina
1	Visita cardiologica	89.7	8
2	Visita Chirurgia vascolare	89.7	14
3	Visita endocrinologica	89.7	19
4	Visita neurologica	89.13	32
5	Visita oculistica	95.02	34
6	Visita ortopedica	89.7	36
7	Visita ginecologica	89.26	37
8	Visita otorinolaringoiatrica	89.7	38
9	Visita urologica	89.7	43
10	Visita dermatologica	89.7	52
11	Visita fisiatrica	89.7	56
12	Visita gastroenterologica	89.7	58
13	Visita oncologica	89.7	64
14	Visita pneumologica	89.7	68

PRESTAZIONI STRUMENTALI (max 60 gg)

Nume ro	Prestazione	Codice Nomenclatore
Diagnostica per immagini		
15	Mammografia	87.37.1- 87.37.2
16	TC senza e con contrasto Torace	87.41- 87.41.1

17	TC senza e con contrasto Addome superiore	88.01.2 - 88.01.1
18	TC senza e con contrasto Addome inferiore	88.01.4 - 88.01.3
19	TC senza e con contrasto Addome Completo	88.01.6 - 88.01.5
20	TC senza e con contrasto Capo	87.03 - 87.03.1
21	TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale	88.38.2 - 88.38.1
22	TC senza e con contrasto Bacino	88.38.5
23	RMN Cervello e tronco encefalico	88.91.1- 88.91.2
24	RMN Pelvi, prostata e vescica	88.95.4- 88.95.5
25	RMN Muscoloscheletrica	88.94.1- 88.94.2
26	RMN Colonna vertebrale	88.93- 88.93.1
27	Ecografia Capo e collo	88.71.4
28	Ecocolordoppler	88.72.3
29	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73.5
30	Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77.2
31	Ecografia Addome	88.74.1 - 88.75.1 88.76.1
32	Ecografia Mammella	88.73.1 - 88.73.2
33	Ecografia Ostetrica - Ginecologica	88.78 - 88.78.2
Altri esami Specialistici		
34	Colonscopia	45.23 - 45.25 - 45.42
35	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24
36	Esofagogastroduodenoscopia	45.13 - 45.16
37	Elettrocardiogramma	89.52
38	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50
39	Elettrocardiogramma da sforzo	89.41 - 89.43
40	Audiometria	95.41.1
41	Spirometria	89.37.1 - 89.37.2
42	Fondo Oculare	95.09.1
43	Elettromiografia	93.08.1

2. Modalità di prenotazione

La modalità ordinaria di prenotazione è tramite il sistema RECUP regionale esclusi i casi di urgenza per i quali devono essere formalizzate modalità di accesso coerenti al bisogno assistenziale.

I medici prescrittori, sia medici di medicina generale e pediatri di libera scelta che specialisti, dipendenti e convenzionati dovranno obbligatoriamente segnalare nella prescrizione su ricettario SSN:

il quesito diagnostico che motiva la richiesta della prestazione,

se si tratta di primo contatto (O) contatto successivo (C), inteso come visita o prestazione di approfondimento, controllo, follow up. Nel caso non sia indicata nessuna delle due eventualità la prestazione sarà considerata di controllo,

la classe di priorità, come definita in precedenza

3. Implementazione del sistema RECUP regionale

Dal 1 gennaio 2014 le agende delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e accreditate, private e classificate, dovranno confluire nel sistema RECUP regionale fino ad un max. del 60% delle prestazioni totali erogate quotidianamente.

4. Linee di intervento per il governo delle liste di attesa

Le aziende territoriali si dovranno far carico di costituire tavoli di approfondimento in cui dovranno essere coinvolti tutti gli interlocutori necessari alla pianificazione di interventi finalizzati al contenimento dei tempi di attesa. I sistemi informativi esistenti (RECUP, SIAS) rappresentano una preziosa fonte informativa per impostare il piano di attività con l'individuazione dei necessari rapporti tra le strutture erogatrici.

a) Appropriately prescriptive and organizational

L'appropriatezza costituisce uno dei temi prioritari su cui le aziende sanitarie devono rafforzare le strategie per il governo dei tempi di attesa nei suoi diversi aspetti. Per garantire l'equità di accesso alle prestazioni è necessario porre particolare attenzione alla omogenea applicazione dei criteri che sono alla base della costruzione di una lista di attesa:

- La classe di priorità clinica, che definisce i tempi massimi di attesa;
- La data di prenotazione, che consente di calcolare gli indicatori e di fornire una data di chiamata
- Le risorse necessarie per l'erogazione della prestazione.

Relativamente alle prestazioni di ricovero oggetto di monitoraggio le Aziende devono definire percorsi diagnostico terapeutici, se necessario in un ambito di collaborazione sovra aziendale, in modo da accompagnare il paziente in ogni tappa del percorso.

b) Aumento utilizzo apparecchiature ad alta tecnologia nelle strutture pubbliche

Sulla base dei fabbisogni di salute e dell'andamento dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, con particolare riferimento alla diagnostica per immagini "pesante" le Aziende Sanitarie, all'interno del Piano Attuativo Aziendale

possono prevedere l'estensione dell'utilizzo di tali apparecchiature sino ad un max. di 12 ore lavorative dal lunedì al sabato. E' evidente che in questa fase in cui la regione è sotto posta al Piano di rientro la misura del blocco del turn over renderà difficoltosa l'applicazione di tale misura, quindi le aziende valuteranno tale possibilità compatibilmente con le proprie disponibilità di personale.

c) La trasparenza delle liste di attesa

La vigilanza sistematica delle situazioni di sospensione e dell'erogazione delle stesse è uno strumento per assicurare la massima trasparenza nei confronti dei cittadini. In attuazione del comma 282 art. 1 legge finanziaria 2006 che fa divieto di sospendere le attività di prenotazione le aziende si impegnano per l'eliminazione di sistemi di accesso tramite liste chiuse e per l'emersione di tale fenomeno attraverso il monitoraggio delle situazioni critiche.

d) Piano di comunicazione

Particolare attenzione andrà posta nel fornire informazioni al paziente, la funzione di contatto deve essere assicurata da personale adeguatamente formato e dedicato a questa attività. I piani attuativi delle aziende debbono prevedere anche progetti per la predisposizione di materiale informativo per i pazienti da diffondere attraverso i siti web aziendali o presso i principali punti informativi definendone i contenuti a livello sovra-aziendale ed in collaborazione con le associazioni di tutela dei diritti del malato.

e) Diritti e doveri del cittadino

Nel caso in cui l'Azienda sanitaria non renda disponibile la prestazione in almeno uno dei presidi o punti di erogazione costituenti l'offerta complessiva per i propri assistiti, verificata l'appropriatezza dell'indicazione della priorità di accesso, viene riconosciuto all'utente una compensazione le cui forme saranno stabilite in sede di singola azienda sanitaria.

Il diritto dell'utente ad ottenere le prestazioni specialistica o diagnostico strumentale entro i tempi previsti è esigibile nella sola Azienda unità sanitaria locale di residenza. Il rifiuto della prenotazione proposta, entro il tempo previsto, per una diversa scelta dell'utente, libera l'Azienda da qualsiasi onere risarcitorio. L'utente che dopo aver prenotato la prestazione specialistica o diagnostico strumentale compresa nel Nomenclatore Tariffario Regionale, indipendentemente dal tempo di attesa previsto, non si presenti all'appuntamento non preannunciando la rinuncia o l'impossibilità a fruire la prestazione almeno 48 ore prima della data prenotata, è tenuto, anche se esente dalla compartecipazione alla spesa sanitaria, al versamento della quota di compartecipazione al costo della prestazione. Analogamente l'utente che, dopo avere usufruito di una qualsiasi prestazione specialistica o diagnostico strumentale, non provveda a ritirare il referto diagnostico, è tenuto – ove non l'abbia già precedentemente corrisposto – al versamento della quota di compartecipazione al costo della prestazione.

5. Elenco delle prestazioni in regime di ricovero e i tempi massimi di attesa

Per i ricoveri di cui alle tabelle sotto riportate (5 prestazioni erogate prevalentemente in regime di ricovero diurno e 10 in regime in ricovero ordinario) è previsto il monitoraggio nazionale con la verifica della completezza dei dati relativi alle classi di priorità, definite dall'Accordo dell' 11 luglio 2002 e inserite nel flusso SDO con nota prot. n.300572/2007 e alla data di prenotazione.

PRESTAZIONI IN DAY HOSPITALI/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 - 49.49	
48	Riparazione Ernia inguinale	53.0X - 53.1X	
PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO			
Numero	Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi
49	Interventi chirurgici tumore Mammella	Categoria 85.4	Categoria 174
50	Interventi chirurgici tumore Prostata	60.5	Codice 185
51	Interventi chirurgici tumore Colon Retto	45.7x-45.8;48.5-48.6	Categoria 182
52	Interventi chirurgici tumori all'utero	Da 68.3 a 68.9	
53	By pass aortocoronarico	Sottocategoria 361.X	
54	Angioplastica Coronarica (PTCA)	00.66 - 36.09	
55	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
56	Intervento protesi d'anca	81.51-81.52-81.53- 00.70-00.71-00.72	
57	Interventi chirurgici tumore del polmone	32.3-32.4-32.5-32.9	Categoria 162
58	Tonsillectomia	28.2 - 28.3	

Per le prestazioni relative al trattamento delle patologie oncologiche, inclusa la neoplasia della prostata il tempo massimo di attesa non può superare i trenta giorni. Per tutte le altre prestazioni il tempo massimo di attesa, corrispondente alla classe di priorità assegnata, dovrà essere garantito per il 90% dei pazienti; tale indicazione non può prescindere dalla esplicita condivisione dei criteri utilizzati per la assegnazione della classe. E' necessario comunque garantire l'effettuazione della prestazione entro l'arco temporale di un anno. L'ambito territoriale di riferimento per la valutazione dei tempi d'attesa è quello provinciale e per le prestazioni non oncologiche andranno prospettati i percorsi alternativi al presidio scelto dal paziente nel casi in cui la lista sia particolarmente critica; mentre sulle patologie oncologiche in ciascuna struttura di ricovero che garantisce la prestazione, deve essere rispettato il tempo massimo di attesa.

6. Piano Attuativo Aziendale

Entro 90 giorni dall'emanazione del Piano regionale le singole Aziende sanitarie devono procedere all'approvazione formale del piano attuativo Aziendale che rientrerà negli obiettivi contrattuali dei nuovi Direttori generali.

Nella predisposizione del programma le Aziende sanitarie dovranno porre attenzione ai seguenti aspetti.

- a) La valutazione del grado di appropriatezza delle prescrizioni attraverso il controllo del quesito diagnostico nelle ricette e le specifiche azioni in cui questo avviene (aree di intervento, medici coinvolti, indicatori utilizzati);
- b) La pianificazione della produzione attraverso la valutazione del fabbisogno e la quantificazione dell'offerta per le prestazioni specialistiche ambulatoriali.
- c) L'andamento dei tempi di attesa confrontati con i volumi pianificati.
- d) L'eventuale strategia di modulazione temporale della produzione attraverso l'utilizzo di strumenti contrattuali (in attuazione dell'art. 52, comma 4, lettera c della Legge 289/2002).
- e) Gli eventuali aggiornamenti dei percorsi di garanzia e delle strutture attivanti, già avviati da parte di tutte le Aziende sanitarie, con gli erogatori pubblici e privati accreditati, nel caso in cui non possa essere garantita la prestazione richiesta entro i tempi standard indicati dalla normativa.
- f) La regolamentazione delle attività ambulatoriali in libera professione rispetto a:
 - la definizione dei corretti rapporti tra i volumi di attività libero professionali e attività istituzionale;
 - i meccanismi e gli organismi di controllo per la verifica e l'applicazione di quanto previsto al punto 10 del presente Piano.
- g) L'esplicitazione delle modalità di accesso per le prestazioni programmabili, per i percorsi per le urgenze e per i percorsi di presa in carico compreso il Day Service ambulatoriale e le relative funzioni di accoglienza.
- h) L'evidenza delle caratteristiche delle agende di prenotazione: separazione delle prime visite dai controlli, follow up, tipologie e volumi di prestazioni non presenti a CUP, apertura continua delle agende, monitoraggio degli abbandoni ed evidenza delle disdette.
- i) Le modalità di miglioramento della completezza ed accuratezza nella trasmissione dei dati nel flusso regionale
- j) Un piano di formazione sulle linee guida per il corretto utilizzo della diagnostica per immagini ed in particolare di quella "pesante".
- k) La predisposizione del programma di formazione dei medici prescrittori rispetto alle nuove norme per la richiesta delle prestazioni.

7. Attività libero professionale intramuraria

Fermo restando che le aziende debbono favorire gli interventi in libera professione mettendo a disposizione idonei spazi nei modi e nei tempi così come previsto dalla vigente normativa e dalle linee guida regionali approvate con Decreto del Commissario ad acta n. 114 del 04/07/2012, occorre altresì che le stesse evitino il formarsi di tempi di attesa dell'attività istituzionale significativamente superiori rispetto a quelli dell'attività libero professionale.

Nel ricordare quindi, che l'esercizio dell'attività libero professionale non può essere in contrasto con le finalità e le attività istituzionali dell'Azienda, che è subordinato al pieno ed efficace svolgimento dei compiti istituzionali e, quindi, che deve essere sempre assicurato un corretto ed equilibrato rapporto in termini di volumi di attività, orario e rispetto dei tempi di attesa, le Aziende Sanitarie e Ospedaliere dovranno prevedere nei propri Programmi attuativi dei meccanismi di verifica strutturati e continuativi articolati in programmi di verifica e controllo delle prestazioni erogate in regime libero professionale, previo confronto con il livello regionale.

Al fine di garantire il corretto rapporto tra il regime istituzionale di erogazione delle prestazioni e quello libero professionale le aziende sanitarie provvederanno alla riduzione e/o sospensione dell'attività libero professionale in quelle unità operative in cui i tempi di attesa superano quelli previsti dal PNGLA 2010-2012 di cui al punto 2 del presente piano. Tale riduzione e/o sospensione cesserà dal momento in cui saranno ripristinati i tempi di attesa previsti al punto 2 per l'attività istituzionale.

Un equilibrato rapporto tra i tempi di attesa dell'attività istituzionale e quelli dell'attività libero professionale costituirà un elemento per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi assegnati ai Direttori Generali.

8. Policlinici Universitari

Il presente Piano regionale per il governo delle liste di attesa 2013-2015 sarà contenuto nelle linee guida dei nuovi protocolli d'intesa in corso di sottoscrizione con i Policlinici universitari.