



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA OSPEDALIERA
“Annunziata – Mariano Santo
S. Barbara”
Cosenza



REGIONE CALABRIA

Allegato 1 alla DELIBERA D.G. N.

PIANO ATTUATIVO AZIENDALE CONTENIMENTO TEMPI DI ATTESA

PREMESSA

La problematica inerente alle liste d'attesa negli ultimi anni rappresenta uno dei punti più critici dei moderni sistemi sanitari, in quanto influenza l'accessibilità e la fruibilità delle prestazioni da erogare, costituendo, perciò, uno dei determinanti della qualità dell'assistenza percepita dagli utenti.

Il fenomeno della attesa, che ha ormai assunto valenza internazionale, tende progressivamente all'accentuazione, piuttosto che al contenimento.

Il governo delle liste di attesa, sottoposto alle caratteristiche universalistiche del nostro sistema sanitario nazionale, si svolge con particolari difficoltà nella nostra Regione, sottoposta ormai da anni a Piano di Rientro dal debito sanitario.

Nell'ottica di individuare percorsi ed elementi atti a ridurre il fenomeno della attesa, un valido contributo è stato da sempre offerto dal Progetto "Mattoni SSN – tempi d'attesa" e, soprattutto, dall'attuazione del Centro Unico di Prenotazione (CUP), a valenza per questa Azienda e per l'ASP di Cosenza.

Il CUP pone al centro della sua organizzazione una serie di obiettivi, il valore strategico dei quali è indiscutibile: semplificare le procedure di accesso garantendo il principio di equità; promuovere una maggiore omogeneità e trasparenza dell'accesso alle prestazioni; costruire una base informativa unica e condivisa sulle prenotazioni e le prestazioni ambulatoriali diagnostiche e specialistiche; dare un contributo alla riduzione dei tempi d'attesa; eliminare il fenomeno

delle multiprenotazioni; garantire la gestione delle priorità d'accesso; gestire le agende aperte con il conseguente superamento delle liste chiuse.

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

E' evidente che fissare i tempi massimi d'attesa per un certo numero di prestazioni, così come programmare una serie di azioni generali per la riduzione dei tempi massimi d'attesa, necessita, parallelamente, dell'implementazione di un qualificato ed efficiente sistema di monitoraggio e di controllo.

Uno degli elementi di successo nell'attuazione delle norme risiede proprio nella possibilità di mettere in piedi un sistema informativo adeguato ed efficiente, serio ed affidabile, che consenta di disporre in tempo reale del controllo della situazione e di assumere decisioni conseguenti migliorative basandole su elementi oggettivi.

Particolare attenzione deve essere destinata, inoltre, alla fase di informazione dei cittadini che spesso non conoscono i propri diritti e doveri.

L'utilizzo esclusivo del mero incremento delle prestazioni ha evidenziato, negli anni trascorsi, da una parte la crescita esponenziale

dell'offerta, il più delle volte ingiustificata, dall'altra un non appropriato utilizzo delle risorse.

Ciò giustifica la necessità di rivolgere l'attenzione al miglioramento in varie direzioni:

- dell'efficienza del sistema per ottenere un uso ottimale delle risorse disponibili;
- di intervento sui livelli di utilizzazione delle prestazioni attraverso il concetto di appropriatezza;
- di responsabilità dei cittadini ad un uso corretto dei servizi sanitari.

Per miglioramento dell'efficienza del sistema si intende rendere l'organizzazione dell'offerta di prestazioni il meno dispersiva possibile.

In tale ottica un'adeguata risposta viene data dall'implementazione dei sistemi di prenotazione unificati (CUP di Area) che rappresentano una valida modalità di organizzazione delle molteplici strutture eroganti.

L'obiettivo è quello di "garantire il giusto trattamento "nel tempo adeguato", laddove il riferimento al "tempo adeguato" individua il cuore stesso del problema dei tempi d'attesa. In pratica "il quando" non può essere delegato a fattori occasionali perchè la determinazione del quando è una variabile sanitaria e non organizzativa.

La responsabilizzazione dei cittadini ad un uso corretto dei servizi è la contropartita che si richiede ad ogni singolo utente: si tratta in

sostanza di rendere gli utenti maggiormente consapevoli che ogni singola prestazione è una risorsa preziosa.

Sicuramente la pratica della multi-prenotazione influenza negativamente i tempi d'attesa, fenomeno questo che il nostro sistema CUP riesce, comunque, a controllare inibendo la possibilità di ri-prenotare una prestazione con la stessa ricetta.

Nella prospettiva di garantire una sostanziale riduzione del fenomeno così come previsto dal Piano Nazionale di Governo delle Liste d'attesa (PNGLA) per il triennio 2019-2021 – Intesa Stato-Regioni del 21 febbraio 2019, nonché dal Piano Regionale di Governo delle Liste d'attesa (PRGLA) – D.C.A. 88 del 23 maggio 2019, nel rispetto dei principi di efficacia, appropriatezza, accessibilità ed equità, è stato approvato il seguente PROGRAMMA ATTUATIVO AZIENDALE sulle liste d'attesa.

A) QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

- D.Lgs n. 502/92 e s.m.i.
- DPCM 19 maggio 1995
- D.Lgs 29 aprile 1998, n. 124
- DPCM 27 marzo 2000 Articolo 10
- Decreto Ministeriale 27/12/2000 “Istituzione Commissione Nazionale su tempi d'attesa”
- DPCM 29 novembre 2001
- Accordo Stato-Regioni del 14/02/2002 n° 724

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

B) LE PRESTAZIONI OGGETTO DI MONITORAGGIO

Il Piano Regionale Governo Liste d’ Attesa individua tre gruppi di prestazioni oggetto di monitoraggio, ossia:

- **prestazioni ambulatoriali**
- **prestazioni in regime di ricovero**

- **prestazioni inserite in PDTA nell'area Cardiovascolare ed Oncologica** con particolare riferimento ai PDTA TUMORI FEMMILI e STROKE.

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

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

La nostra Azienda ha l'ambizione di perseguire strategie necessarie per operare nel modo migliore il perseguimento dell'abbattimento delle liste d'attesa attraverso il massimo coinvolgimento del medico di M.M.G., P.L.S., Specialista Ambulatoriale Convenzionato e Specialisti Ospedalieri.

Programma di contenimento delle liste d'attesa

1) Governare la domanda di prestazione

✓ **Coinvolgimento** dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, anche mediante applicazione dell'accordo regionale del 01.03.2018, D.C.A. n. 65, e degli specialisti ospedalieri attraverso incontri formativi ed informativi, per condividere i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA). Si ritiene tuttavia, inizialmente, di coinvolgere in maniera partecipativa ed efficace gli specialisti ospedalieri per l'applicazione del modello RAO e più precisamente l'applicazione di classi di priorità cliniche per un set di prestazione scelte che si ritiene siano di elevato impatto sociale (considerata anche la relativa elevata quantità della domanda di tali prestazioni) e di rilevanza diagnostica incluse nelle seguenti discipline specialistiche: cardiologia, gastroenterologia ed endoscopia digestiva, radiologia.

✓ **In sede di prenotazione** delle prestazioni il medico prescrittore deve obbligatoriamente indicare se trattasi di *primo accesso* oppure di *accesso successivo* al primo (visita di controllo, *follow up*, diagnostica strumentale).

Per **primo accesso** si intende il primo contatto che il paziente ha con la struttura sanitaria per il proprio specifico problema di salute, ovvero gli accessi di pazienti già noti, affetti da malattie croniche, che presentino una fase di riacutizzazione o l'insorgenza di un nuovo problema, non necessariamente

correlato con la patologia cronica, tale da rendere necessaria una rivalutazione complessiva e/o una revisione sostanziale della terapia. Il medico prescrittore è tenuto ad indicare obbligatoriamente il corrispondente codice nomenclatore 89.7 o equivalente. Per la **visita successiva alla prima** (accesso successivo al primo o visita di controllo o *follow up*) si intende il controllo successivo ad un inquadramento diagnostico già concluso nonché la visita finalizzata ad un approfondimento diagnostico. Tale tipologia di visita è demandata prevalentemente al medico prescrittore della struttura che abbia preso in carico il paziente con la prima visita, senza che questi sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione, il quale è tenuto, oltre che a prescrivere la prestazione, a fissare l'appuntamento al paziente. A tal fine si istituiranno apposite agende "dedicate" alle prestazioni intese come visite/esami successivi al primo accesso e programmati dallo specialista che ha già preso in carico il paziente, agende che saranno integrate nel sistema CUP. A questo proposito si prevede la manutenzione "SLOT" di prenotazione tra il primo accesso ed accesso successivo per garantire senza attesa l'erogazione della prestazione richiesta.

- ✓ **Determinazione delle priorità di accesso** in **Urgente (U)** prestazioni da erogare entro 72 ore e prenotabili entro 48 ore dalla data ricetta; **Breve (B)** da erogare entro 10 giorni; **Differibile (D)** da erogare entro 30 giorni per le visite e 60 giorni per gli accertamenti diagnostico-strumentali; **Programmabile**

(P) da erogare entro 120 giorni (fino al 31/12/2019 entro 180 giorni).

- ✓ **In sede di prescrizione** è obbligatoria la biffatura della classe di priorità, a tal fine il sistema è funzionale alla traslazione da una classe all'altra in caso di non disponibilità in agenda, eccetto per la classe "U", determinando l'erogazione della prestazione in classe successiva pur mantenendo in ricetta la classe indicata, ciò al fine di adempiere al monitoraggio nazionale. In caso di mancata indicazione della classe di priorità, la prestazione richiesta è da intendersi in classe "P" . Non possono essere prescritte sulla stessa impegnativa due prestazioni con priorità di accesso diverse.
- ✓ **In sede di prescrizione** è obbligatoria l'indicazione del quesito diagnostico o diagnosi (anche sospetta), l'indicazione deve essere espressa in una formulazione clinica coerente e facilmente comprensibile anche a soggetti non necessariamente provvisti di particolari competenze mediche (operatori CUP).
- ✓ **Realizzazione di protocolli e linee guida** per i criteri di appropriatezza prescrittiva (ferma restando la determinazione di linee guida nazionali e/o regionali) per evitare prescrizioni inappropriate "intasino" liste di attesa.
- ✓ **Partecipazione del Referente Aziendale** alle Commissioni distrettuali per l'appropriatezza prescrittiva secondo quanto previsto dal piano di contenimento Nazionale e Regionale.

2) Razionalizzare / ottimizzare le offerte

Sul versante dell'offerta, a determinare le liste di attesa intervengono, in primo luogo, fattori organizzativi aziendali, ma anche fattori legati alla particolare "attrattività" di una specifica struttura erogatrice.

In sintesi, i fattori si possono così semplificare:

Determinanti legati alla prestazione:

- grado di innovazione e di diffusione della prestazione e della tecnologia necessaria
- eseguibilità da parte di differenti operatori
- connessione o dipendenza con altre prestazioni

Determinanti legati agli erogatori:

- capacità di erogazione
- efficienza interna
- attrazione della domanda
- -
- metodi di gestione delle liste

a) Riorganizzazione e razionalizzazione della specialistica

ambulatoriale, attraverso una dettagliata analisi della domanda:

- Monitoraggio dell'utilizzo degli spazi ambulatoriali, delle varie apparecchiature;
- Valutazione del numero di prestazioni erogate;
- Progettazione di un piano di redistribuzione dei carichi di lavoro nelle strutture erogatrici delle prestazioni che presentano tempi di attesa elevati e che maggiormente sono richieste dalla popolazione.

b) Implementazione del CUP d'Area.

c) Erogazione straordinaria, in via eccezionale e temporanea, nelle ore serali e nel fine settimana, di determinate prestazioni in cui si registrano eccessivi ritardi, in accordo con i professionisti

d) Qualora, l'erogazione straordinaria di prestazioni in regime istituzionale non abbia sortito l'effetto voluto di riduzione dei tempi di attesa, ferme restando le modalità di gestione dell'ALPI, che prevedono l'erogazione di prestazioni erogate su richiesta e per scelta dell'utente a suo totale carico, l'Azienda può, in via eccezionale e temporanea richiedere alla Regione Calabria, Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie, **l'autorizzazione ad integrare l'offerta istituzionale con prestazioni, da concordare con i professionisti, rese in regime libero professionale e sostenute economicamente dall'Azienda Stessa, riservando al cittadino solo l'eventuale partecipazione al costo (Ticket).**

e) In caso di superamento del rapporto tra l'attività istituzionale e quella in ALPI, sulle prestazioni erogate e/o di sfioramento di attesa massimi di cui al presente piano, si attua **il blocco delle agende di prenotazioni ALPI, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate.**

f) **Regolamentazione della attività intra-moenia**, mai superiore al numero delle prestazioni istituzionali e mai durante il normale orario di servizio. In ogni caso l'attività di intra-moenia verrà gestita sempre dal sistema CUP informatizzato al fine di garantire l'equità di accesso alle prestazioni sanitarie offerte dalla nostra azienda.

g) **Favorire l'utilizzo ottimale delle attrezzature** "condivisione delle sedi ambulatoriali e delle dotazioni strumentali per massimizzarne l'uso" attraverso un piano di utilizzo con uno standard minimo di utilizzo pari a 36 ore settimanali.

3) Riorganizzazione del sistema CUP

3.1 Il sistema del CUP d'Area garantisce la più ampia offerta sanitaria. L'accesso alle prestazioni e, soprattutto, alle sospensioni dovrà essere regolamentato in maniera uniforme.

Nel rispetto della normativa vigente (art.1. comma 282, legge finanziaria 2006), che impedisce la sospensione dell'attività di prenotazioni delle prestazioni, l'Azienda Ospedaliera di Cosenza, ha elaborato un protocollo operativo da adottare in casi di criticità che si verificano per gravi e giustificati motivi:

Il responsabile dell'erogazione della prestazione, contestualmente all'avvio delle procedure per il pronto ripristino delle attività, comunica la difficoltà tecnica alla UUOO di appartenenza, al Responsabile CUP.

La Responsabile CUP prende contatto con i diretti interessati (Ufficio Tecnico, Ingegneria Clinica) che accertano le cause del fermo, valutano i tempi di ripristino e decidono di avallare il fermo.

3.2 *Trasferimento di tutte le agende a gestione diretta nel sistema CUP.*

3.3 *Trasferimento di tutte le agende di prenotazione dell'attività libero professionale intramoenia e intramoenia "allargata".*

Considerato che l'Alpi non può essere in contrasto con le finalità e le attività istituzionali dell'A.O. di CS e non deve causare il prolungarsi dei tempi di attesa dell'attività istituzionale in misura significativamente superiore rispetto a quelli dell'attività libero professionale, l'A.O. di Cosenza ha previsto nell'ambito

del regolamento dell'ALPI specifici strumenti e procedure di governo e controllo (Del.n.324 del 19/07/2017) .

3.4 *Tutte le Agende gestite dal Cup devono essere suddivise per classi di priorità.*

3.5 **Gestione dell'overbooking** – predisposizione di un piano di prenotazioni con il sistema dell'overbooking": inserimento in sovrannumero nelle liste in cui è maggiore la mancata disdetta da parte dell'utente, al fine di ridurre il fenomeno delle liste di attesa.

3.6 **Implementazione** nella procedura di tutta la codifica dei medici specialisti ospedalieri.

3.7 **Implementazione** nella procedura informatica della funzione che registra l'indicazione da parte del prescrittore se trattasi di primo accesso (prima visita o primo esame di diagnostica strumentale) o accesso successivo (visita o prestazione di approfondimento per pazienti presi in carico da uno specialista, controllo o follow up). In tal senso si procede all'inserimento di un campo alfanumerico (1 carattere) con la seguente codifica: 1 = primo accesso; 0 = altra tipologia di accesso.

3.8 **Implementazione** nella procedura informatica dei campi "Garanzia dei tempi massimi", "data di prenotazione" "data di erogazione.

3.9 La valorizzazione dei campi di cui ai punti precedenti , riguarderà le prestazioni indicate dal PRGLA e si rende obbligatoria per la trasmissione del flusso della specialistica ambulatoriale ex art.50

del DL 30 settembre 2003 n. 269, convertito con modificazioni dalla Legge 24 novembre 2003, n. 326.

3.10 Estrazione dei dati mediante apposito *software* per trasferimento flussi obbligatori regionali e ministeriali secondo nuovo tracciato regionale per debito informativo e adeguamento dello stesso per l'invio dei dati al MEF (art. 50).

3.11 Monitoraggio delle liste d'attesa - è possibile effettuare la sistemica elaborazione dei tempi minimi, medi e massimi d'attesa per singola prestazione, singola unità erogante e distinte per classi di priorità. Un monitoraggio sistemico consente di fornire indicatori orientati alla programmazione ed al governo dell'offerta delle strutture sanitarie aziendali, determina, inoltre: riduzione della mortalità della prenotazione, aumento della fidelizzazione del paziente.

3.12 Trasferimento dei tempi di attesa su sito web aziendale per pubblicazione degli stessi, mediante realizzazione di apposito modulo dinamico in collegamento con la procedura informatizzata delle prenotazioni che offre in tempo reale la situazione sui tempi d'attesa di ogni singola prestazione e per ogni singola struttura erogatrice. Inoltre su apposito *link* della sezione Amministrazione Trasparente saranno, altresì, pubblicati i tempi medi d'attesa relativi al mese precedente. Per quanto attiene l'uniformità di tale adempimento su tutto il territorio regionale si rimane in attesa delle specifiche indicazioni del Dipartimento Tutela della Salute come dichiarato

nel PRGLA.

3.13 L'attivazione di servizi telematici dedicati alla disdetta delle prestazioni prenotate (numero verde); l'adozione di strumenti trasparenti e condivisi per il recupero della quota di partecipazione alla spesa, ovvero sanzionamento, per mancata disdetta di prestazioni prenotate ed in caso di mancato ritiro del referto, sono demandate alle indicazioni che verranno fornite dal Dipartimento Regionale in seguito alle scelte operate dal Gruppo Tecnico di lavoro regionale previsto dal PRGLA approvato con DCA 88/2019.

3.14 Accesso diretto da parte del prescrittore/erogatore interno al sistema CUP al fine di gestire le agende esclusive, nonché la prenotazione di eventuali approfondimenti diagnostici, anche al fine di registrare puntualmente le prestazioni erogate. L'accesso è garantito soltanto per alcune categorie di pazienti e/o prestazioni particolari.

4) Revisione periodica attività prescrittiva

Unitamente all'attività periodica di monitoraggio dei tempi d'attesa verrà attuato, in attesa di linee guida regionali, il monitoraggio periodico dell'attività prescrittiva.

5) Gestione dei referti

Riduzione, ove necessaria, dei tempi di refertazione e, per quanto riguarda la consegna, entro l'anno, saranno attivate le procedure

per garantire l'acquisizione diretta da parte dei cittadini dei referti di laboratorio, virologia, medicina nucleare, neuroradiologia e radiologia, tramite Totem ed accessi con link aziendale, oltre alla possibilità di poter visionare i referti di laboratorio e virologia tramite il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) da parte degli utenti che abbiano sottoscritto il proprio consenso .

6) Informazione/comunicazione

Al fine di ampliare l'informazione/comunicazione, in ossequio della circolare prot. 3110 del Ministero della Salute del febbraio 2006, si prevede la pubblicazione sul sito web aziendale dei tempi di attesa di ogni singola prestazione con i criteri di determinazione degli stessi. Nel contempo, verrà assicurata la massima diffusione dell'informazione relativa all'accesso alle prestazioni con specifica indicazione dei percorsi approntati per le ipotesi di sfioramento dei tempi medesimi in ossequio al PRGLA. Sarà garantita un'attività di *reporting* con invio trimestrale a tutti i Direttori delle UU.OO.CC. dei tempi d'attesa di tutte le prestazioni con il corrispondente volume di prestazioni erogate/disdette/non eseguite.

Questi ultimi provvederanno, ove necessario, ad intervenire nelle situazioni di criticità emerse con una rimodulazione delle agende di prenotazione.

7) Registro delle prenotazioni

Così come previsto dall'*art. 3 comma 8, legge 724/94 e D.Lgs 124/98*, il Registro informatizzato costituisce lo strumento di vigilanza e

controllo per il monitoraggio dei tempi d'attesa. Si ritiene però, che il CUP costituisca la base del registro delle prenotazioni, qualora dallo stesso possono essere estratti le seguenti informazioni:

- ✓ data di richiesta della prenotazione da parte del cittadino;
- ✓ cognome, nome e codice fiscale;
- ✓ indirizzo e numero telefonico;
- ✓ tipo di prestazione richiesta, classificata secondo il nomenclatore tariffario;
- ✓ data prevista per l'effettuazione della prestazione;
- ✓ ticket sanitario, sulla base della normativa vigente;
- ✓ medico proponente
- ✓ classe di priorità

8) Prestazioni oggetto di monitoraggio e Fissazione dei tempi massimi d'attesa.

Per quanto riguarda i tempi massimi d'attesa di cui al punto 2, cod. 2.1, del PRGLA, per le 69 prestazioni individuate, si adottano i seguenti tempi massimi aziendali:

- Prima visita specialistica: 30 gg
- Prestazioni diagnostiche: 60 gg

Le prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio, come riportato al punto 3.1 del PRGLA sono:

prog	prestazione	codice min.	Codici nuovi LEA
1	Prima visita Cardiologia	89.7	89.7A.3
2	Prima visita chirurgica vascolare	89.7	89.7.A.3
3	Prima visita endocrinologia	89.7	89.7A.8
4	Prima visita neurologica	89.13	89.13
5	Prima visita oculistica	95.02	95.02
6	Prima visita ortopedica	89.7	89.7B.7
7	Prima visita ginecologica	89.26	89.26.1
8	Prima visita otorinolaringoiatria	89.7	89.7B.8
9	Prima visita urologia	89.7	89.7C.2
10	Prima visita dermatologica	89.7	89.7A.7
11	Prima visita fisiatrice	89.7	79.7B.2
12	Prima visita gastroenterologica	89.7	89.7°.9
13	Prima visita oncologica	89.7	89.7B.6
14	Prima visita pneumologica	89.7	89.7B.9
15	Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale	87.37.1	89.37.1
16	Mammografia monolaterale	87.37.2	87.37.2
17	TC del Torace	87.41	87.41
18	TC del Torace con MCD senza e con MCD	87.41.1	87.41.1
19	TC dell'addome superiore	88.01.1	88.01.1
20	TC dell'addome superiore senza e con MDC	88.01.2	88.01.2
21	TC dell'addome superiore	88.01.3	88.01.3
22	TC dell'addome inferiore senza e con MDC	88.01.4	88.01.4
23	TC dell'addome completo	88.01.5	88.01.5
24	TC dell'addome completo senza e con MDC	88.01.6	88.01.6
25	TC Cranio – encefalo	87.03	87.03
26	TC Cranio – encefalo senza e con MDC	87.03.1	87.03.1

27	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	88.38.1	88.38.A
28	TC de rachide e dello speco vertebrale toracico	88.38.1	88.38.B
29	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	88.38.1	88.38.C
30	TC del rachide edello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	88.38.2	88.38.D
31	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	88.38.2	88.38.E
32	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC	88.38.2	88.38.F
33	TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	88.38.5	88.38.5
34	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	88.91.1	88.91.1
35	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	88.91.2	88.91.2
36	RM di addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4	88.95.4
37	RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	88.95.5	88.95.5
38	RM della colonna in toto	88.93	88.93.6
39	RM della colonna in toto senza e con MDC	88.93.1	88.93.B
40	Diagnostica ecografia del capo e del collo	88.71.4	88.71.4
41	Eco (color) dopplergrafia cardiaca	88.72.3	88.72.3
42	Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	88.73.5	88.73.5
43	Ecografia dell'addome superiore	88.74.1	88.74.1

44	Ecografia dell'addome inferiore	88.75.1	88.75.1
45	Ecografia dell'addome completo	88.76.1	88.76.1
46	Ecografia bilaterale della mammella	88.73.1	88.73.1
47	Ecografia monolaterale della mammella	88.73.2	88.73.2
48	Ecografia ostetrica	88.78	88.78
49	Ecografia ginecologica	88.78.2	88.78.2
50	Ecocolordoppler degli arti inferiori arteriosi e/o venoso	88.77.2	88.77.4 88.77.5
51	Colonscopia totale con endoscopio flessibile	45.23	45.23
52	Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	45.42	45.42
53	Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	45.24
54	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13
55	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	45.16	45.16.1 45.16.2
56	Elettrocardiogramma	89.52	89.52
57	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	89.50
58	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	89.41	89.41
59	Altri test Cardiovascolari da sforzo	89.44	89.44
60	Esame audiometrico tonale	95.41.1	95.41.1
61	Spirometria semplice	89.37.1	89.37.1
62	Spirometria globale	89.37.2	89.37.2
63	Fotografia del fundus	95.11	95.11
64	Elettromiografia semplice (EMG) per arto superiore. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Non associabili a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.A

65	Elettromiografia semplice (EMG) per arto inferiore. fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa non associabili a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.B
66	Elettromiografia semplice (EMG) del capo fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Escluso: EMG dell'occhio(95.25) e Polisonnografia (89.17)	93.08.1	93.08.C
67	Elettromiografia semplice (EMG) del Tronco. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli	93.08.1	93.08.D
68	Valutazione EMG Dinamica del cammino. Valutazione EMG di superficie e con elettrodi a filo (4 muscoli) associati ad esame basografico per la definizione delle fasi del passo. Non associabile a Analisi della cinetica e della dinamica del passo (93.05.7)	93.08.1	98.08.E
69	EMG dinamica dell'arto superiore. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo(4 muscoli)	93.08.1	93.08.F

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

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

- classe A, ricovero da eseguire entro 30 giorni;

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

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

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO			
N.	PRESTAZIONE	Codici Intervento ICM-9-CM	Codici Diagnosi ICD-9-CM
1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	85.2x; 85.33; 85.34; 85.35, 85.36; 85.4x;	174.x; 198.81;233 .0
2	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	60.21; 60.29; 60.3; 60.4;60.5;60.61;60.62;60.69 ;60.96;60.97	185;198.82
3	Interventi chirurgici tumore maligno Colon	45.7x;45.8;45.9;46.03;46.04 ;46.1	153.x; 197.5
4	Interventi chirurgici tumore maligno Retto	48.49; 48.5; 48.6;	154.x; 197.5
5	Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	Da68.3x; A 68.9	179;180;18 2.x; 183; 184; 198.6; 198.82;
6	Interventi chirurgici per melanoma	86.4	172.x
7	Interventi chirurgici per tumore maligno della Tiroide	06.2; 06.3x; 06.4; 06.5; 06.6	193
8	By Pass Aortocoronarico	36.1x	
9	Angioplastica Coronarica (PTCA)	00.66; 36.06;36.07	
10	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
11	Intervento protesi d'Anca	00.70; 00.71; 00.72; 00.73; 00.85; 00.86; 00.87; 81.51; 81.52; 81.53	

12	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.29; 32.3; 32.4; 32.5; 32.6; 32.9	162.x; 197.0
13	Colecistectomia laparoscopica	51.23;	574.x; 575.x
14	Coronarografia	88.55; 88.56; 88.57;	
15	Biopsia percutanea del fegato(1)	50.11	
16	Emorroidectomia	49.46; 49.49	
17	Riparazione ernia inguinale (1)	53.0x; 53.1x	

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

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

9) Monitoraggi.

L'Azienda si impegna ad eseguire i monitoraggi istituzionali previsti dal Piano Regionale e dal Piano Nazionale.

Il previsto **monitoraggio ex ante** sulle prestazioni ambulatoriali, verrà eseguito nei giorni indice stabiliti in campo nazionale, ed interesserà tutte le strutture pubbliche e tutte le strutture private.

Il monitoraggio, a cadenza trimestrale, riguarderà solo i primi accessi e le classi di priorità B e D, secondo le modalità contenute nell'allegato B del PNGLA 2019/2021.

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

Il **monitoraggio dell'attività libero-professionale intramoenia (ALPI)** è garantito dal CUP, e riguarda le prestazioni ambulatoriali di cui al punto 3.1 del PRGLA rese in regime di ALPI a totale carico dell'utenza e viene effettuato su piattaforma messa a disposizione dal Ministero della Salute.

Per quanto attiene il **monitoraggio *ex post* dei tempi d'attesa per le prestazioni di ricovero**, verrà effettuato, per come previsto dalle linee guida nazionali, mediante il flusso SDO, che sarà opportunamente implementato per la compilazione dei campi concernenti la data di prenotazione e la classe di priorità. Tale monitoraggio sarà effettuato attraverso la misurazione dell'indicatore "Proporzione di prestazioni di ricovero programmato erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per la classe di priorità A ex DM 8/7/2010 n. 135 e ss.mm.ii." come riportato al punto 2 dell'allegato B del PNGLA 2019/2021.

Sarà, inoltre, garantito il **monitoraggio sulle sospensioni** dell'attività di erogazione così come previsto dal PRGLA con la conseguente segnalazione al Dipartimento Tutela della Salute delle sospensioni per periodi superiori ad 1 giorno di tutte le prestazioni, incluse quelle oggetto di monitoraggio. Le sospensioni saranno oggetto del *report* semestrale da effettuarsi, salvo diverse disposizioni, entro la prima settimana di luglio dell'anno in corso, per il primo semestre ed entro la prima settimana di gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento, per il secondo semestre.

10) Sospensioni attività di prenotazione.

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

11) Attività di controllo e verifica.

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

12) Rinvii.

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

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